

ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE* E O MANEJO TÉCNICO NA PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA¹

Laura Mocellin Bottega²

Luan Paris Feijó³

RESUMO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura psicanalítica sobre a organização de personalidade *borderline* e o manejo técnico em psicoterapia psicodinâmica. Como procedimento, foi adotado um delineamento qualitativo. Para análise de dados, foram buscados materiais como artigos, livros, teses e dissertações, com base no referencial científico e psicanalítico. Os resultados descrevem a organização *borderline* da personalidade como uma estruturação complexa, não apenas marcada por estados transitórios, agudos ou crônicos, entre as neuroses e as psicoses, mas uma forma específica e notável de estruturação egóica, associada ao narcisismo. Os principais sintomas relacionados à personalidade *borderline* são: instabilidade, impulsividade e reatividade. Quanto à técnica, elementos permanentes no manejo dos pacientes *borderline* incluem a disponibilidade para responder às frequentes situações de crise que costumam ocorrer, monitorar os comportamentos de risco e a segurança do paciente. Evidencia-se também a importância de um bom manejo da transferência e da contratransferência, levando em conta a intensidade e a importância da relação transferencial nesse caso. Dada a intensidade das emoções contratransferenciais e por se tratar de pacientes de difícil manejo, profissionais que decidam atender um paciente *borderline* devem ter um treinamento adequado, com supervisões e, além disso, estando em um tratamento psicoterápico psicodinâmico pessoal. O estudo objetivou abrir caminhos para novas pesquisas, proporcionando ao meio acadêmico contribuições sobre uma temática que ainda apresenta uma rede limitada de estudos atuais, com finalidade de confirmar as características de uma organização que comporta imprecisões e quais técnicas específicas proporcionam o melhor cenário clínico para esses sujeitos.

Palavras-chave: Organização de personalidade *borderline*; Psicoterapia psicodinâmica; Psicanálise.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia como requisito parcial para obtenção do título de bacharela em Psicologia pela Universidade La Salle - Canoas.

² Estudante de Psicologia da Universidade La Salle - Canoas.

³ Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso. Psicólogo, especialista, mestre e doutor em Psicologia. Professor do Curso de Psicologia da Universidade La Salle.

ABSTRACT

This study consists in a narrative review from the psychoanalytic literature about the organization of a borderline personality and the technical management with psychodynamic psychotherapy. As a procedure, a qualitative design was adopted. For data analysis, were sought resources as articles, books, thesis and dissertations, based on the scientific and psychoanalytic referential. The results describe the borderline personality organization as a complex structure, not only marked by the transitional states, acute or chronic, between neuroses and psychoses, but an specific way and remarkable egoistic structuring, associated to narcissism. The main symptoms related to borderline personality are: instability, impulsivity and reactivity. Regarding to technique, permanent elements in borderline patients management include the availability to answer to the frequent crisis situations that usually happen, monitor the risky behaviors and the patient's security. It's also evident the importance of a good transference and countertransference management, considering the intensity and the importance of the transference relationship in this case. Due to the intensity of the countertransference emotions and because they are difficult management patients, professionals who decide to assist a borderline patient must have an ideal training, with supervisions and, furthermore, being in a personal psychodynamic psychotherapy treatment. The study aimed at opening new ways to new researches, providing the academic space contributions about a subject that still presentes a limited space in analysis nowadays, with purpose to confirm the features of an organization that holds inaccuracies and which specific techniques provide a better clinic scenario to those people.

Keywords: Borderline personality; Psychodynamic psychotherapy; Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

A Organização *Borderline* da Personalidade é um construto psicanalítico que, com frequência, tem despertado discussões e controvérsias nas comunidades psiquiátrica e psicanalítica (SCHESTATSKY, 2015). Os estados limítrofes, ou organização de personalidade *borderline*, constituem um campo fértil de investigação conhecido por seus desafios, tanto para pesquisadores quanto para clínicos. Especialmente para aqueles que utilizam a psicanálise em sua atuação profissional, é possível notar uma atração e/ou repulsa por tais casos, seja pelas dificuldades no manejo clínico dos pacientes, seja devido à diversidade e falta de coesão na construção da teórica (SANTOS; NETO, 2018).

O conceito de estado limítrofe foi introduzido pela primeira vez por um Psicanalista. Adolf Stern (1938) constitui um marco decisivo na história da

abordagem psicanalítica dos quadros limítrofes, considerado como a introdução, no campo da psicanálise, de um debate psicopatológico que já ocorria na psiquiatria desde a metade do século XIX. Foi Stern quem primeiro utilizou em psicanálise o termo *borderline*, inaugurando proposições que foram base do pensamento psicanalítico contemporâneo sobre os estados limite.

Não obstante, pode-se complementar citando Otto Kernberg, autor de grande importância na literatura psicanalítica sobre os quadros *borderline*. Kernberg, psicanalista austríaco, conhecido por suas teorias psicanalíticas sobre a organização da personalidade fronteira, propôs uma teoria de base psicanalítica para os estados limítrofes. Kernberg foi o principal defensor da psicopatologia *borderline*, direcionando seus estudos para a compreensão desses quadros e para a definição de estratégias de tratamento (SCHESTATSKY, 2015).

A organização de personalidade *borderline*, em sua tradução, significa o que está no limite, na fronteira. Inicialmente, foi compreendido como algo que estaria entre duas grandes estruturas conhecidas na diagnóstica estrutural psicanalítica (a neurose e a psicose), uma devidamente ultrapassada (estrutura psicótica) e outra não atingida (estrutura neurótica) devido às distintas situações, tais como ambientais e/ou adversas no desenvolvimento infantil (BERGERET, 2015).

Autores propõem a organização de personalidade *borderline* em diferentes posições em relação às neuroses e às psicoses, referindo o termo como formas menores de psicose (EY e seus colaboradores, 1955 e 1967); outros como formas maiores de neurose (CLAUDE, 1937). O que se sabe é que a personalidade *borderline* se constitui em uma explicação psicodinâmica, metapsicológica e etiológica próprias, com sintomas e comportamentos específicos (EISENSTEIN, 1956; SCHMIDBERG, 1969; STERN, 1945; KNIGHT, 1954; KERNBERG 1967).

Os estados limítrofes surgem para tensionar a diagnóstica estrutural psicanalítica discutida em épocas anteriores. Na medida em que não se enquadram nos limites genético-dinâmicos que, de acordo com a teoria estrutural, diferenciariam as categorias das neuroses e das psicoses (SCHESTATSKY, 2015). Desenvolvendo o descrito por Schestatsky e utilizando contribuições de Dunker como base, a diagnóstica estrutural se baseava em modelos inflexíveis e rígidos de sujeitos que se encontrariam subjetivamente e objetivamente dentro de apenas uma das grandes estruturas clínicas propostas pela psicanálise (neurótica, psicótica ou perversa), a organização de personalidade *borderline* se insere teoricamente e tensiona essa

afirmativa previamente descrita quando se depara com uma organização que se constitui, justamente, por imprecisões e flutuações em mais de uma estrutura clínica (BERGERET, 2015).

Quanto à sintomatologia presente no quadro, autores descrevem alguns sintomas observáveis e característicos dos sujeitos *borderline* (STERN, 1938; EISENSTEIN, 1951; ADLER, 1988; KERNBERG, 1967; FONAGY, 1991; FROSCHE, 1988; BION, 1991). As características básicas da organização de personalidade *borderline* incluem déficits importantes nos relacionamentos interpessoais, instabilidade, podendo se manifestar em diferentes instâncias, impulsividade ou reatividade e um sentimento fragmentado da própria identidade (KERNBERG, 1967).

Devido ao aumento da demanda clínica atual e a grande relevância da temática, este estudo também objetivou abordar aspectos referentes à investigação da ação psicoterapêutica no modelo de orientação psicanalítica dirigido aos pacientes com organização de personalidade *borderline*. A psicoterapia, embora difícil de ser executada e associada a altas taxas de evasão nesses casos, é considerada adequada para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (SIMONI; BENETTI; BITTENCOURT, 2018).

Ao longo dos anos, os pacientes *borderline* reafirmaram sua presença em diversos contextos, à medida em que seus sintomas e sofrimento se expressavam de forma marcante nos meios familiar e social, demandando cuidado e atenção progressivamente maiores, o que evidencia a importância e a urgência de se estabelecerem abordagens terapêuticas adequadas com esses pacientes (SCHESTATSKY, 2015).

Portanto, este artigo consiste em uma revisão narrativa da literatura psicanalítica sobre os estados limítrofes. O problema norteador do desenvolvimento desta escrita comporta as seguintes questões: O que é a organização de personalidade *borderline* e como se dá o manejo técnico e clínico desses sujeitos no processo psicoterápico de orientação psicodinâmica? Além disso, questões transversais serão contextualizadas com objetivo de desenvolver uma descrição e análise clara a respeito do manejo da técnica psicanalítica com esses pacientes, sem desconsiderar o percurso histórico envolvido no quadro até o momento atual – seja ela da perspectiva descritiva do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou psicodinâmica (Psicanálise).

2 METODOLOGIA

Este artigo ressalta um estudo de revisão narrativa da literatura. Revisões narrativas caracterizam-se por uma discussão de determinada temática sob uma perspectiva teórica ou contextual, apresentando uma análise crítica do autor sobre a literatura (BERNARDO *et al.*, 2004; ROTHER, 2007), ou seja, apresentam uma natureza crítica e opinativa.

A consulta das fontes ocorreu por meio da busca a partir de materiais como artigos, livros, teses e dissertações, e outros materiais já publicados, que respondam ao amplo problema em questão. Por se tratar de uma revisão narrativa de literatura, as fontes de dados são acessadas sem critérios pré-definidos e/ou sistemáticos (MARIN; SCHAEFER; LIMA *et al.*, 2021). A não adoção de um método de acesso às fontes de dados é uma das principais diferenças entre a revisão narrativa – utilizada nesse artigo – e os demais métodos teóricos, como a revisão sistemática e integrativa de literatura (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Limitou-se em buscar a maior parte das referências, materiais com ano de publicação entre os últimos cinco anos, porém, não nos restringindo apenas em apresentar contribuições dos últimos anos, tendo em vista a vasta contextualização histórica abarcada na temática desenvolvida, autores históricos e textos mais antigos também foram incluídos nesta revisão. O banco de dados foi sendo complementado com materiais indicados por especialistas na temática. Por fim, estes materiais foram lidos, selecionados e analisados criticamente por livre inspeção.

3 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO CONCEITO DE ORGANIZAÇÃO PATOLÓGICA DA PERSONALIDADE: A ORGANIZAÇÃO *BORDERLINE*

A organização de personalidade *borderline* foi entendida inicialmente como uma fronteira entre neurose e psicose, como se existisse uma zona mista com sinais e sintomas das duas estruturas clínicas (DUNKER, 2015). O principal significado que o conceito *borderline* adquiriu na literatura psicanalítica no decorrer dos anos se refere à posição psicodinâmica desses pacientes, estando na fronteira entre a

neurose e a psicose. Do ponto de vista terapêutico, na fronteira entre a analisabilidade e a não analisabilidade (SCHESTATSKY, 2015).

Autores dispõem o *borderline* em diferentes posições em relação às neuroses e às psicoses. Para Ey e seus colaboradores (1955 e 1967), os estados limite tratam de *formas menores de psicose*. Wilhelm Reich, em 1925, descreveu uma ideia semelhante, inserindo a personalidade *borderline* como *formas frustrantes da esquizofrenia*. Uma segunda proposição, igualmente descrita por Ey, refere-se aos estados limite como uma *forma maior de neurose*, em que estariam presentes manifestações situadas muito perto das psicoses, embora conservando um estatuto neurótico (BERGERET, 2015). Uma terceira posição desenvolvida por Claude (1937) defende a existência de *formas de passagem entre neuroses e psicoses* dentro das organizações *borderline*.

A crescente presença de pacientes *borderline* em consultórios psicanalíticos estimulou a publicação de um clássico artigo de Adolph Stern (1938), intitulado: “*Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*”. O estudo de Stern foi um dos marcos iniciais da investigação do assunto, contribuiu com a construção de um dos poucos quadros que a psicanálise pode acrescentar à grande e vasta tradição da psicopatologia (DUNKER, 2018), bem como influenciou diretamente trabalhos de diferentes autores, como Knight e Stone. O texto de Stern baseia-se na explicitação de duas das características clínicas mais importantes e discutidas da noção *borderline* em psicanálise: a impossibilidade de classificar tais pacientes como neuróticos ou psicóticos e a extrema dificuldade de tratá-los efetivamente por meio dos procedimentos psicanalíticos habituais (PEREIRA, 1999).

Na década de 1960, apareceram contribuições de Modell, Frosh e Kernberg. Modell rejeitou a existência de uma fronteira entre a neurose e a psicose, afirmando que os episódios psicóticos dos pacientes *borderline* eram circunscritos e transitórios. Antes de Kernberg, Modell foi o primeiro a definir a personalidade *borderline* a partir de um diagnóstico psicodinâmico, e não apenas sintomático. Frosh encontrou nesses pacientes um caráter psicótico. Para Frosh, os pacientes *borderline* apresentariam uma vulnerabilidade para desenvolver episódios regressivos em situações desorganizadoras. Além disso, destacou o fato de que esses sujeitos teriam uma tendência a se perderem na percepção da realidade, de forma temporária, em períodos de crise (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013).

Em 1967, Kernberg introduziu o conceito de organização *borderline* da personalidade. Ele propôs uma conceitualização teórica e psicodinâmica específica para os estados limite, introduzindo uma sistematização ao conceito, definindo a organização limítrofe como: não apenas estados transitórios, agudos ou crônicos, entre as neuroses e as psicoses, mas uma forma específica e notável de estruturação egóica (KERNBERG, 1967).

Grinker, em 1968, definiu empiricamente a organização de personalidade *borderline*. Estudou 50 pacientes internados e concluiu que os pacientes *borderline* não constituíam um grupo único e homogêneo, mas apresentariam tipos diferentes de acordo com seus sintomas e gravidade. A partir de 1975, Gunderson e Singer começaram a trabalhar com os critérios diagnósticos da personalidade *borderline*. Em conjunto com os pensamentos de Grinker e Kernberg, a construção teórica da temática contribuiu com o desenvolvimento descritivo do quadro (SCHESTATSKY, 2015).

4 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DESCRITIVAS E AS DIFERENÇAS NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

Interação de variáveis neurobiológicas inatas com experiências psicossociais precoces (família da infância, traumas ou outros estressores ambientais) contribuem com a construção de personalidade (SCHESTATSKY, 2015). Conforme a perspectiva descritiva, a combinação de fatores biológicos e ambientais constitui a personalidade da pessoa. As características básicas do Transtorno da Personalidade *Borderline*, com base no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014), são: um padrão generalizado de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, nas manifestações afetivas e na própria autoimagem, associado a acentuada impulsividade, cujo início pode estar presente desde a infância e a adolescência, mas que costuma ser mais manifesto no início da vida adulta.

Somente quando tais traços são exagerados e se tornam rígidos e desadaptados, causando sofrimento ou disfunção social, pessoal e profissional significativos, é que se pode considerar um transtorno da personalidade. Para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), o DSM exige que pelo menos cinco sintomas referidos nos critérios diagnósticos estejam presentes,

são eles: (I) esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário; (II) padrão instável e intenso de relacionamentos interpessoais, alternando extremos de idealização e desvalorização; (III) distúrbio de identidade - autoimagem e percepção de si mesmo persistentemente instáveis; (IV) impulsividade em pelo menos duas áreas da vida potencialmente autodestrutivas: gastos exagerados, sexualidade promíscua, abusos de substâncias, anorexia/bulimia; (V) comportamentos suicidas ou auto mutilações recorrentes; (VI) instabilidade afetiva decorrente de acentuada reatividade do humor: intensos episódios de irritabilidade ou ansiedade, em geral durando horas, raramente mais que alguns dias; (VII) sentimentos crônicos de vazio; (VIII) raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlar a raiva: frequentes manifestações de irritabilidade, raiva constante, brigas físicas recorrentes; (IX) ideação paranoide ou graves sintomas dissociativos transitórios, associados a estresses (MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

Os critérios diagnósticos propostos pelo DSM contribuíram com a maior confiabilidade do diagnóstico de Transtorno da Personalidade *Borderline*, mas tiveram pouca utilidade para a compreensão da psicopatologia *borderline* e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas para abordá-la (SCHESTATSKY, 2015). Contudo, Kernberg procurou adicionar profundidade às descrições diagnósticas, propondo a existência de uma estrutura mental que daria origem aos sintomas e aos comportamentos *borderline*, o que chamou de Organização *Borderline* da Personalidade. A organização *borderline* se caracteriza por: uma síndrome de difusão da identidade, uso de mecanismos de defesa primitivos e manutenção no teste de realidade (KERNBERG, 1967).

De modo geral, para Bergeret (2015), na neurose se estabelece um conflito latente que opõe o Id ao Superego por intermédio do Eu, esse conflito está relacionado diretamente à fase edípica. Nela, predominam mecanismos de defesa mais maduros, um senso de identidade mais integrado e um teste de realidade estável. Nas psicoses, por outro lado, estabelece-se um conflito entre pulsões e a realidades, a qual o Ego chega a se encontrar excluído (BERGERET, 2015). Nas psicoses, encontram-se extensas alterações na identidade, com domínio de mecanismos de defesa primitivos e grave comprometimento do teste de realidade (SCHESTATSKY, 2015). A organização limítrofe não se situa em nenhuma dessas

duas dialéticas. Situa-se do ponto de vista estrutural, como intermediário entre neurose e psicose.

Em relação à etiologia dos estados limite, ela é compreendida como resultado de interações traumáticas precoces na infância. Experiências psicossociais estressoras e conflitos intrapsíquicos precoces marcam o início da estruturação de personalidade *borderline*, normalmente referentes às relações primitivas do sujeito, marcadas por inconstâncias e relações patológicas de objeto, ambiente predominantemente hostil, fragmentação das representações do eu e dos outros e falta de coerência e consistência nos próprios valores, nas motivações e nas interações pessoais, internalizadas ao longo do desenvolvimento (SCHESTATSKY, 2015).

No caso dos estados limite, o ego ultrapassou sem grandes frustrações nem fixações significativas o momento em que as relações iniciais e precoces muito ruins com a mãe poderiam resultar em uma pré-organização do tipo psicótica. No entanto, no momento do início do Édipo, essa relação triangular não pode ser abordada em condições normais, relação que em outras circunstâncias não teria o mesmo impacto significativo e que, nesse caso, é vivenciada pelo sujeito como uma frustração muito viva, com um risco real de perda do objeto e não apenas um risco fantasmático como é no caso do verdadeiro Édipo (BERGERET, 2015).

Apesar da grande aparência edípica nas manifestações *borderline*, a raiz dos estados limite reside nas falhas e faltas, traumas e fixações ocorridos durante o desenvolvimento emocional anterior ao Édipo. Na estrutura limite, o conflito edípico é infiltrado por questões de ordem pré-edípica (SANTOS; NETO, 2018). A raiz dos estados limite está em uma perturbação pulsional que surge em um estado ainda muito mal organizado e maduro quanto ao seu equipamento, às suas adaptações e defesas (BERGERET, 2015), para lhe proporcionar boas condições de passagem pelas fases posteriores do desenvolvimento. Esse impacto deve ser compreendido com um sentido afetivo do termo.

Desta forma, considera-se que a criança entrou de forma precoce em uma situação que não estava de forma alguma preparada para suportar. O Ego, na dinâmica limite, ultrapassa as fases iniciais relacionadas à psicose, porém, não foi capaz de chegar a uma psicogênese do tipo neurótico. A criança é colocada perante a necessidade de utilizar mecanismos de defesa mais primitivos, mais custosos para

o ego e mais próximos aos mecanismos utilizados por psicóticos. Isso se mantém até a vida adulta (BERGERET, 2015).

Os casos limítrofes surgem justamente para tensionar os limites da diagnóstica estrutural, à medida em que esses sujeitos não se fixariam ou se explicariam por um encaixe estrutural inflexível, o que era até então afirmado pela diagnóstica da personalidade (DUNKER, 2018). Essa organização não deve ser encarada como uma verdadeira estrutura, como compreendemos, concebida como fixa e sólida, mesmo que uma das organizações se predomine e prolongue sem muitas modificações (BERGERET, 2015). Na dinâmica limite variações de defesa, sinais e sintomas de mais de uma estrutura podem manifestar-se no seio de uma mesma estrutura.

5 A ORGANIZAÇÃO *BORDERLINE* DA PERSONALIDADE: ESTRUTURAÇÃO PSICODINÂMICA E FORMAS SUBJETIVAS DE FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL

5.1 Mecanismos de Defesa e Formulação Psicodinâmica do Caso

Para introduzir, cabe explicar inicialmente o conceito de mecanismo de defesa. Freud empregou pela primeira vez essa denominação em 1894, em 1926, em *Inibições Sintomas e Ansiedade*, voltou a empregar a expressão “Mecanismo de Defesa” como denominação geral de todas as técnicas diferentes que o Ego emprega em sua luta contra as exigências instintivas. Os mecanismos de defesa desenvolvem-se como forma de proteção da pessoa contra impulsos ou afetos que possam ocasionar conflitos, os quais são fontes de angústia. Diante de algo que não pode se instituir no sujeito, da qual o sujeito não consegue ter um encaminhamento, um destino, de algo que é da ordem de um conflito, de um desejo, de uma ideia que não é compatível psiquicamente; isso tem que ser destinado e encontra um curso, e esse curso passa por um movimento psíquico chamado de mecanismo de defesa e sintomas (KOTZENT, 2017).

Mecanismos primitivos de defesa, tais como negação, idealização, identificação projetiva, dissociação, controle onipotente estão presentes nos sujeitos com organização de personalidade *borderline* e relacionam-se com extensos processos de cisão (NETO, 2013), conceito bastante abordado na obra de Kernberg.

Para melhor especificar o processo de cisão, é possível tomar por base as concepções de Schestatsky (2015) para descrevê-lo como uma divisão dos objetos externos em totalmente bons ou totalmente maus, com mudanças súbitas de uma das categorias para a outra.

Para assim dizer, o sujeito *borderline* traduz suas angústias por meio da cisão entre extremos, visto que são criadas imagens de objetos totalmente bons e poderosos que se revertem para imagens desprezadas, desvalorizadas se expectativas mágicas em relação a eles forem frustradas. Isso descreveria a percepção de excessos nesses sujeitos, pouco recorrendo ao meio termo e às parcialidades, podendo reagir negativamente às contrariedades. Esse mecanismo de defesa pode aparecer de diversas maneiras, tais como: sensações corporais, atividade motora, ou ainda, em formas mais sutis como o processo de isolamento que provoca uma separação entre afeto e pensamento (SILVA, 2018).

A idealização e a desvalorização acentuam a cisão, aumentando patologicamente a qualidade dos excessos sentidos por esses sujeitos. Schestatsky (2015) menciona que essas pessoas recobrem seus objetos de amor com grandes idealizações, às vezes distantes da realidade propriamente dita, estando altamente vulneráveis à desvalorização, caso ocorram desilusões ou contrariedades na relação de objeto.

A identificação projetiva é uma forma de projeção complexa. Nela, o paciente continua a vivenciar as relações de objeto projetadas, teme a pessoa sobre a qual as projetou e sente necessidade de controlá-las. Essas operações inconscientes levam o paciente a direcionar e atualizar afetos primitivos na relação com o analista (GABBARD, 2016). A presença generalizada das identificações projetivas nos pacientes *borderline* torna essencial aos terapeutas que se mantenham atentos à contratransferência, a fim de captarem parte dos aspectos dissociados, negados e projetados do mundo interno do paciente e de perceber afetos próprios do analista que podem estar se manifestando na relação com o paciente (SCHESTATSKY, 2015).

Gabbard (2016) descreve a dissociação como uma perturbação na continuidade do indivíduo nas áreas da identidade, da memória, da consciência ou da percepção, como forma de reter uma ilusão de controle psicológico diante do desamparo e da perda de controle.

Em relação aos sintomas, um primeiro sintoma observado é o sentimento constante e permanente de abandono iminente, e isso pode estar relacionado tanto em razão das circunstâncias reais quanto por circunstâncias imaginárias. Esse sentimento desencadeia esforços desesperados para evitar o abandono ou perda do objeto. Para Stern (1938), os pacientes *borderline* apresentam um sentimento de inferioridade em relação aos outros, uma profunda insegurança e dificuldades no exame da realidade, especialmente no que diz respeito às relações interpessoais. Stern (1957) e Eisenstein (1951) afirmam que esses pacientes evidenciam uma forte demanda de amor, de afeto e uma grande dependência daqueles que demandam, podendo ser reativos devido ao constante sentimento de ameaça – real ou imaginária – de perda do objeto (ADLER, 1988).

Stern (1938) chama a atenção para a importância do narcisismo nesse quadro. Narcisismo que se mostra na necessidade vital de dependência e proximidade do objeto, e na enxurrada de ideais egóicos presentes nos sujeitos com organização limite. Isso se manifesta devido à relação parental desses pacientes ser marcada por pais que, em geral, foram insaciáveis no plano narcísico (BERGERET, 2015). Vale complementar a afirmativa anterior citando a fragilidade do Superego no quadro *borderline*, o qual não está suficientemente bem constituído, devido às suas circunstâncias estruturais.

Um segundo sintoma, e um dos principais sintomas percebidos nesses sujeitos por autores como Bychowski (1953) e Kernberg (1967), é a agressividade. Kernberg (1967), um autor de grande importância dentro da temática dos quadros *borderline*, contribui descrevendo a função da agressividade nesses pacientes. Para Hoch e Polatin (1949), as reações de ódio dos pacientes *borderline* são muito intensas, assim como as reações de amor e dependência do objeto. A agressividade desses pacientes é observável não apenas direcionada ao meio, mas também ao próprio sujeito, às vezes desproporcional, no tocante ao contexto desencadeante de uma adversidade.

A instabilidade é a característica essencial nos discursos sobre os pacientes *borderline*. Instabilidade que se manifesta em diferentes contextos dentro da personalidade *borderline*. Manifesta-se nas relações interpessoais e nos afetos; na autoimagem e no sentimento de identidade, o que justificaria um outro sintoma presente nesses sujeitos, a desintegração ou fragmentação do senso de identidade (KERNBERG, 1967; FONAGY, 1991); na impulsividade (KERNBERG, 1966);

instabilidade entre o real e o ideal, entre expectativas e contrariedades, entre a realidade e a fantasia. Instabilidade com uma reatividade extrema, muito variável e imprevisível (FONAGY, 1991), com reações muitas vezes coléricas e intempestivas.

Ligada à instabilidade, reatividade que se mostra, principalmente, em práticas autodestrutivas ou de autoagressão e no envolvimento com comportamentos de risco, subjetivo ou objetivo. Manifestações atualmente muito conhecidas por psicanalistas e altamente assinaladas pela literatura psiquiátrica são a tentativa de suicídio, o alto risco de suicídio (EISENSTEIN, 1951) e as ameaças de suicídio (BION, 1991), o que explicaria a alta demanda de pacientes *borderline* em ambulatórios de saúde mental ou entre pacientes psiquiátricos internados. A agressividade desses pacientes, anteriormente descrita, está diretamente associada e pode dar origem à reatividade desproporcional desses sujeitos aos estímulos percebidos.

Um outro sintoma que se pode destacar é a presença permanente de uma angústia difusa ou angústia depressiva e uma sensação crônica de vazio. De acordo com Bergeret (2015), o perigo imediato contra qual as variedades de estados limites lutam é, antes de mais, a depressão. A principal natureza da angústia dos pacientes *borderline* é a angústia de perda do objeto, já que, sem o objeto, o sujeito limite se encontra e desdobra em seu vazio crônico, beirando a depressão.

Para Frosch (1988), o conflito básico do *borderline* é o temor da desintegração. Essa angústia aparece no medo do sujeito de não conseguir proteger os limites da sua individualidade, ou seja, de perder suas fronteiras psíquicas. É um esforço custoso para o Ego se manter distante das duas grandes estruturas clínicas, uma delas ultrapassada (estrutura psicótica) e outra infelizmente não atingida (estrutura neurótica) (BERGERET, 2015).

Um sintoma incomum, mas presente em casos mais graves, refere-se às manifestações pré-psicóticas, como a ideação paranoide transitória ou a dissociação. Aspectos inerentes à parte psicótica da personalidade (BION, 1991), em algum grau ou forma, estão presentes em todos os pacientes, mesmo nos neuróticos. Portanto, diferente do que ocorre nas psicoses, esses pacientes conservam um juízo crítico e o senso de realidade. Esses sujeitos recobrem as suas intensas angústias depressivas e paranoides com uma fachada de sintomas ou de traços caracterológicos de diferentes estruturas.

6 MANEJO DA TÉCNICA PSICANALÍTICA COM PACIENTES *BORDERLINE*

Inicialmente, ainda no tempo de Freud, casos como a organização limite – e qualquer outro associado à psicose – eram considerados inviáveis para o processo analítico. De um lado, há autores como Schmeidler, que afirmam a impossibilidade de empregar a psicanálise em sua forma clássica e recomendam o desenvolvimento de uma psicoterapia especificamente modificada; de outro, há autores que dizem ser necessária uma parte de psicoterapia de apoio e, em seguida, o emprego da psicanálise propriamente dita (KNIGHT, 1953; STERN, 1938). Todavia, com a significativa ampliação dos conhecimentos relativos ao desenvolvimento emocional primitivo e à técnica psicanalítica, a psicanálise reconsiderou as afirmações sobre a possibilidade de uma efetividade no tratamento desses pacientes. Autores como Eisenstein (1951) e Zetzel (1971) propõem o emprego da psicanálise com modificações na atuação clássica. Garcia e Gryner (2014) proferem que a análise convencional não funciona com estes pacientes, tendo em vista que o principal conflito está relacionado com o narcisismo.

Para Schestatsky (2015), a organização de personalidade *borderline* é uma patologia complexa, que abrange um grupo heterogêneo de pacientes, o que inviabiliza a prescrição de um modelo único de tratamento. As delimitações dos sujeitos com organização de personalidade *borderline* hoje são variadas e a preocupação atual é descobrir a abordagem mais adequada para cada tipo de paciente *borderline*, tendo em mente as utilidades diferentes em pacientes diferentes. Pacientes mais regressivos, por exemplo, demandam mais técnicas de apoio, já os mais organizados se beneficiam de técnicas exploratórias, dirigidas ao insight. (SCHESTATSKY, 2015). Além disso, diferentes abordagens podem ser usadas com um mesmo paciente em momentos diferentes do tratamento, dependendo do contexto e do conteúdo que está sendo trabalhado (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013).

Gunderson (1968) registrou 53 livros publicados sobre psicoterapias psicanalíticas com pacientes *borderline*. As publicações tinham todas o mesmo objetivo: mudanças estruturais na personalidade dos pacientes (SCHESTATSKY, 2015). Portanto, apesar das diferenças existentes nos diversos elementos técnicos propostos, as contribuições registradas tinham mais semelhanças que diferenças

entre si. Atualmente, a maioria dos terapeutas psicanalíticos reconhece que há múltiplos modos de ação terapêutica que variam de paciente para paciente (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013; GABBARD, 2005; GABBARD; WESTEN, 2003).

Com relação ao aspecto técnico das intervenções do terapeuta, verifica-se que as técnicas básicas da psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline* são as mesmas da psicanálise, porém tais técnicas são usadas de forma diferente pelo terapeuta (KERNBERG, 2003; KERNBERG; SELZER; HOENIGSBERG, CARR; APPELBAUM, 1991). A definição das estratégias de tratamento depende da compreensão desses quadros.

Waldinger, de acordo com Schestatsky (2015), identificou as seguintes similaridades entre psicoterapias efetivas com o paciente *borderline*: (I) construção de um setting estável e estruturado; (II) maior atividade e interação do terapeuta, (III) capacidade de suportar e sobreviver as transferências negativas e às tempestades emocionais do paciente; (IV) transformação dos comportamentos autodestrutivos em não gratificantes, (V) estabelecimento de limites, mas não inflexíveis, e manejo firme em relação às atuações vindas do paciente, especialmente as que põem em risco o tratamento; (VI) desenvolvimento de conexões entre as ações e os sentimentos do paciente com a situação presente, (VII) foco das intervenções no aqui e agora, e (VIII) tolerância e monitoramento cuidadoso da contratransferência do analista, permanecendo atento aos significados das próprias emoções durante a interação com o paciente (SCHESTATSKY, 2015).

No que diz respeito ao contrato terapêutico com pacientes *borderline*, autores como Gabbard e Gunderson recomendam uma atitude mais flexível e empática no contrato. Reconhecem a necessidade da construção de limites, mas preferem fazer depois de desenrolar o processo psicoterápico e à medida que as situações forem surgindo. Parte importante da necessária estruturação do setting terapêutico se ancora em acordos contratuais que definam os objetivos em comum da dupla terapeuta-paciente, bem como em métodos para alcançá-los e para estabelecer enquadramentos que preservem a integridade do processo. Combinações prévias, porém, menos restritivas, sempre serão necessárias como, por exemplo: a necessidade de as sessões terminarem na hora combinada previamente; a pontualidade nos pagamentos; a política das sessões faltadas; e a expectativa de

que o paciente seja um colaborador ativo do processo (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013).

Yeomans e colaboradores chamam de Psicoterapia Focada na Transferência o conjunto de regras do contrato terapêutico direcionadas à validação da transferência como a principal base do tratamento. A transferência no caso dos pacientes *borderline* torna-se ainda mais importante, pois, para a compreensão do caso, vale-se muito mais da apreciação das relações que uma mera descrição e remissão de sintomas. A transferência surge como meio de representações de conteúdos internos já existentes no paciente, mas também como possibilidade de resignificação, à medida que essas representações afetivas se repetem e, em uma perspectiva positiva, se atualizam na relação com o analista (YEOMANS; CLARKIN; KERNBERG; RUIZ, 2016).

A mudança psíquica do paciente é alcançada por meio da sua interação com a presença, constante, consistente, cuidadosa e não punitiva do terapeuta. O terapeuta, por sua vez, sobrevive emocionalmente à contratransferência e continua desempenhando suas funções de holding e de introdutor de uma estabilidade reflexiva em meio ao caos emocional presente (YEOMANS; CLARKIN; KERNBERG; RUIZ, 2016). Logo, o conteúdo das interpretações é menos relevante, o que importa é a forma como é feita e a escolha de um momento adequado, sem transformá-la em uma interpretação selvagem, sem a devida capacidade do paciente para elaborá-la e compreendê-la (SCHESTATSKY, 2015).

A psicoterapia focada na transferência torna evidente a necessidade de delimitar um setting estruturado e um manejo firme das atuações do paciente, em especial das que põem em risco o tratamento, como afirmam Yeomans e Diamond (2013), que alertam para a presença de comportamentos potencialmente disruptivos à continuidade do tratamento (p. ex., tentativas de suicídio, crises anoréticas, abuso de drogas, automutilações, mentiras, omissão de informações). Elementos permanentes no manejo dos pacientes *borderline* incluem a disponibilidade para responder às frequentes situações de crise, que costumam ocorrer, monitorar os comportamentos de risco e a segurança do paciente, resistir às constantes infrações do contrato terapêutico, participar de equipes multiprofissionais que, às vezes, têm que ser mobilizadas, além de estar atento a fenômenos característicos desses pacientes, como a dissociação e a violação de fronteiras profissionais (SCHESTATSKY, 2015).

Gabbard e colegas sugerem que as intervenções psicoterapêuticas se distribuam ao longo de um espectro. De um lado, no polo expressivo, estariam a interpretação, a confrontação e o esclarecimento. De outro, no polo de apoio, incluem-se o encorajamento, a validação empática, os conselhos, os elogios e as reafirmações. As principais técnicas terapêuticas utilizadas nesses pacientes se baseiam na confrontação das dissociações e nas interpretações transferenciais, no aqui e agora do conteúdo das fantasias inconscientes, das ansiedades e angústias associadas (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013).

Quanto à eficácia das interpretações transferenciais, um estudo de Gabbard e colaboradores sugere que elas sejam de alto ganho e alto risco, ou seja, são as que têm potencialmente o maior impacto no paciente (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013). O fator que desencadeia um ou outro efeito parece estar relacionado com a presença prévia ou não de uma aliança terapêutica consistente e a existência de um adequado processo de validação empática das experiências do paciente (SCHESTATSKY, 2015). Ou seja, o primeiro passo para que seja possível o manejo do paciente é a construção de uma aliança terapêutica.

A abordagem interpretativa com pacientes *borderline* é viável, mas com adaptações, principalmente em relação à técnica. Uma afirmativa muito importante no tocante à atividade interpretativa com pacientes *borderline* insere a necessidade de o analista suportar e sentir a dor do paciente, não apenas compreendê-la para que, assim, este consiga suportar as interpretações. Schestatsky cita Kernberg, pressupondo nos sujeitos *borderline* um mundo interno precocemente povoado de introjetos primitivos, de modo que essa fragilidade não impede o ego de suportar o trabalho interpretativo; ao contrário, é a partir da correção cognitivo-afetiva das fantasias inconscientes e dos mecanismos primitivos associados que o ego poderá se integrar e utilizar defesas mais evoluídas.

Para Stern (1938), existem reações terapêuticas negativas frequentes e escassez de associações nesses pacientes. Fonagy (1991) e Green (2000) concordam com essas afirmações, ao menos no que tange à pobreza associativa. Além disso, diversos autores, como Bion, falam da ocorrência de episódios psicóticos no tratamento com pacientes *borderline*. Para Greenacre (1941/2010), isso ocorre quando são feitas interpretações precoces da transferência. Hoch e Polatin (1949), contribuem com a descrição de episódios psicóticos curtos e com possibilidade de reintegração que ocorreriam durante a análise. Rosenfeld (1978)

ressalta que se nota a possibilidade de utilização desses episódios em favor da análise. De acordo com o autor, apesar de ameaçar o processo analítico, a psicose de transferência – manifestações psicóticas em pacientes não psicóticos – não destrói o tratamento e pode abrir novos caminhos de análise

Em relação à confrontação, o objetivo é trazer à percepção do paciente as incongruências do que ele relata. Desse modo, tenta-se trazer à atenção do paciente as contradições que ele percebe e que não considera importantes, mesmo que inteiramente discrepantes a respeito de outras ideias, sentimentos ou ações do próprio paciente (SCHESTATSKY, 2015).

A validação empática envolve reforçar, de forma ativa, a realidade das percepções do paciente e identificar as funções adaptativas de seus comportamentos e defesas, tentando, ao mesmo tempo, manter o equilíbrio entre escutar com simpatia os relatos traumáticos, reconhecendo as experiências dele sem assumir, sem adequado exame crítico, a inteira responsabilidade do ambiente acusado (SCHESTATSKY, 2015). É importante validar as observações corretas que o paciente faz sobre si mesmo e seus sentimentos acerca do terapeuta, ou de equívocos que ocorrerem no processo psicoterápico, mas sem assumir, sem adequado exame crítico, a inteira responsabilidade do ambiente acusado na situação atual.

Para Kernberg, o psicoterapeuta precisa ficar atento ao surgimento da transferência negativa, inevitável devido ao excesso de agressão presente nesses pacientes. Agressão de origem inata, mas exacerbada pela predominância de experiências adversas no ambiente precoce. Kernberg afirma a importância de interpretá-la de forma vigorosa assim que for identificada, bem como confrontar os estados mentais contraditórios com os quais o paciente se apresenta (SCHESTATSKY, 2015).

Suportar transferências negativas, sobreviver às tempestades emocionais, trabalhar nas manifestações transferenciais momento a momento e permanecer atento aos significados das próprias emoções durante a interação com o paciente estão associados diretamente ao manejo adequado da contratransferência. Para ilustrar, como afirma:

No que depender das relações objetivas reproduzidas no campo terapêutico, o terapeuta sentirá que está exposto a contrastantes emoções e sentimentos intensos, caóticos e dolorosos despertados pela interação com pacientes *borderline*, como

sentimento: ódio, excitação, inveja, desejo, pena, horror, desespero, impotência, desamparo, incerteza, insegurança, pânico, desesperança, abandono ou rejeição (SCHESTATSKY, 2015).

As reações contratransferenciais não são uniformes, aparecem em formas e níveis diferentes, porém, sendo mantido o setting, situações contratransferenciais podem ser importantes para melhor compreender o sofrimento do paciente. Ademais, situações de crises podem ser frequentes nos pacientes *borderline*, dependendo da gravidade do caso, isso evidencia a necessidade e importância de estabelecer condições mínimas para que a psicoterapia se desenvolva e a disponibilidade do terapeuta para responder a essas situações de crise. Dentro do espectro do manejo de crises, podemos citar o manejo da suicidalidade, que propõem alternativas mais maleáveis quanto à acessibilidade do terapeuta (SCHESTATSKY, 2015).

Gabbard sugere algumas providências necessárias no surgimento de crises agudas como a suicidabilidade, como: antecipação de sessões, sessões extras, ajustes na medicação, convocação de familiar, hospitalização, disposição para contatos telefônicos breves em períodos de afastamento mais prolongado (CLARKIN; FONAGY; GABBARD, 2013).

Os elementos básicos do manejo com pacientes *borderline*, segundo Schestatsky, incluem: disponibilidade para responder às situações de crises; monitorar comportamentos de risco e a segurança do paciente; resistir às constantes infrações do contrato terapêutico; participar, quando necessário, de equipes multiprofissionais; ter um treinamento adequado com supervisões clínicas; e estar em tratamento psicoterápico pessoal (SCHESTATSKY, 2015).

Desenvolver respostas terapêuticas adequadas às emoções intensas e caóticas despertadas pelos pacientes constitui o principal desafio técnico dessas psicoterapias. Incentivar a capacidade de, através do processo psicoterápico, construir ou reparar estruturas mentais estabilizadoras e criativas previamente inexistentes ou precárias é de suma importância no próprio processo interpessoal desses sujeitos (SCHESTATSKY, 2015).

A partir destas contribuições, pode-se compreender que os objetivos da psicoterapia psicodinâmica consistem em ajudar o paciente a criar introjeções positivas não existentes devido ao fracasso do ambiente em provê-las, em tornar padrões inconscientes de funcionamento mais acessíveis, aumentar a tolerância

com os seus afetos, auxiliar na construção da capacidade para adiar ações impulsivas, aumentar o *insight* nas relações, nas interpretações, bem como desenvolver a função reflexiva da mente, permitindo que identifique melhor seus próprios estados mentais e o dos outros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A personalidade *borderline* é uma organização complexa. Por se tratar de uma patologia, em geral, de difícil manejo, os profissionais que desejam atuar com esses pacientes - seja na clínica ou na pesquisa - devem ter uma preparação adequada, uma carga teórico-prática que possibilite e facilite o melhor cenário clínico. Portanto, esse estudo objetivou também oferecer informações importantes para clínicos e pesquisadores que desejam atuar com pacientes *borderline*, adicionando conhecimento na área da pesquisa acadêmica e também na vasta área clínica, que ainda exigem ampla investigação.

A organização de personalidade *borderline* acarreta muitos impasses. Por um lado, por afetar os profissionais que lidam com a questão. Por outro lado, por impulsionar as pré-disposições teóricas estudadas antes da investigação do quadro *borderline*.

As principais técnicas do manejo psicodinâmico com pacientes *borderline* são encorajamento e validação empática, interpretação, confrontação e esclarecimento, e terapia centrada na transferência, evidenciando a importância de um manejo adequado da transferência, levando em conta a intensidade e a importância da relação transferencial nesse caso, assim como de suportar e ter atenção quanto às manifestações contratransferenciais que surgirão no decorrer da relação transferencial. Elementos permanentes no manejo dos pacientes *borderline* incluem a disponibilidade para responder às frequentes situações de crise que costumam ocorrer, monitorar os comportamentos de risco e a segurança do paciente.

Profissionais que decidam atender um paciente *borderline* devem ter um treinamento adequado, com supervisões e, além disso, estando em um tratamento psicoterápico psicodinâmico pessoal.

Determinadas limitações foram percebidas no decorrer do processo de construção da investigação, como a gama limitada de estudos atuais que contemplem o tema dentro da perspectiva psicanalítica, a generalização dos dados,

as controvérsias presentes na temática e, por se tratar de uma revisão teórica, a falta de dados quantitativos para análise e da interação direta com os sujeitos.

O estudo também objetivou abrir caminhos para novas pesquisas, a fim de confirmar a descrição sobre o que é a organização de personalidade *borderline*, as características desses sujeitos e quais são as intervenções específicas e comuns para proporcionar o melhor cenário clínico com esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ADLER, G. How useful is the borderline concept? **Psychoanalytic Inquiry**, v. 8, 1988. p. 353-372.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BERGERET, J. **A personalidade normal e patológica**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BION, W. R. Attacks on linking. **The Psychoanalytic Quarterly**, v. 82, n. 2, 2013. p. 285-300. (Trabalho original publicado em 1959).
- CLARKIN, J. F.; FONAGY, P.; GABBARD, G. O. **Psicoterapia psicodinâmica para transtorno da personalidade**: um manual clínico. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.
- DUNKER, C. **Personalidade borderline**. Publicado pelo canal Falando Nisso. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IB-ir9ESUZI>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- EISENSTEIN, V. W. Differential Psychotherapy of Borderline States. **The Psychiatry Quarterly**, v. 25, n. 1, 1951. p. 379-401.
- EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. (org.). **Psicoterapia de orientação analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. S. **Psicoterapia de Orientação Analítica**: fundamentos teóricos e clínicos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- FONAGY, P. Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 72, 1991. p. 639-656.
- FREUD S. Neurose e psicose. *In*: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FROSCH, J. Psychotic character versus borderline. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 69, 1988. p. 445-456.

GABBARD, G. O. **Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo**: Texto básico. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica**: na Prática Clínica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

HOCH, P.; POLATIN, P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. **The Psychiatry Quarterly**, v. 23, n. 2, 1949. p. 248-276.

KNIGHT, R. P. Borderline States. **Bulletin of the Menninger Clinic**, v.7, n. 1, 1953. p. 1-12.

KERNBERG, O. Structural Derivatives of Object Relationships. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 47, 1966. p. 236-252.

KERNBERG, O. Borderline Personality Organization. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 15, 1967. p. 641-685.

KERNBERG, O. The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. **The International Journal of Psychoanalysis**, v. 49, 1968. p. 600-619.

KERNBERG, O. F. **Desordenes Fronterizos Y Narcisismo Patologico**. Paidos, 1979.

KERNBERG, O. F. *et al.* **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline**. Porto Alegre: Artmed, 1991.

KERNBERG, O. F. **Condições limítrofes e narcisismo patológico (Borderline conditions and pathological narcissism)**. Jason Aronson, 1995.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARIN, A. H. *et al.* Delineamentos de Pesquisa em Psicologia Clínica: Classificação e Aplicabilidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, e221647, 2021. p. 1-17.

MCWILLIAM, N. **Diagnóstico Psicanalítico**: Entendendo a Estrutura da Personalidade no Processo Clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MENDES, L. C.; GARCIA, C. A. Clivagem e idealização: sobre o luto impossível nas patologias limítrofes. **Cad. Psicanál.-cprj**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 33, 2015. p. 31-49.

MÖLLER, R. L. *et al.* Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 23, n. 4, 2018. p. 705-717.

MORETTO, M. L. T.; KUPERMANN, D.; HOFFMANN, C. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 20, n.1, 2017. p. 97-112.

PASINI, T.F.; DAMETTO, J. Abordagem Psicodinâmica do Paciente Borderline. **Perspectiva**, Erechim. v. 34, n. 128, 2010. p.133-149.

SANTOS, G. G. dos.; NETO, G. A. R. M. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, 2018. p. 285-293.

SANTOS, D. C. dos.; FACCAS, I. S. de S. **Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica psicanalítica**: uma revisão integrativa. Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, 2021.

SCHMIDEBERG, M. The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients. *In*: STONE, M. H. (Ed.). **Essential Papers on Borderline Disorders**: One Hundred Years at the Border. New York, USA: New York University Press, 1986. (Trabalho original publicado em 1947).

SILVA, T. C. da. **Psicodinâmica da pessoa com transtorno de personalidade borderline**. Marília; s.n.; 21 p. tab. São Paulo, 2018.

SIMONI, L.; BENETTI, S. P. da C.; BITTENCOURT, A. A. Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no Processo Psicoterapêutico de uma Paciente com Transtorno de Personalidade Borderline. **Trends in Psychology/Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, 2018. p. 1499-1512.

STERN, A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. **The Psychoanalytic Quarterly**, v. 7, 1938. p. 467-489.

STERN, A. Transference in Borderline Neuroses. **The Psychoanalytic Quarterly**, v. 17, 1948. p. 527-528.

STERN, A. The Transference in the Borderline Group of Neuroses. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, v. 5, 1957. p. 348-350.