

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC – SP

Natalie de Jesus Santana Bedoya

**Em busca de um novo começo: uma reflexão sobre a transferência e a
contratransferência no atendimento de uma paciente borderline.**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC – SP

Natalie de Jesus Santana Bedoya

**Em busca de um novo começo: uma reflexão sobre a transferência e a
contratransferência no atendimento de uma paciente borderline.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Gilberto Safra.

SÃO PAULO

2009

BANCA EXAMINADORA:

AGRADECIMENTOS:

Ao Fernando, meu companheiro de vida e de sonhos, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

A Margarida, por me oferecer a experiência de estar acompanhada;

Ao Gilberto, pela orientação segura e inspiradora;

Ao Hegenberg, pelos esclarecimentos indispensáveis;

A Melany, pelo despertar de uma nova sensibilidade clínica;

Aos meus pais, pela confiança depositada em mim e por me acompanharem, mesmo de longe;

A María, que me dá a oportunidade de exercer a maternagem no dia a dia, surpreendendo-me, ensinando-me e emocionando-me com sua capacidade de confiança e amor absoluto;

E finalmente, aos meus pacientes, especialmente Amanda, fontes de motivação e inquietação em busca de uma clínica mais efetiva.

Tenho medo de escrever. É tão perigoso. Quem tentou, sabe. Perigo de mexer no que está oculto – e o mundo não está à tona, está oculto em suas raízes submersas em profundidades do mar. Para escrever tenho que me colocar no vazio. Neste vazio, existo intuitivamente.

Clarice Lispector, Um sopro de vida, 1999.

RESUMO:

Na pós-modernidade, a clínica psicanalítica vem se deparando com o desafio de lidar com mudanças na subjetividade e novas formações psicopatológicas. Neste cenário, está o paciente borderline, cujos desafios e possibilidades no atendimento vêm ganhando cada vez mais espaço nos meios clínicos e científicos do país e exigindo dos analistas tempo para refletir sobre como manejá-los clinicamente.

Diante desta realidade e em busca de uma clínica mais efetiva, o objetivo deste trabalho foi aprofundar o estudo acerca do Transtorno de Personalidade Borderline, para compreender aspectos específicos da demanda transferencial e da contratransferência experimentados nesse atendimento. Tratou-se de um trabalho de abordagem qualitativa, baseado no método clínico da psicanálise, seguindo o referencial teórico winnicottiano.

Ao refletir sobre o manejo do borderline, foram sublinhadas demandas específicas assentadas nas questões da transferência e da contratransferência. Observou-se que a problemática reside na confluência do sofrimento existencial deste paciente com o sofrimento contratransferencial do analista, exigindo do profissional sensibilidade para a realização de um manejo ajustado às necessidades de cada paciente, considerando também seus próprios limites. Desta forma, a análise funcionaria como um caminho para a construção de um *self* mais integrado.

Palavras-chave: borderline, transferência, contratransferência, manejo, psicanálise, Winnicott, pós-modernidade.

ABSTRACT:

In post-modernity, the psychoanalytical practice has been facing the challenge of dealing with changes in subjectivity and new psychopathological disorders. In this scenario, it comes the Borderline patient, bringing up challenges and opportunities in psychoanalysis that are gaining more relevance in the clinical and scientific discussions of the country, requiring analysts' dedication to reflect on how to handle this sort of patients within the clinical practice.

Given this reality and in search for a more clinically effective approach, the objective of this survey was to deepen the current insights on the Borderline Personality disorder, with the intention of understanding specific aspects of transference and countertransference demand that are experienced in the psychoanalysis process. This work was accomplished through a qualitative approach based on the clinical method of psychoanalysis, following the theoretical framework of Donald Winnicott.

Having reflected on how to manage a borderline case, this survey outlines specific issues concerning transference and countertransference. It was observed that the problem lies at the confluence of the existential suffering of the patient and the countertransference suffering of the analyst, that requires professional sensitivity so as to ensure an appropriate approach aligned with the patient needs, indeed considering its own limits. In sum, the analysis process should be oriented to provide the patient a more integrated *self*.

Keywords: borderline, transference, countertransference, care, psychoanalysis, Winnicott, post-modernity.

SUMÁRIO:

| | | |
|---|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 2 | APRESENTAÇÃO DO CAMPO TEÓRICO SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE | 15 |
| | 2.1 Revisão bibliográfica..... | 15 |
| | 2.2 História e psicopatologia do transtorno de personalidade borderline..... | 23 |
| | 2.2.1 Dalgalarrondo..... | 23 |
| | 2.2.2 Hegenberg..... | 25 |
| 3 | A SOCIEDADE PÓS-MODERNA E AS NOVAS FORMAS DE SOFRIMENTO .. | 34 |
| 4 | CASO CLÍNICO..... | 42 |
| | 4.1 Relato do caso..... | 43 |
| | 4.1.1 Primeiro momento..... | 43 |
| | 4.1.1.1 A primeira entrevista: 09/05/2006..... | 43 |
| | 4.1.1.2 Conteúdo das sessões dos dias 16, 23 e 30/05/2006..... | 45 |
| | 4.1.1.3 Dados da primeira entrevista com a mãe: 30/05/2006 | 48 |
| | 4.1.2 Segundo momento..... | 51 |
| | 4.1.3. Terceiro momento..... | 52 |
| | 4.1.3.1 Segunda entrevista com a mãe..... | 53 |
| | 4.1.3.2 Resumo do atendimento entre março de 2007 e janeiro de 2008...54 | |
| 5 | DISCUSSÃO DA TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA..... | 63 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 78 |
| 7 | REFERÊNCIAS..... | 89 |

1 INTRODUÇÃO

Há dentro de nós uma coisa que não tem nome e essa coisa é o que somos...

José Saramago, Ensaio sobre a cegueira.

Nos últimos anos, a clínica psicanalítica vem se deparando com o desafio de lidar com um novo tipo de pacientes que não se encaixam naquilo que conhecemos como neurose, psicose ou perversão; são os denominados borderlines ou casos-limite. Pacientes que, de certa forma, traduzem o sujeito da sociedade contemporânea e exigem um avanço da psicanálise no repensar a clínica para dar conta do que se apresenta como uma nova demanda. Os desafios e possibilidades no atendimento de pacientes borderlines é um tema que vem ganhando cada vez mais espaço nos meios clínicos e científicos do país.

Safra (2005), em seu livro *A face estética do self*, faz considerações a respeito das características dos pacientes atuais, sinalizando a necessidade de rever alguns pressupostos teóricos, bem como algumas técnicas utilizadas hoje em dia. Considera que algumas pessoas vivem num tal estado de dispersão de si mesmas que a técnica analítica tradicional ameaça este tipo de paciente com uma desintegração e fragmentação ainda maiores do que as já vividas por ele. Nesses casos, sugere a utilização de procedimentos que possibilitem ao paciente utilizar-se do campo transferencial para constituir aspectos fundamentais do seu *self*, até o momento não constituídos. Nesse contexto, a tarefa do analista é fornecer “as funções básicas buscadas pelo paciente para que ele dê continuidade ao desenvolvimento de si mesmo” (p.14).

O Transtorno de Personalidade Borderline é uma classe diagnóstica em psiquiatria que causa muita discussão e ainda algumas controvérsias. O paciente limítrofe tem dificuldades no trabalho, na família e para lidar com situações habituais da vida. Hoje em dia, muitos dos quadros borderlines ainda são confundidos e tratados como neuroses típicas ou transtorno bipolar.

O Transtorno de Personalidade Borderline ocorre em 2 a 3% da população geral e é o transtorno de personalidade mais comum. Entre os pacientes psiquiátricos estima-se que

ocorra em 11% da população não hospitalizada, 19% da população hospitalizada e em 27 a 63% das populações clínicas com transtorno de personalidade. (GUDERSON J.G, PHILLIPS K.A., 1999).

Muitos autores veem nas características da sociedade atual um dos motivos para o aumento de personalidades borderline. A exemplo temos Mello Filho (2001) em seu artigo *Vivendo num país de falsos-selves*, onde afirma:

Num mundo onde as pessoas são cada vez menos elas mesmas, fingem e se mascaram, mentem e falseiam os fatos, há uma convivência cada vez maior do falso-self de cada um com sua caracteropatia em particular (p.80).

Segundo Pedroso (2001), na contemporaneidade, lidamos com uma clientela psicanalítica constituída, em grande parte, pelos denominados estados-limite, personalidades narcísicas ou borderlines. São pacientes que sofrem pela falta de limites do *self*¹, que carecem de contornos precisos e que, através de seus sintomas, falam de uma não-discriminação entre dor psíquica e dor corporal, entre realidade e ideal, entre o que depende de si mesmos e o que depende de outros.

Voltando a citar Safrá (2004), desta vez em seu livro *A pó-ética na clínica contemporânea*:

Na atualidade, em decorrência da intensa fragmentação do ethos promovida pelo processo de globalização e hegemonia da técnica, o tipo de sofrimento que encontramos na clínica não é só uma perturbação decorrente de uma dinâmica psíquica, mas são situações que reclamam a necessidade da constituição do si mesmo e da constituição do psíquico e o re-estabelecimento da ética na situação analítica. (p.34).

Neste livro, Safrá coloca que o sofrimento apresentado pelos pacientes, na pós-modernidade, demanda uma mudança significativa na maneira como conduzimos o processo terapêutico para possibilitar o acontecer da condição humana, a partir da compreensão do ontológico no ser humano.

Neste sentido, ao analisar as demandas da clínica atual, parece-me inevitável considerar as especificidades do estilo de vida em nosso século, a chamada vida pós-moderna que, segundo alguns autores, provocou mudanças tão significativas que acabou produzindo

¹ Segundo Pedroso (2001), entendido como a totalidade da pessoa que experimenta uma continuidade de ser a partir do potencial herdado, com tendência a se desenvolver num ritmo e formas próprios.

novas formas de subjetivação. Vivemos numa sociedade que desumaniza o indivíduo e que o fragiliza diante de uma oferta de satisfação inalcançável. Temos um sujeito dentro de uma sociedade que falha em sua função de suporte vital fazendo-o sentir-se cada vez mais culpado e o único responsável por seus sofrimentos e fracassos. Se a proteção do desamparo, a regulação dos vínculos e a divisão dos bens são funções fundamentais que Freud (1929/30) atribuiu à sociedade, ao falarmos da sociedade pós-moderna, observamos que esta função protetora não está sendo exercida, uma vez que os mecanismos reguladores se mostram falidos e o desamparo parece fazer parte da condição subjetiva atual.

Segundo Hegenberg (2000), o “problema borderline” se inscreve dentro da questão da pós-modernidade, juntamente com os casos de depressão, tédio e solidão que vêm aumentando nas sociedades capitalistas, frutos da promessa de um consumo eficiente, que pretende preencher o vazio e satisfazer. A promessa não cumprida de que a roupa da moda, os carros, as drogas, o último filme, o próximo namoro, a viagem dos sonhos, livros seriam suficientes para garantir a felicidade cria o conflito, levando à depressão o sujeito incapaz de se satisfazer plenamente com tal oferta de consumo. Assim, o autor sinaliza que, num mundo onde o sujeito está só, o borderline, dependente de um meio ambiente estável e acolhedor, não encontra abrigo para seu sofrimento. Sinaliza que a situação atual tende a aumentar o desamparo do borderline, que se encontra cada vez mais solitário e menos adaptado às circunstâncias de competição e de consumo.

Para finalizar esta introdução e situar melhor as reflexões propostas por este trabalho, gostaria ainda de citar Andrade (2004), que coloca os casos-limite como parte das chamadas novas patologias, que passaram a ser investigadas de forma mais sistemática a partir dos anos cinquenta. A autora ressalta que as dificuldades de diagnóstico dos pacientes limítrofes são consideráveis e refere-se aos borderlines como “personagens extraídos da literatura pós-moderna, com uma produção singular tecida no imaginário destes novos tempos” (p.17). Traz o fenômeno da pós-modernidade, que embora não consensual na comunidade acadêmica, trouxe mudanças que são vistas e sentidas por todos. Desenvolve a idéia de uma contemporaneidade que enterrou os ideais iluministas e que contempla um imediatismo prazeroso com o qual o indivíduo alimenta o seu vazio existencial. Sinaliza um rompimento com as tradições seculares, que fez com que o indivíduo passasse a viver sem passado e também sem presente ou futuro uma vez que a subjetividade foi lançada numa temporalidade virtual. E conclui que, diante desse cenário, não é de se estranhar que o sujeito contemporâneo

esteja suscetível aos chamados distúrbios narcisistas e à depressão, como saída a este estado de coisas. Segundo a autora, a porosidade dos pacientes fronteiriços os predispõe a uma assimilação sem barreiras das demandas sociais contemporâneas e os coloca sempre em busca de um prazer instantâneo, mas não pelo divertimento, e sim na busca de uma defesa contra o desespero e o vazio da sua existência.

Uma vez que a reflexão acerca da problemática borderline surgiu do trabalho realizado no ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul², torna-se relevante apresentar esta organização não-governamental que é referência no terceiro setor em autogestão e desenvolvimento organizacional; em atenção primária à saúde e medicina comunitária; em educação infantil e em capacitação de profissionais. Uma organização reconhecida como entidade de utilidade pública municipal, estadual e federal.

A Associação Comunitária Monte Azul foi fundada em 1979 e teve suas primeiras atividades relacionadas à escolinha para crianças e jovens, e ao ambulatório médico, que foram construídos em mutirão pelos moradores. Neste início, educação e saúde atendiam as carências sociais mais urgentes daquela comunidade. Daí para frente, a presença da Associação na favela cresceu continuamente e, a partir de 1983, se expandiu para mais duas comunidades: a favela Peinha e o bairro Horizonte Azul. Por ter como causa maior o desenvolvimento integral do ser humano, atua com educação, saúde, cultura e meio ambiente, oferecendo oportunidades a crianças e adolescentes não-privilegiados, estimulando-os a agir conscientemente com liberdade e amor. Os valores compartilhados pelos que fazem parte deste projeto são: respeitar o ser humano como valor em si; ser verdadeiro; respeitar a individualidade de cada um; acreditar no potencial transformador de si próprio e do outro; aprender a confiar o máximo e controlar o mínimo; ser igualmente livre como responsável e solidário no contexto social e ecológico; ter abertura às contribuições de qualquer pessoa, independente de padrões hierárquicos; ter esperança e confiar no desenvolvimento da humanidade e na ajuda sempre presente do mundo espiritual. Valores que me comoveram e com os quais compartilhei desde a primeira visita à comunidade (uma visita guiada que oferecem a todos que tenham interesse em conhecer o projeto).

A favela Monte Azul foi iniciada na década de 60 e está localizada na região do Jardim São Luiz. Possui 2.000 moradores que vivem em mais ou menos 500 casas de alvenarias (que substituíram os antigos barracos de madeira) erguidas em mutirões

² Localizada na Avenida Tomás de Souza, 522, Jd. Monte Azul-SP. Site: www.monteazul.org.br

comunitários. Sua população é proveniente de estados do nordeste brasileiro, de Minas Gerais e do Paraná, sendo os mais jovens nascidos na própria favela. Possui um ambiente amigável e tranquilo, onde todos se conhecem.

Enfim, foi da realidade vivenciada no ambulatório desta favela, onde durante um ano e seis meses, atendi a pacientes com diagnóstico de depressão que eram encaminhados para psicoterapia pelos médicos da instituição, que veio o questionamento sobre a adequação do diagnóstico de depressão para muitos destes encaminhamentos. Entre estes pacientes, encontrei Amanda³, uma paciente borderline, que despertou em mim o desejo de aprofundar a compreensão dessa patologia. Nesse processo, veio a constatação da banalização do diagnóstico de depressão na atualidade, desconsiderando o fato de que esta, em muitos casos, é apenas um sintoma de outras patologias graves, como é o caso do Transtorno de Personalidade Borderline. Ao longo deste trabalho, deparei-me, constantemente, com uma grande dificuldade de diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento e, até mesmo dentro da psicanálise, na qual discursos contraditórios fazem o diálogo parecer impossível.

Neste percurso, constatei que, atualmente, tudo cabe sob o guarda-chuva da depressão: inibições, angústias, fobias e até o Transtorno de Personalidade Borderline. Na clínica, escutamos a repetição de um discurso de que nada, nem ninguém são capazes de produzir felicidade. Nossos pacientes se queixam de vazio, de insatisfação e de ausência de sentido. Falam do cansaço das relações superficiais na vida pessoal e no trabalho, do ambiente de competitividade em que estão imersos, do sexo sem significado afetivo, das cruéis exigências estéticas, do estresse constante e de solidão. Estariam todos eles apenas deprimidos ou, em alguns casos, pode-se estar errando no diagnóstico diferencial? Sinalizo esta preocupação por perceber que diante da complexidade do diagnóstico, muitas vezes podemos estar lidando com pacientes borderlines. Se formos pensar em termos de saúde pública, parece haver uma necessidade de capacitação relacionada ao tema, dada a relevância estatística da manifestação do transtorno. Ou seja, se é fato que a presença deste quadro clínico é cada vez mais frequente em nossos consultórios, decorrência do mal-estar de nosso século, há uma clara demanda de um maior conhecimento desta psicopatologia por parte dos profissionais de saúde mental.

Outra constatação importante ao longo deste percurso foi o fato de que as concepções sobre a patologia borderline são cercadas de controvérsias, o que exige certo cuidado ao se

³ Nome fictício.

tratar do tema, uma vez que não existe um consenso acerca do mesmo. Aqui, como sugere Hegenberg (2000), diferente dos que entendem o borderline como uma questão de limites em geral ou como uma questão da personalidade encontrada em patologias diversas, optaremos por tratá-lo como um quadro clínico específico com características próprias.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho fica sendo aprofundar o estudo acerca do Transtorno de Personalidade Borderline e, a partir da literatura específica e da experiência clínica com “Amanda”, compreender aspectos específicos da demanda transferencial e da contratransferência experimentados nesse atendimento. Busca-se responder à pergunta que motivou essa pesquisa: quais as demandas transferenciais em um atendimento a um paciente borderline? Tratar-se-á de um trabalho de abordagem qualitativa, baseado no método clínico da psicanálise, seguindo o referencial teórico winnicottiano.

A proposta é compor esta dissertação em cinco capítulos: no primeiro será apresentada a revisão bibliográfica das produções dos últimos cinco anos no Brasil, relacionadas ao Transtorno de Personalidade Borderline, retomando também a história e a psicopatologia deste transtorno; no segundo trataremos da sociedade pós-moderna como contexto produtor de novas formas de sofrimento; no terceiro será relatado o caso clínico Amanda; no quarto serão discutidos aspectos da demanda transferencial e da contratransferência, tomando como referência o caso relatado; e o quinto que será reservado às considerações finais.

2 APRESENTAÇÃO DO CAMPO TEÓRICO SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

2.1 Revisão bibliográfica:

A literatura científica levantada, relacionada ao Transtorno de Personalidade Borderline, é constituída de vários trabalhos realizados no Brasil e em outros países, nas áreas de psiquiatria, psicologia e psicanálise. Foi realizada uma pesquisa, na base de dados Lilacs, da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme/Ops/OMS), onde foram identificados 263 artigos relacionados ao tema Borderline, publicados nos últimos cinco anos.

Entre as publicações brasileiras, foram encontrados: trabalhos relacionados à história e à psicopatologia do transtorno borderline; à experiência clínica com esses pacientes (algumas utilizando o método psicanalítico e outras a psicoterapia dinâmica breve); estudos específicos sobre a contratransferência, sobre o papel do analista ou sobre as necessidades de mudanças no *setting* psicanalítico para a condução do trabalho com o borderline; artigos que relatam experiências positivas com a abordagem multidisciplinar; há pesquisas sobre este transtorno na adolescência, sobre o impacto social e familiar das manifestações psicopatológicas do mesmo e há ainda trabalhos que trazem o Transtorno de Personalidade Borderline como uma resposta às questões da contemporaneidade, situando-o como um desafio para a clínica contemporânea.

Entre as diversas produções encontradas, gostaria de citar alguns autores que acredito poderem contribuir para a reflexão proposta nesse trabalho.

Entre as pesquisas relacionadas à clínica contemporânea e à necessidade de mudança no *setting* psicanalítico, destaca-se o trabalho de Goldstajn (2003) que, baseado no aumento da demanda de pacientes borderlines na clínica atual, coloca a necessidade de modificação de questões formais como o uso do divã, o horário, os honorários e as formas de introduzir as interpretações, com vistas a gerar maior facilidade de compreensão pelo paciente. Considera que estas adaptações podem facilitar o tratamento destes pacientes com dificuldades de expressões simbólicas, promovendo maior continência.

Outro trabalho interessante sobre os desafios da clínica com estes pacientes é o de Castelo Filho (2004), *Reflexões sobre a experiência de atendimento de pacientes que*

poderiam ser descritos como borderline ou limítrofes, onde o autor se vale de duas situações clínicas para explicitar seu trabalho e se refere ao grande esforço de paciência necessário por parte do analista devido à aridez experimentada nesta experiência.

Ainda dentro desse enfoque, encontramos artigos como o de Pires (2004), onde é trabalhado o manejo técnico do Borderline, destacando-se as constantes ameaças de ruptura do *setting*, a intensa mobilização emocional presente nesses pacientes e o impacto no analista. Ao considerar o impacto sobre o analista, a autora tece considerações sobre a capacidade de *rêverie*, capacidade negativa e “sobrevivência do analista”.

Segundo Pires (2004), nesses mais de cem anos de psicanálise ocorreram profundas transformações culturais, sociais e econômicas que conduziram a uma nova forma do homem estar no mundo, a uma mudança na sua subjetividade e, conseqüentemente, a novas manifestações psicopatológicas. A autora considera que as históricas cederam lugar aos pacientes borderlines, que nos desafiam como teóricos e como clínicos, gerando questionamentos sobre nosso trabalho. “O paciente de hoje não nos procura devido a um trauma passado que está dificultando sua vida presente, mas por uma angústia presente diante de um futuro desconhecido” (p.359). Pergunta-se como escutar este paciente com a capacidade de sonhar tão comprometida e reflete sobre as necessidades de adaptações na técnica.

Ainda segundo Pires (2004), compreender o paciente borderline como aquele que nos confronta com aspectos desconhecidos de nós mesmos, dele próprio e de nossas teorias, dá uma idéia clara de quem é esse paciente e ajuda a pensar sobre as dificuldades de seu manejo. A autora concebe a relação analítica como uma interação entre duas subjetividades, que implica um risco para a identidade do analista. Na clínica borderline, este risco estaria mais presente, por conta da grande mobilização emocional. Coloca que nestes casos, no campo analítico, atuam angústias primitivas, por vezes catastróficas, que requerem do analista capacidade de tolerância para recuperar a capacidade de pensar e encontrar um significado possível. Para a autora, a compreensão dos dinamismos da continência com *rêverie* auxilia no trabalho com o borderline, uma vez que a intensidade dos afetos desses pacientes põe à prova a capacidade de *rêverie* do analista. Diz que diante desses pacientes, temos que nos apresentar vivos, inteiramente presentes, com efetiva disponibilidade e capazes de sobreviver às pressões, invasões e turbulências que esses atendimentos mobilizam. Para ela, tais pacientes exigem a presença de um analista exercendo sua função, quase sem ego, como se fosse a

extensão deles mesmos, uma vez que sua alteridade é vivida como intrusiva, gerando turbulência. Ressalta que a noção de alteridade é ainda muito incipiente no mundo mental destes pacientes.

Pires (2004) conclui seu artigo afirmando que só por meio de uma integração harmoniosa e balanceada entre intuição e teoria, junto com a capacidade de entender e sentir o sofrimento humano, é que se torna possível atender os pacientes borderlines. Segundo a autora, a disponibilidade e a criatividade do analista, bem como sua tolerância e paciência são qualidades fundamentais. Os limites do atendimento serão dados pelos limites do analista, por isso é importante que este avalie sua disponibilidade para esse tipo de atendimento.

Ainda versando sobre as questões da contemporaneidade e os desafios da clínica, gostaria de destacar o artigo de Maia (2004), que discute as noções winnicotianas de tendência antissocial e *falso-self* como uma resposta à fluidez da contemporaneidade enquanto cenário no qual o sujeito moderno encontra-se submerso. A autora ressalta as mudanças ocorridas no cenário analítico e coloca que a metapsicologia freudiana só dá conta até certo ponto, uma vez que segundo a mesma, as mudanças observadas no perfil da clínica atual fazem com que o psicanalista se depare mais com problemas da ordem do ontológico que do psicológico. São indivíduos que segundo Safra (1999, apud Maia, 2004) "Buscam existir para que possam, quem sabe, um dia vir a ter algum desejo" (p.14).

Maia (2004) cita Winnicott e o seu conceito de *falso-self* para referir-se aos pacientes que não foram bem sucedidos na constituição de um *self* pessoal, criativo e integrado psicossomaticamente, para quem resta um sentimento de falta de sentido na vida, ou uma queixa vaga, nebulosa, de um viver fútil, de morte em vida. Para falar da sensação de perda que o indivíduo atribui ao meio ambiente, usará o conceito de "tendência antissocial", também de Winnicott. Segundo a autora, estes dois conceitos seriam as contribuições mais importantes de Winnicott à psiquiatria. Maia (2004) também utiliza a referência winnicottiana, ao afirmar que a clínica desses quadros demanda um outro tipo de manejo, um outro tipo de olhar e de escuta, já que são seres que ainda não se constituíram integralmente e precisam primeiro reviver ou viver pela primeira vez o processo de constituição de um si-mesmo para depois poder vir a desejar. Goldenberg (s/d apud MAIA, 2004) fala em clínica da necessidade, que uma vez suprida, daria lugar à clínica do desejo. Na clínica da necessidade, o analista tem que sobreviver e dar ao paciente suporte para que possa viver o vazio que sente presente em si mesmo. A autora, ao falar dos quadros da clínica atual, da sensação de vazio e

da perda de si mesmo ou de parte de si mesmo como o cerne da demanda desses pacientes, enfatiza a necessidade de uma postura diferente diante do que nos é apresentado. Ela ressalta a demanda de uma clínica diferenciada, com outro tipo de manejo e se questiona sobre o que significa, hoje, o vazio da contemporaneidade, trazendo o *falso-self* e a tendência antissocial como uma resposta a esse vazio. Coloca a necessidade de pensarmos com qual clientela estamos lidando na atualidade para reavaliarmos e até gerarmos novos pressupostos de trabalho.

Maia (2004), ao fazer uma avaliação da clientela atual, cita Bergeret (1998) e sua concepção da organização limítrofe como uma doença do narcisismo, na qual a relação de objeto permaneceu centrada na dependência anaclítica do outro, são sujeitos que lutam, acima de tudo, contra a depressão. Esses casos adviriam de um trauma desorganizador precoce, por meio do qual a criança entra, antecipadamente, na situação edipiana sem estar preparada. Esse trauma desorganizador poderia ser constituído também de microtraumas repetidos e próximos, cuja soma corresponderia a um trauma maior. A autora acredita que os microtraumas sejam uma realidade que se constrói hoje em dia com muita facilidade uma vez que tanto a família, quanto a escola e a sociedade, não têm uma constituição fixa na contemporaneidade e, com isso, temos a ausência de limites ou o que chamam de limite frouxo. A falta de limites é o que faz com que a criança não se constitua como sujeito total, tornando comuns as patologias descritas por Winnicott. Ainda falando sobre limites rompidos, cita Bauman (2001) e a metáfora da liquidez do mundo pós-moderno.

Em resumo, na visão dessa autora, a tendência antissocial e a estrutura *falso-self* seriam decorrentes de traumas não somente advindos da relação mãe-bebê, mas também de uma questão de cunho social, já que tanto a família quanto suas estruturas mantenedoras estariam em uma situação de dissociação, e estas patologias seriam resposta a esta sociedade também dissociada. Observa um fracasso do sistema social, uma carência de *holding*, de presença materna e paterna, quando estas figuras estão sendo substituídas por um espaço virtual, por amigos virtuais e sexualidade virtual. Os limites deixaram de ser reais e contenedores para serem virtuais e permissivos. A autora acredita que estamos diante de outra subjetividade, de outro sujeito, que pede de nossa clínica e de nossa terapêutica, outra postura e realidade.

Um fato que me chamou atenção, na revisão bibliográfica realizada, foi que diversos trabalhos encontrados, a exemplo de Maia (2004), André (2001), Andrade (2001), Pires

(2004) e Ajzenberg (2004) ressaltam a contribuição de Winnicott para a compreensão do borderline e sua condução clínica, o que automaticamente confirma e reforça a escolha dessa referência teórica para esta dissertação.

Andrade (2001) propõe uma reflexão sobre os estados-limite e apresenta um caso clínico examinando a noção, desenvolvida por Winnicott, de intrusão materna no espaço da íntima-intimidade do bebê no estágio de dependência absoluta, considerando-a fundamental para a prática clínica com pacientes borderlines. Considera os estados-limite uma modalidade de subjetivação singular, um estado estável e duradouro. A autora valoriza a teoria de Winnicott relacionada ao período de dependência absoluta do bebê em relação à mãe, anterior à separação dos objetos e diz ter sido ele um dos primeiros analistas a identificar os chamados pacientes-limite, e realizar distinções importantes entre eles e os psicóticos de modo geral.

Andrade (2001) retoma o pressuposto winnicottiano de unidade inicial na relação mãe-bebê, sob a ótica do bebê e o fato de que a “continuidade do ser” deste, no estágio de dependência absoluta, implica a continuidade, no tempo, dos cuidados maternos. Ressalta a necessidade de um ambiente capaz de adaptar-se às necessidades do bebê, e de não realizar intrusões sobre o espaço psíquico da sua íntima-intimidade. Uma situação que requer uma mãe suficientemente boa, capaz de atender às necessidades psíquicas do filho. Num estágio posterior, a tarefa da mãe será diminuir gradativamente a adaptação ativa às necessidades do bebê, segundo a capacidade crescente dele suportar a frustração. Se tudo corre bem, a experiência de desilusão torna reais os objetos e concorre para que eles possam ser amados e odiados. Sinaliza que é gradualmente que ocorre a separação entre o eu e o não-eu e que, neste espaço de transição entre as primeiras percepções de separação até o momento em que o bebê já pode se reconhecer como outro, deve haver um espaço potencial onde, paradoxalmente e concomitantemente, o bebê e a mãe são um, a mãe e o bebê são dois. Segundo a autora, o objeto subjetivo tem que ser experienciado antes de ser representado. Afirma que na psicopatologia do espaço potencial, a realidade externa permanece, até um certo ponto, um fenômeno subjetivo.

Andrade (2001) ainda cita Winnicott (2000) para referir-se à noção de intrusão, que seria o fracasso da empatia na relação mãe-bebê, nos estágios de dependência absoluta. Essa intrusão seria resultado de uma percepção prematura e traumática de algo da mãe por parte do bebê. Essas falhas não são percebidas como falhas da mãe, mas como uma ameaça à existência do bebê, interrompendo a sua “continuidade do ser”. São intrusões que ao invés de

frustração, resultam em ameaça de aniquilamento, uma ansiedade primitiva, anterior a qualquer ansiedade que faça sentido falar. É importante ressaltar que é comum haver falhas na atuação da mãe e que as primeiras experiências do Eu são consequências das experiências de intrusão das quais o bebê se recupera. Segundo a autora, a esperança na recuperação estabelece as condições para a confiabilidade e começa a transformar-se na capacidade de suportar frustrações, mas se o ajuste entre mãe e bebê for insatisfatório, acontecerão medidas defensivas extremadas e as reações às intrusões maternas comprometem a capacidade de integração. Nesse caso, no lugar do verdadeiro *self*, desenvolve-se o falso *self* que oculta e protege o verdadeiro *self* em reação às falhas ambientais. Conclui seu artigo ressaltando que, embora Winnicott não tenha sistematizado uma técnica para o atendimento de pacientes borderlines, deixou estas contribuições fundamentais ao tema.

André (2001) traz que para Winnicott o termo borderline designa pacientes cujas angústias são de natureza psicótica ao mesmo tempo em que uma construção psiconeurótica suficientemente elaborada lhes permite enfrentar as injunções da realidade. Coloca que a idéia principal de Winnicott a respeito desses pacientes é de que no passado, produziu-se algo que não pôde ser experimentado, o que sinaliza uma integração falha do ego (uma imaturidade). Na clínica com estes pacientes, também vai falar em “regressão à dependência”.

O artigo de Romaro (2002), *O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência* aborda como o transtorno da personalidade borderline está relacionado à questão da violência, provocando grande impacto social e familiar. Tudo isso, devido as suas manifestações psicopatológicas compreenderem muitas facetas e características de comportamentos mal adaptados, tais como: dificuldade no controle dos impulsos, com ênfase nos comportamentos agressivos e autodestrutivos (abuso de substâncias químicas, automutilações, distúrbios alimentares, pequenos furtos, tendência à promiscuidade, gastos excessivos, jogo compulsivo etc.); sentimento de persecutoriedade; estados depressivos e tentativas de suicídio; relações interpessoais caóticas, pouco diferenciadas e manipulativas; instabilidade afetiva; dificuldade no ambiente de trabalho ou escolar, com baixa produtividade; queixas orgânicas recorrentes (Romaro, 2000 apud Romaro, 2002); o que acaba tornando o sujeito, com essa patologia, excluído socialmente, inclusive nos serviços de saúde, onde provoca grande hostilidade. A autora coloca o paciente borderline como um ser frágil, às vezes cordial e amigável e competente, até envolver-se em situações difíceis e estressantes, nos quais aflora o seu padrão de desorganização. Essa

estruturação faz com que tenha profundas dificuldades nos relacionamentos interpessoais que também se expressam nas manifestações de transferências e contratransferências. Para o analista, coloca que o desafio é ser ativo, flexível e continente, a fim de preservar a sua capacidade de pensar e não se perder no universo angustiante do borderline.

O terapeuta funciona como um agente corretivo, propiciando a reaprendizagem de padrões sadios de comportamento, por meio dos recursos internos do paciente, necessários para uma melhor coesão psicológica. Na realidade, sua função é ajudar o paciente a começar a pensar, contendo dessa forma o acting out, por meio da experiência emocional corretiva de uma relação psicológica não abusiva. (ROMARO, 2002, p.70).

A autora defende que o paciente borderline não seja *a priori* considerado intratável, mas tratável dentro de um enquadramento mais específico e estruturado, com objetivos delimitados.

Entre os trabalhos que tratam de pacientes borderlines na adolescência, gostaria de citar Ajzenberg (2004) que trata do chamado “adolescente difícil”, com um foco especial na questão da dependência química. Nas palavras da autora:

São indivíduos submetidos a uma condição externa patogênica, que dificulta, sobremaneira, a construção de uma arquitetura mental que possa lhes dar sustentação ao longo do seu desenvolvimento. Estes pilares de suporte do self ficam corroídos e porosos, afetados por pequenas e constantes pancadas advindas de um mundo externo inóspito e que fissuram a estruturação de um arcabouço mental. (p.581).

Desse estudo, gostaria de destacar o fato de que, na adolescência, encontramos uma maior suscetibilidade para uma desorganização interna, assim como para a dispersão de vários elementos que se mantinham num certo equilíbrio. A autora lembra que falar em psicopatologia na adolescência é delicado em função desse período da vida ser marcado por desarmonia entre corpo-mente, potência-impotência, ilusão-desilusão. Lembra que na adolescência ocorre a reedição do conflito edípico infantil, que há uma necessidade de elaboração de lutos para daí se estruturar lentamente uma identidade e um lugar de inserção social e que, nas famílias pouco estruturadas e com poucas estratégias para enfrentar suas dificuldades, os adolescentes acabam por procurar, cada vez mais, soluções externas como forma de apoio e satisfações.

Para finalizar, um outro autor que gostaria de citar é Figueiredo (2004), que em seu artigo *Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade*, com o objetivo de aprofundar a compreensão dos pacientes borderlines, retoma as noções de senso, teste e

processamento da realidade, considerando sua natureza e suas condições, tanto quando é bem-sucedido de constituição psíquica, quanto em algumas situações patológicas. Segundo o autor, os pacientes borderlines realizam testes de realidade, mas carecem de senso de realidade e têm dificuldades no processamento da mesma. Nesse artigo, sugere algumas hipóteses para esta situação e dá ênfase à importância da posição depressiva e da travessia do Édipo para o estabelecimento de um senso de realidade capaz de propiciar o processamento de realidade continuado e tornar mais satisfatório e mais desnecessários os testes de realidade. Também neste trabalho, propõe uma direção para o tratamento destes pacientes.

Figueiredo (2004) cita Kernberg (1975, 1987) quando este afirma que os pacientes borderlines se diferenciam dos psicóticos pela capacidade de fazerem a prova de realidade, no entanto, retomando Bion (1962), ressalta o fato de que as provas de realidade realizadas por estes pacientes não lhe proporcionam aprendizado e crescimento emocional. Ao contrário, muitas vezes, geram forte turbulência e compulsão à repetição. Segundo o autor, a discriminação entre fantasia e realidade, mundo interno e externo, parece nunca se fazer a contento.

O autor acima citado, ao referir-se à personalidade borderline, refere-se a pacientes com oscilações extremas e flutuações radicais no campo da vida pulsional e afetiva, no campo das relações de objeto e no das organizações do *self*. Turbulência emocional, atuações impulsivas, violência afetiva e pulsional, inconstância objetal (o objeto é sentido como presente ou ausente em excesso ou está muito superior ou muito inferior) e no que se refere à organização do *self*, observa-se manifestações de grandiosidade ou de enfraquecimento. O Padrão dominante é o do tudo ou nada. Propõe entender o transtorno borderline como um transtorno de caráter com duas matrizes subjetivas (a esquizoide e a narcisista) em aparente alternância e sobrepostas. Ao diferenciar os casos limites das neuroses, põe foco na diferença entre a importância da sexualidade, dos conflitos e da estruturação edípica nas neuroses (e na perversão), em contraposição às questões de vida e morte, ser e não ser, nos casos limites, nos quais as angústias de aniquilamento são dominantes e não deixam espaço para a angústia de castração. Nos casos limites, fala em estrutura “pré ou antiedípica” (p.506).

Ao falar em novas perspectivas para a clínica borderline, Figueiredo (2004), acredita que não se deve esperar grandes transformações e sim condições de vida mais saudáveis e satisfatórias. Coloca que os confrontos e a continência que estes pacientes exigem devem ter como meta a constituição da *triangularização edípica*. Fala de uma clínica que deve ser capaz

de conduzir processos regressivos e que pressupõe do analista a capacidade de sustentar uma relação a dois em que a continência e o *holding* são indispensáveis, porém, na medida certa, para “evitar o mito da empatia e da elasticidade absolutas” (p.515). Afirma restar ao analista o trabalho na transferência, e sugere autocontinência, adesão ao método e ao *setting* e reserva.

2.2 História e psicopatologia do transtorno de personalidade borderline:

Gostaria ainda de destacar os trabalhos de dois autores: Dalgalarrondo e Hegenberg, que considero de grande contribuição para o aprofundamento na compreensão da história e psicopatologia desse transtorno. Justifico a riqueza de detalhes na citação de Hegenberg, com o fato de que, em muitos momentos, os pontos trabalhados por ele serão norteadores da discussão proposta no capítulo VI.

2.2.1 Dalgalarrondo:

Segundo Dalgalarrondo (1996), a síndrome borderline surge como entidade nosológica amplamente utilizada na clínica psiquiátrica e psicanalítica, no princípio da década de 50. Inicialmente era uma categoria vaga e imprecisa, que compreendia sintomas que se estendiam desde o neurótico, passando pelos distúrbios de personalidade, até o psicótico. O autor afirma que, desde então, o termo borderline tem sido utilizado para nomear quadros de difícil diagnóstico, mais frequentemente encontrados em adolescentes e adultos jovens, que não se enquadram entre as neuroses graves ou entre as psicoses endógenas clássicas. Nas últimas décadas, o termo teria ganhado mais popularidade e precisão.

Segundo o autor, embora a noção da existência de certos distúrbios mentais graves, próximos da alienação, mas sem sintomas declarados de loucura, não seja nova, uma vez que temos os conceitos de “*moral insanity*” de Prichard (1835), “*manie sans delire*” de Pinel (1809), “*folie raisonnante*” de Esquirol (1838), foi apenas com Kahlbaum (1884/1890) que uma categoria bastante semelhante ao atual transtorno borderline começa a ser melhor delineada com o conceito de “hebidofrenia”, uma síndrome comum a adolescentes. Depois disso, os trabalhos de Bleuler (1911), sobre a “esquizofrenia latente” também trouxeram contribuições ao tema. Entretanto, foi Stern (1938) quem utilizou pela primeira vez o termo borderline em seu texto *Terapia e investigação psicanalítica do grupo das neuroses borderlines*. Em 1942, Deutsch, referindo-se a esses estados intermediários entre a psicose e a

neurose, descreve a “personalidade como se”, que seriam pessoas que apresentariam uma personalidade que, por trás de uma tênue adequação nos relacionamentos sociais do dia a dia, apresentavam um grave distúrbio nos relacionamentos interpessoais mais significativos. Em 1949, temos o trabalho de Hoch e Polatin que introduz a nomenclatura “esquizofrenia pseudoneurótica” e, é apenas com Knight (1953), em *Estados Borderline* que o termo borderline começa a se firmar. Ainda com a popularidade do termo borderline, continuou a existir desacordo em relação a sua definição precisa. Surgem dúvidas por exemplo quanto ao fato de se tratar de uma síndrome ou de um estado transitório de uma organização de personalidade ou de uma forma grave de neurose.

Dalgallarrondo (1996) afirma que até os sistemas diagnósticos DSM-II (APA, 1968) e da CID-9 (OMS, 1976), o termo borderline esteve situado dentro das psicoses, particularmente associado à esquizofrenia. Foi apenas com o DSM-III em 1980 que se introduziu mudanças significativas: o quadro borderline saiu definitivamente do espectro da esquizofrenia para os distúrbios da personalidade. A esquizofrenia latente cedeu lugar a dois tipos de distúrbios de personalidade: o esquizotípico e o borderline. O autor ressalta a contribuição do trabalho de Spitzer, Endicott e Gibbon (1979) *Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia*, para esta mudança. Em 1992 as duas grandes categorias também foram incorporadas à CID-10, entretanto fazem um ordenamento distinto do DSM IV (1994), na CID-10. O transtorno esquizotípico é mantido no espectro esquizofrênico, e apenas o transtorno de personalidade tipo borderline fica definitivamente entre os transtornos de personalidade, alocado como subtipo do transtorno de personalidade emocionalmente instável onde teremos dois subtipos: o tipo impulsivo e o tipo borderline.

Em relação à psicopatologia desse transtorno, segundo Dalgallarrondo (1996), no diagnóstico diferencial deve-se fazer a distinção com a personalidade esquizotípica, com os transtornos de personalidade tipo histriônico antissocial, esquizoide ou paranoide, com os transtornos afetivos maiores e também com a própria esquizofrenia, na sua apresentação com poucos e discretos sintomas. Considera como características típicas do borderline: sentimentos crônicos de vazio, impulsividade, automutilação, episódios psicóticos de curta duração, tentativas manipuladoras de suicídio e, frequentemente, relações interpessoais muito conturbadas e insatisfatórias.

No campo da afetividade, a raiva e a ira são muito comuns junto com a depressão e ansiedade. A depressão geralmente não é culposa, mas associada a sentimentos de profunda

solidão e rejeição. O autor cita Southwick e cols. (1995) ao referir-se à depressão do tipo anaclítica, comum em pessoas dependentes, com tendência a sentimentos de desamparo, fraqueza, medo de abandono e forte necessidade de proteção e amor. Tais pacientes tendem a experimentar afetos intensos, intempestivos.

Quanto ao comportamento, a característica é a impulsividade e a autodestrutividade. O termo *autodestrutivo* inclui uma ampla gama de comportamentos que muitas vezes têm outro objetivo inicial, tais como: promiscuidade sexual e perversões na busca de afeto, a automutilação com objetivo de manipulação dos outros e de chamar a atenção e o envolvimento com drogas, na tentativa de uma identidade provisória (de “viciado”) ou simplesmente como fuga e evitação de sentimentos de abandono.

Os sintomas psicóticos, quando ocorrem, tendem a apresentar as seguintes características: estão relacionados a situações de estresse, são rapidamente reversíveis e transitórios, não são sistematizados e as experiências psicóticas são egodistônicas. De modo geral, há ausência de idéias delirantes e alucinações claras e estáveis.

No que se refere às alterações das funções egóicas, observa-se que é principalmente no campo das relações interpessoais que se revelam. Suas relações de modo geral são muito transitórias e superficiais e as relações mais significativas e íntimas são instáveis, tensas, tendendo à manipulação e à dependência.

Quanto à terapêutica, refere-se à psicoterapia intensiva, em *settings* estruturados, paralelamente ao uso de psicofármacos (antipsicóticos, antidepressivos, sais de lítio, carbamazepina etc).

2.2.2 Hegenberg:

Hegenberg (2000), em seu livro *Borderline*, propõe uma reflexão acerca das contribuições da psicanálise ao tema e ressalta como papel desta compreender esse paciente na tentativa de oferecer uma esperança para o seu desespero e desamparo. Afirma que, na atualidade, a escuta da psicanálise se desvia da Angústia de Castração e do Complexo de Édipo para a Angústia de Separação e para o Ideal do Ego como organizadores da personalidade. O autor retoma Bergeret (1991) quando este diz que encontramos cada vez menos pacientes que conseguimos classificar, se quisermos ser rigorosos, no quadro das estruturas neuróticas. Sinaliza que a questão maior não são mais os limites, a falta, segundo ele, a preocupação se desloca para a depressão, para perda de sentido da vida, para a sensação

de irrealidade e futilidade de existência, para crise de identidade. Em meio a esta realidade ele situa o borderline em busca de compreensão e socorro.

Pensa o borderline como alguém portador de uma necessidade de acolhimento e apoio cada vez mais difícil de encontrar no momento atual. Um momento de quebra dos valores tradicionais, que empurra o ser humano para uma crise existencial em razão da solidão provocada pela ruptura da família e dos laços de solidariedade, pelo individualismo crescente, pela competição feroz em uma sociedade em contínua transformação. Segundo o autor, na sociedade atual, em que tudo se transforma e novos valores são rapidamente consumidos e substituídos por outros que também se consumirão, o nível de angústia tende a aumentar em função da insegurança diante de contínuas mudanças. O borderline seria alguém que coloca uma lente de aumento nestes problemas e sofre constantemente com eles. Afirma também que o número de pacientes-limite aumentou, reflexo de uma sociedade pouco preocupada com seus cidadãos e mais interessada na globalização e seus efeitos econômicos.

Para Hegenberg, o Borderline não é um neurótico, nem um psicótico, tampouco está no limite entre a neurose e a psicose, considera-o um quadro clínico específico, com características próprias.

Segundo o autor, Freud não se ocupou do Bordeline, mas diversos psicanalistas o fizeram, tomando como base algumas de suas contribuições teóricas. Para ele, a histérica freudiana do fim do século XIX deu lugar ao borderline de hoje, enquanto preocupação teórica e clínica. Considera que Freud esbarrou mas não se aprofundou na questão borderline, permanecendo com a histeria e a castração, embora tenha mencionado a importância do apoio e da relação anaclítica, do entorno familiar e de outras questões pertinentes ao borderline. Hegenberg afirma que a dificuldade para a compreensão do borderline reside no fato de que este se encontra imerso na relação com o outro, dependente dele, angustiado com separações, necessitando de uma relação a dois, precisando encontrar um analista presente enquanto ele mesmo. Apesar de precisar de limites, ele não está demandando castração, mas um encontro com um analista que existe enquanto pessoa, e não apenas enquanto qualidade transferencial, concepção, segundo o autor, mais próxima de Winnicott que de Freud. Considera que o borderline precisa de uma clínica voltada para a transferência e contratransferência, e que não é interessante uma clínica voltada para o unipessoal e o intrapsíquico. Finaliza sua reflexão dizendo que embora Freud não tenha se ocupado do borderline, lançou as bases para sua compreensão futura.

Cita também trabalhos de psicanalistas como Kernberg, e a denominação “organização borderline de personalidade” que inclui e transcende o Transtorno de Personalidade Borderline; Lacan, que, segundo o autor, não considera a existência deste transtorno, considerando-o histeria grave ou perversão; Bergeret, com o conceito de estado-limite (limítrofe), como uma organização de personalidade provisória; Green, quando este assinala que o borderline constitui um novo paradigma para a psicanálise e coloca a angústia de separação e a de intrusão como as angústias principais do borderline e postula a clivagem e a depressão como os dois mecanismos fundamentais para os estados-limite; e finaliza seu levantamento dando especial relevo às contribuições de Winnicott.

Hegenberg refere-se à teoria de Winnicott, segundo a qual existem algumas pessoas adultas que não se sentem ainda completas ou existindo, o que é comum nos casos dos borderlines. Pessoas que, por não terem o *self* constituído, experimentam vazio, falta de sentido de vida, tédio e depressão e que, em função disso, necessitam de uma experiência com alguém capaz de acompanhá-los na constituição do seu *self* (que não se constituiu em função de um ambiente não suficientemente bom na infância, tendo reagido mal às intrusões sofridas). Coloca que, para Winnicott, o tratamento nestes casos deve consistir em estabelecer uma condição de regressão para que o paciente seja acompanhado pelo analista no seu caminho de construção de um *self* verdadeiro. Ao analista cabe sustentar seu paciente sem invadi-lo, acompanhando-o em seu próprio caminho de constituição de sua subjetividade.

Hegenberg, ainda neste trabalho, define como características do Transtorno de Personalidade Borderline: a angústia de separação, o dilema com a identidade, a clivagem, a questão do narcisismo, a agressividade, a impulsividade e o suicídio. Segue resumidamente a concepção do autor:

- Angústia de separação:

A natureza da angústia do borderline é de perda de objeto, o que corresponde aos esforços para evitar o abandono real ou imaginado. Em função da relação anaclítica que estabelece com o outro, sua angústia é de não poder contar com o outro na hora em que necessitar. O borderline não desenvolveu a capacidade de estar só, porque o ambiente não permitiu o desenvolvimento natural do bebê.

- Identidade:

A ausência do *holding* adequado impossibilitou a constituição de uma subjetividade. Por não ter tido uma experiência intersubjetiva satisfatória com o ambiente, não desenvolveu a capacidade para estar só e não conseguiu tornar-se um sujeito independente da participação da subjetividade do outro. Por conta disso, sua existência é perturbada por invasões (do ambiente) que interrompem o continuar a ser do borderline gerando uma ameaça de aniquilação. Embora não tenha o self constituído e apresente dificuldade de enxergar o outro, há suficiente diferenciação entre representações do *self* e representações do objeto para permitir a manutenção de fronteiras do ego e garantir a delimitação clara entre o ego e os outros (diferente da psicose).

A questão da identidade também é complicada porque o borderline está mais influenciado pelo ideal de ego que pelo superego. Em função disso, relaciona-se com figuras idealizadas com as quais mantém relação de admiração e desvalorização, sendo-lhe sofrido reconhecer os próprios limites e capacidades. A consequência de não ter uma identidade constituída e de ser influenciado pelo ideal de ego é uma vida sem sentido, sem objetivos definidos e com fortes sentimentos de tédio e de vazio constante.

- Clivagem:

Ainda utilizando-se da referência winnicottiana, o autor fala do borderline como alguém que não foi capaz de destruir e usar o objeto (o ambiente não contribuiu para que pudesse usar sua agressividade de maneira construtiva). A continuidade do objeto está ameaçada por sua agressividade, daí a clivagem do objeto em bom ou mau sem poder integrar os dois num só. Não poderá odiar o objeto, esse tem que ser apenas bom para poder proteger o borderline que não vai poder agredir porque precisa do objeto inteiro para obter apoio. Esta clivagem permite, muitas vezes, a negação de características negativas em alguém que funcione como suporte objetal. No Borderline, existe conquista edípica e superegógica, embora estes não sejam os organizadores da personalidade, a instância dominante é o ideal do ego (o que o remete a uma relação de idealização com o outro, ora idolatrando ora odiando e a uma severa crítica em relação aos outros e a si mesmo, com alto padrão de exigências que geram sempre a insatisfação).

- Narcisismo:

O borderline possui narcisismo acentuado e dificuldade de perceber a perspectiva do outro, só visualiza suas próprias necessidades. Por não ter um *self* constituído, tem dificuldade de enxergar o outro, e por conta disso, torna-se complicado ter amigos ou namorados.

Necessita ser sempre o centro de tudo e, embora precise muito de alguém, acaba afastando as pessoas.

- **Agressividade:**

Coloca que o borderline normalmente não consegue controlar seus impulsos quando contrariados e, via de regra, arrepende-se após o episódio agressivo. Apresenta muita dificuldade de administrar sua raiva e seus temores, devido à fragilidade do ego, ideal do ego e superego. Não se apropria da sua agressividade, que se torna latente e não dirigida para fins claros. A agressividade e a impulsividade aparecem em função do medo de perder o apoio do outro, consequência do vazio e da falta de sentido de vida. Ressalta que no momento em que estão mais agressivos, no fundo estão com medo de serem abandonados. Necessitam de limites para se sentirem seguros, o que está em jogo é a angústia de separação, e não a de castração. O suicídio e a auto-agressão são mais comuns que os assassinatos.

- **Impulsividade:**

O borderline tem reações explosivas e impulsivas porque está com medo de perder o objeto de apoio. Não consegue dizer não ao outro e vai até o seu limite, explodindo quando não suporta mais. A análise deve lhe fornecer a possibilidade de discordar, de odiar, para que possa também vir a amar e respeitar a opinião dos outros. A impulsividade estaria ligada à desesperança e ao vazio de sentido na vida. Nos momentos em que acredita estar sem apoio, a falta de esperança no futuro o leva ao desespero, colocando-o em situação de risco (dirigir em velocidade, ingestão descontrolada de alimentos, exagero sexual, abuso de álcool e drogas, jogos – tudo para aliviar a depressão, a angústia de seu vazio de sentido da vida).

- **Suicídio:**

Um dado importante assinalado por Hegenberg é que a impulsividade do borderline aumenta a sua predisposição ao suicídio. As ameaças de suicídio e automutilações são constantes e, às vezes, diárias. Adverte que o quadro depressivo não deve ser menosprezado, pois é muitas vezes insuportável, exigindo intervenções que visem proteger o paciente. Reforça citando a estatística do DSM, onde o índice de suicídio varia de 8 a 10%. Segundo o mesmo, o sofrimento pode ser tão intenso e insuportável que o suicídio se torna atraente como um alívio. Sugere que o vazio, o tédio e a falta devem ser constantemente analisados, como forma de fazer o paciente sentir-se acompanhado, apoiado e compreendido. Vale ressaltar que, nos momentos em que se sente incompreendido ou ameaçado por seus objetos de apoio, pode ter respostas explosivas, automutiladoras ou suicidas. Atitudes que, apesar do ganho

secundário de controle do ambiente, é genuinamente desesperada e perigosa, fruto de alguém assustado e com medo. Afirma que quando as condições do ambiente não são favoráveis é complicado assumir o caso pelo risco de suicídio.

Na questão do diagnóstico diferencial, apresento uma breve síntese do trabalho de Hegenberg, quando este destaca diferenças importantes em relação à histeria, à depressão, à psicose e à personalidade antissocial.

- O borderline e a histeria:

O autor afirma que aquilo que hoje se considera como borderline era frequentemente chamado de “histeria grave” (diagnóstico excluído do CID e do DSM-IV). Ressalta que há grandes diferenças entre os dois quadros, sobretudo porque, na histeria, a castração é fundante, colocando a questão dos limites e da falta como elementos transferenciais frequentes. Enquanto o histérico disputa com o terapeuta para ver quem tem mais, o borderline quer apoio, por isso o manejo de um Transtorno de Personalidade Borderline deve ser diferente. No caso da histeria, a castração e os limites farão parte do tratamento desde o início. Para o histérico a angústia é de castração, por não poder ter o que deseja. Se, no Transtorno de Personalidade Borderline há o receio do abandono por parte do objeto anaclítico, na histeria há o medo da perda do objeto dominado. Ao ser excluído, o histérico sente-se enfraquecido por se ver castrado, o borderline, por receio de ficar sozinho.

Segundo o autor, o borderline se tranquiliza quando encontra o objeto de amor, embora tenha medo de perder este objeto e o infernize por causa disso. Na histeria, o objeto de amor não é tranquilizador porque ele nunca satisfaz, sempre falta alguma coisa. A insatisfação é diferente nos dois casos: na histeria, a insatisfação fica por conta de um poder não alcançado, da castração com que tem que se deparar na luta para se sentir fálica; no borderline há necessidade de mais e mais porque sente um vazio irreparável, uma frustração contínua fruto de suas comparações com objetos idealizados, sente-se insuficiente e desvaloriza-se com frequência (por vezes fantasia o contrário).

Ambos desejam ser o centro do universo, mas o histérico, neste caso, sente-se preenchido, dono do falo, nada lhe falta (o outro existe e é levado em conta). Para o borderline, mesmo quando preenchido momentaneamente, o outro existe apenas para satisfazê-lo.

- O borderline e a depressão:

Segundo Hegenberg, o borderline é confundido com frequência com o quadro maníaco, pois pode apresentar-se acelerado quando está se sentindo amado ou quando está apaixonado por alguém ou por alguma idéia. Pode passar da excitação para a depressão rapidamente, dependendo das circunstâncias.

Algumas vezes apresenta os mesmos sintomas do depressivo, mas no caso do borderline, estes estarão ligados a circunstâncias ambientais evidentes e não se prolongam no tempo, podendo suavizar-se ou se acentuar na dependência das reações de seus objetos de apoio.

No Transtorno de Personalidade Borderline, a depressão não se trata do ódio voltado para o próprio sujeito nem do luto pelo objeto perdido, ela está ligada ao vazio e ao tédio. Não existe uma tristeza de base, mas sim uma vida sem sentido, idéias de fracasso e uma frustração em relação aos ideais não atingidos. Nesses casos, muitas vezes, a depressão vem acompanhada de ansiedade, desespero e agitação.

Hegenberg observa que, nesses pacientes, o antidepressivo tem pouco efeito, funcionando mais no controle da impulsividade que na depressão. Já um objeto de apoio minimiza o sofrimento diante do vazio da vida, o que para o bipolar, não faz diferença.

- O borderline e a psicose:

O autor assinala que os dois quadros se confundem em função de episódios delirantes que acontecem algumas vezes, mas no caso do borderline, o delírio se mantém apenas transitoriamente, no momento de abandono e de medo de perder os objetos de apoio. Afirma que a interpretação dilui o delírio no momento da sessão embora ele possa voltar depois e que a presença da figura de apoio transforma a situação, ao contrário das psicoses. Sinaliza que estes episódios delirantes são graves e que, acrescidos da agressividade e da impulsividade, podem se tornar fatais para o paciente ou para as pessoas ao seu redor.

- O borderline e a personalidade antissocial:

Segundo o autor, a diferença básica reside no fato de que a personalidade antissocial (o psicopata) tem como características a ausência de remorso, demonstrada pela racionalização, e a indiferença com que reage após ter feito mal a alguém; enquanto o borderline, ao contrário, sente remorso e se martiriza.

Como proposta para a clínica do paciente borderline, Hegenberg (2000) ressalta o emprego dos aspectos transferenciais e contratransferenciais. Segundo ele, a análise será

permeada pela discussão de questões relacionadas à angústia de separação, à identidade, ao ideal do ego e à clivagem, visando construir uma subjetividade de um *self* não constituído.

O autor afirma que, no início da análise, o apoio demandado pelo Transtorno de Personalidade Borderline, em virtude da angústia de separação, visará a regressão a um estado onde possa recomeçar e se constituir enquanto sujeito capaz de, aos poucos, se suportar sozinho sem depender de uma relação anaclítica. O analista fica no lugar de objeto subjetivo, ajudando o borderline a se constituir. O acolhimento neste momento inicial regressivo é fundamental para a confiança na relação terapêutica.

O Borderline, de acordo com Hegenberg (2000), apresenta dificuldade para escutar e elaborar as interpretações, por conta de sua tendência à descarga pulsional e à ação, em vez de elaboração psíquica. Em função do medo que sente de ser invadido pelas ideias do outro e deixar de ser ele mesmo, escuta pouco seu objeto anaclítico, pois qualquer observação pode ser um ataque a um *self* não constituído. São necessários anos de análise para que o paciente, com auxílio do seu analista, construa sua subjetividade sem se sentir pressionado ou invadido. É um paciente que requer, do analista, capacidade e paciência para lidar com ações, não só com palavras, pois os atos impulsivos, dentro e fora das sessões são uma constante. Só com o tempo e a confiança na relação transferencial, o paciente vai podendo se constituir, passando a suportar melhor seu vazio e solidão e a reter seu sofrimento em nível psíquico.

Em resumo, na concepção do autor, o analista funciona como objeto subjetivo, fazendo a função do ambiente no lugar de preocupação materna primária, para que, a partir desta relação, o borderline experimente a constituição de seu mundo subjetivo e o reconhecimento de si pela função especular exercida pelo analista. No início é necessário oferecer “*holding*” e, a partir da confiança estabelecida, pode-se começar a colocar limites, sem comprometer sua frágil constituição de *self*. Segundo o autor, são pacientes difíceis de lidar, que exigem longo tempo de análise para estabelecer uma relação de confiança e para constituir-se enquanto sujeitos, fato que exige grande disponibilidade afetiva e tempo por parte do analista.

Hegenberg, em sintonia com outros autores já citados, considera difícil manter o enquadre psicanalítico clássico nestes atendimentos e recomenda o suporte fora do consultório. Os familiares devem participar na tentativa de oferecer algum lugar de acolhimento. A orientação à família deve ser constante, uma vez que este paciente exige

demais dos familiares que, com razão, podem cansar-se das suas exigências e agressões. O divã é difícil de ser introduzido, já que no face a face ele tem a sensação estar mais acompanhado. Aconselha o trabalho em equipe com a presença do psiquiatra, do acompanhante terapêutico e, em alguns casos, do assistente social; a internação, algumas vezes, é considerada necessária.

Quanto à medicação, considera que a eficácia ainda não está estabelecida para o Transtorno de Personalidade Borderline. Refere-se à grande variação de tratamentos e seus efeitos inconsistentes. Cita que são utilizados: antidepressivos (para inibição dos sintomas impulsivos e de humor), baixas doses de antipsicóticos (para aliviar sintomas como ruminções obsessivas, idéias de referência e experiências dissociativas), Carbamazepina (para diminuir comportamentos impulsivos e auto destrutivos), IMAO e Lítio têm sido cada vez menos utilizados.

Em termo de curso e prognóstico deste transtorno, temos em Hegenberg (2000) que: antes da adolescência aparecem problemas de concentração e de aprendizagem, além do afastamento social. Esses problemas evoluem na adolescência e no início da vida adulta para os sintomas clássicos do transtorno. Na segunda década de vida, a impulsividade e os descontroles do humor são mais severos, evoluindo, na metade dos casos, para um arrefecimento dos sintomas na faixa dos 30 e 40 anos. Muito frequentemente interrompem estudos, perdem empregos e fracassam em seus relacionamentos afetivos. O índice de suicídio está na casa dos 10%, e as várias tentativas de suicídio fracassadas e autoinjúrias como cortes e queimaduras podem resultar em danos físicos graves.

Enfim, os trabalhos encontrados neste levantamento bibliográfico revelam a relevância do tema borderline para a clínica atual e, ao mesmo tempo em que expõem algumas preocupações em comum, sinalizam também a multiplicidade de referências teóricas, metodológicas e psicopatológicas existentes. Essa constatação reforça a necessidade de aprofundamento na busca de uma maior compreensão desta psicopatologia e de uma clínica que dê conta da demanda apresentada por estes pacientes.

3 A SOCIEDADE PÓS-MODERNA E AS NOVAS FORMAS DE SOFRIMENTO

O ser humano é, continuamente, afetado pelos acontecimentos no mundo. As transformações sócio-culturais e seus efeitos na estética, na ética, nas relações entre os homens acarretam novos modos de subjetivação e novas formas de sofrimento.

Safra, 2004, p.21.

Retomando a reflexão iniciada na introdução desta dissertação, proteger do desamparo, regular os vínculos e realizar a divisão dos bens, são as funções fundamentais que Freud (1930) atribuiu à sociedade. Ao observarmos a sociedade pós-moderna, notamos que esta função protetora não está sendo exercida e que o desamparo parece fazer parte da condição subjetiva atual.

Para contextualizar a tão controversa concepção de pós-modernidade, gostaria de citar o trabalho de Thomé (2003), em que este aborda o surgimento deste conceito.

O autor cita Perry Anderson, segundo o qual, a idéia de um *pós-modernismo* teria surgido pela primeira vez na década de 1930, no mundo hispânico, com Frederico de Onís que empregou o termo *postmodernismo* para descrever um refluxo conservador dentro do próprio modernismo. Thomé diz que em 1954, no oitavo volume sobre *Study of History*, Arnold Toynbee usou a expressão *idade pós-moderna* para definir a época iniciada com a guerra franco-prussiana. Depois disso, o termo foi usado por Charles Olson, por Wright Mills e outros, mas só a partir dos anos 1970 foi difundido mais amplamente. A primeira abordagem filosófica, segundo o autor, aconteceu em 1979, em *A Condição Pós-Moderna*, de J. F. Lyotard que considerou a chegada da pós-modernidade ligada ao surgimento de uma sociedade pós-industrial, na qual o conhecimento tornara-se a principal força econômica da produção; Lyotard tratou a pós-modernidade como uma mudança geral na condição humana. Ainda dentro da referência de Thomé, foi Habermas (1980) e Fredric Jameson (1982) que conferiram ao termo pós-modernidade o referencial que chega aos nossos dias: o de um fenômeno que expressa, dentre outras coisas, uma cultura de globalização e sua ideologia neoliberal.

Em Thomé (2003), vemos que em contraposição aos que aceitam o rótulo de pós-modernidade para os tempos atuais, há vozes discordantes. Jean Baudrillard (apud Thomé, 2003) em entrevista a Luís Antônio Giron, falando sobre suas idéias consideradas avançadas ou pós-modernas, disse claramente que:

... hoje o pensamento é tratado de forma irresponsável. Tudo é efeito especial. Veja o conceito de pós-modernidade. Ele não existe, mas o mundo inteiro o usa com a maior familiaridade. Eu próprio sou chamado de pós-moderno, o que é um absurdo. (In: Revista Época, 9 jun. 2003, p. 26, apud THOMÉ, 2003).

Falar em pós-modernidade, como já dissemos, requer cuidado, uma vez que não há consenso acerca do conceito. Ainda assim, optamos por nomear de pós-modernidade o momento histórico atual, em função de suas especificidades.

Para Bauman (1998), considerado por muitos “o teórico da pós-modernidade”, o valor supremo da pós-modernidade é a vontade de liberdade, liberdade em um mundo incerto, incontrolável e assustador. O autor, em seu livro *O mal-estar da pós-modernidade*, trata da universalização do medo e das perdas decorrentes da troca da ordem característica da modernidade, pela busca de tal liberdade. Para ele, os mal-estares atuais vêm de uma espécie de liberdade de procura do prazer que diminui, muitíssimo, a segurança individual. Em seu trabalho, observa-se uma profunda reflexão sobre a velocidade impressa nas mudanças econômicas, tecnológicas, culturais e do cotidiano gerando a sensação de que a vida é incerta.

Na sociedade atual, o homem conquistou a liberdade para construir o seu próprio destino, em paralelo, essa liberdade vem gerando insegurança e desamparo. Observamos indivíduos que diante de qualquer insucesso, vive um profundo sentimento de frustração. É como se a liberdade conquistada trouxesse consigo o peso, insuportável, da responsabilidade de construir um sentido para a própria existência.

Enfim, as grandes e aceleradas mudanças, da atualidade, deixam o homem imerso em inseguranças. O cenário é de uma grande crise econômica e social, na qual nota-se o crescimento do desemprego, o aumento do nível de pobreza, a exacerbação da violência urbana, as guerras, o enfraquecimento das ideologias, a dissolução do modelo familiar, a liberdade sexual, a fragilização das figuras paternas e de autoridade e o crescimento do universo virtual. Tudo isso gerando cada vez mais solidão.

Para aprofundar esta reflexão, gostaria de trazer as contribuições de Joel Birman, (2007) que coloca para os psicanalistas a necessidade de repensar seus fundamentos para a leitura da subjetividade, considerando os novos desafios trazidos pelo cenário atual. Propõe que pensemos nos destinos do desejo na atualidade como um caminho para captar o que se passa nas subjetividades e, pelo viés da subjetividade, se propõe a pensar o mal-estar atual na sociedade e na psicanálise. Segundo o autor, algumas tendências teóricas do campo psicanalítico tornam a psicanálise inoperante no contexto atual. Situa a crise da psicanálise sinalizando que esta já não fascina como outrora e acredita que a demanda clínica diminuiu porque os discursos da psicofarmacologia, das neurociências e do cognitivismo parecem ter um eco maior. Como saída para a crise, propõe a releitura do discurso freudiano com olhos “cravados” na atualidade.

De acordo com Birman (2007), há no mundo ocidental uma fragmentação da subjetividade. Na modernidade, a subjetividade estava constituída sobre as noções de interioridade e reflexão sobre si mesma, agora “a subjetividade assume uma configuração decididamente estetizante, em que o olhar do outro no campo social e midiático passa a ocupar uma posição estratégica em sua economia psíquica” (p.23). O autor lança mão de referências como Lasch e Debord e seus respectivos conceitos de “cultura do narcisismo” e da “sociedade do espetáculo”, como recursos para ler as novas formas de subjetivação na atualidade, onde se enfatiza a exterioridade e o autocentramento.

Os destinos do desejo assumem, pois, uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário para a implosão e a explosão da violência que marcam a atualidade. (BIRMAN, 2007, p.24)

Para Birman (2007), o que caracteriza a subjetividade na “cultura do narcisismo” é a impossibilidade de reconhecer o outro na sua diferença e singularidade. Diz que: “O sujeito da cultura do espetáculo encara o outro apenas como um objeto para o seu usufruto” (p.25). Coloca esses fenômenos como efeito da ausência de projetos sociais compartilhados e diz: “o desamparo humano provocado pelo fim das utopias aumentou em muito o desespero e a busca de soluções aliviadoras pelas individualidades” (p.35).

Ainda segundo Birman (2007), a modernização do social coloca novas exigências para a subjetividade, tendo esta que ser permanentemente remodelada. Neste cenário inconstante, a incerteza, a insegurança e a angústia aumentam, incrementando o desamparo. “Enfim, o

sujeito passa a se inscrever num mundo que lhe abre muitas possibilidades, mas que também lhe aponta muitas impossibilidades existenciais” (p.79). Diante de tudo isso, parece que sujeito pós-moderno perdeu a crença na possibilidade de transformar a si mesmo e ao mundo com o seu desejo. “As culturas do narcisismo e do espetáculo construíram um modelo de subjetividade em que silenciam as possibilidades de reinvenção do sujeito e do mundo” (p.85).

Birman (2007), ao se aprofundar na análise da “cultura do narcisismo e do espetáculo”, constata que o autocentramento do sujeito atingiu limiares espetaculares. O individualismo é tão exacerbado que não há espaço para a alteridade. Lasch (apud Birman, 2007), no final dos anos 70, colocou que esse autocentramento, aliado à inexistência de história e ao desaparecimento da alteridade como valor é o traço fundamental da “cultura do narcisismo”. Traço este que se apresentaria através da estetização da existência, com o cuidado excessivo com o próprio eu, dentro de um cenário onde o sujeito vale pelo que parece ser (mundo de máscaras) e que também se evidencia no registro sexual, no qual o sujeito é predador do corpo do outro, não importando mais os afetos, mas a tomada do outro como objeto de gozo por meio do qual se enaltece. Toda esta busca de exaltação do eu se desdobra no que Debord (apud Birman, 2007), nos anos 60, interpretou como “cultura do espetáculo”, na qual a exibição se torna a razão da existência, e a exigência de *performance* é o que se destaca.

Não é de se estranhar que a psicopatologia da pós-modernidade seja sempre o fracasso do indivíduo em realizar a exigência em pauta. Daí as depressões, a toxicomanias e o pânico. Segundo Birman (2007), no cenário pós-moderno, as drogas lícitas (incluem-se aí os psicofármacos) ou ilícitas “visam tornar o eu apto também para o exercício da cidadania do espetáculo” (p.169). Já não se trata de curar, mas de regular o mal-estar, uma vez que, nesta cultura, não existe lugar para o estilo sofredor, e o evitamento de qualquer tipo de dor parece ser a saída.

Birman (2003), em seu texto *Dor e sofrimento num mundo sem mediação*, discute as novas formas de mal-estar na pós-modernidade, destacando que este mal-estar vem se manifestando, sobretudo, nos registros do corpo e da ação, ao invés dos antigos conflitos psíquicos relacionados às interdições morais. O autor faz uma distinção entre dor e sofrimento e sinaliza o efeito desse mal-estar sobre as subjetividades, especialmente no que se refere à relação com a alteridade.

Segundo Birman (2003), até as depressões atuais se apresentam como mal-estar corporal (sensação de perda da vitalidade e sentimento de vazio) e o pânico nada mais é que uma experiência na qual “o corpo é ameaçado pelo fantasma da morte” (p.3). Ressalta, porém, que nas depressões e no pânico o corpo se ramifica para o registro da ação, evidenciando impossibilidades de ação para a subjetividade. Ao analisar as compulsões, sinaliza uma forma perturbada de ação, na qual o sujeito não consegue regular seus impulsos que tendem à descarga, ainda que seja contra a autoconservação do corpo (casos que associa às toxicomanias, à bulimia e à anorexia). Traz a violência como um traço marcante do mal-estar contemporâneo e diz que: “A violência gratuita caracteriza a subjetividade atual, se evidenciando frequentemente como passagem ao ato, isto é, como uma descarga psicossomática com nulo potencial de simbolização” (p.4).

Birman (2003) conclui o seu texto afirmando que o mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor, e não como sofrimento, uma vez que a subjetividade atual já não consegue transformar dor em sofrimento, em virtude de ser essencialmente narcísica, não conseguindo abrir-se para o outro e dirigir-lhe um apelo, uma demanda. Refere-se a um sujeito cada vez mais pragmático e funcional, empobrecido na dimensão simbólica, incapaz de criar mediações para o mundo.

Ainda trabalhando dentro da referência de Birman, citarei o seu artigo *Violência Urbana* (2006), em que afirma que, nas últimas décadas, o discurso psicanalítico tem se voltado, cada vez mais, para a investigação dos registros sociais, culturais e políticos, retomando para isso, a problemática do mal-estar na civilização. Nesse texto, mostra que a disparidade da distribuição de riqueza e privilégio vem gerando degradação do capital simbólico e deixando o psiquismo sem ter no que se apoiar. Com isso, o sujeito age pela descarga de pulsões que assume feições destrutivas e autodestrutivas. Observa-se por um lado o masoquismo, responsável pelo incremento das doenças somáticas, psicossomáticas e psíquicas. Entre as perturbações psíquicas, temos a depressão e a drogadicção. Na primeira, se evidencia a despossessão de si do sujeito e, na segunda, uma tentativa desesperada de lutar contra a morte pela ritualização compulsiva do prazer pela droga. Por outro lado, há também os que lançam as pulsões para fora, quando o sadismo se afirma, pela via da agressividade ou da violência.

Enfim, é essa pessoa, sob o impacto desta nova realidade, que chega aos nossos consultórios desafiando a nossa prática clínica e exigindo um repensar da nossa atuação enquanto analistas.

A nós, analistas, cabe colocar essa reflexão como bússola em nossa clínica, uma vez que não podemos desviar o olhar do contexto em que vivemos. Segundo Safra (2005) “Pensar o self é pensar o mundo, é não perder de vista o sofrimento humano, no contexto das problemáticas mundiais, das questões fundamentais do seu tempo” (p.95). Dentro desta ótica, parte da ética e propõe um novo olhar para o homem que sofre na contemporaneidade.

Safra (2004), em seu livro *A po-ética na clínica contemporânea*, se refere à pós-modernidade, fazendo uma crítica às situações do nosso tempo, que impedem as condições necessárias ao acontecer e à presença humana, levando o indivíduo a um sofrimento enlouquecedor. Segundo ele, um sofrimento pelo “esgarçamento da própria condição humana” (p.26), relacionado à ontologia do existir humano. Safra retoma pensadores russos que abordam a questão do sofrimento humano, fruto da ruptura do *ethos*, para pensar as angústias decorrentes da pós-modernidade, apresentando-nos o que propicia e o que “*estilhaça*” a condição humana. Para ele, “a condição humana acontece no enigmático, no obscuro, no indizível, no mistério” (p.34) e, na atualidade, a insistência em teorizar sobre o ser humano, suspendeu a sua condição enigmática, reduzindo-o a conceito, um objeto. Fato que o adocece. Considera que, esta tentativa de explicar o humano por um conceito universal cria a hiper-realidade, conceito de Baudrillard, 1983 (apud Safra, 2004) que se refere à criação de falsas realidades ou simulacros, que passam a determinar e organizar o viver humano. Safra afirma que toda “hiper-realidade” constitui o falso e o aparente, o que leva o ser humano a um desenraizamento do seu *ethos*. A proliferação das hiper-realidades favorece o desenvolvimento de *falsos-selves*, que na atualidade chegam a nossos consultórios em desespero profundo por viverem num mundo de máscaras, que, se retiradas, não revelam nada.

Safra (2004) caracteriza a situação clínica como o cuidado que estabelece as condições necessárias ao “acontecer humano”, por isso afirma que a clínica é essencialmente ética. Segundo o autor, na condução de um processo terapêutico, somos informados do mal-estar de nosso tempo, ou seja, das angústias decorrentes da pós-modernidade. Sinaliza que o sofrimento atual demanda uma revisão da prática clínica e o pensar no restabelecimento do *ethos*, uma vez que este *ethos* está fragmentado pelo processo de globalização e pela

hegemonia da técnica. Coloca a necessidade de uma situação clínica que possibilite o acontecer da condição humana, a partir da compreensão do ontológico no ser humano. Afirma que o tipo de sofrimento com que nos deparamos extrapola a dinâmica psíquica, pois se trata de situações que demonstram a necessidade de constituição do si mesmo e do psíquico.

Muitos de nossos pacientes sofrem pelo desenraizamento, pelo fato de terem sido coisificados, reduzidos a ideias ou abstrações. Na atualidade encontramos pessoas que são filhos da técnica e que sofrem da agonia do totalmente pensável. (SAFRA, 2004, p.34)

Ainda em Safra (2004) vemos a necessidade de assentar o trabalho clínico sobre os fundamentos da constituição do si mesmo. O autor, ao fazer uma crítica ao nosso tempo histórico, que cria sujeitos incapazes de desejar em função da completa fragmentação, propõe uma clínica da humanização, em oposição ao movimento de alienação em que vivemos. Fala de uma clínica sob a “perspectiva de *sobornost*” (descrita abaixo), o que possibilitaria resgatar as fragmentações do *ethos* humano no mundo contemporâneo. Segundo o autor, as novas formas de sofrer da pós-modernidade demandam uma nova concepção de indivíduo; para ele, o ser humano é a singularização da vida de muitos, e o sentido de si é um fenômeno ontológico comunitário, “... evento transgeracional, vindo da história em direção ao futuro” (p.43). “Ao ouvirmos alguém formular as questões de seu destino, estamos ouvindo o sofrimento de um e de todos” (p.44).

Na perspectiva de Sobornost, cada ser humano está fundado, em registro ontológico (não é um conceito sociológico), a seus contemporâneos, a seus ancestrais, a seus descendentes, à natureza e às coisas (os artefatos humanos), ao mistério, simultaneamente. A fratura em qualquer uma dessas facetas ou mesmo sua redução a um outro registro diferente do ontológico (por exemplo, sociológico ou psicológico) leva a um adoecimento do homem. (SAFRA, 2004, p.49).

Para Safra (2004) a perspectiva de *Sobornost* esclarece a condição humana e possibilita, na situação clínica, o resgate das fraturas do *ethos* humano no mundo contemporâneo.

Transferencialmente falando, na clínica em Sobornost, o analista está presente frente a seu analisando não como um outro subjetivo, mas como Outro: como os ancestrais, como os descendentes, como a humanidade, como representante da cultura, como aquele que sustenta a criatividade, como o incognoscível. O analista, assim posicionado, é o devir do si mesmo do paciente e o Outro, simultaneamente. (SAFRA, 2004, p.50).

Seguindo a orientação de Safra (2004), no que se refere à necessidade de repensar a clínica com vistas a dar conta da dor de existir que nos é endereçada atualmente, é que me

proponho a pensar as demandas transferenciais em um atendimento de uma paciente borderline, sinalizando a necessidade de mudanças significativas na maneira de conduzir o processo terapêutico.

Trabalharei com a experiência clínica de Amanda, uma paciente em situação de impasse existencial que, como inúmeras pessoas na atualidade: “... sonham com a morte como maneira de escapar do Nada e como gesto desesperado de anseio por acontecer” (SAFRA, 2004, p. 50).

4 CASO CLÍNICO

Pensamento Leviano – 08:24 da manhã.

“Gostaria de nunca mais sentir o que sinto, esta dor que aperta o peito que traz com ela a angústia. Uma dor que não está me deixando viver da forma correta.

Uma vida onde tudo é incerteza, é o ponto?

Está evidente que dentro dela tudo está errado, em todos os aspectos da minha vida.

A tristeza se estampa em meu rosto.

Alegria? Já senti. Momentânea... Hoje, o que permanece é a infeliz tristeza. Quero arrancá-la daqui, mas está sendo difícil. Não estou conseguindo, tenho vontade de desistir de tudo, sumir. Ir para um lugar onde não há ninguém, somente eu.

Acho que a alternativa que me resta é desistir, ou do contrário Eu morreria.

Uma dor que não há remédio, onde ninguém parece te entender... rolam piadinhas... (Isso é de sua cabeça, psicológico). Assim, dentro de mim tem um buraco que cada dia aumenta mais seu tamanho, um buraco ferido, sangrando, doendo. As lágrimas em meu rosto é apenas a forma que encontro de me aliviar. Existe um ditado que diz assim: Tudo passa. Porém esta dor não quer passar. A sensibilidade que existe em mim pode ser maior que a do outro.

Por que eu me pergunto mas nunca acho a resposta? A minha opinião muda em segundos, a dúvida se aloja em minha mente. Não confio em mim mesma, tenho medo de cometer uma catástrofe com minha própria vida.

Para que viver, se vivo para sofrer? Não aguento mais, tá machucando muito em mim. Uma solução tenho que encontrar, eu preciso ou vou morrer.

Eu preciso que eles me entendam, me aceitem com meu jeito e minha personalidade.”

Amanda, 2007.

A carta acima foi escrita por Amanda, uma adolescente que frente ao seu desamparo, vem à terapia falar de sua dor de existir, uma dor que atravessa sua alma e revela uma falta impossível de nomear. Imagino que a escreveu para se assegurar de que eu “escutaria” o seu pedido de socorro e sua demanda de ser olhada, cuidada e reconhecida.

Amanda desvela o seu sofrimento através de uma busca ansiosa de um verdadeiro encontro amoroso e de uma grande dificuldade de relacionamento, que extrapola a sua convivência familiar e invade todas as suas relações sociais. É rebelde, às vezes irresponsável, agressiva, impulsiva, compulsiva, enfim, extremamente demandante e carente.

Segundo Hegenberg (2000), o paciente borderline deseja amor incondicional para se sentir acolhido e aceito integralmente. Na terapia, Amanda pede cuidados e atenção especial, sua demanda extrapola as sessões clínicas e invade o dia a dia da analista com sucessivas ligações permeadas de angústia. O atendimento dessa paciente me põe em contato com demandas transferenciais difíceis de administrar que, como já dito anteriormente, exigiram de mim o repensar da minha prática clínica a partir das minhas reações contratransferenciais.

4.1 Relato do caso:

O relato abaixo reflete três momentos do atendimento de Amanda: o primeiro em maio de 2006, quando a atendi por um mês no ambulatório da Favela Monte Azul, o segundo, entre junho de 2006 e janeiro de 2007, quando acompanhei Amanda por telefone, em virtude da minha licença médica por necessidade de repouso durante a gestação e, o terceiro, que corresponde à retomada do atendimento de fevereiro de 2007 a janeiro de 2008 (quando a atendi inicialmente no ambulatório e depois no meu consultório).

4.1.1 Primeiro momento:

4.1.1.1 A primeira entrevista: 09/05/2006

A paciente foi encaminhada para terapia pelo psiquiatra do ambulatório da Monte Azul, com diagnóstico de depressão. Havia sido medicada com Diazepan. Medicação que, segundo Amanda, a fez ver as coisas com mais clareza, *“eu estava muito confusa”*. Apesar do encaminhamento, nem Amanda nem a mãe agendaram um horário para atendimento psicológico. A mãe, além de ser contra o uso da medicação, também não considerou a indicação para terapia.

Fugindo à rotina do ambulatório, Amanda foi trazida, para a primeira sessão, pela professora do curso profissionalizante que frequentava na comunidade - oficina de panificação. A professora a trouxe em função de ter tido uma crise de choro e tremores durante uma das aulas, sem motivações claras. A professora deixou-a na recepção do

ambulatório pedindo um atendimento de emergência e voltou para a oficina. Foi nestas circunstâncias que Amanda chegou. Vale ressaltar que não tive oportunidade de conversar com a professora para esclarecer o ocorrido.

Amanda entrou na sala sozinha, apresentava-se com o rosto sofrido, corpo magro e curvado de dor (dizia sentir uma dor insuportável no peito que se confundia com dor de estômago e angústia). Chorava e tremia o corpo inteiro enquanto falava. Era uma figura em desespero. Uma adolescente, na época com 16 anos⁴, que estampava enorme desamparo.

Ao perguntar-lhe o porquê de estar ali, relatou que, há uma semana, havia tentado se matar, em função do término de um namoro. *“Essa já é a segunda vez, minha vontade era de morrer”*. Antes disto, já havia *“tomado remédios”* na tentativa de fazer os pais perceberem que não era feliz, mas ninguém ficou sabendo. Desta segunda vez, queria deixar o ex-namorado com culpa. Estava descontrolada e se sentindo muito mal: *“era madrugada e eu estava me batendo pelas paredes, com muita dor no peito e muito confusa”*. Amanda falava de uma angústia que não conseguia nomear.

Contou-me que tinha um namorado que conheceu pela Internet, um rapaz de 19 anos, que mora no interior de SP, *“liguei 50 vezes para ele, até conseguir o primeiro contato”*. Namoraram seis meses sem nunca terem se encontrado. Ele sempre prometia vir, mas nunca dava certo. Sobre o término do namoro, apenas diz que ele não foi sincero com ela, suspeita que ele já esteja com outra namorada. *“Imagine que até pensei em fugir de casa para ficar com ele!”* Chamou-me atenção o fato de uma relação tão mal configurada provocar tanta mobilização.

Também, na primeira entrevista, falou-me de seus problemas de relacionamento com os pais. A família apareceu em suas queixas como fonte de grande pressão. *“Meu pai não me entende, me critica por ter tentado me matar por causa de macho”*. Diz contar com a mãe. Neste momento, é esta quem tem lhe acompanhado nas andanças pelos médicos, depois do acontecido. Estranhei o fato da mãe não ter acompanhado-a nesta primeira sessão, mesmo tendo sido uma emergência. Depois verifiquei que a mesma não havia sido informada.

⁴ Hoje com 18 anos.

Queixou-se de dormir mal e de muitas dores de estômago, segundo ela, causadas pela grande quantidade de medicamentos que tomou. Dizia que a dor no estômago parecia lhe atravessar a alma e que doía também o peito.

Revelou sentir-se incompreendida: *“Todos me julgam, até os médicos acham que o que eu tenho é frescura”*. Também vinha tendo problemas na escola, andava nervosa e tinha brigado até com as melhores amigas. *“No colégio as pessoas já não aguentam mais me ver passar mal, parece que todos ao meu redor estão cansados. Sempre me dizem que o que tenho é psicológico”*.

Verbalizou que, na terapia, desejava um lugar para desabafar, mas ao mesmo tempo, dizia ter medo de ser julgada e do que eu podia lhe dizer. Era a primeira vez que buscava ajuda psicológica. *“Procurei a Igreja para ter libertação, busquei um médico para ter um remédio para minha dor. Agora busco uma psicóloga para entender o que acontece comigo. Por que sinto esta angústia? O que posso fazer para melhorar, para me livrar desta dor?”*

Diante desta fala, disse à paciente que compreendia a sua dor e que ela trazia questões importantes para iniciar uma terapia. Convidei-a a retornar e expliquei como funcionava o atendimento no ambulatório, falei da contribuição simbólica de R\$1,00 por sessão, do nosso encontro semanal às segundas-feiras, sempre no mesmo horário, e das suas responsabilidades com faltas e atrasos (se faltasse a três sessões seguidas, perderia o horário para alguém, na lista de espera). Expliquei que era psicanalista, como eu trabalhava e lhe apresentei a regra da associação livre.

Ao final da sessão, Amanda deixou a sala sem os tremores, um pouco mais organizada. Ficou combinado um novo encontro para a semana seguinte. Pedi que viesse com a mãe.

4.1.1.2 Conteúdo das sessões dos dias 16, 23 e 30/05/2006:

Amanda vem para a segunda entrevista, sem a mãe. Disse-me que esta não pôde vir em função do trabalho. Tivemos ainda um terceiro e um quarto encontro antes da minha licença. Em todos estes, Amanda chegou pontualmente e fez a contribuição combinada de R\$1,00. Segue o resumo dos assuntos trabalhados nesses encontros:

- História familiar:

Amanda é de uma família de classe média baixa, mora com os pais e duas irmãs (na época, uma com quatorze e outra com dez anos). O pai é comerciante, dono de dois bares e uma pastelaria, sob a responsabilidade da mãe.

Filha de um casal jovem, na época o pai tinha 39 anos e a mãe 36, sentia-se a causa do “erro” que considerava ter sido o casamento dos pais, pois a mãe casou por estar grávida dela. Diz saber que a mãe não é feliz, pois casou achando que o pai era o único homem do mundo. Disse ter medo de repetir a história da mãe. Segundo Amanda, os pais têm um relacionamento instável, uma história de sucessivas ameaças de separação e suspeitas de traição.

Relatou-me que, em sua casa, as brigas são uma constante. “Já acordamos brigando”. Os pais brigam muito: diz ter um pai muito “ignorante⁵” e uma mãe “estouradinha.⁶”.

Raras vezes falou das duas irmãs, mostrava-se quase indiferente às duas. Em seu discurso, a irmã mais nova aparecia como a “queridinha do papai”, e por isso sentia ciúmes, mas dizia contentar-se em ter a mãe por ela. Percebia a irmã do meio muito só, “ela não se faz gostar”. Esta irmã a provocava constantemente chamando-a de “chifruda” e estava sempre a jogando para baixo. Considerava que esta irmã ainda estava iludida com o mundo, achando que tinha amigos e que era querida. De modo geral, sentia-se preterida em relação às irmãs. “Para uma, carinho e atenção, para a outra, as coisas materiais e, para mim, nada”.

Em sua fala revelava dúvidas profundas quanto a ser amada por seus pais. *Meus pais estão sempre me julgando. Culpam-me de tudo. Nada que faço presta. Gostaria de ter mais diálogo com eles. Eles não me dão liberdade, não me deixam sair e nem mesmo ir à igreja”.*

No discurso de Amanda seus pais aparecem como insatisfeitos com ela. “Sei que o papel de toda filha é ajudar os pais. Estou tentando mudar, ajudar em casa, trabalhar com minha mãe na pastelaria⁷. Só que parece que tudo que faço está errado, ninguém me reconhece”. De modo geral, não escutava os pais, estava sempre questionando e recusando o que diziam.

⁵ Agressivo.

⁶ Irrita-se facilmente.

⁷ Começou a trabalhar com a mãe na pastelaria da família, pois os pais acharam que seria melhor para ela se ocupar e não ficar pensando “besteiras”. Lá, as brigas eram constantes.

A mãe aparecia de forma ambígua em seu discurso, umas vezes era a pessoa com quem podia contar, outras vezes, por quem era rejeitada. No fundo, parecia culpar a mãe pelo seu sofrimento. Algumas vezes agia de forma literalmente perversa pedindo à mãe que a matasse para que, enfim, resolvesse seus problemas. *“Mãe, se eu me matar, não vou para o céu. Por que você não me mata para resolver o meu problema?”* Em outros momentos, era capaz de bater na mãe, empurrá-la, humilhá-la, depois sentia uma culpa desestruturadora e pedia um perdão desesperado.

Amanda, apesar de dizer-se *“igualzinha”* ao pai no temperamento explosivo, parecia identificada com a mãe no vazio, na dor e na solidão.

Falou de um pai muito exigente, insatisfeito e frio. Dizia que sua relação com ele era um *“caso perdido”*. Tratava o pai como igual, um rival com quem ela tentava falar na mesma língua e no mesmo tom. Não o respeitava, desafiava-o constantemente. O pai tentava exercer a sua função, mas, segundo Amanda, não encontrava a forma correta de protegê-la. Sentia falta do cuidado e da atenção deste. *“O que importa mesmo é a mãe, não é? Pois pai qualquer um pode ser”*. Ela e o pai praticamente não se falavam. O pai dizia ter vergonha de Amanda e revelava, nos gestos relatados por ela, grande cansaço com suas atuações.

Apesar de todo o conflito Amanda admirava seu pai, via-o como um homem batalhador, alguém que superou as adversidades impostas pela vida, mas que também não conseguiu ser feliz. Achava ter encontrado um namorado *“igualzinho”* ao pai, *“grosso igual a ele”*.

Amanda referiu-se também à avó materna e a uma tia, ambas cuidadosas e carinhosas, com as quais também tinha seus desentendimentos. A avó foi a sua cuidadora na infância, Amanda acredita que a mãe estava muito ocupada com o marido e não tinha tempo suficiente para ela. A avó ocupou o lugar de cuidadora até seus nove anos, quando a família mudou do quintal da casa dos avós maternos e Amanda adoeceu sentindo muita falta da avó. Hoje, cada vez que tem um desentendimento com a família, volta para a casa da avó. Esta, naquele momento, também se recusava a oferecer-lhe o mesmo acolhimento. Parecia que também estava cansada.

- Os amores:

Demonstrou grande envolvimento com seus temas afetivos. Suas preocupações e motivações giravam em torno de paqueras, namoros e possibilidades de encontros amorosos.

Relatou algumas histórias de abordagens masculinas. Rapazes que conhecia pela Internet, na rua ou na pastelaria onde trabalhava. Nestes relatos mostrava-se sempre muito disponível e aberta, distribuindo telefones e marcando encontros. Ao ouvi-la, chamava-me atenção a sua relação com o risco. Estava sempre se expondo e, raras vezes, referia-se a algum medo diante de determinadas situações. *“Conheci um rapaz pelo ORKUT⁸, me convidou para ir a casa dele para vê-lo em uma partida de futebol. Tive medo, mas fui. Acho que ele não gostou de mim. Só quer ser meu amigo”*.

O amor, no discurso desta adolescente, aparecia como uma aposta desesperada em algo para se agarrar, para se definir, para lhe dar contorno.

- Os amigos e a escola:

As brigas que Amanda vivenciava em casa, se repetiam em outras esferas de sua vida. Eram brigas com amigas, professores, diretora da escola. Dizia ser vista como mimada, egoísta e problemática. Sentia-se vítima de todos e sempre tinha uma explicação para os desentendimentos. Ao ser indagada sobre a sua participação em alguns dos eventos, dizia ser muito nervosa e falar sempre o que pensa. Depois sempre se arrependia. *“O que acontece que provooco tantos desentendimentos?”* Ao mesmo tempo em que se sentia vítima, parecia responsabilizar-se por provocar a sua própria sua exclusão. *“Já não me sinto bem na escola, queria pelo menos mudar de horário. Estou muito sozinha, até minhas amigas se afastaram porque não confiam mais em mim”*.

Nesta ocasião, pensava em parar de estudar para evitar brigas com os professores. No próximo ano, acreditava que estaria melhor para retornar aos estudos. Ainda neste período, conseguiu uma mudança de turno e passou a estudar à noite, mas os desentendimentos não cessaram.

Era clara a real dificuldade de Amanda para construir e manter laços sociais.

4.1.1.3 Dados da primeira entrevista com a mãe: 30/05/2006

⁸ Rede social filiada ao Google, com o objetivo de ajudar seus membros a criar novas amizades e manter relacionamentos.

Depois de duas tentativas frustradas de fazer com que Amanda trouxesse a mãe para uma entrevista, resolvo ligar para a mesma, explicando a importância do nosso contato. No telefonema, revela-se resistente e com grande dificuldade em conseguir um tempo para comparecer, pois, segundo ela, não tinha com quem deixar a pastelaria (negócio da família que toca com a ajuda da filha). Depois de insistir na minha preocupação com Amanda, consegui agendar o dia 30/05/2006.

Nesta entrevista, expliquei para a mãe como era o meu trabalho, relatei a chegada de Amanda, falei da importância do acompanhamento da família, retomei a minha preocupação e lhe pedi que me contasse a história da filha.

A mãe emocionou-se ao dizer-me estar muito preocupada com o sofrimento da filha. *“Nenhuma mãe quer ver sua filha assim”*. Disse entender a dor de Amanda porque sentia as mesmas coisas: tristeza e vazio. Relatou que em 2002 quase deprimiu porque o marido estava com outra mulher, só saía da cama porque tinha que cuidar das filhas.

Também nesta oportunidade contou-me o histórico de depressão na família referindo-se a uma irmã, ao seu pai e dois primos. Um dos primos tentou suicídio com remédios, não conseguiu e depois se enforcou. Mostrou-se preocupada com este histórico e perguntou se no caso de Amanda tratava-se da mesma coisa. Revelou-se aflita com a possibilidade de que a filha pudesse fazer mal a si mesma. E diz: *“Imagine que ela até já me pediu que lhe matasse”*.

Revelou-me achar estranha a fixação de Amanda na busca de um namorado. Sobre o término do último namoro, contou que a relação terminou depois que ela (a mãe) resolveu ligar para o rapaz para saber o que estava acontecendo. Disse que o rapaz nunca conseguia vir encontrar Amanda e se justificava dizendo que queria terminar com jeitinho. Terminou a relação da filha pelo telefone e foi depois disto que Amanda tomou uma cartela de Ácido Acetil Salicílico (AAS), para se matar. Disse ter acreditado na intenção de morrer da filha, mas revelou que o pai não acreditou. Segundo a mesma, o pai não entende a tristeza da filha. *“Ele acha que é frescura”*.

Relatou que o relacionamento de Amanda com o pai era muito ruim e que a filha costumava ser grosseira e rebelde. No discurso da mãe, a filha apareceu como durona igual ao pai. Já o pai apareceu como alguém que deseja uma filha obediente para poder investir nela. *“Ela tem que fazer por merecer”*.

Ao falar do comportamento de Amanda em casa, disse que era uma menina que não sabia fazer nada. Todos tinham que fazer tudo para ela, até sua comida era colocada pela avó ou pela tia. Disse que a filha não tinha vontade de aprender e sonhava em ganhar dinheiro para pagar a alguém que fizesse para ela.

Sobre a sua relação com a filha, contou-me que antes de começarem a trabalhar juntas, não se davam bem, em função da rebeldia de Amanda. Mostrou-se ressentida com o fato de Amanda manifestar vontade de deixar a pastelaria. *“Mantive este negócio por causa dela e agora ela quer sair e virar as costas para mim”*. Disse-me que sem a filha lá, sentia muito vazio.

Em relação às outras filhas, disse que a pequena é a preferida do pai e que a do meio é problemática, muito agressiva com ela. Queixou-se de não conseguir ser dura com as filhas, sempre amolecia e acabava fazendo o que elas queriam. O marido achava que *“tudo”* era culpa dela e ela, de certa forma, concordava e aceitava a culpa.

A mãe de Amanda, entre outras coisas, contou-me nesta entrevista que: acompanhava a filha nas buscas pelos sites de relacionamento da internet, tomava satisfação com seus namorados, acobertava seus caprichos e fazia todas as suas vontades. Ao mesmo tempo, tinha momentos em que se chateava, a abandonava e a deixava no vazio, angustiada e sem rumo. Não mostrou ser uma presença estável, era ambígua e, muitas vezes, agia de forma invasiva.

Ao tentar descrever esta mãe, vejo uma mulher descuidada e acima do peso (ao contrário da filha). Pessoa de baixa escolaridade e poucos recursos culturais e afetivos. Apresentava uma fala hesitante, não conseguindo configurar opiniões sólidas, questionando-se sempre ao final de cada afirmação (muitas vezes trazendo o contraponto do marido). Pareceu-me bastante desestruturada. Enfim, uma mãe preocupada, mas perdida, sem saber como cuidar da filha sem se desentender com o marido. Ficou a imagem de uma mulher que não se realizou no casamento e que se culpava por não conseguir exercer satisfatoriamente o papel de mãe.

Revelou perceber a necessidade que a filha tinha de terapia e sinalizou também a sua própria demanda. Falei-lhe que em breve gostaria de conversar com ela e com o marido, juntos.

4.1.2 Segundo momento:

Saí de licença médica logo depois da entrevista com a mãe de Amanda. Liguei para Amanda e para a mãe, relatando o ocorrido e recomendei que buscassem o ambulatório para dar continuidade ao tratamento com outro profissional. Dada a minha preocupação com o momento que ela estava vivendo, deixei o meu telefone celular para qualquer emergência. Um gesto intuitivo, que funcionou para Amanda como uma possibilidade de suporte para diminuir o vazio e a solidão, por vezes insuportáveis.

No ambulatório, compartilhei com a coordenadora as minhas considerações sobre a paciente e deixei as portas abertas para que priorizassem um reencaminhamento. Amanda não procurou o ambulatório e disse que preferia me esperar voltar.

Durante o meu período de licença, recebi ligações de Amanda sempre que ela passava por picos de angústia. Queria saber o que fazer diante de determinados acontecimentos de sua vida. Todas as situações envolviam questões afetivas, um rapaz (ex ou atual namorado) que não lhe dava atenção ou queria terminar o namoro. Minha atitude, em todos estes contatos, foi de acolhimento, ouvindo-a e ajudando-a a reorganizar-se.

Amanda ligava nos horários mais variados, deixava recado, pedia que eu ligasse, voltava a ligar, ligava a cobrar. Um movimento que confesso ter sido difícil de acolher e manejar. Muitas vezes me senti extremamente incomodada com sua demanda. Neste momento, era mais um bebê, necessitando de cuidados maternos. Não se conteve nem se sensibilizou frente ao fato de que eu acabara de ser mãe (o que é perfeitamente compreensível, tratando-se de alguém que ainda não discriminava Eu/Outro). Na verdade, ainda me pergunto o quanto a afetou este momento em que eu desviava o meu olhar dela para cuidar de outro bebê. Nunca me perguntou nada sobre a minha gestação, sobre a minha licença ou sobre a minha filha. Eu, tampouco tive oportunidade de trabalhar com ela estes conteúdos. Em suas ligações despejava suas angústias e um sem fim de questionamentos e eu a acolhia, ajudando-a a se organizar.

Certa noite, ligou-me para contar que havia apanhado do avô, segundo ela sem motivos (este havia perdido a paciência com sua desobediência e agressividade), estava transtornada, andando sem rumo pelo bairro. Dizia ter vontade de atirar-se debaixo dos carros na avenida. Não queria voltar para casa, pois ninguém ali lhe dava razão ou enxergava a sua dor. Foi uma noite difícil na qual, durante uma hora, conversei com Amanda até convencê-la

a voltar para casa e conversar com a mãe sobre o ocorrido. Penso que os telefonemas de Amanda tinham a função de ajudá-la a conseguir um mínimo de integração, em situações de grande fragmentação.

A cada ligação, me perguntava quando voltaria para o ambulatório. Cheguei a lhe passar duas previsões de retorno que não deram certo. Amanda sempre ligava para se certificar de que eu, realmente, voltaria e para saber quando. Outras vezes, ligava simplesmente para saber que eu estava ali e ter certeza de que poderia contar comigo. Algumas vezes voltei a sugerir que procurasse um outro profissional do ambulatório. Não aceitou, disse que esperaria.

4.1.3 Terceiro momento:

Voltei para o ambulatório em 26/02/07. Nesta data, havia aproximadamente um mês que Amanda não me ligava angustiada.

Amanda parecia bem, tinha a fisionomia leve e apresentou-se, como sempre, arrumada com cuidado especial, maquiada e “*na moda*” (como dizia gostar de estar). Sempre mostrou ser muito vaidosa.

Contou-me que estava namorando há quase dois meses com um rapaz de 24 anos, técnico de uma empresa de gás, que conheceu na pastelaria onde trabalhava com a mãe. “*Ele é o meu foco, no momento*”, disse Amanda. O rapaz, segundo a paciente, apesar de tê-la pedido em namoro ao pai, não se comportava como um verdadeiro namorado. “*Ele é meu namorado, mas não quer estar comigo*”. Essa era a sua queixa.

Relatou que se mantinha na relação à revelia dos comentários da mãe e dos amigos, que lhe advertiam dizendo que ele não parecia seu namorado, que ela merecia alguém melhor. Expôs diferentes situações vividas nesta relação como quem me pede que lhe confirme se tem ou não um namorado. Comportamento que vinha repetindo compulsivamente com qualquer pessoa com quem conversasse, fosse no trabalho, na escola ou em casa. Ora questionava-se sobre o porquê de manter-se na insatisfação, ora tentava construir explicações para o possível desinteresse do rapaz. “*Penso em terminar, mas tenho medo. Às vezes tenho que ligar 30 vezes no celular dele para conseguir falar. Mesmo sendo tratada assim, quero estar perto dele. Por que aceito esta relação? Por que continuo gostando dele, mesmo sendo tratada desta forma?*”.

Cita frases do namorado: “*Fique quietinha para eu gostar de você, gatona*” ou “*Obrigado por me amar*”⁹ ou ainda, “*Isso é o que tenho para te oferecer, você tem duas opções: aceitar ou você já sabe*”. Ficava clara a sua revolta e desconforto diante do que me contava, mas não conseguia apropriar-se dos seus sentimentos para tomar uma decisão.

Ao ouvir Amanda em sua repetição de sucessivos desencontros, chamava-me a atenção o contraste entre a sua lucidez na percepção da indiferença dele e a sua compulsão em insistir e reinvestir. Ao mesmo tempo em que ela não podia acreditar em sua capacidade de ser gostada por alguém, fazia apostas desesperadas nesta direção e, a cada frustração, caía em angústia profunda. Com isso, voltavam os pensamentos de morte, revelando o desejo de pôr fim a seus sofrimentos.

Nas entrelinhas, escutei-a dizer-me que buscava desesperadamente um reconhecimento através do amor, como se este namoro lhe oferecesse a possibilidade de existir para alguém.

Retomei o contrato com Amanda e voltamos a nos encontrar uma vez por semana. Chamei a mãe para uma nova entrevista.

4.1.3.1 Segunda entrevista com a mãe:

A mãe veio ainda no primeiro mês da retomada do atendimento. Perguntei-lhe como estava Amanda e foi logo me falando do atual namoro da filha. Contou-me como a relação começou. Disse que o rapaz frequentava a pastelaria pelas manhãs (trabalha em frente) e parecia estar de paquera com sua irmã, (tia de Amanda citada na história familiar). Depois que ela comentou com a filha que o rapaz era interessante, esta não descansou até que começaram a namorar, à revelia dos sentimentos da tia que depois disto se distanciou da sobrinha.

Mostrou-se confusa em relação ao rapaz, não conseguindo formular uma opinião consistente sobre o mesmo. Não sabia o que pensar sobre ele, mas sabia que a filha merecia coisa melhor. Mãe e filha tinham praticamente o mesmo discurso sobre o assunto e frequentemente repetiam os comentários positivos e negativos de outras pessoas.

⁹ Em resposta ao seu “Eu te amo”.

Falou-me de sua época de namoro com o pai de Amanda: *“Eu tive namorado. O pai dela era atencioso, carinhoso e fazia questão de estar comigo. Não vejo isso na relação dela. Ele não liga e quando marca, não vai”*.

Criticou a filha por manter o namoro e fez também críticas ao fato dela falar de sua relação para todo mundo. Estranhava o comportamento e exigia da filha maior reserva. Também revelou estranhamento ao fato de Amanda só pensar em namorado 24 horas por dia. *“Ela não tem outros interesses”*.

Nesta entrevista, contou-me as circunstâncias do seu casamento. Casou grávida, aos 19 anos com o único namorado que teve. Disse que no começo do casamento, o marido só não a deixou por causa de Amanda, era muito apegado à filha. Uma vez brigaram e ele disse que só iria embora levando a filha. Revelou-se apreensiva com a possibilidade do namoro da filha levá-la pelo mesmo caminho. Falou de ciúmes, das desconfianças de traição e das constantes brigas com o marido. Confessou gostar demais dele.

4.1.3.2 Resumo do atendimento entre março de 2007 e janeiro de 2008:

Amanda continuava me ligando diante de situações de grande fragmentação, frente às quais não sabia como se posicionar. Inicialmente, eu tentava fazê-la olhar para si mesma, prestar atenção no que sentia para que então, pudesse tomar uma posição em relação aos fatos que relatava. Ela não conseguia e se mantinha repetindo o discurso de outros ou repetindo-me perguntas. Ficava cada vez mais claro que Amanda não apresentava condição de olhar para si mesma porque não havia sido olhada. Por isso estava sempre muito perdida, em meio a “angústias impensáveis”, sem saber o que pensar ou sentir. Ficava paralisada, repetindo o que ouviu do Outro e duvidando sempre. Foi nesse momento que, ao iniciar a leitura de Winnicott, entendi que Amanda era uma daquelas pacientes que não tiveram oportunidade de constituir-se desenvolvendo um *self* integrado. Ponto que desenvolverei com mais detalhes no próximo capítulo dessa dissertação.

Em abril de 2007, na busca desesperada de mudar a relação, Amanda atua e tem a sua primeira relação sexual. *“Se ele fizer comigo, não vai precisar de outras”*. Deixou de ser virgem em sua casa, num momento em que não havia ninguém. *“Não foi do jeito que eu imaginava. Ele chegou suado, de farda do trabalho, parou o caminhão e subiu. Imaginava que seria mais romântico”*. Ficou decepcionada, não conversaram sobre o que aconteceu. Disse que só aconteceu porque tem certeza que o ama, embora não saiba se é amada. Ficou

com medo e preocupada por ter “*transado*” sem camisinha. Surgiram fantasias sobre gravidez e abandono: tinha medo que o namorado a abandonasse, que o pai a colocasse para fora de casa ou que matasse seu namorado. “*Não posso ter um filho agora, isso atrapalharia meu futuro. Não tenho condições de cuidar de ninguém. Seria uma criança cuidando da outra. Eu não teria coragem de tirar. Será que ele assumiria? Acho que sim, mas não sei se ficaria comigo. Quero ligar para ele, mas não quero mais cobrar atenção. Sinto-me mais fria, tenho medo de estar oca por dentro, assim como ele*”.

Esta situação mobilizou muita angústia em Amanda, que voltou a sentir dor no peito e a “*pressentir coisa ruim*”, como das vezes que em que tomou remédios para se matar.

As fantasias de Amanda pareciam revelar o medo que sentia de repetir a história de seus pais. Retomou a história do casamento dos pais, disse não ter certeza sobre o amor entre os pais e que sentia que talvez o pai não a amasse por isso. Amanda afirmava não ter sido desejada e queixava-se, sobretudo, de não se sentir reconhecida. Não tinha um lugar na família.

Durante o resto do ano, todas as vezes que teve relações sexuais com o namorado, não usou preservativo e, com isso, retornavam as fantasias, o medo e o desejo de uma gravidez. “*Talvez, se estiver mesmo grávida posso, enfim, sair da casa dos meus pais*”. “*Um filho pode ser a minha oportunidade de ter alguém realmente meu. Que eu possa dar e receber amor*”. Tudo isso soava como a mais clara expressão do seu desejo de existir para alguém e enfim, ter um lugar. Nesta busca, se expunha e se arriscava sem avaliar as possíveis consequências de seus atos. “*Na hora, nem pensei no risco*”.

Terminou o namoro por duas vezes neste período e, nos momentos em que se encontrava solteira, aventurava-se marcando encontros com rapazes que conhecia pela internet, sem avaliar o seu grau de exposição. Era intrigante ouvi-la dizer do seu medo de ser desrespeitada nestes encontros e do seu desejo de ser vista como uma moça de família. Em uma destas aventuras, em meados de junho de 2007, foi abusada sexualmente por um “*amigo*”. Relatou-me o fato com muita vergonha e culpa. Ficava cada vez mais claro que Amanda não sabia como se proteger.

A este episódio seguiu-se um período de muita angústia e depressão. Durante o mês de julho, Amanda teve outras atuações que provocaram grande distúrbio familiar. Filha de um casal mestiço, mãe branca e pai negro, Amanda é a típica mulata de pele clara, comumente

chamada de morena em nosso país. Nesta ocasião, resolveu alisar e pintar o cabelo de louro, provocando grande mobilização do pai que lhe disse que parecia uma prostituta. Esta foi mais uma das situações em que o pai de Amanda ficou sem falar com ela. O namorado, com quem já havia reatado a relação, também não aprovou a mudança.

A revolta de Amanda continuava extrapolando os muros da sua casa: brigava com professores, amigas, namorado. Brigas, na maioria das vezes, provocadas por ela. “Não sou do tipo que leva desaforo para casa. Eu nem ligo para aquela mulher”, diz referindo-se à diretora da escola. *“Todo lugar que eu vou arranjo briga; acho que o ‘mal’ está tomando conta de mim, porque me afastei da Igreja”*. *“Minha mãe já me disse que não posso falar tudo que penso, eu sei, mas não consigo me controlar”*.

Frequentemente passava mal na escola, se descontrolava, tremia, vomitava. Não gostava de ser assim, mas não conseguia evitar. Estava cansada, querendo a mãe mais presente e precisando de alguém que pudesse, realmente, cuidar dela. Praticamente abandonou a escola na ocasião.

Enfim, neste período, quando já estava acompanhando Amanda há um ano e dois meses, parei para avaliar o rumo do tratamento que eu estava lhe oferecendo. As queixas permaneciam as mesmas: a solidão, o isolamento, o vazio, a compulsão, a dor, os medos, a busca de amor e angústias impensáveis gerando reincidentes ideações suicidas. A paciente me pedia um calmante para um sofrimento que não passava. Constantemente me dizia que sua vida estava cada vez pior. E eu intuía que suas atuações constantes eram também meio para se comunicar comigo. Muitas vezes, parecia dizer-me que eu não estava entendendo o que ela precisava. Foi nesta época que recebi, de Amanda, a carta que abre este capítulo. Depois de me questionar muitas vezes sobre o que eu não estava conseguindo acolher da sua demanda, percebi que talvez a psicanálise clássica, não fosse o mais indicado para esta paciente. Busquei, influenciada pelas leituras que vinha fazendo, uma supervisão winnicottiana.

A referência winnicottiana possibilitou que, aos poucos eu fosse mudando a minha forma de acolher as necessidades de Amanda, o que acabou por exigir também algumas mudanças do *setting* analítico e da minha posição de analista. O foco do meu trabalho saía da interpretação para o manejo (processo que aprofundarei no próximo capítulo).

Em agosto, seria o meu período de férias e eu viajaria com minha família por três semanas. Amanda estava em um período crítico com constantes ideações suicidas, bastante

fragmentada e angustiada. Tentei encaminhá-la a um psiquiatra (pessoalmente, agendei a consulta no ambulatório e lhe entreguei um cartão com o nome do profissional, data e horário, para que ela não esquecesse), mas não tive êxito. Amanda esqueceu de comparecer à consulta. Resolvi, mais uma vez, tentar envolver a família, convidei a mãe e o pai para uma sessão que consegui agendar para a véspera da minha viagem. Apenas a mãe confirmou. No dia e hora da sessão, um imprevisto, a babá da minha filha faltou e eu não tinha com quem deixá-la. Em qualquer momento anterior da minha prática clínica, teria ligado para a paciente e sua mãe e tentado falar por telefone, justificando a minha impossibilidade em comparecer. Nesse dia, liguei e perguntei se lhes importaria que eu levasse minha filha comigo. Fui para a sessão e conversei com as duas enquanto cuidava da minha bebê. Pouco depois, ouvi da paciente o quanto este gesto mudou a nossa relação. Para ela, foi nesse encontro que ficou claro o quanto ela era importante para mim. Falei da minha preocupação em deixá-la, tentei mais uma vez explicar algo da sua dor para sua mãe e indiquei um profissional do ambulatório da Monte Azul, para qualquer emergência. Deixei claro, para a mãe, o quanto Amanda precisaria da família durante o tempo em que eu estaria ausente. Além disso, liguei durante a viagem para saber como estava.

Na minha volta, em setembro, encontrei Amanda diferente, disse que ficou bem durante o tempo que passei fora e chegou a fazer um acordo com a mãe para pintar o cabelo na cor natural. Comecei a perceber outras mudanças significativas em seu comportamento. Mostrava-se empática em algumas situações, demonstrando começar a perceber existência de um outro (talvez eu). Continuava me ligando a cada situação de estresse (a cobrar), mas perguntava-me se podia falar e muitas vezes me pedia desculpas por estar me incomodando. Estava organizando melhor seu pensamento e, com isso, percebendo e comunicando de forma mais clara seus sentimentos. Começou a buscar outros interesses além do namorado: queria amigos, shows, trabalho e faculdade. Verbalizava sempre que faltava alguma coisa em sua vida de modo geral e que, embora desejasse desesperadamente um encontro amoroso, sabia que não seria um namorado quem preencheria o seu vazio.

Nesse mês Amanda trouxe um sonho que teve comigo. Contou-me: *“Sonhei que te ligava porque estava sentindo uma dor muito grande. Você me dizia para ir ao seu consultório. Chegando lá, havia uma fila enorme, muita gente para ser atendida. Acabei sendo atendida por outra pessoa, que me amarrou numa cama e parecia que ia me aplicar*

uma injeção. Eu gritava por socorro,mas você não me ouvia. Você estava com outra pessoa em sua sala.”

Ao trabalharmos o sonho, me diz ter sempre buscado alguém para escutá-la e cuidá-la e que, na sua vida, sempre que encontrava alguém assim, abusava tanto desta pessoa, que acabava provocando cansaço e afastamento. Mas agora disse que se sentia escutada e que aquele encontro antes das minhas férias a fez sentir-se importante para mim.

Nas sessões deste mês, falamos muito sobre as suas atuações, quando eu destacava para Amanda a sua necessidade de ser olhada e de existir para alguém, (transar com o namorado sem camisinha e depois se desesperar pensando estar grávida, pintar o cabelo de loiro e causar a ira do pai, escrever cartas falando em suicídio e deixá-las às vistas da família) dizia: “Pelo menos consegui o que eu queria. Que todos olhassem para mim”.

A relação com a mãe manteve-se sempre instável. Ao mesmo tempo em que a mãe tentava ajudá-la, muitas vezes se cansava e se descontrolava. Oscilava entre entender e se identificar com a dor de Amanda e considerar que tudo não passava de “frescura”, tal qual o pai. Amanda demonstrava precisar desesperadamente desta mãe e atuava fortemente para impactá-la e conseguir o seu olhar. A mãe desejava que a filha aprendesse a resolver os seus problemas sozinha e, muitas vezes, se opunha também à terapia. Era impressionante o quanto ela demonstrava preocupação e vontade de ajudar em nossas conversas e, logo depois, parecia entrar em desespero e desesperança com o comportamento da filha.

Em setembro de 2007, Amanda ainda trabalhava com a mãe na pastelaria da família, ganhava um salário de duzentos e cinquenta reais, para trabalhar das 6 às 17h. Achava muito pouco para dar conta dos seus desejos de consumo adolescentes. Estudava à noite em escola pública, fazia cursinho público no sábado e desejava prestar vestibular para psicologia, opção que mudou em outubro para enfermagem. Estava cansada do trabalho com a mãe, queria buscar outro emprego, mas tinha dificuldade de se mobilizar. Ao mesmo tempo, também demonstrava dificuldade para assumir responsabilidades e estava sempre se comparando com outras pessoas e sentindo-se sobrecarregada. Havia tido uma outra experiência profissional que não deu certo (adoecia facilmente e acabou sendo considerada muito problemática pelo chefe). Sua vontade de deixar o trabalho gerava grandes conflitos com a mãe que algumas vezes lhe pedia que “*não lhe virasse as costas*” e outras vezes a expulsava “*feito cachorro*” por sua falta de compromisso e responsabilidade. Ao visualizar seu futuro, imaginava-se uma

profissional brilhante, de sucesso¹⁰. Ainda durante este mês, uma amiga engravidou e a indicou para o lugar onde trabalhava. Assim, consegui um emprego de recepcionista num consultório odontológico com salário de quatrocentos reais.

Ao conseguir o novo trabalho, teve que interromper a terapia até conseguir organizar o seu horário. Não podia mais ir ao ambulatório nas segundas-feiras. Consegui atendê-la, algumas vezes aos sábados, no meu consultório particular, mas foi difícil definirmos uma agenda a partir daí, porque os sábados eram reservados para o seu cursinho preparatório para o vestibular. Desejava fazer enfermagem e dizia: *“Alguém que sente uma dor como a que eu sinto, não pode fazer outra coisa na vida senão cuidar de outras pessoas. Pensei em psicologia, mas acho que enfermagem será mais fácil para mim”*.

Outubro foi um mês conturbado. Era meu último mês na Monte Azul, a partir de novembro atenderia apenas no meu consultório particular. Ofereci um contrato adequado à realidade de cada um dos pacientes da Monte Azul (no caso de Amanda, acordamos um valor simbólico de R\$12,00 por sessão e nos encontraríamos nas quintas-feiras às 13:30h, em seu horário de almoço). O fato de Amanda ter começado a trabalhar me deixou tranquila para realizar esta mudança. Também em outubro fiz uma cirurgia que me deixou 20 dias em repouso, quando atendia apenas aos seus telefonemas.

A mudança de contrato e o nosso afastamento, mesmo que por menos de um mês, teve grande impacto em sua transferência. Nesse tempo que ficou sem a constância da terapia, voltou a ter atuações mais graves. Tudo que vínhamos construindo parecia estar desmoronando. Houve descontinuidade no cuidado de que Amanda necessitava, deixei-a temporariamente sozinha num mundo, para ela, devastador.

Na primeira sessão após o meu afastamento, dia 01/11/07, diz: *“Andei fazendo umas coisas que sinto muita vergonha, estou me sentindo muito mal”*.

Suas duas últimas atuações a deixaram apavorada e extremamente culpada. Relata: *“Roubei duzentos reais do consultório onde trabalho. Estava muito triste e compulsiva, gastei tudo no shopping em besteiras, estou muito envergonhada. Ah!! Outra coisa, também tinha brigado com meu namorado e procurei um professor na internet e acabei indo encontrar com*

¹⁰ Diferente de quando iniciou o tratamento e dizia querer casar e ter filhos. Hoje não se vê preparada para o casamento e quer uma profissão. Tal qual o desejo do pai.

ele na USP e rolou. Eu não queria, mas ele insistiu. Sei que foi errado, mas não consegui me controlar. Foi como uma compulsão”.

Toda essa história mexeu muito comigo, parecia que ela fazia tudo aquilo para que eu a olhasse e sentisse o seu desespero. Falou do desejo de usar drogas para aliviar sua dor e me disse que estava prestes a cometer uma loucura. Dizia sentir muita raiva de si mesma e que não estava conseguindo aguentar. Fui invadida por um sentimento misto de preocupação, revolta e culpa. Perguntava-me como ela podia fazer tudo isso consigo mesma. Questionava-me o que estes pequenos delitos, contra si e contra outros, estavam querendo me dizer. A gravidade que percebia no comportamento de Amanda me fez agir de maneira superegoica e pouco acolhedora. Todas as minhas intervenções acabavam por revelar grande preocupação com as consequências de seus atos. Vale ressaltar que o dinheiro que roubou do consultório, ela conseguiu devolver com um empréstimo da mãe, depois de muita humilhação e recriminação por parte desta. O pai, também nesta ocasião, parou de falar com ela. Enquanto sua analista, não consegui ser apenas o ambiente seguro e acolhedor que ela estava buscando.

Pouco antes deste período, Amanda havia passado no vestibular para enfermagem na UNIP (mostrava-se feliz, mas com medo de não passar de ano devido às suas faltas na escola, sentia culpa pelo ano letivo que teve). Amanda havia passado por uma fase de muitas conquistas: começou a trabalhar, passou no vestibular para enfermagem e o namoro parecia estável. Mas o fato é que os passos de Amanda rumo a alguma independência, tiveram impacto negativo na relação com os seus pais. Por estar sentindo-se mais independente, segundo a mãe (em conversa por telefone), mostrava-se desobediente. Nessa época, a mãe deixou de apoiar a terapia, dizendo que a filha só fazia piorar.

Depois da sessão de retomada do atendimento, recebi uma mensagem via celular de Amanda (7/11/07), no meio da semana, que dizia: *“Me ligue!”*. Ao ligar para o número indicado, fui atendida pela avó que me contou que Amanda não estava. Ao perguntar-lhe se estava bem, soube que Amanda teve uma crise num ponto de ônibus, após uma conversa com o namorado. Suas pernas endureceram, não conseguia andar e foi levada para um hospital. Amanda não retornou a esta ligação. Tínhamos uma sessão dia 08/11, à qual Amanda não compareceu. Aguardei o seu contato até dia 14/11, quando liguei para sua casa e ela me disse que faltou por falta de dinheiro. Disse que precisava falar comigo, mas que não podia ser por telefone. Dia 19/11 me ligou dizendo estar sentindo-se muito mal. *“Sinto um ódio muito grande de tudo e de todos ao meu redor”*. Confirmamos uma sessão para o dia 22/11.

Neste encontro, relatou-me uma briga com a mãe por ter resolvido fazer uma tatuagem, usando um dinheiro que recebeu e com o qual deveria pagar uma dívida à mãe, que ficou revoltada com sua falta de compromisso e responsabilidade. Na discussão, humilhou a mãe, bateu e apanhou. Este episódio deixou-a desesperada, com uma culpa destrutiva. Disse que bateu na mãe por uma raiva que sentia muito maior do que o acontecimento em si despertava. Acha que este ódio que sente contra todos, no fundo, é de si mesma. *“Sou uma irresponsável, o tempo todo faço coisas para me agredir”*. Revelou-me também que começou a fumar escondido. Durante toda esta sessão trabalhei no sentido de acolher a dor de Amanda e ajudá-la a alcançar alguma integração, organizando junto com ela pensamentos e sentimentos.

Enfim, os dois últimos meses do ano foram muito intensos e conturbados, Amanda faltava às sessões e, quando comparecia, não tinha dinheiro para pagar o honorário combinado. Em dezembro, após faltar três sessões seguidas com desculpas relacionadas ao horário ou mesmo sem avisar, telefonou-me falando que estava sentindo falta da terapia e que tinha a sensação de que sua vida havia desmoronado depois que interrompeu o tratamento. Diz estar com muita raiva de todos e principalmente de si, por isso tem feito coisas para se prejudicar. Pediu-me uma sessão no sábado e diz ter certeza de que pode *“começar do zero”*, mais uma vez. Nesse dia, Amanda chorou muito e repetiu muitas vezes que seu mundo estava desabando. Foi reprovada na escola e, por isso, não poderia cursar a faculdade de enfermagem. Além disso, mesmo que tivesse sido aprovada, não teria como pagar a faculdade uma vez que seu salário não era suficiente e seu pai não estava disposto a ajudá-la por julgar que ela não merecia. Também estava com sérias dificuldades de relacionamento com o chefe e sua esposa, no trabalho.

Depois disso, tivemos um recesso para Natal e Réveillon (20 dias) e na sessão depois das festas, contou-me que foi demitida. Disse-me que estava sentindo-se magoada e que considerava que os chefes foram muito injustos. Ouviu deles que era muito mimada, que arranjava muita confusão e que estava na hora de crescer e assumir responsabilidades. *“Sei que mereci, mas acho que eles foram muito duros. Confundi as coisas, agia como se estivesse em minha casa. Acho que queria que eles fossem meus pais”*. Diz isso se referindo, por exemplo, à ilusão que tinha de que os chefes poderiam lhe ajudar a pagar a faculdade, uma vez que seu pai se recusara. Nesse encontro, a paciente falou de forma surpreendente sobre a sua condição e a forma como se posicionava em algumas relações. *“Estou sempre buscando*

alguém que me dê o que meus pais não me dão. Só que ninguém tem essa obrigação, só eles. Acho que se tivesse em casa o que preciso, tudo seria diferente. Acho que exijo demais de todo mundo, e só dou valor às coisas quando perco”. Digo a Amanda que entendo o seu sofrimento e a sua busca, reforçando o valor que tem o fato de nos sentirmos importante para alguém.

Sobre a terapia, me disse que veio para pagar o que devia e que não sabia como poderia continuar, uma vez que estava sem trabalho. Relatou estar mais próxima da mãe e tinha a impressão de poder contar com ela. Também havia voltado a falar com o pai. Conversei com Amanda no sentido de não interromper a terapia e me coloquei à sua disposição para ouvir uma proposta de continuidade. Respondeu-me que iria pensar no que propor, mas não queria mais continuar sem pagar porque não dava o devido valor. Não podia contar com a ajuda dos pais, uma vez que estes não concordavam que ela continuasse com a terapia. Segundo ela, os pais consideravam que ela inventava problemas, não acreditavam na sua tristeza.

Ficou combinado que ela me ligaria quando desejasse. Desse encontro, entendi que para não crescer, Amanda não pôde cursar a faculdade (perdeu o ano), nem continuar trabalhando (perdeu o emprego). Assim, também, na relação comigo, voltara ao ponto em que não podia pagar às sessões.

Depois de um mês, recebi uma nova ligação de Amanda e agendamos uma sessão. Dizia-me estar muito feliz. Por dificuldades de Amanda, só nos encontramos 2 meses depois deste contato telefônico. Voltara a pedir socorro e a dizer que gostaria de “*começar tudo de novo*”. Relatou período de bom relacionamento com os pais que foi interrompido em função de uma briga. Segundo ela, havia traído a confiança do pai. Voltaram maciçamente a tristeza e o vazio. Desta vez expliquei a Amanda que para retomarmos a terapia precisava contar com a participação dos seus pais ou de alguém da família. Fiz contato com o pai da paciente, por telefone, explicando que para continuar a atendê-la, precisava contar com a participação da família. Foi um contato frio e a sessão que tentei agendar nunca aconteceu. Amanda ainda me liga vez ou outra para falar da sua dor, sempre a escuto e ajudo-a a organizar-se, como posso. Continuo atendendo às suas ligações por perceber que é importante para ela sentir-me acessível, de alguma forma.

5 DISCUSSÃO DA TRANSFERÊNCIA E DA CONTRATRANSFERÊNCIA

Há tantos anos me perdi de vista que hesito em procurar me encontrar. Estou com medo de começar. Existir me dá à vezes, taquicardia. Eu tenho tanto medo de ser eu. Sou tão perigoso. Me deram um nome e me alienaram de mim.

Lispector, Um sopro de vida, p.16.

Neste capítulo, gostaria de mencionar contribuições ao tema de Winnicott, Bollas, Racker, Safra entre outros autores e, ao mesmo tempo, retomar alguns pontos do material clínico apresentado, como base para a discussão proposta.

Iniciarei trazendo a visão de Winnicott (1954), sobre um grupo de pacientes cuja análise deverá lidar com estágios iniciais do desenvolvimento emocional, anteriores ao estabelecimento de uma personalidade, de uma unidade, nos quais a ênfase do trabalho deve recair sobre o manejo, deixando de lado, por um tempo, o trabalho analítico normal. Refere-se aos pacientes que desenvolvem o que ele denomina de *falso-self*¹¹ e afirma ser necessária uma regressão em busca do verdadeiro *self*, processo em que o caos existe sempre como uma ameaça e a contratransferência pode levar o analista à necessidade de uma autoanálise adicional. No tratamento desses casos, nos quais teria havido uma falha na adaptação por parte do ambiente, o caminho a ser seguido implicaria numa provisão ambiental adequada, seguida por uma regressão propriamente dita que daria espaço a um novo desenvolvimento emocional. A regressão à dependência é proposta como parte do processo de cura, em que o analista teria que proporcionar ao paciente uma boa maternagem.

Sobre o papel do analista, Winnicott (1955-56) diz que o comportamento deste deve ser suficientemente bom em matéria de adaptação à necessidade do paciente e deve suscitar, neste, a esperança de poder viver o seu verdadeiro “*self*”. Segundo o autor, em algum momento o *falso-self* entrega-se ao analista, num tempo de muita dependência e risco em função da profunda regressão. Uma das características da transferência neste estado é que devemos permitir que o passado do paciente torne-se presente. Neste momento, as falhas do

¹¹ Um falso-self que Winnicott (1955-56) diz não ter meio de enfrentar a vida ou sentir-se real.

analista, uma vez que seria impossível proporcionar uma adaptação perfeita, devem ser usadas como uma falha antiga, que agora o paciente pode notar e reagir a ela.

O analista deve ser capaz de usar suas próprias falhas em termos de sua significação para o paciente, sendo necessário que ele assuma a responsabilidade sobre cada uma delas, mesmo que isso signifique examinar a sua contratransferência inconsciente. (WINNICOTT, 1955-56, p.397).

Diz ainda:

Esse trabalho exige muito do analista, em parte porque ele deve ser sensível às necessidades do paciente e estar disposto a fornecer uma situação que dê conta dessas necessidades. Pois o analista não é, afinal de contas, a mãe natural do paciente. Exige muito também pela necessidade de o analista procurar seus próprios erros toda vez que surge uma resistência. Mas é somente pela utilização de seus erros que poderá fazer a parte mais importante do trabalho nessas fases, aquela que torna o paciente capaz de pela primeira vez sentir raiva a respeito de detalhes das falhas de adaptação que, à época em que ocorreram provocaram rupturas. É essa parte do trabalho que liberta o paciente da dependência do analista. (WINNICOTT, 1955-56, p.397).

Neste ponto, gostaria de reforçar que usarei a referência winnicottiana, para repensar o atendimento de Amanda. Uma experiência desafiadora, que como já sinalizei, me fez revisar constantemente minhas concepções sobre o trabalho clínico e a posição do analista.

Racker (1982) coloca o pilar transferência/contratransferência como o centro da prática clínica e, aqui, será também esse pilar, o centro da reflexão proposta. Racker (1982) trata a contratransferência como um instrumento para a compreensão das situações transferenciais do paciente, diz: “... é através dela que sentimos e compreendemos o que o paciente sente e faz na relação com a analista e ante seus instintos e sentimentos para com o analista” (p.57). Considera que a interpretação transferencial está intimamente ligada à contratransferência. Foi Racker (1957, apud Bollas, 1993) quem sugeriu que a contratransferência não significa apenas o reconhecimento da transferência do paciente, mas também facilita comunicações transferenciais mais articuladas. Vale ressaltar que este é um ponto de vista bem diferente do que, tradicionalmente, considera a contratransferência um impedimento ao trabalho analítico.

Ainda sobre a transferência, gostaria de trazer as palavras de Safra: “A transferência aparece como o pilar fundamental do trabalho analítico e do método de investigação em Psicanálise. Seja qual for a posição teórica do analista: o trabalho analítico é feito na transferência e com a transferência.” (s/d, apud Mamede, 2006, p.17)

Bem, como relatei no capítulo anterior, após mais de um ano de tratamento, incomodava-me o fato de escutar de Amanda as mesmas queixas: a solidão, o isolamento, o vazio, a compulsão, a dor, os medos, a busca de amor e uma recorrente ideia suicida. A paciente me pedia um calmante para um sofrimento que não passava e eu me angustiava diante da afirmação de que sua vida estava cada vez pior. Sabia que não estava conseguindo oferecer-lhe o tratamento adequado. Depois de me questionar muitas vezes sobre o que eu não estava conseguindo acolher da sua demanda, resolvi abandonar aquilo que chamo de psicanálise clássica e buscar uma supervisão winnicottiana, na intenção de conseguir responder de forma mais adaptada às necessidades desta paciente.

Foi após iniciar a supervisão que confirmei a hipótese de que Amanda fazia parte desse grupo de pacientes descritos por Winnicott, que ainda não se constituíram e, por isso, suas questões fundamentais não estavam associadas ao desejo e ao relacionar-se com o outro, estavam muito mais ligadas à falta de sentido na vida e ao vazio em si. Era aí que podia localizar as angústias inomináveis trazidas por esta paciente.

Enfim, Amanda foi diagnosticada como Borderline, e, como tal, na transferência, todos os aspectos que definem este transtorno (descritos no capítulo I) vieram à tona: a angústia de separação, o dilema com a identidade, a clivagem, a questão do narcisismo, a agressividade, a impulsividade e o suicídio (Hegenberg, 2000). Seria também, no campo transferencial, que se daria o meu desafio: acompanhá-la na construção da sua subjetividade, fornecendo-lhe o necessário para que pudesse dar continuidade ao desenvolvimento de si mesma.

No que se refere à angústia de separação, Amanda estava em um funcionamento de tal dependência que perder o objeto significava perder a si mesma. Demonstrava um esforço extremo de evitação do abandono, como quem está sob real ameaça de desintegração. Uma vez que, em seu caso, falhou a “preocupação materna primária”, ela necessitava estar sempre com o objeto para tentar recompor a subjetividade não constituída. Assim, não pôde desenvolver o que Winnicott (1958) chamou de “capacidade de estar só”. Como nesses casos, o analista deve funcionar como objeto subjetivo para o paciente, até que ele possa usar e destruir o objeto, a dependência se estabeleceu de forma bastante intensa. Sempre que me afastava, Amanda se sentia desamparada, posso dizer até que não existindo. A necessidade absoluta que demonstrava ter de mim, evidenciada muitas vezes em suas ligações para o meu celular a qualquer hora, fazia com que muitas vezes me sentisse sobrecarregada por suas

exigências de cuidados. Suas ligações sinalizavam a sua necessidade de se certificar de que eu ainda estava ali, disponível, ao seu alcance.

De modo geral, Amanda mantinha relações de dependência com qualquer pessoa de quem se aproximasse. Comigo, essa dependência aparecia de diferentes formas: nas constantes solicitações de alívio para sua angústia, na busca de acolhimento para a sua impulsividade ou na intenção de fazer-me concordar com suas críticas à família e ao namorado (parecia uma busca de validação do seu sentimento). Vivia uma dependência tal, que não conseguia tomar decisões sozinha. Houve momentos em que não tinha nenhuma iniciativa sem consultar-me (ainda que eu não a aconselhasse, percebia que falar comigo a acalmava e, segundo ela, fazia com que visse as coisas com mais clareza). *“É como se você colocasse meus sentimentos em palavras”*.

Sua crise de identidade aparecia na dificuldade que manifestava em seguir um caminho próprio. Apresentava uma dúvida constante entre terminar ou não o namoro, ou mesmo abandonar ou manter-se em determinado trabalho. Por não ter uma subjetividade constituída, não sabia identificar seu desejo ou mesmo os seus sentimentos diante de uma determinada situação. Nesse sentido, ter-me colocado, enquanto analista, como seu objeto, a ajudava, a cada ligação, a ter acesso à sua subjetividade.

Ainda sobre a questão da identidade, como o borderline é mais influenciado pelo ideal do ego que pelo superego, ela acabava por se relacionar sempre com pessoas idealizadas, apresentando dificuldade de reconhecer suas capacidades e limitações. Note que Amanda sonhava em ser uma profissional bem sucedida, queria ganhar muito dinheiro numa profissão como psicóloga ou enfermeira, mas ao mesmo tempo, quando iniciava qualquer investimento nesse sentido, o abandonava prematuramente por desmerecer o esforço necessário para tais conquistas. Ou seja, para pagar a faculdade, Amanda teria que trabalhar e que se submeter às exigências dos chefes, coisa impossível para alguém tão influenciado pelo ideal do ego. Amanda, estando sob o domínio do ideal do ego, tinha críticas severas em relação a si e ao outro, o que a deixava numa eterna insatisfação.

Em função da falha ambiental, esta paciente teve que clivar o objeto em bom ou mau, não pôde integrá-lo num só. Por isso me ligava inúmeras vezes, para saber se eu ainda estava viva, se não iria abandoná-la, se não havia me perdido em função de algo que ela disse ou fez. Essas ligações a toda hora também sinalizavam a não predominância do Superego. Percebo

que, até determinado momento, ela me viu como um objeto apenas bom, alguém que não lhe julgava, nem fazia cobranças, além disso, me idealizava como uma pessoa de sucesso profissional e pessoal, repetindo, muitas vezes, o quanto me admirava.

Por ter o narcisismo bastante acentuado, apresentava grande dificuldade em perceber a perspectiva do outro, só enxergando suas próprias necessidades. Característica difícil de manejar em nossa relação, uma vez que eu existia apenas para servi-la a qualquer hora, como se não existissem outras demandas em minha vida (mais precisamente, eu, enquanto outro, não existia). Em sua vida social, desejava ser sempre o centro de tudo e, nesse movimento, acabava afastando as pessoas. Quanto à sua família, embora sempre os agredisse por acreditar não ser cuidada de acordo com suas necessidades, estava sempre exigindo dinheiro, atenção e apoio incondicional, o que deixava seus pais cansados a ponto de, muitas vezes, abandoná-la.

Sua agressividade aparecia sempre que se sentia só ou com medo de ser abandonada. Era capaz de tomar uma quantidade excessiva de remédios, bater-se pelas paredes ou caminhar pelas ruas imaginando jogar-se embaixo dos carros. Um bom exemplo do comportamento agressivo diante do abandono foi o que aconteceu com Amanda ao sentir-se abandonada por mim, como descrevi no capítulo anterior, quando iniciou uma séria de atuações que incluíam desde pequenos delitos até a exposição ao abuso sexual. Parece que se sentir sem o meu apoio deixou-a desesperançada e sem ver sentido na vida, o que a fez colocar-se em situações de risco. A agressividade de Amanda se assemelhava à atitude antissocial, uma reação frente à perda de algo que foi bom.

Como relatei, Amanda frequentemente se exaltava e tinha momentos de impulsividade. Agrediu a mãe em diferentes oportunidades, brigava constantemente com a irmã, dizia desaforos ao pai e não se continha na escola, chegando a rolar pelo chão batendo na “*melhor amiga*”. Volto a frisar que sua impulsividade acontecia sempre que sentia solidão e incompreensão. Eram comuns explosões de raiva e perda de controle, que sinalizavam a atualização de uma revolta relativa a uma perda antiga. Sucessivas passagens ao ato, com impulsividade extrema, mas também reveladoras da esperança que Amanda ainda tinha de encontrar o cuidado de que necessitava.

O afastamento social, comum no borderline, era explícito. Ela não conseguia manter vínculos, metendo-se sempre em confusões e desentendimentos na família, no trabalho ou na escola.

Na tentativa de aliviar o seu tédio e solidão, muitas vezes comprava roupas compulsivamente ou frequentava o salão de beleza, onde frequentemente fazia modificações no visual que incluíam cortes de cabelo, alisamento e tintura. Além de causar grandes transtornos como a insatisfação dos familiares e do namorado diante das constantes mudanças, estava sempre endividada, pois sua impulsividade fazia com que gastasse mais dinheiro do que possuía.

Enfim, as pequenas contravenções faziam parte da vida de Amanda, pegava dinheiro emprestado e não pagava, usava roupas da irmã ou da tia sem pedir emprestado, roubava dinheiro no consultório onde trabalhava. O que impressionava era o quanto, em alguns momentos, achava natural alguns destes gestos e chegava a ficar indignada se as pessoas se mostravam furiosas com seu comportamento. No trabalho não cumpria com seus deveres, mas reclamava sempre, por achar que lhe exigiam mais que o razoável.

As ideações ou atuações suicidas de Amanda, nos momentos em que se sentia incompreendida ou ameaçada por seus objetos de apoio, também causavam grande turbulência ao seu processo analítico. Nesses momentos, apesar do ganho secundário de controle do ambiente, também saltavam aos olhos o seu desespero e solidão. Devo confessar que o risco de suicídio foi sempre um fator angustiante em nossa relação. No caso de Amanda, a morte parecia ser uma tentativa de existir, o suicídio poderia ser considerado uma ação defensiva para impedir que seu *self* fosse aniquilado. Certamente o acompanhamento psiquiátrico e a medicação devida teriam ajudado muito no processo.

Como descrevi no capítulo III, esse novo olhar sobre a condição de Amanda foi mudando a minha forma de acolhê-la e demandando mudanças do *setting*¹² analítico. Era necessário abandonar a minha antiga expectativa de desempenho analítico e adaptar o *setting* à real condição de Amanda e às suas necessidades.

Para Winnicott (1998, apud MAMEDE, 2006), o lugar do analista e o *setting* a ser oferecido ao paciente devem ter como base a relação mãe-bebê nos estágios iniciais do amadurecimento, quando mãe e bebê são apenas um. A “mãe-ambiente” teria quatro funções principais: o *holding* (permanência dos cuidados maternos ao longo do tempo e do espaço), o

¹² Entendido aqui como um conjunto de regras que vão delimitar o fazer analítico, na construção de um lugar propício ao encontro humano, garantindo condições que favoreçam a continuidade do processo.

handling (contato do corpo da mãe com o do bebê, seu manuseio, possibilitando aos poucos a integração do corpo e da psique, de forma a começar a integração do *self*), a apresentação de objeto (a mãe apresenta o mundo ao bebê “em pequenas doses”, de forma a não trazer do mundo aquilo que ele ainda não consegue apreender ou receber), função especular (o bebê só se reconhece no rosto da mãe, porque, como no início ele e a mãe são uma coisa só, o rosto dela é sentido como o seu próprio rosto).

Segundo Mamede (2006), o paciente procura no analista e no *setting*, a oportunidade de experimentar aquilo que não lhe foi oferecido anteriormente pelo ambiente. É nesse sentido que o *setting* deverá ser adaptado às necessidades do paciente em regressão, para possibilitar o processo de amadurecimento e fortalecimento do eu. Ou seja,

... a relação transferencial a partir do setting adaptado proporciona a estas pessoas em profundo sofrimento estar diante de alguém, em busca do encontro consigo mesmas. (MAMEDE, 2006, p.64).

Estava em contato com uma paciente que por não ter tido uma presença humana que possibilitasse o acontecer e a evolução do seu *self*, apresentava-me um abismo, um nada, seu *self* apresentava buracos que a faziam experimentar o terror das angústias impensáveis (Safra, 2005). Angústias, às quais, Amanda se referia, por exemplo, quando descrevia seu estado na noite em que tomou os remédios para dormir ou no dia em que brigou com o avô. “*Era madrugada e eu estava me batendo pelas paredes, com muita dor no peito e muito confusa*”. Seu sofrimento era enorme e ela carecia de recursos psíquicos para dar contorno às suas vivências.

Como diria Safra (2005): “Era alguém à espera de ser” (p.18). Nela havia fome de amor, de reconhecimento de si por um outro, de ilusão.

Amanda me pedia que a reconhecesse, pedia filiação e os cuidados que seus pais não puderam lhe oferecer. Comecei a oferecer-lhe um cuidado diferente, tentava fazê-la sentir-se importante para mim e parecia que, aos poucos, vinha conseguindo. Na experiência com Amanda pude perceber que, no momento em que consegui que o cuidado permanecesse e que, com isso, a relação mãe-bebê pudesse ser experimentada, seu sofrimento diminuiu e então ela pode dar alguns passos rumo ao amadurecimento. Mas no momento em que a continuidade e a permanência dos cuidados foram ameaçadas, ela se desestruturou e voltaram as angústias impensáveis e as atuações com autoagressões.

Os meus primeiros passos, na tentativa de ocupar uma nova posição enquanto analista, ficam bem ilustrados na sessão que tive com Amanda e a mãe, pouco antes das minhas férias. Nesse encontro, ao priorizar o seu atendimento num momento de grande fragmentação, Amanda percebeu-se importante para mim e, a partir dos meus cuidados, pôde verbalizar o quanto este momento foi importante. Trouxe-me um sonho (“gesto”) bastante significativo que ilustrava a sua percepção de cuidado e o medo de ser abandonada. A mudança foi uma experiência intensa, era a primeira vez em que experimentava alargar os limites do *setting* analítico. Atendê-la junto com a mãe, na presença da minha filha, foi também uma oportunidade de exercer a maternagem diante das duas e de certa forma, ilustrar o cuidado que desejava sinalizar para aquela mãe, como necessário para Amanda, durante a minha ausência. Foi significativa a sensibilização da mãe e da filha. O impressionante é que, em qualquer outro momento da minha clínica, teria falado com elas por telefone ou justificado a minha impossibilidade em comparecer. Nesse dia, indo para a sessão, fui recompensada ao notar o quanto o meu gesto mudou a nossa relação.

Fica descrito no capítulo anterior o quanto a mudança na minha forma de cuidar foi gerando mudanças significativas em Amanda, gerando alguns momentos de empatia e maior organização do pensamento o que refletia em uma percepção e comunicação mais claras de seus sentimentos. Aos poucos começou a buscar outros interesses além do namorado: queria amigos, shows, trabalho e faculdade.

Acompanhei muitas conquistas de Amanda nesse período: conseguiu um trabalho desvinculado da mãe, passou no vestibular para a profissão que desejava e estabilizou o namoro. Mas, paralelamente a estas conquistas, algumas mudanças no nosso contrato (minha saída da Monte Azul e a sugestão de um preço simbólico para as sessões) e nosso afastamento temporário tiveram grande impacto na transferência. Nesse momento de mudanças, o exercício do *holding* foi impactado, o cuidado permanente ao longo do tempo e no espaço falhou e Amanda experimentou a repetição da falha ambiental que era parte da sua história. Dessa forma, a transferência, que era essencialmente positiva e amorosa, passou a ser agressiva.

Hoje, ao repensar alguns dos comportamentos de Amanda, lembro dos escritos de Winnicott (1956) sobre a personalidade antissocial. Passei a considerar muitas de suas

atitudes como reações a uma *de-privação*¹³. Amanda parecia estar buscando a experiência perdida pela via da destrutividade, procurando a estabilidade ambiental capaz de resistir às pressões do comportamento instintivo. Buscava a provisão ambiental perdida, uma atitude humana confiável que lhe permitisse a liberdade de agir e, neste caminho, provocava reações do ambiente como um todo. No fundo ela estava reinvidicando a mãe através de seus atos de furto, agressão e caos (manifestações da tendência antissocial que, segundo o autor, não é um diagnóstico e pode aparecer em qualquer estrutura, seja ela neurótica ou psicótica). Estava buscando a analista que conquistou a sua confiança através dos cuidados que lhe dispensou, mas que falhou em manter a continuidade destes cuidados, fato ao qual reagiu tão violentamente. Talvez, o que diferencie Amanda da personalidade antissocial seja o fato de que, em alguns momentos, conseguia reconhecer seus erros, sentindo-se extremamente culpada e angustiada.

Amanda foi abandonada e reagiu com violência. Passou a jogar seus sentimentos e sua dor sobre mim, de forma que me fazia sentir tudo isto de forma muito intensa. Literalmente testava a capacidade de sobrevivência da analista. Em função disso, o manejo era sempre o foco, o que exigia o ajuste de alguns limites da técnica psicanalítica tradicional na busca de adaptar, outra vez, o *setting* às necessidades da paciente. Passei a atender frequentemente ligações a cobrar, nos mais variados horários e, muitas vezes, ligava para a paciente para saber como ela se encontrava e assim, mesmo de longe, tentava acompanhá-la.

Sem a constância da terapia, passou a atuações mais graves e ficava apavorada e extremamente culpada, como foi o caso do roubo no consultório em que trabalhava e o envolvimento com o professor em que se expôs ao abuso sexual. Toda essa agressividade de Amanda teve grande impacto na contratransferência. Percebo ter sentido o seu desespero, mas tive grande dificuldade em acolher a sua esperança. Meus sentimentos variavam num misto de preocupação, revolta e culpa. Sentia vontade de chamar-lhe a atenção para os absurdos que vinha cometendo, e ficava tentada a fazer intervenções que, na verdade, ajudavam muito pouco aquela paciente. Mesmo tentando manter o *holding*, por saber que, no fundo, toda a sua atuação era, como diz Winnicott (1956), uma demonstração de esperança, um pedido de

¹³ Segundo Winnicott, 1956, perda de algo bom, algo que havia sido positivo e que desapareceu em determinado momento. Este desaparecimento estendeu-se por um tempo maior do que a criança poderia suportar para conservar a memória da experiência boa.

socorro, sinto que algo falhou, não consegui conter um certo olhar superegóico e novamente repeti a falha ambiental à qual ela tanto reagia.

A intensa mobilização emocional que envolve a clínica com estes pacientes, por vezes faz com que, mesmo de posse do referencial teórico adequado, algo escape e o manejo fique prejudicado. Esforçava-me para compreender toda a turbulência causada não como um ataque, mas apenas como expressão de seu sofrimento, de sua impossibilidade de distinguir eu/ não-eu. Tentei compartilhar com ela o meu sentimento na intenção de restaurar o nosso diálogo. Disse-lhe entender o que estava sentido e que, realmente, devia ser muito difícil passar por tudo que estava passando tão sozinha. Pedi desculpas por não ter podido estar mais perto no último mês. Tinha consciência de que falhara na tarefa de proporcionar a ela um ambiente seguro para ir se descobrindo pouco a pouco, justamente quando ela começava a dar os primeiros passos.

Parece-me que Amanda caiu num sentimento de profundo desamparo ao sentir a descontinuidade no atendimento às suas necessidades. Sentiu-se traída por ter confiado em nossa relação. Ao sentir-se ameaçada e insegura, agrediu a si e ao outro, mentiu e arriscou-se em diferentes situações e contextos. Ela atuava sem conseguir suportar a angústia no plano psíquico, o que exigia muito de mim, uma vez que vinha se colocando em situações-limite diante de qualquer frustração ou adversidade.

Mesmo em meio a todo este caos, muitas vezes percebi que falar comigo ou simplesmente perceber a minha presença humana lhe proporcionava condições de reintegração emocional, devolvendo-lhe a capacidade de pensar. Dizia-me: *“Sempre que venho aqui, saio com as ideias mais claras, percebendo melhor os fatos e os meus sentimentos”*. Eu sabia que a ajudava a ordenar suas vivências caóticas, mas ao mesmo tempo, eu vivia um desgaste enorme ao final de cada sessão. Sentia o peso de ser a única responsável por ela já que Amanda fazia parte de uma família incapaz de oferecer um suporte adequado ao seu desamparo e sofrimento. Sentia-me cansada e frustrada por não conseguir contar com o apoio da sua família. Nas conversas com sua mãe, nesse período, tudo o que eu ouvia era que a filha estava muito desobediente e que precisava ser mais responsável.

Em seu acompanhamento, esforcei-me por manter o *“holding”*, contendo-me para respeitar o seu tempo e não lhe oferecer limites antes da hora. Sabia que, naquele momento, minha presença humana era mais importante que minhas palavras. Mas, em alguns momentos,

atuei contratransferencialmente, exigindo de Amanda (tal qual sua mãe) uma responsabilidade que ela ainda não tinha condições de apresentar.

Entre os altos e baixos do período final da terapia, me surpreendeu uma ligação de Amanda dizendo estar sentindo a minha falta e compartilhando a sensação de que sua vida havia desmoronado depois que começou a faltar à terapia. Nesse contato, em que falou da sua raiva e da sua vontade de “começar do zero, mais uma vez”; renasceu em mim a esperança de poder voltar a cuidar dela. No dia que nos encontramos, entre seus relatos sobre a sua percepção de que seu mundo estava desabando, tentei abordar a forma como vinha levando a terapia. Falei das faltas, da ausência de pagamento e a fiz perceber que tal qual ela, também me sentia abandonada, desrespeitada e sem importância. Disse-lhe que tinha a impressão de que ela queria se comunicar comigo através do seu comportamento e lhe perguntei se minha percepção fazia sentido para ela. Amanda chorou muito depois de minha intervenção e falou-me do quanto se sentia abandonada, desrespeitada e sem valor.

Questionei-me muito sobre as minhas intervenções. Teriam sido precipitadas, invasivas, inadequadas? Será que não estava exigindo-lhe uma noção de alteridade que era ainda muito frágil em seu mundo mental?

Buscando entender as minhas reações, encontrei em Bollas (1992) um caminho para pensar sobre o que estava acontecendo. Li em seus escritos que: “Na psicanálise, todo paciente apropria-se do analista e o sujeita a um idioma do uso do objeto” (p.230). O autor coloca que diante de um obsessivo, o analista pode ter uma sensação de frustração e irritação; com um maníaco, pode sentir-se atemorizado; e diante do mundo interno caótico de um paciente limítrofe, pode sentir-se confuso e desorientado. Ressalta que um aspecto básico do trabalho clínico é a necessidade de que o analista reflita sobre a sua experiência como objeto do paciente. Além disso, diz que o trabalho com pacientes limítrofes o ensinou que a contratransferência frequentemente recria o clima do ambiente dos pais. Bollas (1992) faz uso da própria contratransferência, submetendo às considerações do analisando as representações verbais de seus estados mentais subjetivos, tornando-os material para associação livre. Ressalta que o uso destas auto-observações deve ser feito de forma criteriosa e clinicamente responsável. Para ele, o uso da contratransferência facilitaria a articulação do que ele chama

de “conhecido-não-pensado”¹⁴: “A interação transferência-contratransferência é, então, uma expressão do conhecido-não-pensado” (p.279). Segundo ele:

Essa incerteza inevitável, sempre-presente e necessária sobre o porquê nos sentimos dessa forma, dá às nossas considerações, particulares e ininterruptas, sobre a contratransferência uma certa humildade e responsabilidade. (BOLLAS, 1992, p.247).

Para Bollas (1992), “O analista é um objeto transformacional – isto é o traço do condutor facilitador da mãe e do pai em relação ao self infantil”.(p.301).

Em relação à minha contratransferência, volto a dizer que estava sensibilizada, cansada e muitas vezes irritada. Perguntava-me como esta paciente podia me pedir tanto. Eu percebia como uma exigência extrema o fato de ter que atendê-la sem remuneração e, ainda assim, aceitar que desmarcasse consultas na última hora (com uma ligação a cobrar) ou simplesmente faltar. Foi difícil ocupar o lugar da analista quase sem ego, funcionando quase como uma extensão da paciente.

Essa busca de compreender minhas reações me fez recorrer também ao texto de Winnicott de 1947. Neste texto, ele fala do ódio na contratransferência e diz que o analista, ao se propor a analisar pacientes psicóticos ou antissociais, deve estar profundamente consciente da sua contratransferência para que seja possível analisar objetivamente as suas reações, uma vez que nestes casos, em certos momentos, os fenômenos contratransferenciais representarão o elemento central da análise. Coloca que neste tipo de análise, o manejo pode exigir do analista mais do que ele pode dar. Era assim que eu me sentia.

Winnicott (1947), ao listar os motivos pelos quais a mãe odeia seu bebê, me chamou a atenção quando fala: “Ele é impiedoso, trata-a como um lixo, uma serva sem pagamento, uma escrava” (p.285). Ele finaliza dizendo que o analista de paciente psicótico ou antissocial irá se encontrar numa posição comparável à da mãe de um bebê recém-nascido, uma vez que o bebê é incapaz de sentir simpatia pela mãe, tal como estes pacientes são incapazes de identificar-se com o analista. Nestas situações, diz Winnicott:

O analista deve dispor de toda a paciência, tolerância e confiabilidade da mãe devotada ao bebê. Deve reconhecer que os desejos do paciente são

¹⁴ “O paciente conhece o contexto-objetal através do qual ele se desenvolveu e que é parte dele, mas precisa ainda ser pensado”. (Bollas, 1992, p.280). Para Bollas, algum dia, o que está além deve ser conhecido ficando disponível ao esquecimento ou à redistribuição psíquica.

necessidades. Deve deixar de lado quaisquer outros interesses a fim de estar disponível e ser pontual e objetivo. E deve parecer querer dar o que na verdade precisa ser dado apenas em razão das necessidades do paciente. (p.287).

Ainda que buscando, na bibliografia, o suporte que necessitava para manejar esta situação, as coisas não mudavam muito no tratamento de Amanda. Continuávamos com dificuldades em estabelecer agenda e as desculpas para não comparecer passaram a ser financeiras. “*Não tenho dinheiro, ainda não recebi*”. Dizia-lhe que viesse mesmo assim e, em cima da hora, ligava dizendo que não conseguira sair. Amanda já não conseguia confiar. Observando-me diante destes comportamentos, percebi que tal qual a mãe de Amanda, no fundo, eu estava tentando “abortá-la”. A mãe queria que ela crescesse e que fosse independente, enquanto isso, Amanda se recusava a crescer e fazia de tudo para mostrar à mãe o quanto ainda precisava dela. Em sua fantasia, crescer tinha como consequência ser abandonada pela mãe. Em relação a mim, acontecia o mesmo. Como podia exigir-lhe responsabilidades com horário e pagamentos? Em resposta, fazia-me uma chantagem: se você não me der o que preciso, vou me drogar, vou roubar e vou me deixar abusar. Pedia o que necessitava de forma agressiva, fazendo ameaças. Era aí que percebia em seus comportamentos semelhanças com a personalidade antissocial, descrita por Winnicott (1956). Buscava recuperar algo que lhe foi tirado ou negado.

A mudança de consultório, a cirurgia e a cobrança das consultas representaram abandono para Amanda, resultando em descontinuidade dos cuidados que ela necessitava. Acabei sinalizando para ela justamente aquilo que ela sentia mais medo: crescer é igual a perder. Ou seja, uma vez que ela cresceu e já estava trabalhando, agora podia me pagar. Pagar a terapia talvez tenha significado perder o lugar na minha barriga. Em contrapartida, ela exigia que lhe atendesse de graça, recusando o aborto e reivindicando um lugar para ser gestada.

Amanda oscilava entre revolta e culpa e me fazia sentir o mesmo. Voltando a Bollas (1992), muitas vezes o paciente faz o analista sentir o que ele próprio não consegue articular. Tentei colocar para Amanda que ela, muitas vezes, me fazia sentir a sua dor. Compartilhei com ela a sensação de que ela, para conseguir ser alguém, precisava ser abusada, usada. Tentei transformar o seu sofrimento em instrumento de ajuda, mas já tinha havido um rompimento e não tive tempo de reparar-lhe o dano e reconstruir a confiança.

Estava claro que Amanda queria crescer, mas tinha medo das consequências, para isso, precisava sentir-se acompanhada em seu crescimento. A falha da analista gerou a coincidência que a fez associar crescimento e abandono.

Da sessão que tivemos após o recesso para Natal e Réveillon, quando voltou para contar que foi demitida, falar da sua busca por filiação e pagar os honorários em atraso, fica a certeza de um saber, em Amanda, sobre suas necessidades: *“Estou sempre buscando alguém que me dê o que meus pais não me dão. Só que ninguém tem essa obrigação, só eles. Acho que se tivesse em casa o que preciso, tudo seria diferente. Acho que exijo demais de todo mundo, e só dou valor às coisas quando perco”*.

Nesta sessão, também ficou claro o movimento de reconstrução da relação com os pais, mas com a triste condição de ocultar a sua dor. Despedi-me com a sensação de que, enquanto sua analista, ainda que conseguisse perceber de forma clara as suas necessidades, não pude acolhê-las adequadamente. Imagino que por isso ela se recusou a continuar o tratamento, mesmo sem o pagamento dos honorários. Disse-me que não daria o devido valor.

Como relatei, depois de um mês, recebi uma nova ligação de Amanda e agendamos uma sessão. Depois de ouvir um novo pedido de socorro decidi que, sem a participação efetiva da família, não conseguiria ser a “analisa suficientemente boa” que Amanda precisava e, em função disto, voltei a sugerir que buscasse atendimento no ambulatório da Monte Azul. Este ficou sendo o meu limite, enquanto analista, diante das especificidades deste atendimento.

Muitos autores confirmam o desafio que é atender ao paciente Borderline, na medida em que este coloca em xeque a capacidade técnica, teórica e, sobretudo, de tolerância do analista. Atender Amanda me colocou frente às minhas próprias situações-limite, quando muitos sentimentos intensos vieram à tona gerando inúmeras reflexões. Hoje, posso afirmar que uma grande frustração no atendimento dessa paciente foi não ter conseguido envolver seus familiares, verdadeiramente, no processo terapêutico. Apesar de ter conseguido realizar algumas entrevistas com a mãe, nunca senti que esta tivera disponibilidade ou condições de suportar a filha. O pai sempre se mostrou ausente e indiferente à terapia. Mesmo a avó, que havia sido pessoa de referência para Amanda, não se dispôs a acompanhá-la. Em alguns momentos do trabalho, sugeri um acompanhamento psiquiátrico, pois sentia necessidade de compartilhar a responsabilidade, por ela, com alguém. Muitas vezes, via-me sem recursos

para ajudá-la em meio a tanta angústia, solidão e ideações suicidas. Também não foi possível, pois Amanda não conseguia dar, sozinha, este passo e a mãe não chegou a compreender a dimensão do seu sofrimento, recusando o encaminhamento.

Vejo Amanda como uma “órfã”, diante de uma mãe inconsistente e um pai indiferente, mas que conseguia articular uma busca de afiliação, enfim, de um lugar no seio da família. “*Quero que eles me vejam, que olhem para mim. Quero poder contar com eles*”. Carregava uma grande necessidade de reconhecimento e de ilusão, carência que a impedia de desenvolver-se. Seu pedido, desde o nosso primeiro encontro, foi sempre: reconhecimento, compreensão e acompanhamento.

Parafraseando Safra (2005), Amanda estava adoecida em sua possibilidade de ser, buscava encontrar o amparo necessário para a superação de sua dificuldade psíquica, mas também no processo terapêutico se deparou com descontinuidades, diante das quais precisou reagir. Hoje, entendendo um pouco mais o que diz este autor quando se refere a uma “ética de devoção ao paciente”, começo a visualizar um caminho para, a partir da compreensão das especificidades da transferência borderline (questão que me motivou ao mestrado), poder acompanhá-los na constituição de um si-mesmo.

Gostaria de fechar essa reflexão com uma citação de Mamede (2006), autora que para mim é, em muitos aspectos, um comovente exemplo de cuidado:

Parece que para a condição humana se sustentar, duas situações são primordiais: sem o cuidado, a vida sucumbe, e todos estamos fadados a um só destino, a saber, o encontro com o outro que legitima e revela nossa própria existência, nossas dores, nossa solidão, nosso sofrimento e nossa fragilidade. O destino humano contorna o que todos nós percorremos e que pede sempre passagem: o caminho do olhar que se debruça sobre o outro. A responsabilidade pelo sofrimento do outro me conduz a uma relação ética quando me coloco no lugar de acompanhar o outro na sua dor, na sua solidão e na sua precariedade (SAFRA, 1999). Feito isso, o ser humano poderá sentir que tem um lugar preservado na vida, e ocupar esse lugar significa ter suas necessidades reconhecidas, respeitadas, atendidas, a despeito de qualquer intempérie que possa ter arruinado o percurso de sua trajetória. (p.218).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem cuidado não há esperança. E a esperança e o cuidado oferecido ao ser humano em um encontro compõem o lugar ético, sustentado pela minha responsabilidade frente a esse ser humano.

Mamede 2006, p.215.

Atualmente, nos deparamos com uma nova forma do homem estar no mundo, observamos mudanças na subjetividade e novas formações psicopatológicas, que vem exigindo do analista tempo para refletir sobre as diferentes manifestações do sofrimento humano.

Fazemos parte de um mundo instável, onde ansiedade e angústia passaram a ser as respostas humanas diante da insegurança gerada por contínuas mudanças. Já não existem regras claras, nem modelos fixos a seguir. O homem está só, diante da liberdade de escolha que a pós-modernidade lhe oferece. Todos os valores estão sendo questionados e o borderline aparece, neste cenário, como alguém com questões existenciais profundas, buscando o contorno de que necessita.

Enfim, estamos falando de uma sociedade que favorece o sentimento de ser estrangeiro de si mesmo e, frente a isso, muitos chegam à análise em busca de enraizamento. Lembro-me neste momento de uma paciente que chegou ao meu consultório, na primeira entrevista, dizendo: *“Não sei o que acontece que tenho sempre uma vontade enorme de ir embora, não tenho vontade de criar raízes, não quero me vincular a nada. Evito toda forma de vínculo, até com o trabalho”* (B, 31 anos). Observo nesta fala a hesitação comum ao início do tratamento destes pacientes, período em que o analista precisa garantir um ambiente confiável, encorajar o vínculo e evitar rupturas.

O foco da análise deste pacientes se desloca para os fenômenos que evoluem a partir do encontro da dupla analista e analisando, exigindo do profissional sensibilidade para encontrar o manejo adequado a cada paciente, uma vez que o método analítico clássico não parece dar conta desta nova forma de relação. Estamos falando de pessoas que muitas vezes

não se constituíram enquanto indivíduos e nestes casos, a efetividade do trabalho analítico depende da disponibilidade da dupla para viver as transformações necessárias para a emergência do novo. Para exemplificar esta falta de constituição à qual me refiro, trago a fala de uma outra paciente (C, 26 anos): *“Tenho vontade de me conhecer, sei lá, ter uma marca, uma identidade. Assim como as pessoas maiores. Tenho vontade de crescer para me sentir assim. Talvez, dessa forma, as opiniões das outras pessoas já não me atravessem de forma tão intensa. Não sei bem o que sinto, gosto ou penso. Vivo em dúvida de mim”*.

E também um trecho de Clarice: *“Dentro de mim sou anônimo”*. *“É culpa minha se não tenho acesso a mim mesmo?”* (Lispector, Um sopro de vida, 1999).

A leitura de Winnicott me fez pensar o borderline como alguém que, em meio ao caos da contemporaneidade, se recusa a aceitar a insatisfação e que, através de suas atuações muitas vezes “antissociais”, revela a sua esperança de “cura”. A visão de Winnicott de que o homem, em seu ambiente cultural, é um ser viável e criativo, tem funcionado como um incentivo e um gerador de esperança na condução do tratamento destes pacientes.

Hoje, inúmeros pesquisadores discutem o manejo do borderline. Manejo cuja problemática, ao meu olhar, reside na confluência do sofrimento existencial deste paciente com o sofrimento contratransferencial do analista. Por ser um quadro clínico cada vez mais frequente em nossa sociedade (2% a 3% da população)¹⁵, observo uma demanda crescente de um maior conhecimento desta patologia pelos profissionais da área de saúde. Acredito que só a partir de uma instrumentalização adequada é que será possível acompanhar estes pacientes em sua fragilidade e oferecer-lhes um novo começo para que então possam vir a existir. É preciso que a análise seja um caminho para a construção de um *self* mais integrado e, com isso, menos vulnerável às pressões do mundo em que vivemos.

Neste trabalho, ao refletir sobre o manejo do borderline, tendo como referência o atendimento de Amanda, sublinho as demandas específicas assentadas nas questões da transferência e contratransferência, por ter sido uma experiência mobilizadora na qual, continuamente, percebi em risco a minha capacidade enquanto analista. Figueiredo (1999) refere-se a esta mobilização quando diz:

¹⁵ Segundo Kaplan e Sadock (1965)

O borderline é aparentemente inclassificável e desconcertante. Ele toca e solicita o analista em regiões obscuras e confusas de sua mente e de seu corpo gerando afetos pouco disciplinados e inteligíveis. (p.3).

Ao tratar do borderline, não podemos perder de vista que a destrutividade característica a estes pacientes deve ser acompanhada pela sobrevivência do objeto. Só assim, poderá surgir uma realidade compartilhada onde o sujeito vai poder usar o objeto e construir a consciência do não-eu. Ou seja, na transferência, o paciente deve caminhar para a realização do eu através do uso do analista como objeto. Ambos são partes de um processo no qual estão sendo criados e encontrados um pelo outro. É a sobrevivência do analista à destrutividade do paciente regredido que leva ao surgimento da possibilidade do uso do analista pelo paciente e à possibilidade de um novo relacionamento.

Ou seja, a turbulência emocional seguida da sobrevivência do analista faz com que o paciente sinta-se acolhido e compreendido no seu sofrimento. Dessa maneira, as agressões tendem a diminuir. Em função de tudo isto é que a análise destes pacientes deve oferecer condições para a regressão e, a partir daí, a retomada do desenvolvimento que havia sido dificultado ou impedido por falha do ambiente. Quando trago a importância da interação da dupla, quero sinalizar a dependência direta da sensibilidade do analista para perceber as necessidades do paciente e se colocar em condições de atendê-las. Se a necessidade do paciente não é atendida, ocorre uma repetição da falha ambiental que paralisou o seu processo de desenvolvimento do eu, abalando a sua capacidade de desejar e fazendo ressurgir o sentimento de futilidade, familiar ao borderline. Este foi um ponto crítico no tratamento de Amanda, pois no momento em que a falha ambiental se repetiu, não houve a possibilidade de, além de atualizar os seus sentimentos, trabalhá-los suportando toda a agressividade advinda daí.

Volto a ressaltar que o bom manejo consiste em fornecer um ambiente adaptado, no contexto e fora dele; aquilo que faltou ao paciente no seu processo de desenvolvimento. O comportamento adaptativo do analista em relação às necessidades do paciente gera a esperança de que o seu verdadeiro eu poderá correr o risco de viver. Creio ter falhado em sustentar para Amanda esta esperança ao longo do tempo. Ainda que tenha conseguido que o seu *falso-self* fosse “colocado nas mãos do analista” e que daí tenha-se iniciado um período de profunda dependência e risco (gerador de muita angústia), no momento que as mudanças no *setting* provocaram-lhe a sensação de desamparo, ela recolheu-se e reagiu agressivamente. Sem perceber, repeti uma falha familiar ao passado de Amanda sem ter ainda a compreensão

de que estava ali a oportunidade para ela reagir e podermos trabalhar profundamente. Numa situação de regressão à dependência, as falhas do analista são inevitáveis, mas estas devem ser trabalhadas de forma a permitir a retomada do desenvolvimento. Na regressão, o paciente costuma reagir com violência às falhas do analista e este não deve cair na tentação de se justificar ou simplesmente interpretar. O analista tem apenas que sobreviver ao ataque, lidando com seu sentimento de inexistência, dando foco às necessidades do paciente para corrigir a falha original. Não é o momento de impor a sua presença enquanto objeto não-eu, é necessário esperar até o momento de ser objetivamente percebido pelo paciente.

Por pensar que as reações de Amanda significaram uma reação à de-privação experimentada em nossa relação, sob a luz do texto de Winnicott (1956), que trata da personalidade antissocial, pude pensar que ela estava buscando a experiência perdida pela via da destrutividade, procurando a estabilidade ambiental capaz de resistir às pressões do comportamento instintivo. Buscava a provisão ambiental perdida, uma atitude humana confiável que lhe permitisse a liberdade de mover-se e agir e, neste caminho, provocava reações do ambiente como um todo. No fundo ela estava reivindicando a “mãe” através de suas atuações. Eu via no seu comportamento uma busca de autocura revoltada e, em mim, a (im)possibilidade de oferecer-lhe a oportunidade de voltar a confiar em alguém e em si mesma, sem sentir-se ameaçada pela aniquilação.

Hoje, percebo que houve um momento de descompasso na nossa relação, tive dificuldade de acolher a sua turbulência emocional. Atuei contratransferencialmente não conseguindo manter o foco em apreender e respeitar suas reais necessidades. Falhei em reconhecer o tempo desta paciente, fator extremamente importante num trabalho desta natureza. Numa análise de orientação Winnicottiana, o fundamental é a experiência com o outro (analista) que permite a recuperação do gesto criativo, nesse sentido, é a capacidade de espera do analista, respeitando o ritmo do paciente, a base para que ele possa encontrar e criar este ritmo.

No processo de elaboração destas considerações finais, entrei em contato, através de Safra (2005, vídeo), com o trabalho de Margareth Little. Uma autora que destaca a contratransferência como a contribuição da subjetividade do analista ao trabalho clínico. A sua experiência clínica apontou mais uma possibilidade de fazer diferente diante do encontro com pacientes borderlines.

Segundo Safra (2005, vídeo), Little viveu em sua análise com Winnicott, ansiedades psicóticas e agonias impensáveis comuns aos borderlines e, por isso, conhecia de perto determinadas questões. Seu pensamento (bastante original) apresenta muita sintonia com as proposições winnicottianas. No livro trabalhado por Safra, “Transferência neurótica e transferência psicótica”, relata casos de pacientes tão demandantes que necessitavam de analistas capazes de uma grande disponibilidade. A ideia é de que quanto mais regredido for o paciente, maior será a demanda e maior o preço que o analista pagará pela análise. Seu trabalho ressalta a importância da presença da figura real do analista e da mobilidade psíquica do mesmo. Afirma que o analista precisa regredir junto com o paciente em determinados aspectos de si-mesmo, deve ter uma porosidade dos diversos registros do si-mesmo que o permita atravessá-los sem o temor de enlouquecer.

Little (apud Safra, 2005, vídeo), fala da contratransferência em três diferentes sentidos: lugar que o paciente ocupa no inconsciente do analista (revelado por atitudes inconscientes do analista frente ao paciente); elementos reprimidos do analista que se atualizam na relação com o paciente; e resposta ou reação do analista frente a algumas facetas da transferência do paciente. Considera que analista e analisando são inseparáveis e nesse sentido, tudo que ocorre em análise seria interação entre transferência e contratransferência. Inclusive afirma que o que move a análise é o desejo da dupla de que o paciente melhore. Segundo a autora, a capacidade empática do analista faz com que a leitura da contratransferência evite a reprodução de rupturas do ambiente do paciente que foram traumáticas. Para ela a questão não é analisar a contratransferência depois, trata-se de ter uma porosidade que permita, ao analista, disponibilizar suas percepções na própria sessão. Na verdade, questiona o conceito clássico de contratransferência e propõe uma redefinição falando em “R - resposta total do analista frente às necessidades do paciente”: responsabilidade, comprometimento (implicação), sentimento. Convida-nos a olhar a implicação do analista em todos os registros da sua personalidade. Refere-se ao amor/ódio do analista pelo seu paciente, sentimentos que influenciam em como suas necessidades serão atendidas (algo próximo do que Winnicott chamou de ódio na contratransferência).

Ao falar do trabalho com pacientes Borderlines, Little (apud Safra, 2005, vídeo), tal qual Winnicott, irá sugerir o manejo e regressão, uma vez que a técnica psicanalítica tradicional não dá conta de toda a complexidade do sofrimento humano. Nestes casos, a relevância do manejo passa pelo que ela chama de responsabilidade do analista, já que são

pacientes cuja responsabilidade é muito difícil de delegar, pois ninguém a quer. Ao mesmo tempo, ressalta que a possibilidade de responder às necessidades do paciente tem seus limites. O analista precisa ter claro quanto ele vai pagar em uma análise, embora seja difícil prever o quanto estes pacientes irão afetá-lo em sua totalidade. Daí a importância de que tenha consciência de qual a sua elasticidade frente às necessidades de cada analisando. Defende que todo profissional tem o direito de recusar-se a atender alguém em condições que ele considere inseguras ou instáveis. Também pode interromper um tratamento se as condições se modificaram. Tudo isto porque a estabilidade de uma análise dependerá do quanto o analista tem consciência do que esta demandará dele. Cada analista precisa ter claro ao que pode responder para decidir em que situação pode se comprometer, pois precisará estar implicado com o paciente cem por cento. Pode chegar um momento em que o analista deixe de existir de tanto que está à disposição, fator fundamental para que o paciente possa confiar e se implicar na análise. Refere-se a analisandos tão privados que necessitam que o analista lhes ofereça algo deliberadamente como, por exemplo, ficar sem pagamento por um período (como parecia ser, no caso de Amanda). Outro ponto destacado pela autora é o sentimento do analista, que segundo ela é fundamental, qualquer que seja. O analista precisa estar disponível para sentir com, sobre e no lugar de seu paciente. Para a autora, se a pessoa do analista não está presente de forma total, ocorre uma dissociação que pode trazer prejuízos significativos à análise. Se eu crio uma falsa continência estarei gerando novas experiências confusionais.

Little (apud Safra, 2005, vídeo), vai dizer que os pacientes borderlines exigem um manejo específico em que a intervenção deve ser um modo de apresentação da realidade, de forma compatível com o seu estado de *Unidade Básica*¹. São pacientes que foram roubados da experiência de si mesmos, e que às vezes, necessitam de oposição corporal para recuperar o próprio corpo. Propõe uma regressão a uma experiência de identidade (não diferenciação) com o outro para que seja possível viver um acordar no próprio corpo. Nestas experiências de indiferenciação, roubar pode ser uma forma de tocar o analista (coisa que me pareceu bastante factível, ao pensar nas atuações de Amanda ao sentir-se abandonada por mim).

Sobre a transferência nos estados Borderline, Little (apud Safra, 2005, vídeo), vai falar de pouca fronteira entre *self* e mundo. Segundo a autora, qualquer experiência de emoção pode ser vivida como ameaça de aniquilamento. Ao falar do quadro borderline, refere-se a: manifestações clínicas de diferentes momentos do desenvolvimento maturacional, sem uma unidade; experiência lábil e caótica; fixação parcial no estado de diferenciação, co-existindo

com outras fixações; diferenciação pobre entre psique e soma; são paciente que bordejam alcançar organizações edípicas que não se sustentam e que, na maior parte do tempo, estão voltados para questões do sobreviver; possuem angústias associadas à separação, vividas como um ataque ao próprio corpo (presença do corpo do outro garantido estabilidade); quanto mais intensa a ansiedade relacionada às etapas mais precoces, significando aniquilação, maior a tendência à adicção (que tanto pode ser uma droga, quanto o corpo do outro) e a atuações. São pacientes que não fazem significação, não criam analogias ou metáforas e têm dificuldade na capacidade dedutiva. Não têm capacidade de abstrair. Como técnica para este tratamento descarta a análise feita só pela linguagem verbal, diz ser necessário que o paciente sinta a presença do outro, caso contrário só há o aumento da solidão e ainda sinaliza que o percurso da análise é decorrente do próprio processo subjetivo do paciente. O analista deve ser capaz de flutuar de um estágio de desenvolvimento para outro, garantindo o *holding*. O princípio básico de seu pensamento é a “matriz da vida intrauterina”, à qual o ser humano sempre está referido. Se, ao nascer, o bebê não encontra a continuidade da vida intrauterina através do ajuste do meioambiente, ele vive uma catástrofe e, nestes casos, o foco do trabalho clínico deverá ser a restauração da continuidade a partir da questão corporal. Afirmo que experiência pós-nascimento constitui o repertório que o indivíduo tem para lidar com os momentos de dor, medo, dificuldade. Tendo boas experiências o indivíduo não se desorganiza.

Refletindo sobre Amanda à luz do pensamento de Little, lembro de que a autora afirma que o movimento que não encontra o corpo do outro joga o indivíduo na invisibilidade, na morte. A minha paciente vinha acumulando experiências de morte, o que fazia crescer a hostilidade, gerando o ataque àqueles que a ignoravam. E pior, mesmo com tantos ataques, não vinha a resposta esperada e, nesse sentido, sua hostilidade voltou-se para si mesma, fazendo com que e a autoagressão passasse a ser uma tentativa de reafirmar a própria existência.

A cada passo na busca de aprofundar o estudo da clínica borderline, via-me pensando em outras possibilidades de trabalho com Amanda. Ao final, ficou reforçada a necessidade de um ajuste maior às suas necessidades, como sugere Little (apud Safra, 2005, vídeo) ao dizer que, na clínica, o analista deve acompanhar a pessoa naquilo que ela propõe, conhecendo seu modo de pensar, agir, viver, deixando-se impregnar por ela.

Tendo bebido na fonte de tantos autores, percebo que muitos movimentos podem ajudar no manejo de pacientes borderlines. No que se refere à contribuição de Little (apud

Safra, 2005, vídeo), ressaltando as seguintes orientações: a análise só pode ser feita em estado de regressão e o analista precisa estar disponível para acolhê-lo neste estado; existe a necessidade de compor e trabalhar com pessoas do meioambiente, integrando estas pessoas a si mesmo na relação transferencial; não perder de vista que se trata de uma experiência que se expressa no plano concreto/ corporal (o verbal/simbólico só vem depois); na adaptação da técnica para estes pacientes precisa ficar evidente quais são os limites do analista, pois são eles que irão garantir a necessária diferenciação (tendo em mente que estes estão associados ao modo de ser de cada analista e que, a cada momento de vida, vamos poder cuidar de determinado tipo de paciente); o analista precisa ser bem claro em relação ao modo como está se posicionando frente ao paciente, sem gerar ambiguidades.

Considerando a contribuição dos outros tantos autores citados neste trabalho teria em conta também os seguintes cuidados: respeitar o compasso e o tempo de cada paciente evitando atuações superegoicas e pseudointerpretativas; condicionar a terapia ao acompanhamento psiquiátrico; aumentar o foco no cuidado necessário (que pode incluir fornecer o telefone celular, garantir um número maior de sessões, não cobrar honorários pelo tempo que for necessário etc); e não trabalhar sem o envolvimento efetivo de alguém da família. Coloco a questão do envolvimento da família com relevo especial, por acreditar que sem a ajuda do entorno em que o paciente está diariamente envolvido qualquer trabalho na clínica ou fora dela pode ser altamente prejudicado. No caso específico de Amanda, também pensaria num *placement*¹⁶ como forma de aliviar as tensões em casa (uma vez que a convivência de Amanda com os pais e as irmãs havia se tornado insustentável). Creio que seria possível viabilizar o retorno para a casa da avó, tentando garantir-lhe o ambiente de cuidados que perdeu quando saiu de lá aos nove anos. Não foram poucos os momentos em que Amanda manifestou seu desejo de sair de casa e, muitas vezes, chegou a fugir para a casa da avó materna, que a devolvia aos pais.

Após a experiência com Amanda, tive a oportunidade de trabalhar o *placement* com um paciente também borderline, o que me fez perceber mais claramente os benefícios e a eficácia deste manejo. Neste caso (G, 27 anos), tínhamos um rapaz que durante o tratamento

¹⁶ Intervenção clínica trabalhada por Winnicott (1947/48, apud Safra, 2006, vídeo), em que uma pessoa é retirada de uma determinada situação e colocada em um lugar para cuidados. Oferta de um lugar aparentado com as necessidades fundamentais daquele ser humano. Vale ressaltar que nem sempre está envolvido um deslocamento físico.

teve que morar em 3 lugares diferentes: começou na casa da mãe, depois foi morar com a namorada, e hoje, por decisão conjunta, mora com a irmã mais velha. Foi um caso onde pude envolver toda a família no tratamento (mãe, pai, namorada e irmã). A irmã, naquele momento, era a única em condições de oferecer os cuidados que ele necessitava. Ofertou-lhe tempo e lugar para ser. G, tal qual Amanda, vivia uma experiência profunda de desalojamento e incompreensão, o que lhe causava uma grande desorganização mental com sucessivas atuações auto-agressivas. Só a partir deste manejo teve a possibilidade de habitar um ambiente adaptado às suas necessidades, no qual podia finalmente confiar.

Enfim, penso que o *placement* ofertaria à Amanda, segurança e raízes, questão fundamental do mundo pós-moderno gerador de desenraizamento. Amanda buscava a possibilidade de poder habitar o mundo, ter um espaço adaptado às suas necessidades, que é no fundo, a busca de ser significativa para alguém. Ansiava por sentir-se bem-vinda. Em busca deste lugar e em função da porosidade fronteira citada por Andrade (2004), assimilava sem filtros as demandas sociais contemporâneas na busca de uma defesa contra o desespero advindo do vazio da sua existência, daí o desejo de “um namorado a qualquer custo”, como se o fato de ter um namorado lhe desse forma, existência, enraizamento. Vivendo o final de sua adolescência (estive comigo entre os 17 e 19 anos) e em meio às pressões da pós-modernidade, estava envolta por ideais que não lhe completavam, por mais que corresse incansavelmente para conquistá-los: roupas da moda e de marca, cabelo louro e liso, vida social intensa e um namorado (ainda que fosse alguém atrás da tela de um computador). Vez ou outra se questionava sobre o vazio que sentia diante de uma ou outra conquista. Dizia: “*Sinto falta de alguma coisa que ainda não sei o que é*”.

Se, “ocupar um lugar no mundo é ocupar um lugar na vida de outro” (Safra, 2005, p.84), assim localizo a busca desesperada de Amanda por um namorado. Acredito que muito do comportamento destrutivo desta paciente advinha do fato de que nunca havia tido um encontro humano, vivia em solidão absoluta. Parece que Amanda via a possibilidade desse encontro tão necessitado no “ter um namorado”. “O indivíduo nestas condições faz o possível e o impossível para afetar alguém e inscrever-se no mundo dos homens” (Safra, 2005, p.145). Seu comportamento impulsivo e destruidor refletia sua busca de inscrição na subjetividade de alguém para, assim, ter um lugar no mundo.

Se a inscrição no mundo não pôde ser realizada pela interação e comunicação com alguém significativo, certamente tenderá a acontecer de forma impulsiva e desorganizada, que expressa o desespero sem nome,

vivido por pessoas que não tiveram aqueles acontecimentos em suas histórias. (SAFRA, 2005, p.151).

Vejo que o aprendizado proporcionado na elaboração desta dissertação tem me ajudado bastante no sentido de, a cada novo encontro desta natureza (cada vez mais frequentes num mundo onde o desenraizamento é condição fundamental), conseguir ser o *outro humano* que, segundo Safra (apud Mamede, 2006), oferece um lugar na minha subjetividade, para proporcionar ao paciente um início (um novo começo) agora de si mesmo. É gratificante vê-los sentir esperança e acreditar na possibilidade de vir a habitar e, através do cuidado, poder construir uma memória de boas experiências.

Um analista que se disponha a atender pacientes borderlines deve estar atento às exigências de tolerância, paciência, respeito ao ritmo e capacidade para suportar riscos. Deve ter uma inabalável crença na capacidade de desenvolvimento e transformação do ser humano. É preciso, sobretudo, criatividade e esperança, não esquecendo que os limites do atendimento serão dados pelos do analista, por aquilo que cada analista é capaz de suportar, sendo responsabilidade deste avaliar sua disponibilidade.

Acredito que estudos práticos relacionados à *presença do analista como pessoa total* (Little) e à função do *placement* (Winnicott), neste tipo de tratamento, seriam de grande valia para o ajuste do manejo.

As coisas obedecem ao sopro vital. Nasce-se para fruir. E fruir já é nascer.

Clarice Lispector, Um sopro de vida, 1999.

7 REFERÊNCIAS

AJENBERG, R.P. Casos-limite na adolescência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.38, n.3, p. 581-592; 2004.

ANDRADE, H.M.W.M. de. Estado-limite: à sombra da loucura. *Psyche*, São Paulo, v.5, n.7, p.15-31, jun 2001.

ANDRÉ, J. Entre angústia e desamparo. *Agora*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 95-109, Rio de Janeiro, 2001.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1998.

BIRMAN, J. Violência Urbana. *Jornal Valor Econômico*. Caderno Eu & Fim de semana, São Paulo, 20 de abr. 2006.

BIRMAN, J. Dor e Sofrimento num mundo sem mediação. *Estados gerais da psicanálise: II Encontro mundial*, Rio de Janeiro, 2003.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 6. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BERGERET, J. *A personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

BOLLAS, C. *A sombra do Objeto; psicanálise do conhecido não pensado*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1992.

CARVALHO, A.F., STRACKE, C. B. e SOUZA, F.G. DE M. Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe: revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos. *Ver. Psiquiatr.* V. 26, n.2, p. 176-189, Rio Grande do Sul, agosto, 2004.

CASSORLA, R.M.S Desenvolvimento do conceito de enactment (“colocação em cena da dupla”) a partir do estudo de configuração borderline. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 521-540, 2004.

CASTELO FILHO, C. Reflexões sobre a experiência de atendimentos com pacientes que poderiam ser descritos como borderline ou limítrofes. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.38, n.3, p.605-620, 2004.

CUNHA, P.J., AZEVEDO, M.A.S.B. de Um caso de Transtorno de Personalidade Borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve. *Psicologia Teoria e Pesquisa*; v.17, n.1, p. 5-11, abr.2001.

DALGALARRONDO, P. História e psicopatologia do transtorno borderline: da esquizofrenia latente aos transtornos de personalidade. *Psiquiatria Biológica*; v.4, n.3, p.165-175, set 1996.

DAL'PIZOL, A. et al. Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro, *Revista. Psiquiatr.* Rio Grande do Sul, v. 25 n.1: 42-51, abr 2003.

DA POIAN, C. (org) A psicanálise, o sujeito e o vazio contemporâneo. *Formas do Vazio: desafios ao sujeito contemporâneo*, São Paulo: Via lettera, 2001.

FIGUEIREDO, L.C. Os casos-limite: senso, teste e processamento de realidade. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 38, n.3, p. 503-519, 2004.

FIGUEIREDO, L.C. *A clínica borderline*. Palestra no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Unicamp, nov. 1999.

FREUD, S. (1929/ 30) *O mal-estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XXI.

GOLDSTAJN, J. Estruturas no processo psicanalítico. O setting psicanalítico para a clínica hoje. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.37, n. 2/3, p. 393-408, 2003.

GUDERSON, J.G, PHILLIPS, K.A, Transtornos de personalidade. In: KAPLAN H E SADOCK B. *Tratado de psiquiatria*, Porto Alegre: Artes Médicas; 1999, v..2, p.1542-82.

HEGENBERG, M. *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LOWENKRON, T.S. Transtorno de personalidade narcisista: uma categoria diagnóstica provisória na CID- 10. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.51, n3, p.191-198, jun 2002.

MAIA, M.V.C.M. Entre neurose e psicose: algumas considerações sobre os casos fronteiricos na clínica psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 38, n.3, p. 541-556, 2004.

MAMEDE, M.C. *Cartas e Retratos: uma clínica em direção à ética*. São Paulo: Altamira, 2006.

MELLO FILHO J. Vivendo num país de falsos-selves. In: MELLO FILHO, J. e LEAL SILVA, A. L.M. (orgs). *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

LISPECTOR, C. *Um sopro de vida*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

PIRES, R. E. Desafios da clínica analítica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v.38, n.3, p. 359-372, 2004.

REZZE, C.J. Da clínica às hipóteses psicanalíticas (contribuições sobre Bernardo e apreciações sobre André Green). *Revista Brasileira de Psicanálise*; São Paulo, v.37, n.1, p. 27-51, 2003..

ROMARO, R.A., O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. Mudanças. *Psicologia da Saúde*, v.10, n. 1, p, 62-71, jan-jun 2002

SAAD, A.A.C. “*Eu não sabia que era vocês...*”: processos identificatórios e desidentificatórios na constituição do sujeito e a análise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 34, n.3, p. 517-545, 2000

SAFRA, G. *A face estética do Self: teoria e clínica*. 4. Aparecida, SP: Idéias & letras: São Paulo: Unimarco Editora, 2005, Coleção Psicanálise Século I.

SAFRA, G. *A pó-ética na clínica contemporânea*. 2. Idéias & Letras: Aparecida, São Paulo, 2004.

SAFRA, G. (vídeo) *Transferência Neurótica e Transferência psicótica – Estudo sobre as contribuições teóricas de Margareth Little*. São Paulo; Sobornost Ed, 2005. Curso completo ministrado em 7 aulas. 12 DVDs. Son. Color.

SAFRA, G. (vídeo) *Placement - A importância do Lugar. Situação clínica e mal-estar contemporâneo – da técnica à ética*. São Paulo, Sobornost Ed, 2006. 3 DVDs. Son. Color.

THOMÉ, N. Considerações sobre modernidade, pós-modernidade e globalização nos fundamentos históricos da educação no contestado. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/quatorze/nilson_thome_14.htm>. *Achegas.net: Revista de Ciência Política*, n.14, Dez 2003.

WINNICOTT, D. W. (1958), A capacidade para estar só. : *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed Ed., 1998, P.31-37.

WINNICOTT, D. W. (1947) O Ódio na contratransferência. *Da Pediatria à Psicanálise; Obras escolhidas*. Rio de janeiro: Imago Ed, 2000, p.277-287.

WINNICOTT, D. W. (1956) A tendência anti-social. *Da Pediatria à Psicanálise; Obras escolhidas*. Rio de janeiro: Imago Ed, 2000, p.406-416.

WINNICOTT, D. W. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *O Brincar e a Realidade*. Rio de janeiro: Imago Ed, 1975, p.153-62.

ⁱ Área primária de constituição do self, de indiferenciação onde não há uso do símbolo, nem diferenciação sujeito/objeto, nem psiquismo/corpo – com questões associadas à sobrevivência.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)