



ARTIGO ORIGINAL

Falhas ambientais e conflito: compondo uma escuta da organização borderline

Environmental flaws and conflict: composing an understanding of the borderline organization

Carina Teixeira Leite^a

^a Mestrado – (Psicóloga) – Santa Maria – RS – Brasil.

DOI: 10.5935/2318-0404.20180006

Instituição: Centro de Estudos Luis Guedes – Porto Alegre – RS – Brasil

Resumo

O objetivo deste trabalho é relacionar a organização borderline às patologias do vazio, e propor uma escuta psicodinâmica ancorada na conjunção das vertentes de deficit e de conflito. Valho-me de alguns pensadores psicanalíticos como Donald Winnicott, Wilfred Bion, Andre Green, Otto Kernberg, David Zimmerman e Sidney Schestatsky ao considerar os primórdios da formação dessa organização psicopatológica, ao tecer algumas considerações sobre sua compreensão psicodinâmica e ao apresentar sua expressão clínica. Saliento que o psicoterapeuta deve identificar psicodinamicamente a fragilidade do paciente, acolher sua regressão e possibilitar que a dupla terapeuta-paciente teça a trama significativa que estreite as bordas do vazio.

Palavras-chave: Psicoterapia; Conflito (Psicologia); Transtorno da Personalidade Borderline.

Abstract

The aim of this paper is to relate the borderline organization to the void pathologies and to propose a psychodynamic understanding based on the deficit and conflict approaches. Some psychoanalytic authors such

as Donald Winnicott, Wilfred Bion, Andre Green, Otto Kernberg, David Zimerman and Sidney Schestatsky are considered to study the early stages of such psychopathological organization, to make some considerations about its psychodynamic comprehension and to present its clinical expression. I emphasize the psychotherapist must identify the psychodynamics of the patient, his vulnerabilities, accept his regression and enable that the dyad therapist-patient build the significant plot that narrows the borders of the void.

Keywords: Psicoterapia; Borderline Personality Disorder; Maternal and Child Health; Personality Disorders.

Introdução

Casos clínicos que exigem uma nova configuração do setting^{1,2,3} e uma maior disponibilidade interna do psicoterapeuta são cada vez mais frequentes na clínica. Abordo neste trabalho a literatura sobre pacientes com transtorno de personalidade *borderline* e os quadros componentes das “patologias do vazio”, enunciados conjuntamente por apresentarem um arranjo limítrofe, caracterizado pela fragilidade do *self*, pela mudança em direção a um processo primário de pensamento e por operações defensivas específicas^{4,5,6} (tais como cisão, idealização primitiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização). Na categorização do transtorno de personalidade *borderline* evidenciam-se os mecanismos defensivos, enquanto a clínica do desvalimento⁷ – assim também chamada a clínica do vazio⁸ – apresenta patologias como a depressão, as organizações psicossomáticas, as adições e os transtornos alimentares^{3,4}. Ambas as categorizações estão voltadas para a compreensão e complementam-se.

Essas patologias extrapolam os limites da clínica do simbólico por estabelecerem-se numa infância muito precoce, período em que a capacidade representacional ainda não está desenvolvida. Assim, a evolução emocional posterior desses pacientes acaba comprometida por falhas ambientais. No adulto, a insuficiência de representações, ocasionada pelo reforço de defesas narcisistas, e a dificuldade de manter laços afetivos, geram intensa angústia e disparam manifestações voltadas ao corpo e ao ato, em lugar da atividade simbólica, essencial à construção do psiquismo³.

Esses pacientes são geralmente encaminhados à psicoterapia por clínicos, com queixas de sintomas físicos, sem uma definição clara de seu sofrimento. A um olhar mais atento, são corpos que aparecem “desabilitados de emoções”⁷(p.90). Seus relatos expressam os sentimentos de esvaziamento, de futilidade, de superficialidade, sentimentos explicados psicodinamicamente pelos vazios de significação simbólica.

Pode-se dizer, assim, que

sentir um afeto é requisito indispensável para o surgimento da consciência ligada às percepções. No entanto somente existe o registro do afeto quando existe um sujeito capaz de senti-lo. Quando falta um outro empático, o estímulo não é processado e o afeto transborda ou se mantém diminuído, ficando assim sem o registro psíquico. A abulia aparece no lugar do sentir, tornando-se a expressão de uma dor carente

de qualidade e de sujeito. Os quadros do desvalimento correspondem a um estado econômico no qual predomina uma dor sem qualificação afetiva⁷ (p.91)

O vazio acaba sendo a única coisa real ocasionada por experiências traumáticas precoces capazes de impedir o desenvolvimento pulsional erótico: em lugar do conflito – presente tanto na neurose quanto na psicose –, o movimento é de desligamento psíquico⁷. Assim, neste trabalho, além da caracterização psicopatológica dos transtornos citados acima, pretendo explorar as vertentes de deficit e de conflito envolvidas em sua origem psicodinâmica e propor que sejam combinadas na psicoterapia de orientação psicanalítica.

Algumas considerações dinâmicas da organização *borderline*

Winnicott destaca, ao elucidar a unidade mãe-bebê, no contexto de um ambiente suficientemente bom, o papel facilitador dos cuidados maternos primários baseados sempre na dupla amor-ódio. O bebê dificilmente percebe o cuidado materno, mas pode experimentar processos de suma importância para seu desenvolvimento psíquico, como a integração, a personalização e a realização⁹, e assim organizar-se narcisicamente.

O psique-soma forma-se nos primeiros dias de vida e, por isso, o bebê já tem condições de, através dos cuidados maternos, ir integrando-se e sentir a continuidade de sua existência. O ambiente deve estar em perfeita consonância com suas necessidades, absolutas inicialmente. O ambiente bom começa pelo contato físico: o útero ou o colo, posteriormente englobando os aspectos emocional e psicológico. Uma mãe boa, devotada e identificada com seu bebê, através de seus recursos narcísicos, de sua imaginação e de suas recordações está apta a adaptar-se ativamente às necessidades dele, e proporcionar-lhe espaço psíquico para se desenvolver.

De absoluta, a necessidade do ambiente rapidamente se transforma em relativa, quando a mãe boa comum passa a suficientemente boa, possibilitando que o bebê, através de sua atividade mental, compense suas deficiências. A mãe tenta somente não introduzir situações que excedam a capacidade de compreensão e de compensação do bebê, mantendo seu ambiente tão simples quanto possível. A função materna inclui propiciar um fracasso gradual de adaptação ao bebê, consoante à sua capacidade de compensá-lo através do desenvolvimento de sua atividade mental e de sua compreensão. Dessa forma, ele passa a desenvolver tolerância em relação às necessidades do ego e à tensão pulsional.

Quando o meio ambiente é mau, invasivo, o bebê (psique-soma) imediatamente reage* a fim de propiciar a si mesmo condições ambientais estáveis que lhe proporcionem, ao menos, o desenvolvimento físico. Essa reação perturba a continuidade da existência do psique-soma, comprometendo o estado necessário de dependência básica da mãe. O contato íntimo com suas próprias necessidades fica desligado.

Certos tipos de fracasso materno, especialmente um comportamento irregular, produzem uma hiperatividade do funcionamento mental. Aqui no crescimento

* Winnicott⁹ sustenta que a psicose é uma doença de deficiência ambiental.

excessivo da função mental como reação a uma maternagem inconstante vemos que é possível o desenvolvimento de uma oposição entre a mente e o psique-soma, pois em reação a este estado anormal do meio ambiente, o pensamento do indivíduo começa a controlar e organizar os cuidados a serem dispensados ao psique-soma, ao passo que na saúde essa é uma função do meio ambiente. Quando há saúde, a mente não usurpa a função do meio ambiente, tornando possível, porém, a compreensão e, eventualmente, a utilização de seu fracasso relativo¹⁰ (p. 413-414)

O fracasso do cuidado materno, ou um “cuidado materno torturante”, nos estágios iniciais de vida infantil pode ocasionar um funcionamento mental como coisa em si: o bebê substitui a mãe boa, tornando-a desnecessária. No entanto, o que se produz clinicamente é a necessidade da mãe real e o desenvolvimento falso com base na submissão ao ambiente¹⁰. Esse tipo de funcionamento mental é empecilho para o psique-soma, ou seja, um obstáculo para a desenvolvimento do sentido de continuidade do *self*. Tal estágio remonta a “épocas nas quais ainda não se constituiu o ego como uma unidade que torna o sujeito capaz de se relacionar com os objetos e lidar com as experiências instintuais provenientes do id, de forma a serem sentidas como pertencentes a si”¹¹ (p.75).

Relaciono a difusão da identidade e a utilização de mecanismos defensivos tão primitivos nas patologias do vazio com a teoria winnicottiana de déficit: falhas ambientais muito precoces parecem estar fortemente envolvidas no desenvolvimento da mente-psique¹⁰, produzindo uma descontinuidade no *self*. O contato com um meio ambiente torturante, nesses casos, dá-se antes do contato com impulsos libidinosos e agressivos, que, na saúde, podem ser projetados. Como esse contato é anterior, o indivíduo passa a sentir-se responsável por esse meio ambiente mau, e, em vez de odiá-lo – pois perturbou o desenvolvimento de processos inatos antes que o psique-soma estivesse organizado o suficiente para amar ou odiar –, deixa-se desorganizar por ele.

À noção de ambiente torturante, relaciono a ideia de afastamento materno – ausência tanto física quanto psíquica. O afastamento da mãe por um período de tempo além de certo limite pode levar a um apagamento da lembrança da mãe interna¹², determinando o desinvestimento no objeto, o que explica o funcionamento chamado de pensamento operatório. Mesmo depois do reaparecimento do objeto, a sua não-existência é vivida como realidade pelo bebê. A clínica com esses pacientes é caracterizada pela insuficiência da presença do objeto-analista** para diminuir as consequências da ausência do objeto original¹¹.

Assim, tão importantes quanto a presença física da mãe são a sua presença e disponibilidade psíquicas, ideia abarcada por Bion no termo continência¹³. A interação saudável entre mãe e bebê propicia que ele, ainda sem um aparelho de pensar, valha-se da identificação projetiva para evacuar sua angústia para dentro da mãe, livrando-se do desconforto. A mãe cede sua função alfa e metaboliza a angústia de seu bebê, nominando-a e, por isso, devolvendo-a de forma mais tolerável. Ele, por sua vez, reintrojeta o que foi projetado juntamente com a função *reverie* materna⁵.

** A autora escreve a partir de uma abordagem da clínica psicanalítica, mas podemos transportar a ideia à psicoterapia de orientação analítica.

Casos de importantes perturbações do pensamento são explicados pela falta de continência materna dos impulsos agressivos do bebê, devolvidos a ele de forma não metabolizada. De acordo com Bion, nessas situações o desenvolvimento da função alfa no bebê é inviabilizado por ser ela falha primordialmente na mãe. O conceito de mãe morta descrito por Green¹⁴, que aborda o desinvestir libidinal da mãe em seu bebê (este então identificado com seu olhar vazio), ilustra uma das possíveis origens desses quadros psicopatológicos. Como salienta Winnicott¹⁵, “um bebê não existe sem uma mãe”.

Dessa forma, uma mãe-ambiente indisponível para identificações impõe condições frustradoras e torturantes ao *self* em formação. “O sucesso ou o fracasso de formação do *self* depende primordialmente da relação da mãe com seu bebê iniciada durante a gestação. É no calor desta relação que tanto o inato quanto o que foi herdado irão se expressar”¹⁶ (p.93). O bebê, por sua vez, sem poder identificar-se com os desejos e sonhos de sua mãe, recai num vazio de significado.

Penso – e encontro respaldo em Klein¹⁷ – que essa incontinência materna acaba sendo similar a um ambiente torturante, já que tais impulsos projetados atacam o bebê como algo exterior. Nesse caso, parece-me que as abordagens de déficit e de conflito encontram-se no sentido de uma falha ambiental no suprimento das necessidades de um *self* em processo de integração.

Ferro¹⁸ considera, assim como Winnicott¹⁹, a importância do fracasso gradual do ambiente para o desenvolvimento do *self*: ele entende que as síndromes da criança excessivamente bem tratada não são menos graves do que as da criança maltratada. Pais que pacificam demais as emoções e não toleram provocar um tanto de frustrações inevitáveis impedem que seus filhos desenvolvam o aparato para metabolizar e conter as emoções. Patologias graves, com implicação de mecanismos de defesa muito primitivos – até a evacuação de todas as formas possíveis – parecem ter início nesse modo de relação.

A clínica atual incumbe-se cada vez mais do tratamento desses pacientes, carentes de um senso de identidade coerente e com relações interpessoais inconstantes e caóticas. Com frequência, essas pessoas erigem muralhas defensivas contra sua angústia de desamparo e de desmoronamento psíquico (contra medos da perda de identidade, de ameaças de indiferenciação com os demais) e conseguem constituir família e ter uma vida profissional de êxito⁸. No entanto, acabam usando mecanismos psicóticos ou perversos como um recurso para fugir “para” o outro e “dentro” do outro, ou expressando sua angústia nas somatizações e em transtornos narcisistas, com que congelam o afeto. Através dos mecanismos de onipotência, de onisciência, de prepotência e de arrogância, elas mantêm-se afastadas dos primitivos vazios de mãe⁸.

As patologias do vazio são caracterizadas desde a infância por uma ausência quase absoluta de emoções, compondo o que Tustin (1984 apud Zimerman, 2008) nomeia de “buracos negros”, resultantes dessa rígida carapaça protetora contra a ameaça do sofrimento provindo de frustrações impostas pela realidade exterior¹⁹. Primitivas faltas e falhas da figura materna nas essenciais funções de uma suficientemente boa maternagem são o fator comum aos transtornos componentes desses quadros.

Algumas considerações diagnósticas sobre transtorno de personalidade *borderline*

Considero importante caracterizar o transtorno de personalidade *borderline*, e valho-me das opiniões de Schestatsky, das quais compartilho, nas considerações diagnósticas desses quadros. A instabilidade nos relacionamentos interpessoais, nas manifestações afetivas e na própria auto-imagem, associada a uma acentuada impulsividade^{4,6}, são manifestações presentes também em quadros característicos das patologias do vazio e explicam a decisão de relacionar neste trabalho a organização *borderline* e a clínica do vazio.

A difusão de identidade apresenta-se como uma falta de sentido de coerência e de consistência próprias, dificultando ao paciente avaliar seus valores, motivações, comportamentos e interações pessoais, assim como, empaticamente, dar-se conta das motivações e dos estados mentais das outras pessoas. Essa falha empática resulta em crônicas dificuldades interpessoais, e no estabelecimento de relações caóticas⁴. Há um importante potencial destrutivo para si e/ou para os outros (comportamentos automutilantes e suicidas, reações desproporcionais de raiva e acusações). Situações de separação – por vezes desencadeadas por essa atitude – aliadas à hipersensibilidade às vivências de abandono ocasionam respostas intensas e esforços inadequados e catastróficos para evitá-las⁴.

O diagnóstico psicodinâmico, por sua vez, possibilita compreender a psicopatologia *borderline* e a pessoa que dela padece, e desenvolver estratégias e táticas terapêuticas para abordá-la. A existência de uma organização estável de personalidade, subjacente aos sintomas e comportamentos, descritos acima, a diferencia das organizações neuróticas e psicóticas, e é comum a um largo espectro de outros transtornos de personalidade (esquizóide, esquizotípica, histriônica, narcisista, antissocial e dependente)^{1,4}. A manutenção do teste de realidade expressa-se na ausência de delírios e de alucinações, no discernimento entre eu e não-eu, e entre estímulos e percepções internos e externos, assim como na capacidade de avaliar realisticamente os próprios afetos, seus comportamentos e os conteúdos de seus pensamentos, em termos das normas sociais comuns⁴. Diferentemente do que ocorre na neurose – regida pela repressão –, os responsáveis por proteger o ego de experiências contraditórias de si mesmo e dos demais objetos são os mecanismos de defesa mais primitivos, como a negação, a idealização, a identificação projetiva e o controle onipotente, relacionados com o processo de cisão (*splitting*).

A abordagem psicoterápica

A organização de personalidade *borderline* foi abordada segundo dois pontos de vista, a saber: o da predominância do conflito e o da predominância do déficit⁴. A primeira abordagem foi proposta por Kernberg¹ que, apoiado em Melanie Klein, relaciona a organização de personalidade *borderline* a uma dificuldade do paciente no manejo de sua intensa agressão (em grande parte inata). Esses impulsos agressivos pobremente modulados incapacitam o sujeito de “sintetizar introjetos negativos e positivos” em imagens coerentes do próprio *self* e dos seus objetos⁴. Assim, mecanismos de defesa são ativados com o intuito de evitar uma catástrofe interna e de preservar a sobrevivência da “mãe boa” internalizada.

A psicoterapia de orientação analítica focada no conflito tem como objetivo tornar os padrões inconscientes de funcionamento mais acessíveis à percepção do paciente para que melhor identifique seus estados mentais e os das outras pessoas⁴, assim como incrementar a tolerância com seus afetos, construir a capacidade de adiar impulsos através do desenvolvimento da função reflexiva da mente e aumentar seu *insight* nas interações interpessoais.

Já a partir da abordagem do déficit, a psicopatologia *borderline* é caracterizada pelo fracasso do paciente em desenvolver a introjeção de objetos internos que desempenhem funções de tranquilização e de suporte emocional. A experiência interpessoal com um terapeuta capaz de, simbolicamente, exercitar as funções de *holding* e de tranquilização – compensatórias da função parental na infância – é considerada o principal fator curativo da psicoterapia. O decisivo é “a presença constante, consistente, cuidadosa e não-punitiva do terapeuta, que, ao sobreviver aos ataques furiosos e destrutivos do paciente continuaria desempenhando suas funções de *holding*, introduzindo calma em meio ao caos emocional presente”⁴ (p. 615). A psicoterapia pela abordagem do déficit objetiva fortalecer defesas, ajustar a auto-estima, validar sentimentos, favorecer a internalização da relação terapêutica e criar maior capacidade para lidar com sentimentos perturbadores.

A etiologia desses quadros é multifatorial, envolvendo fatores genéticos, bioquímicos, interpessoais e ambientais. Dessa forma, não há como prescrever tratamentos únicos, mas procurar a abordagem mais adequada para cada caso: pacientes mais regressivos demandam técnicas enfaticamente suportivas, enquanto aqueles com funcionamento mais integrado beneficiam-se de abordagens exploratórias e dirigidas ao *insight*, sem nenhuma incompatibilidade técnica entre uma e outra. Mais do que isso, ambos os tipos de abordagem são utilizados com os mesmos pacientes e integrados na prática⁴, dependendo do contexto e do foco presente no material psicológico trabalhado. Kernberg¹, apesar de sua abordagem conflitual, faz menção² a concepção winnicottiana, salientando a importância do *holding*, assim como ao *containment* de Bion, sublinhando a necessidade da “capacidade do terapeuta em integrar, em intervenções interpretativas, um entendimento tanto do comportamento do paciente como da contratransferência, sem “atuar” a última”² (p.636).

Green (apud Bizzi⁶ 2011) ressalta que, em situações em que o paciente demanda preenchimento de seu espaço psíquico, uma atitude mais expectante do terapeuta pode ser sentida como um “silêncio de morte”, enquanto a atividade interpretativa pode ser prematura e saturada, perpetuando o transbordamento. A verbalização (não-interpretativa) parece mais efetiva nesses casos, funcionando, temporariamente, como o cuidado materno, e possibilitando a maior integração do *self* e o estabelecimento de relações mais maduras (com objetos totais).

A relação transferencial-contratransferencial

O vínculo transferencial/contratransferencial com pacientes *borderline* repete sua tendência inconstante, impulsiva e muitas vezes destrutiva de relacionar-se; por isso, esses tratamentos seguidamente evoluem para impasses terapêuticos⁶. O manejo técnico nos casos da organização *borderline* deve ter o intuito de despertar

o paciente de um estado de “des-istência”, e acompanhá-lo a um estado de “ex-istência”⁸.

As interpretações podem não ser “escutadas” pelo paciente – encapsulado –, e a boa função continente logo será desconsiderada por ele; assim, o terapeuta deve propiciar-lhe um estado de regressão similar ao dos primórdios de seu desenvolvimento. O *setting* analítico passa a ser uma espécie de “útero psicológico” (Tustin, 1984 apud Zimerman, 2008) funcionando como uma incubadora para que o *self* em estado prematuro possa obter provisões essenciais que não se realizaram na infância precoce. Algumas especificidades desse encontro, tais como a tendência à regressão, a valorização da comunicação não-verbal e a experiência de mutualidade vivenciada pela dupla paciente/terapeuta^{***}, são inevitavelmente comparáveis à relação mãe-bebê em seus primórdios²⁰.

O analista, através do que poderia ser chamado de “preocupação terapêutica primária”, aproximar-se-ia, através da empatia e de sua subjetividade, do reconhecimento das necessidades também primitivas do seu paciente. Este encontro possibilitaria, dentro das limitações impostas pelo enquadre analítico, a retomada de processos psíquicos até então paralisados ou mesmo desconhecidos pela dupla, o que configuraria, no meu ponto de vista, o processo analítico em si²⁰ (p.171)

Saliento que, assim como o desenvolvimento do bebê só ocorre na relação com o outro – a mãe – e a partir do momento em que a mãe o percebe como um indivíduo²⁰, a relação terapêutica só acontece quando o terapeuta reconhece seu paciente como um indivíduo capaz, adulto e com recursos egóicos.

Este trecho de Winnicott²¹, ao referir-se à criação do objeto transicional, ilustra o papel da criatividade no desenvolvimento infantil – e do empoderamento desse ser. No caso da psicoterapia, a criatividade está diretamente ligada à capacidade de pensar, tanto em sua ampliação, quanto como reflexo dela:

No se trata tanto de “Pedid y os será dado” como de “Tended la mano y estará allí para que toméis, lo uséis y lo gastéis”. Este es el comienzo y debe perderse en el proceso de presentación del mundo real, del principio de realidad; pero en la salud hallamos el modo de vivir creativamente y recobrar así el sentimiento de que las cosas tienen sentido. El síntoma de una vida no creativa es el sentimiento de que nada tiene sentido, de futilidad, de “A mí qué me importa”²¹ (p.61)

Os sentimentos contratransferenciais também são um recurso de suma importância no diagnóstico diferencial desses casos já que possibilitam ao terapeuta sentir-se como se sente o paciente²². Através da identificação com seu id, com seu ego e com seus objetos internos, o psicoterapeuta pode compreender o funcionamento psicodinâmico de seu paciente, que nem sempre comunica verbalmente sentimentos e sensações tão primitivas.

*** A autora escreve a partir de uma abordagem da clínica psicanalítica, mas podemos transportar a ideia à psicoterapia de orientação analítica.

Contratransferencialmente, os sentimentos despertados no terapeuta são de impotência, de paralisia, de rechaço²², de não-entendimento do que está se passando, além de um estado mental de tédio e de perda de esperança no trabalho que realiza com esse paciente. Muitas vezes, a sonolência pode evidenciar a desvitalização do campo⁶, que se encontra então sob a primazia da pulsão de morte. O grande risco nesses casos é o da instalação de uma “contratransferência de desistência”, pela qual o terapeuta, com sua mente paralisada, trabalha de forma apática, distante e desesperançada. Esse tipo de atitude inviabiliza o tratamento, já que a expectativa é que ele possa desempenhar o modelo de uma “mãe viva”, que supra as falhas da mãe morta, e demonstre garra ao ir ao encontro desse paciente e sacudi-lo por meio de sua atividade interpretativa. Muito bem dito por Winnicott “Ao fazer psicanálise, meu objetivo é manter-me vivo; manter-me bem; manter-me acordado. Meu objetivo é ser eu mesmo e me comportar como tal” (Winnicott, 1962 apud Sousa, 2011).

A modificação do *setting* – seja na flexibilização de horários de atendimentos, na abertura para ligações telefônicas em situações de crise, nas frequentes intervenções de apoio, no uso associado de fármacos, nas hospitalizações e nas entrevistas com familiares – torna-se importante em função do grande risco de suicídio nesses casos. A ansiedade de separação também é muito frequente, e o contato mais próximo com o terapeuta possibilita ao paciente maior segurança no vínculo, apacando em alguma medida sua ansiedade de separação.

Compartilho a ideia de Schestatsky⁴ de que muitos pacientes apresentados por Freud, se avaliados hoje, seriam considerados apresentando uma organização *borderline* de personalidade****, pela intensidade e impulsividade transferenciais. Depreende-se que Freud²³ sugeria a modificação na técnica psicanalítica estrita, com alteração do *setting*-padrão em alguns casos, alteração incorporada atualmente na psicoterapia dos pacientes *borderline*.

Considerações finais

Abordei as noções psicodinâmicas envolvidas na organização *borderline* e relacionei-as às patologias do vazio, cuja origem se dá numa fase muito precoce do desenvolvimento, e, por isso, com alto prejuízo da noção de eu.

As vivências primordiais do bebê no contato com a mãe-ambiente, e o *holding* e a continência desempenhados pela figura materna foram salientados como elementos indispensáveis para a integração do *self* e para uma vida criativa. Os desencontros na relação mãe-bebê, as faltas maternas relacionadas à maior ou menor capacidade compreensiva e adaptativa de seu bebê foram apresentados como fatores propiciadores de um desenvolvimento falho no sentimento de continuidade do eu, o que, no adulto, expressa-se na organização *borderline* – entre outras apresentações mais graves não contempladas neste trabalho, como a psicose.

**** Ao realizar um diagnóstico estrutural, Otto Kernberg em 1967, introduz esse termo. Antes dele, em 1963, Modell enfatizava o tipo de relação estabelecida com o terapeuta nos episódios psicóticos, quando ocorriam, que era “uma forma primitiva e consistente de relações de objeto na transferência”, chamando de “transferência transicional”, em que o terapeuta, embora visto pelo paciente como um objeto exterior a ele, este ainda o considerava como uma extensão de si mesmo.

Ressaltei a inconsistência de *self*, a inconstância nas relações e os ataques maciços à relação terapêutica como características comuns à organização *borderline* e às patologias do vazio. Os aspectos diagnósticos dos quadros específicos não foram alvo de detalhamento neste trabalho, que valorizou a origem dessas psicopatologias, e que defende a combinação entre as abordagens de déficit e de conflito no tratamento desses casos.

O *setting* ganhou destaque por seu papel fundamental na psicoterapia de orientação analítica, como espaço de continência, e, por isso, possibilitador de crescimento potencial do aparelho de pensar. Nesses tratamentos, a meta é buscar desenvolver a capacidade ampliada de pensar propiciando ao paciente conter seus impulsos e estabelecer uma vida e relações mais estáveis.

Salientei a responsabilidade do terapeuta na manutenção do *setting* como um espaço seguro, constante, confiável, em que o paciente possa regredir e restaurar, através de sua atividade interpretativa, seu *self*. Uma conduta ativa e atenta aos aspectos transferenciais/contratransferenciais é chave fundamental para acessar o nível não verbal de comunicação e torná-lo cognoscível ao paciente.

Finalizei lembrando o conceito winnicottiano de espaço potencial, e subsidiando com um belo trabalho²⁰, que sublinha a importância de o *setting* terapêutico poder acolher a ilusão e os aspectos criativos do paciente, até então encapsulados como uma defesa à relação desarmoniosa entre eu e ambiente. Estes, juntamente com aspectos criativos do terapeuta, podem e devem permitir o nascimento de um espaço novo e transformador.

Referências

1. Kernberg O, et al. Patologia borderline e alternativas psicoterápicas In: Kernberg O, et al. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline. Trad. Rita de Cassia Sobreira Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991, p.13-21.
2. Kernberg O. Abordagem psicodinâmica das explosões emocionais dos pacientes borderline. In: Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Organizadores: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS e colaboradores. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2005, p.628-645.
3. Libermann Z. Patologias atuais ou psicanálise atual? In: Revista Brasileira de Psicanálise, 2010, 44 (1), p.41-49.
4. Schestatsky SS. Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In: Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Organizadores: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS e colaboradores. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2005, p.628-645.
5. Ribeiro LVM. Quando não há pensamento: o que a psicoterapia de orientação analítica pode fazer por pessoas com transtorno ou organização borderline. In: Revista Brasileira de Psicoterapia, 2010, 12 (1), p.85-99.

6. Bizzi IZ. A clínica borderline: da psicopatologia às configurações do campo analítico. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 2010, v 17.
7. Costa GP. Psicopatologia psicanalítica contemporânea: clínica do desvalimento. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 2008 [acesso em 2015 set 25]; 42(2), 89-102. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v42n2/v42n2a09.pdf>
8. Zimerman DE. A clínica do vazio. In: Zimerman DE. *Manual de Técnica Psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed; 2008, p.289-294.
9. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Francisco Alves; 1945, p.269-285.
10. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Francisco Alves; 1978, p.409-425.
11. Decker C. As patologias do vazio e as mudanças na técnica. In: *Anais do II Simpósio Interno Integrado da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre*, 2007, 2, p.69-88.
12. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
13. Bion WR. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não-psicótica. In: *Melanie Klein Hoje: Desenvolvimentos da teoria e da técnica. Volume I*. Editado por Elizabeth Bott Spillius; tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago; 1991, p.69-86.
14. Green A. A mãe morta. In: *Green A. Narcisismo de Vida Narcisismo de Morte*. São Paulo: Editora Escuta Ltda; 1988, p.10-29.
15. Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982, p.38-54.
16. Martini II. Psiquismo fetal, vivências traumáticas e psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2004, 6 (1), p.89-98.
17. Klein M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978/1946, p.313-343.
18. Ferro A. Evitar as emoções, viver as emoções. In: *Ferro A. Evitar as emoções, viver as emoções*. Tradução: Marta Petriccioni. Porto Alegre: Artmed; 2011, p.13-27.
19. Winnicott DW. Agressão e suas raízes. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 2005, p.93-110.
20. Sousa N. A cena psicanalítica – encontro e criação no espaço potencial. In: *Anais do V Simpósio Interno Integrado – AC/IP-SPPA*, 2011, 5, p.169-175.
21. Winnicott DW. Vivir creativamente. In: *Winnicott DW. El hogar, nuestro punto de partida: ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires; Paidós, 2011, p.48-65.
22. Somenzi L. A contratransferência no atendimento com transtornos alimentares. In: *Anais do V Simpósio Interno Integrado – AC/IP-SPPA*, 2011, 5, p.151-165.

23. Freud S. História de uma neurose infantil (“O Homem dos Lobos” 1918[1914]). In: Obras Completas. São Paulo; Companhia das Letras, 2010, 14, p. 13-160.

Correspondência

Carina Teixeira Leite

Rua Pinheiro Machado, 2380/305

97060-500 Santa Maria, RS, Brasil

Submetido em: 17/10/2017

Aceito em: 23/03/2018