

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE CASOS LIMÍTROFES NA INFÂNCIA

THE PSYCHOANALYTIC CLINIC IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF BORDERLINE CASES IN CHILDHOOD

LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA EM LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CASOS LIMITE EM LA INFÂNCIA

Marina Oliveira Lopes

- Psicóloga graduada pela Universidade Católica de Santos.
- E-mail: malopes83@yahoo.com.br

Priscilla Alves Fernandes dos Santos

- Psicóloga graduada pela Universidade Católica de Santos. Mestranda do Programa de Psicologia, desenvolvimento e políticas públicas.
- E-mail: prillfernandes@yahoo.com.br

Thalita Lacerda Nobre

- Doutora, em Psicologia clínica pela PUC-SP. Docente do curso de graduação e mestrado em Psicologia na Universidade Católica de Santos.
- E-mail: thalita.nobre@unisantos.br

RESUMO

A presente pesquisa objetiva estudar os casos limítrofes e compreender como a intervenção psicológica pode minimizar os sinais aparentes em crianças até o período da latência, a partir do referencial psicanalítico. Para isso, a constituição psíquica é abordada a desde o início para daí serem discutidos os principais pontos de ancoragem e os destinos psíquicos que levam a esse modo de estruturação psíquica. Acerca da intervenção psicológica, obteve-se que nos limítrofes cronificados, o tratamento é difícil de ser aceito, demonstrando assim, a importância de precoce intervenção. A multidisciplinariedade é o trabalho apontado como um possível atenuante destes quadros.

Palavras-chave: Casos Limítrofes; Infância; Psicanálise.

ABSTRACT

The present research aims to study borderline cases and understand how psychological intervention can minimize apparent signs in children until the latency period, based on the psychoanalytic framework. To this end, the psychic constitution is addressed from the beginning so that the main anchoring points and psychic destinations that lead to this mode of psychic structuring can be discussed. Regarding psychological intervention, it was found that in borderline chronic patients, treatment is difficult to accept, thus demonstrating the importance of early intervention. Multidisciplinarity is the work identified as a possible mitigation of these conditions.

Keywords: Borderline Cases; Childhood; Psychoanalysis.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo estudiar casos límite y comprender cómo la intervención psicológica puede minimizar los signos aparentes en los niños hasta el período de latencia, basándose en el marco psicoanalítico. Para ello se aborda desde el inicio la constitución psíquica de manera que se puedan discutir los principales puntos de anclaje y destinos psíquicos que conducen a este modo de estructuración psíquica. En cuanto a la intervención psicológica, se encontró que en pacientes crónicos límite el tratamiento es difícil de aceptar, demostrando así la importancia de la intervención temprana. La multidisciplinariedad es el trabajo identificado como una posible mitigación de estas condiciones.

Palabras clave: Casos Límite; Infancia; Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

Uma vez que se entende que a formação psíquica ocorre desde o momento mais primitivo da concepção humana, este estudo percorrerá a sua constituição até o período da latência, para então debruçar-se sobre os casos limítrofes e suas características e posteriormente discutirá sobre as possibilidades de intervenção psicanalítica, visando tratar e/ou prevenir dadas patologias.

Os casos limítrofes, entendidos aqui como os quadros de perversão, borderline, psicopatia, pacientes de difícil acesso, entre outros, estão presentes na sociedade quase que de forma oculta. Por vezes, não se é dado conta desses comportamentos em relações que se estabelecem de maneiras mais superficiais, não sendo identificado uma vivência patológica.

Nesta pesquisa, pretendeu-se analisar alguns casos e elucidar as potencialidades de atuação do psicólogo. Tratando de um caráter preventivo, julgou-se necessário abordar o desenvolvimento infantil, entendendo que a personalidade se constituirá, gradativamente, nas primeiras duas décadas de vida. Dessa forma, torna-se um período promissor na possibilidade de intervenção, uma vez que a personalidade não está plenamente constituída e as limitações não se estabeleceram, como esperado, na fase adulta.

Com o presente trabalho, busca-se ampliar o conhecimento acadêmico sobre a técnica psicanalítica, promovendo uma reflexão para o desafio da clínica dos casos limítrofes, enfatizando a prevenção destes.

Esta pesquisa objetivou conhecer e esclarecer o papel do psicólogo junto às crianças que apresentam tal funcionamento, prevendo que esses quadros obtenham a menor progressão possível. De tal modo, utilizou-se de pesquisa bibliográfica, revisitando teorias e promovendo diálogo entre importantes postulações a fim de embasar o raciocínio que discute sobre o assunto.

A CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA

Com relação a constituição psíquica do sujeito, Klein (1975) explana que o primeiro objeto com que o bebê obtém contato é o seio da mãe, para ele será separado o seio bom, ou seja, o que provém o alimento, amor, entre outros, e o seio mau, que retira o alimento, que o faz esperar, frustrando-o. Surge, dessa forma, uma separação, considerada como amor e ódio, provindas do mesmo objeto. Deve ser considerado que neste momento, para o bebê, o mundo é compilado neste objeto, que não é percebido como um, e nem como separado da criança, encontrando-se em relação pré-objetal.

A autora explica que essa relação com o primeiro objeto traz para o sujeito mecanismos de projeção e introjeção com o externo, com o mundo, que não é percebido como fora dele, este que para ele é o seio da mãe. É nessa interação, e dependendo de como ela acontece, que o ego e superego constituem-se.

Ao mesmo tempo, surge um impulso destrutivo, que expõe-se do bebê para com o seio da mãe, sendo expressado “primeiramente em fantasias de ataques sádico-orais ao seio materno, os quais logo evoluem para violentos ataques contra o corpo materno com todos os meios sádicos” (Klein, 1946/2006, p. 21). A partir desse ponto, medos persecutórios provenientes desses desejos aparecem considerados relevantes ao desenvolvimento da pensamento paranóico e esquizofrenia. Esta fase foi denominada por Klein como posição esquizoparanoide, que do ponto de vista da constituição psíquica, será seguida pela posição depressiva, de acordo com o modelo de desenvolvimento psíquico postulado pela psicanalista.

A posição esquizoparanoide, ou “posição paranoide”, chamada inicialmente como “fase persecutória” foi descrita por Melanie Klein em 1946. A autora menciona que este é um momento marcado pelo início da vida do bebê e suas primeiras interações com o mundo externo. O desenvolvimento do “eu” é determinado pelos processos de introjeção e projeção, mecanismos predominantes nessa posição e que obtém características particulares, assim como: “As ansiedades, mecanismos e defesas do ego, de tipo psicótico, da infância, tem uma influência profunda sobre todos os aspectos de desenvolvimento, inclusive sobre o desenvolvimento do ego, do superego

e das relações de objeto” (Klein, 1946/2006, p.20).

A primeira relação objetal, sendo considerada existente desde o início da vida do bebê, ocorre com o chamado “seio amado e odiado”, ou seja, o seio bom ou seio mau. Os impulsos destrutivos e a angústia persecutória encontram-se no seu ápice, assim como os processos de divisão, onipotência, idealização, negação e controle dos objetos internos e externos, sendo estes, características da Posição Esquizoparanóide.

Klein (1946/2006, p.21) expressa que esta relação é cindida, por ocorrer de forma desvinculada, separada e intensa. “Essa cisão resulta numa separação entre amor e ódio”, como citado pela autora. Nesta fase, o uso destes mecanismos, são absolutamente esperados e até necessários para a estruturação do psiquismo, podendo vir a tornarem-se defesas patológicas, se persistirem de maneira demasiada.

A autora postula que o seio bom é sentido como algo gratificador e o mau como uma vivência de frustração. Como a mãe não está sempre presente na vida do bebê para amamentá-lo, ela se torna ausente e o bebê inaugura a dissociação em sua subjetividade. Ele percebe o seio como “bom” porque este seio o amamenta e como “mau” porque se ausenta. Desse modo, ambos os seios se tornam responsáveis por metas pulsionais distintas: o seio bom, representante do objeto ideal, que alimenta a pulsão de vida e o seio mau, como o objeto persecutório, representante da pulsão de morte.

O objeto mau é projetado para fora do bebê como sendo perseguidor e destruidor do objeto bom. Neste momento, demonstra-se a existência de uma angústia persecutória, então a meta da criança nessa fase é de possuir o objeto bom e introjetá-lo, além de projetar o objeto mau para fora e assim evitar os impulsos destrutivos. Destaca-se o fato da importância deste objeto bom ser predominante para que o psiquismo sobreviva desde os momentos mais incipientes da constituição.

Sendo assim, a posição esquizoparanóide é caracterizada, também, pelo ataque realizado ao outro ou a si mesmo, diferenciando-se da capacidade de reparação advinda com a posição depressiva, promovendo uma responsabilidade pela destrutividade existente. Isso porque, a passagem de uma posição para a outra se dará pela capacidade de adquirir responsabilidade por sua destruição inerente, o que promoverá o desejo por gestos reparatórios. O modo como o sujeito representa o vivido

construirá suas defesas e modo de pensamento.

Espera-se que o bebê, ao longo de suas experiências com o outro e com o mundo, vá realizando um necessário ajuste que o leva a integração do ego. Passa a existir, então, o medo de perda desse objeto amado e a culpa, por possuir impulsos agressivos direcionados a ele.

Seguindo o desenvolvimento do bebê, durante os primeiros anos de vida do sujeito, é feita a elaboração da posição depressiva e persecutória, o que culmina em um importante e decisivo papel na elaboração da neurose. O que ocorre nesse momento é que as ansiedades enfraquecem e não mais tomam conta do bebê, somando a isso a formação do ego integrado. De acordo com Klein, todo esse processo de construção: "...está interligado com a percepção crescente da realidade com a adaptação a ela" (Klein, 1975, p. 34).

Como fechamento dessa vivência, Zimmerman (1999, p. 96) identifica que a caracterização fundamental na posição esquizo-paranóide e dá pelo ataque realizado ao outro ou a si mesmo, diferenciando-se da capacidade de reparação advinda com a posição depressiva, promovendo uma responsabilidade pela destrutividade existente.

Introjetar coisas boas internas torna-se importante, pois por meio da projeção os medos começam a aparecer. Com isso, chega-se a uma percepção do mundo interno, podendo assim entender e aceitar fatos considerados ruins de si mesmo. O mundo externo passa por essa percepção da mesma maneira, o que traz ao sujeito aspectos bons do mundo externo. Neste momento, o sujeito está diante do objeto total e não mais parcial. (Hinshelwood, 1992, p.158).

Entrar nessa posição, segundo Segal (1975, p.86), muda muitos aspectos para o bebê, incluindo sua visão e percepção da realidade. O sujeito percebe a si mesmo e o objeto como separado dele, diferenciando o que é fantasia e o que não é, entendendo sua realidade psíquica. A realidade externa separa-se da realidade psíquica.

FATORES RELEVANTES NO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Alguns pontos devem ser levados em conta ao falar dos fatores relevantes no desenvolvimento psíquico do sujeito em questão. A psicose é um deles. Hinshelwood (1992, p. 439) explica que Freud não considerou as psicoses, porém, o trabalho de Melanie Klein vai além, e separa o conceito em duas partes, uma delas é a paranoia infantil. Para Klein, há um 'sadismo real' que se nota na criança em seus primeiros anos de vida, nessa época, a vivência é repleta de ações consideradas violentas.

Portanto, para o autor, no caso dos psicóticos, o ego torna-se fraco, não conseguindo assimilar os objetos internos. Esse fato faz com que o sujeito sinta como se estivesse sendo 'esmagado' por estes objetos, tornando-se incapaz de ter retorno das partes que projetou para o mundo. Isso caracteriza a predisposição ao desenvolvimento de um quadro esquizofrênico.

Segundo Segal (1975, p. 51), o bebê pode desenvolver-se de forma esperada se suas experiências boas forem maiores e predominantes sobre as experiências ruins. Porém, o fator interno interfere nesse aspecto, pois mesmo tendo mais experiências boas do que ruins, o bebê pode impedir que isso seja introjetado a ele. A inveja primitiva é um desses fatores que interferem de forma negativa.

De acordo com Hinshelwood (1992, p. 181 e 182), a inveja é inata, ou seja, nasce com a criança, e possui caráter destrutivo perante as fontes de vida. Isso acontece pois há uma cisão, considerada normal no bebê, onde ele mostra uma necessidade de separar o que é bom do que é mal. Nessa cisão, o bebê mostra uma intolerância a separação, o que faz com que queira fundir-se com o objeto bom.

Na inveja estão em questão apenas dois objetos, onde um deles deseja algo que o outro possua, isto é, quem sente inveja tende a idealizar o objeto, porém quando isso não se mostra possível, deseja que esse outro seja danificado. No caso do bebê, o desejo preponderante é o de ser ele mesmo fonte desses sentimentos bons que o seio da mãe lhe traz. Por conta desse aspecto, a inveja pode prejudicar o bebê em seu desenvolvimento, atrapalhando a introjeção de conteúdos amorosos. (Segal, 1975, p. 52)

Sendo assim, o objeto ideal não é encontrado, o que faz o ego sofrer. Esses sentimentos de inveja levam o sujeito a entrar em desespero, visto que impede o crescimento do ego. Não há registro de experiências amorosas ou sentimentos bons. Neste ponto pode-se concluir que a inveja atrapalha o desenvolvimento normal, o que por sua vez conduz a mais sentimentos invejosos (Segal, 1975, p.53).

A identificação projetiva é um dos fatores relevantes. Segundo Hinshelwood (1992, p. 196), o ego e seus objetos são constituídos pela integração do self e do mundo externo. Para o ego se constituir, são introjetados objetos. Sendo assim, ocorre uma integração de objetos inseridos no ego, que são sentidos como se fossem dele. O que acontece com objetos externos, simultaneamente, é que a partir de objetos advindos de fantasias do inconsciente e de experiências anteriores, ocorrem projeções no mundo externo, podendo fazer então, parte do ego ou vir a ser um objeto interno separado do ego.

CONSTITUIÇÃO DO EGO

Freud (1923) em seu estudo intitulado “*O ego e o id*”, define o ego, apontando-o como também inconsciente. Ainda, “o ego procura aplicar a influência do mundo externo ao id e às tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no id, pelo princípio de realidade” (Freud, 1923/1976, p. 39).

Propõe ainda que “para o ego, a percepção desempenha o papel que não cabe ao instinto. O ego representa o que pode ser chamado de razão e senso comum, em contraste com o id, que contém as paixões” (Freud, 1923/1976, p. 39).

Klein (1959) embasada e prosseguindo com o raciocínio de Freud, cita em sua obra “Nosso mundo adulto e suas raízes na infância” que o ego é a parte organizada do self, sendo esta parte, influenciada por impulsos instintivos, porém controlado pela repressão. O ego conduz as atividades, realiza e mantém a relação com o mundo externo. “O ego dirige todas as atividades e estabelece e mantém a relação com o mundo externo. O termo self é utilizado para abranger toda a personalidade, o que

inclui não apenas o ego mas também a vida pulsional, que Freud nomeou id.” (Klein, 1959, p. 283).

Zimerman (1999, p.48) evidencia a contribuição de Melanie Klein frente a constituição do ego. Nesta, avança em sua teoria, distinguindo de Freud ao postular que o indivíduo possui um ego rudimentar e inato. Através de mecanismos primitivos de defesa (introjeção e projeção), busca-se combater as “angústias de aniquilamento” ocasionadas pela interação de pulsões eminentes do desenvolvimento, sendo a partir da integração que ocorrerá a introjeção de bons objetos internos, influenciando na formação deste ego.

Brenner (1987, p.51), baseado em Freud, aponta o início da constituição egóica de forma bastante incipiente, por volta dos seis a oito meses de vida do bebê, desenvolvendo-se com mais completude por volta dos dois ou três anos, ainda com potencialidade de crescimento e alterações posteriormente.

Ressalta outro aspecto de grande relevância para o desenvolvimento do ego, sendo chamado de ‘identificação’ que se é obtido através da relação com os objetos do meio ambiente, predominantemente, pessoas. É através dessa “identificação” que se compreende a possibilidade de assemelhar-se a alguém por pensamento ou comportamento. Salienta-se com isso, a delicada e importante condição da ocorrência desse processo nos primórdios da vida, embora demonstre que esse processo relacional com pessoas e objetos terá importância e reverberação nesta estrutura psíquica em outros momentos da vida (Brenner, 1987, p.57-8).

Contudo, entende-se que o início da infância é de suma relevância para a formação da personalidade do indivíduo, considerando todas as relações que se estabelecem ao longo desse desenvolvimento. As relações afetivas com os pais, iniciando com a genitora e posteriormente com o genitor, ampliam-se para os membros da família e com demais membros da sociedade e meio ambiente. Dessas relações surgem as primeiras tensões, como apontado por Del Nero (2003, p. 49) promovendo alterações nos níveis de ansiedade, sendo desenvolvidos mecanismos de defesa para enfrentar as angústias geradas.

A autora afirma que o Ego dispensa grande energia nesta mobilização de defesas, enfraquecendo e prejudicando a sua força de adaptação. Essa capacidade em lidar com as ansiedades e tolerar frustrações diversas, determinará a repercussão que o ego sofrerá. A cada vivência ansiosa, emergem mecanismos de defesa para o enfrentamento das angústias formadas e as sucessivas vivências de ansiedade, encontrarão um ego mais vulnerável e potencialmente suscetível a desorganização. Quando há uma forma satisfatória neste manejo, contribuiu-se para a integração do ego, ao passo que uma relativa condição nesse gerenciamento, poderá ocasionar uma leve cisão no ego e correspondentemente, na ausência mínima dessa capacidade, resultar a profunda cisão. (Del Nero, 2003, p. 35)

O desenvolvimento da estrutura de funcionamento do indivíduo será resultado dessa relação, predominando aspectos referentes a neurose, psicose ou ao desenvolvimento considerado normal, período em que os mecanismos defensivos são utilizados de forma reduzida. O transtorno borderline percorrerá o viés da neurose e da psicose, estabelecendo um estado limítrofe na sua personalidade.

DESENVOLVIMENTO HUMANO: LATÊNCIA E TODOS ANTERIORES

Spitz (1996, p.03) propõe que, no primeiro ano de vida da criança, a mãe deve suprir as necessidades dela, pois essa não possui características para sobreviver sozinha. É neste período que o sujeito está construindo ‘instrumentos de adaptação’ que servirão para sua sobrevivência futura. Portanto, é esperado que a criança desenvolva essas características durante esse período, tornando-se apta a autonomia do ambiente.

Spitz (1996) por meio de sua compreensão sobre a obra de Freud, aponta que ao nascer, o bebê não possui a completa formação das instâncias psíquicas, sendo estas constituídas à medida que a criança experiencia relações com o mundo externo, numa constante interação com o mundo interno desta. De tal forma, id, ego e superego, assim como o complexo de Édipo, que é uma experiência pulsional, são adquiridas de forma progressiva.

Porém, para fins de entendimento, observa-se que para Klein a criança nasce com um ego primitivo e indica que algumas funções encontradas em um ego mais tardio, são encontradas precocemente no denominado ego arcaico (Klein, 1946).

Deve-se pensar que os mecanismos de defesa se originam no ego, e não possuindo ego, não se possuem defesas. A linguagem não existe, portanto, o simbólico, que é adquirido juntamente com ela, não existe também. O que existe no início de vida são 'protótipos fisiológicos' em que a partir destes a psique será construída, conforme a teoria de desenvolvimento psíquico proposta por Spitz (1996).

A relação que o bebê possui com a mãe, segundo o autor, é a primeira relação com o social do sujeito em sua vida. Dessa forma, prepara-se para as relações sociais que virão a seguir, no decorrer de sua existência.

O bebê passa primeiramente pelo estágio não-objetal, onde não sabe diferenciar uma coisa da outra e não sabe o que está fora dele e o que é dele. Não significa que não possua objeto, apenas não o diferencia da mãe. Pensa que o seio da mãe faz parte dele, e o que vem dessa mãe também é percebido como vindo dele próprio. As percepções do bebê são protegidas nos primeiros meses de vida por uma "barreira do estímulo". Essa barreira os protege dos estímulos que provém do ambiente. A comunicação que o bebê demonstra é somente perante suas necessidades, pois para ele o mundo externo ainda não existe.

Em alguns casos essa barreira se rompe, caso o estímulo vindo de fora seja tão intenso a ponto de ultrapassá-la. Nesses momentos o bebê reage de forma negativa. A reação contrária ao desprazer para o bebê não é a reação de prazer, pois ele não a possui ainda. Sabemos que está tudo bem quando o bebê apresenta quietude. Esta é a reação contrária ao desprazer (Spitz, 1996, p. 27).

Segundo o autor, essa barreira do estímulo vai dando lugar à entrada de percepções ao bebê de forma gradativa, o que ocorre durante meses. Juntamente com essa mudança, vai abrindo-se o campo para as reações voluntárias do sujeito, que vão surgindo aos poucos.

O autor diz que “a ansiedade aos oito meses marca um estágio distinto no desenvolvimento da organização psíquica”. Este momento vivido prova que nessa etapa o bebê estabeleceu uma relação de amor com a mãe, o que a tornou seu objeto libidinal. Antes disso, não se pode falar em estabelecimento de objeto de amor, pois ele aparece apenas com essa construção.

Tal construção corresponde à constituição do aparelho psíquico e a experiência ao longo das fases do desenvolvimento psicosssexual. Entre elas está a primeira fase, denominada fase oral. Segundo Rappaport, Fiori e Davis (1981, p.35), quando a criança nasce, termina a ‘relação simbiótica pré-natal’ que existia com sua mãe antes dele vir ao mundo.

O bebê dá início a sua interação com o mundo, sendo ela estabelecida pela boca. É por esta via que o bebê recebe o alimento, e através dela conhece sua primeira afeição, que é o seio. É com o seio que a criança estabelece sua primeira relação de amor e ódio, antes mesmo de conhecer o primeiro objeto total que é a mãe. (Rappaport; Fiori & Davis, 1981, p. 35)

Para estes autores, a oralidade acontece através da incorporação. O bebê suga o leite da mãe através do seio, que vai para dentro dele. É como se a mãe estivesse dentro dele nesse momento, estabelecendo assim o primeiro vínculo. Pode ser observado que o bebê leva a boca todos os objetos, pois é assim que conhece o mundo e estabelece as identificações. Portanto o bebê incorpora o que a mãe é para ele, sendo uma mãe boa ou ruim.

Rappaport et al (1981, p. 37), escrevem que o bebê sente prazer ao sugar o seio da mãe, e não o fazem somente para se alimentar, e sim para também adquirir esse momento gostoso. Esse ato de prazer em que se estabelece um vínculo é de extrema importância, pois é a partir dele que o bebê ‘construirá a base das futuras ligações afetivas’.

A fase anal, segundo Rappaport et al (1981, p.38) acontece a partir do segundo ano de vida da criança. É onde o controle muscular começa a surgir, conseguindo assim controlar os esfíncteres, andar e falar. Psicologicamente, a criança cria fantasias a respeito do que produz para o mundo, como também a relação que estabelece com

o mundo ‘através desses produtos’. A libido está direcionada ao ânus, e as fantasias da criança estão ligadas ao que produz.

Além das fezes, se o ambiente da criança for de amor, tudo que ela produzir será tido como algo de valor. Portanto, essa fase levará o sujeito a sentir futuramente que as coisas que produz são boas, que ele é bom. Esse sentimento favorece nas ‘relações produtivas’ que o sujeito estabelece com o mundo a posteriori (Rappaport; Fiori & Davis, 1981, p. 40).

A criança entra na fase fálica por volta dos três anos de idade, tendo sua erotização voltada para as genitálias. Inicia-se uma curiosidade em relação a essa região, e as crianças começam a fazer diferenças entre os meninos e as meninas. O pênis torna-se objeto de valor, e o menino orgulha-se dele. A menina ainda não se deu conta que é possuidora de uma vagina, pensando apenas não ter o pênis que o menino tem, ou achando que seu clitóris é um pênis menor. Quando o sujeito se desenvolve, percebe que há uma diferença, onde o menino possui o pênis e a menina não, sendo esta, caracterizada como castrada. (Rappaport et. al, 1981 p. 42)

Tendo entrado nessa fase de percepção do pênis, aparece com ela o medo e fantasia de ser castrado, sentido pelo menino. Por outro lado, o sentimento que predomina na mulher é o de inveja do pênis. É nesse momento da vida do ser humano em que se organiza “os modelos de relação entre o homem e a mulher”, ou seja, há a busca do prazer.

Segundo Rappaport et al (1981, p. 43), o Complexo de Édipo surge nesse momento. O menino ama a mãe tem fantasias com ela, onde ela é seu par. Porém essa relação é proibida por ser incestuosa, o que causa uma ambiguidade entre sentimentos de amor e proibição. Entra em jogo a figura do pai, materializando essa proibição. Novamente surge um sentimento ambíguo, desta vez pelo pai, misturando amor e ódio. Por conta desse ódio, a fantasia do menino é de matar o pai.

Para entender o sentimento de castração, os autores explicam que este aparece pois na fase fálica o objeto principal é o pênis, então o menino fantasia que, competindo com o pai pelo amor da mãe, ele será castrado como punição. A castração determina o final dessa fase, pois por medo o menino desiste do amor erótico pela mãe.

A fase de latência não possui um novo objeto de fantasia, pois o mecanismo erótico ainda predomina. Porém, por conta da repressão que sofreu no período anterior, fase fálica, a criança sublima seus desejos transformando-os em conquistas intelectuais e sociais. Portanto, desenvolverá essas características esperando pela fase em que poderá novamente concretizar seus desejos sexuais. (Rappaport; Fiori & Davis, 1981, p. 44)

PSICOPATOLOGIA E PSICANÁLISE

“Transtorno desafiador opositivo” e “Transtorno desafiador opositor” são alguns termos também utilizados para designar o que o CID 10 trata como transtorno desafiador e de oposição.

Essas denominações seguem da medicina, orientando os diagnósticos e as condutas clínicas de suas ações, as quais para a psicologia, servem como parâmetros de entendimento, neste caso possibilitando a compreensão do funcionamento do indivíduo, quando apoiados nos pilares estudados pela abordagem psicanalítica. A nosografia apontada, compõe os diagnósticos de psiquiatras e assim, os encaminhamentos que seguem para a realização de psicoterapia, fazendo-se oportuno entendimento da mesma afim de facilitar a compreensão. Esse diagnóstico refere-se a fase de desenvolvimento da personalidade do indivíduo, empregado quando não houve 18 anos completos.

Nessa vertente, faz-se importante entender o olhar voltado para o orgânico e suas compreensões acerca deste quadro psicopatológico, revelando, a luz da psicanálise, funcionamentos que serão investigados e trabalhados com o indivíduo de maneira mais subjetiva e interna. Não será trabalhado, nesta clínica, o diagnóstico empregado e sim, os sintomas que repercutem no indivíduo um funcionamento próprio e característico.

Entende-se com isso, que os sintomas e comportamentos ao qual a corrente médica implicará diagnósticos como transtorno opositivo desafiador, entre outros, são compreendidos pela psicanálise como funcionamentos dos campos das perversões.

sões ou borderlines (de acordo com a orientação teórica). Não se trata de visões antagônicas, mas de distinções no modo de olhar, sendo a psicanálise a ciência que realizará a busca da possibilidade de tratamento do psiquismo.

Zimerman (1999, p. 273), inicia seu texto mencionando a complexidade para a definição do termo “Pacientes de Difícil Acesso”, apoiando-se em estudiosos do assunto para melhor embasar sua discussão.

O autor faz referência a Betty Joseph (1975) como a autora da expressão “PDA”, sendo uma forma de referir-se a pessoas em situação de análise as quais reportam-se expressa e rigidamente ao recurso da dissociação. O paciente valoriza a condição pueril em análise, dificultando o acesso de interpretações pelo analista. São essas partes dissociadas que necessitam de investigação, acesso e reconhecimento Joseph (1975, *apud* Zimerman, 1999, p.273).

Alguns teóricos distinguem suas formas de entendimento quanto ao tema da perversão, podendo ser vistos em Ferraz (2010, p. 15) ao citar Joyce McDougall por tratar o assunto como: “a perversão tem-se a criação teatral de cenas que encerram o triunfo sobre a castração, cujo fim é a proteção contra imperiosas angústias de aniquilamento”.

Este assunto, muito trabalhado por diversos autores, mas sofrendo algumas distinções nas formas de abordagem e compreensão, sofreu alterações ao passo do desenvolvimento da própria ciência psicanalítica, ao tratar do funcionamento psíquico e de suas defesas, avançando em associações desde as perversões sexuais até a fenômenos psicopatológicos e clínicos, distinguiu-se dos assuntos de neuroses e psicoses, as quais comumente eram identificados os casos de adoecimento psíquico. (Ferraz, 2010, p. 21)

Trata-se ante tudo, de uma personalidade que não só direciona seu funcionamento psíquico como apontado até aqui, mas que além de tudo, se reproduz fortemente na maneira como o indivíduo perverso atua, o que marca expressamente essas características que são próprias dessa face observada.

Segundo Hegenberg (2009, p. 13), o quadro denominado Borderline está cada vez mais sendo visto nas clínicas e consultórios. Isso ocorre devido aos tempos modernos, não havendo onde se apoiar em termos culturais, fazendo com que para muitos, a vida perca seu sentido.

Para Hegenberg (2009, p.17), a angústia está presente no dia a dia do ser humano, pois as questões a serem resolvidas, de grande ou pequena importância, não possuem parâmetro a seguir, ou seja, não há regras. Portanto, fica a cargo de cada pessoa decidir sozinha o que fazer em determinada situação.

No caso do paciente que está dentro do quadro Borderline, estas questões são vividas de forma mais intensa e significativa. Podemos considerar que “se todos os seres humanos estão às voltas com essas questões complicadíssimas, o Borderline coloca uma lente de aumento nesses problemas e sofre constantemente com eles” (Hegenberg, 2009, p.17).

Para Hegenberg (2009), quando é traçado a personalidade especificamente do quadro mencionado, algumas outras características podem ser destacadas, como por exemplo, sentimentos de vazio. O sujeito que está neste quadro apresenta esforços para não ser abandonado, e com isso se envolve em relações intensas e que não são seguras. Há casos em que acontece lesão a si próprio, bem como ameaças de suicídio. Este sujeito não possui uma visão clara sobre si mesmo (CID 10, 1993 *apud* Hegenberg, 2009, p. 22).

Segundo Hegenberg, o quadro Borderline está dentro de características como a difusão da personalidade, onde não há integração do self, provocando a sensação de vazio, bem como percepção deturpada do outro. Esta personalidade apresenta, além das características citadas, outras que são consideradas secundárias. A fraqueza de ego é uma delas, onde o paciente não controla seus impulsos, e não tolera frustração. Ainda falando de ego, este indivíduo não encontra formas de sublimar seus desejos. Quando o enfoque é o superego, o sujeito se mostra antissocial, bem como valores imaturos. (Kernberg, 1989, *apud* Hegenberg, 2009, p. 40)

Winnicott (1969 *apud* Hegenberg, 2009, p. 44) assinala que o sujeito que apresenta essas características, não possui o ego estruturado, ou seja, seu ego não foi cons-

tituído. Isso ocorre devido a uma infância na qual não foi fornecido a ele subsídios para tal. Essas pessoas necessitam de outras para constituir seu self depois de adultas. Como seu self não está constituído, essa pessoa não consegue sentir-se real, bem como estabelecer relações com pessoas reais.

De acordo com Hegenberg (2009, p.50 e 53), a princípio, o bebê é uma extensão da mãe, desenvolvendo depois sua capacidade de estar só. O sujeito borderline não desenvolve essa capacidade, pois o ambiente em que estava inserido não lhe propiciou isto. Assim, esse sujeito não consegue ser independente. Ele precisa do outro e da subjetividade deste.

O Transtorno de Personalidade Borderline não possui constituição do self, como dito anteriormente. Uma das implicações desse aspecto aparece com o fato de o paciente não conseguir enxergar o outro. A partir desse ponto, é notado um narcisismo exacerbado, o sujeito não possui uma percepção esclarecida de si mesmo, portanto, não há como ter essa percepção do outro. Este fato é de difícil entendimento, pois sabe-se que este sujeito possui uma relação de apoio com o outro, sempre de olhos atentos a ele. Porém, sua atenção está voltada não às necessidades ou ao outro em si, mas sim para se localizar em relação a ele mesmo, tendo como objetivo interesses próprios (Hegenberg, 2009, p.60).

Para iniciar o tema de difícil acesso, psicopatia, Shine (2000, p.11) escreve que é necessário saber que o sujeito enquadrado na psicopatia não enxerga a si mesmo como alguém que necessita de ajuda, ou possuidor de alguma doença. Essa consciência de que algo está errado com aquela pessoa ocorre com quem está perto dele, ou seja, com as pessoas a quem ele convive, muitas vezes prejudicadas. Ressalta-se que o quadro se configura como um problema jurídico antes de ser considerado um problema da psicanálise, pois esse sujeito vive às voltas em contravenções e criminalidade.

Assim como descobrir e definir a psicopatia abrangeu muitos aspectos e diversas denominações, classificar foi igualmente difícil, segundo o autor. A OMS (Organização Mundial de Saúde) descreve sobre “distúrbio de personalidade, com predominância manifestações sociopáticas ou associas”, onde o sujeito aparece com indiferença ao outro e às regras sociais, não tolerando frustrações e podendo ser

agressivo, enganando e mentindo para cobrir seus atos.

O psicopata está ciente de seus atos infracionários, porém não se importa com eles ou com quem prejudica. A ação punitiva, segundo Cleckley não detém o sujeito, podendo até motivá-lo. Esses itens foram considerados para descrever o psicopata no DSM-II. É válido salientar que crimes e transgressões sociais não podem ser considerados como única fonte para encaixar-se no quadro.

Shine (2000, p. 26) propõe que “quando há o Transtorno de Conduta (antes dos 10 anos) associado a Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade há uma alta probabilidade de desenvolver o TAP”. Este ponto é de extrema importância, pois é exatamente onde está inserida a presente pesquisa. O sujeito que não aceita regras, como dito acima, apresentando aspectos do quadro citados, possui problemas na organização do eu. Essas características irão aparecer em idade escolar, sendo percebidas neste ambiente muitas vezes.

O autor explica que Wittels considerou que o sujeito psicopata não se desenvolve de forma esperada na fase fálica, fixando-se nela até a fase adulta. O adulto permanece com características que deveriam ter sido resolvidas nesse momento, como medo da castração e Complexo de Édipo. Portanto, tanto os mecanismos de defesa como o superego não apresentam evolução.

O autor explana sobre a opinião de Kate Friedlander (1945), que disse que o ego, nesses casos, não funciona pelo princípio da realidade, dando origem a uma falha no superego. Para realizar um julgamento moral, o sujeito tem como princípio a satisfação de seus instintos. Para essa autora, que analisou muitos casos, há uma semelhança entre esses indivíduos com caráter antissocial nos aspectos impulsivo e agressivo.

Conclui-se que o psicopata não detecta o que é realmente importante, ou seja, não sabe diferenciar algo importante de algo sem importância perante às outras pessoas. Isso ocorre porque o ego não funciona pelo princípio da realidade o que gera falha no superego. Assim, o que faz com que ele pense ser algo importante é seu interesse, e não o outro, ou mesmo a sociedade. O sujeito sente que perdeu o objeto primário de amor durante a posição esquizoparanoide, o que lhe causou problemas

ao formar o ego e conseqüentemente o superego, não funcionando pelo princípio da realidade, gerando assim essas falhas do sentimento de culpa.

Segundo Spitz (1980, p. 185) as relações objetais estão em constante interação entre dois elementos – mãe e filho – ocasionando em respostas mútuas, se tornando uma relação interpessoal. A possibilidade de qualquer advento, podendo ser considerado um distúrbio por esta dada interação, ocorre pela ausência de sintonia, acarretada por um dos membros desta díade. O autor considera que basta um destes estar em desalinho com a relação (e geralmente dado pela mãe) para que se possa acarretar sérios distúrbios.

Desta forma, evidencia-se que estes fatores estão presentes na psicopatia e ainda, estando diretamente ligados a personalidades específicas da mãe. Ou seja, o afeto que essa mãe passa para a criança é controverso e pode mudar muito rapidamente, fazendo com que a criança desenvolva um distúrbio.

Compreende-se, portanto, a relação maternal como falha no sentido de permitir compartilhar com esse filho, questões emocionais não bem elaboradas, proporcionando comandos dúbios. Essa ausência de confiabilidade a qual o bebê necessita construir, configura um comprometimento na formação das suas relações objetais e por diante, na sua relação com o mundo.

A CLÍNICA E A INTERVENÇÃO

Tratando-se da clínica e assim por dizer, do manejo técnico dispensado a pacientes que possuem perfil de difícil acesso, comumente apresenta-se situações das quais os terapeutas irão se deparar na prática clínica. Pacientes com traços muito primitivos utilizarão de diversos recursos visando convergir a psicoterapia.

Zimerman (1999) aponta para o empenho que estes pacientes dispõem no intuito de desvirtuar o terapeuta, utilizando técnicas conscientes e/ou inconscientes, assim como ameaças, coerção, comportamentos sedutivos, persuadindo em barganhas e chantagens, podendo alegar desamparo e pranto, entre outros. Zimerman

(1999, p. 275) comenta ainda que “o objetivo é induzir o analista a cometer uma transgressão técnica”.

Este ponto requer atenção, pois a contratransferência parece emergir e dificultar o processo diante dos sentimentos causados no terapeuta. O desgaste para driblar os ataques constantes, contaminam o processo terapêutico, inviabilizando a relação. Desta forma, se faz de grande importância que o profissional procure manter uma carga de neutralidade e sobretudo limitando o conteúdo ao setting. Buscar balancear esses sentimentos, propõe não depositar tamanha rigidez na relação com o paciente, pois através desta rigidez, também se encontra dificuldade para a formação da “aliança terapêutica” tão importante ao processo analítico. (Zimerman, 1999, p. 275)

Em se tratando de pacientes perversos, o primeiro ponto a se considerar elencado por Zimerman (1999, p. 257) diz respeito a como é incomum que pacientes procurem submeter-se a um processo psicanalítico visando olhar para seus aspectos perversos. Por outro lado, o mais frequente é que durante a psicoterapia surjam, sutil e gradualmente, sintomas da perversão, anteriormente, nunca percebidos pelo terapeuta.

E a partir daqui, pode-se apontar para uma razão importante pela qual o lado perverso pode levar tempos para aparecer na clínica, sendo esta razão a egossintonia que estes pacientes possuem (Zimerman, 1999, p. 258).

Outros pontos a serem considerados deste perfil de paciente se referem a: existir fortes componentes narcísicos e sadomasoquistas em pessoas com estrutura perversa; frequentemente se encontra baixa tolerância às frustrações, optando-se pelo plano das ilusões, evitando realizar contato com verdades internas e externas; além das terroríficas angústias paranoides e depressivas, sua fuga se faz sobretudo devido a angústia de desamparo que o acomete; os pacientes com quadro perverso possuem habilidades para envolver pessoas, envolvendo-as em um jogo de sedução; estes, além do ataque que efetuam contra os combinados contratuais (horários, faltas, pagamento, etc), particularmente agem sobre os lugares e os papéis esperados pelo paciente e o terapeuta, objetivando subvertê-los; há ainda a resistência, mecanismo decorrente de uma forte cisão da personalidade, utilizando integralmente do recurso

da negação, de forma que se repete com o terapeuta, as vivências da infância (Zimmerman, 1999, p. 259).

É comum ouvir-se que o perverso dificilmente procurará por análise, entendendo que a prática da perversão possui o sintoma, muitas vezes, como algo triunfal e não penoso. O perverso não vivencia sentimento de culpa, angústia por arrependimentos, insatisfações, medos, entre outros que, por exemplo, aprisionam os neuróticos. Estes, são abastecidos pela onipotência e sensação de prazer, os quais reforçam sua base narcísica de sua dinâmica psíquica. (Ferraz, 2010, p. 124)

O autor aponta como uma das maiores dificuldades desta clínica, a integração considerada como um viés para a sanidade. Essa questão, colocará, analista e paciente em discordância, uma vez que o analista entenderá o pressuposto do sofrimento psíquico advindo com a integração, como o processo de cura, e ao paciente, sentido como loucura.

Toda essa complexidade para lidar com o mundo interno dos pacientes de estrutura perversa, anuncia o desafio que o analista terá ao manter-se trabalhando com a área doente da personalidade de seu paciente. O autor afirma, como em outras clínicas vistas, que este tema também costuma incomodar e produzir efeitos contratransferenciais importantes ao se considerar a forma de lidar com a ausência de disposição abrupta com que o perverso se utiliza do outro. (Ferraz, 2010, p. 135)

Para a clínica com estes pacientes, há a necessidade de total apoio, por conta da sua angústia de separação. O terapeuta terá que construir o self não constituído, e para isso permeará suas sessões com discussões sobre o ideal de ego, angústia de separação, clivagem, entre outros. O objetivo terapêutico, é que o paciente possa recomeçar, para isso fazendo uma regressão. (Hegenberg, 2009, p. 87)

Segundo Hegenberg (2009, *apud* Balint, 1968, p. 134), a regressão a ser realizada visa um recomeço. O terapeuta não pode criar situações de conflito, e sim apoiar o paciente, sendo tolerante e se mostrando compreensivo. Os acontecimentos devem ser internos ao paciente, dando assim a ele a oportunidade de recomeçar e construir seu self.

A primeira etapa do processo, o acolhimento, é recebida de maneira positiva pelo sujeito, porém, quando os pontos conflitantes são colocados em pauta, o paciente tende a dizer que não entende o que está sendo falado, usando falas que mostram sua negação perante o tema. Isso ocorre pois ele não possui subsídios para elaborar o que está acontecendo, assim, não consegue pensar, concordar ou discordar do terapeuta. Por fim, o autor diz que “aceitar e acolher esse momento inicial regressivo é importante para a solidificação de uma relação terapêutica, na qual o borderline sinta confiança” (Hegenberg, 2009, p. 89).

Hegenberg (2009, p. 89), explana sobre esta clínica durar anos, fato que ocorre devido à dificuldade do paciente em constituir seu self. O sujeito recebe as observações do terapeuta como um ataque a seu self não constituído, sente-se então invadido. Portanto, é preciso que haja paciência por parte do terapeuta, que deve tomar cuidado e trabalhar no tempo do paciente, fazendo com que este sinta-se à vontade, e não ameaçado.

Este processo psicanalítico requer uma atenção especial à transferência, pois é através dela que o paciente, com o passar do tempo, vai conseguindo construir uma relação de confiança com o terapeuta, o que lhe permitirá aplacar o sentimento de solidão, podendo assim constituir seu self, segundo o autor.

Para realizar seu trabalho, o terapeuta, segundo Hegenberg (2009, p. 93), não pode limitar-se ao enquadre psicanalítico clássico. O paciente em questão necessita de apoio constante, o que torna o consultório algo insuficiente.

Hegenberg (2009, p. 95) mostra então, a necessidade de uma equipe de trabalho para o paciente com TPB. Além do terapeuta, o acompanhante terapêutico, citado acima, bem como psiquiatra, terapeuta ocupacional e se necessário um assistente social. A família também faz parte dessa equipe, o que em muitas vezes não acontece, pois estes acabam por abandonar o paciente por falta de paciência e por não saber lidar com suas angústias profundas.

A clínica para o paciente psicopata é considerada um desafio e muito complicada. Na maioria dos casos, existe algum familiar que sofreu consequências dos atos do paciente, e este procura ajuda profissional para o sujeito em questão. Não raro,

esse desejo de que o paciente tenha alguma evolução passa também para o terapeuta, que muitas vezes permanece com o paciente na cabeça após o término da sessão (Shine, 2000, p. 86).

O terapeuta que se depara com um paciente nessas condições, enfrenta dificuldades de trabalho de formas diversas. O paciente apresenta uma incapacidade para a realização de associações livres, por exemplo, pois não apresenta condições de se trabalhar com a subjetividade, havendo um direcionamento eminente para o emprego do concreto e não do abstrato. Os gestos, que deveriam estar incorporados em sua análise, fazendo parte dela, na verdade são muito calculados. “A linguagem verbal não é uma forma de transmitir informações, mas utilizada como técnica de ação sobre os outros” (Shine, 2000, p. 87).

O processo transferencial é parte fundamental para a prática psicanalítica sendo a intensidade e a duração da transferência vistas também como resultado e representação da resistência, tornando um instrumento essencial na prática analítica e de certa mensuração do conteúdo presente (Freud, 1912, p. 141).

Segundo Zimerman (1999, p. 135) ao tratarmos especificamente o quadro da perversão, como outros funcionamentos similares que falarão expressamente da dificuldade na relação terapêutica, observamos que estas clínicas podem, muitas vezes, exigir do analista que experimente, a máxima exigência ética da psicanálise, que pressupõe a neutralidade e a abstinência. Mas ao se observar tais exigências, é necessário atenção para esta não se confunda com complacência ou conivência diante da perversidade. Eventualmente este poderá ser um padrão de conduta do paciente no processo transferencial ou mesmo em suas relações com o mundo.

Percebe-se, a atenção necessária ao falar-se da clínica com pacientes com alterações na personalidade, sendo estes borderlines, pacientes de difícil acesso, perversos, psicopatas, antissociais, entre outras formas de compreensão e de modulações do comportamento e de estrutura psíquica.

Segundo Ferraz (2010, p. 134) o maior desafio na clínica ao tratar-se de personalidades dessa natureza, se dá para o analista, devendo manter-se imparcial e agindo como ferramenta de auxílio no trabalho imprescindível com a área doente da perso-

nalidade. Particularmente, ao se tratar de pacientes perversos, a contratransferência assume uma importância significativa que ocorre por meio da relação terapêutica, pois o terapeuta é colocado constantemente em pressão pelo paciente, através de sutis ameaças, situações de sedução, entre outras tentativas de atacar a figura do analista e colocá-lo numa condição desejada pelo paciente (Zimmerman, 1999, p. 259).

Para entender o motivo dessa preocupação, é necessário explicar sobre o mecanismo que opera nesse sujeito. “Na gênese da condição psicopática, encontramos a perda do objeto primário de amor ainda na posição esquizoparanoide”, podendo o terapeuta ocupar esse lugar, protegendo-se assim das ações psicopáticas do sujeito (quadro que muda com o decorrer das interpretações).

No caso de crianças que apresentam atos antissociais precoces, para entender seu funcionamento, é necessário olhar para os pais, procurando saber o que para eles significam sentimentos como o amor e a afeição. Isso acontece, pois, os atos de amor e afeição dirigidos aos filhos estão somente racionalizando a culpa de impulsos sadomasoquistas. Isso porque essa racionalização da culpa pode estar aparecendo como sentimentos e atos de gentileza e compaixão, o que não o são de fato, apenas estão mascarando a real intenção. Os pais possuem atos sadomasoquistas para com os filhos, e culpando-se por isso, são gentis e afetuosos. (Johnson e Szurek, 1951 *apud* Shine, 2000, p. 102)

Shine acrescenta que “O efeito de tais atitudes sobre os filhos é de funcionar como uma permissão do impulso antissocial”. Seus atos antissociais são induzidos e reforçados pelos pais. Nesses casos, para tratamento dessas crianças, é sugerido que os pais entrem também no processo de terapia, pois está claro que a origem dos atos antissociais dos filhos vem dos pais. Em casos mais graves, é necessário que a criança seja separada dos mesmos, vistos todos os cuidados e consequência desse processo. (Johnson e Szurek, 1951 *apud* Shine, 2000, p. 102)

Neste sentido, pode-se pensar que quanto mais cedo se faz a intervenção em casos como estes, mais próximo se dá a relação do terapeuta com o período de desenvolvimento desta personalidade. Trata-se de um momento menos consolidado da formação desta personalidade que amplia, ainda que de maneira imprecisa, as

possibilidades de intervenção em casos como estes. Ainda que não seja propício a pretensão de grandes modificações desta estrutura psíquica, o fato de agir sob um terreno em formação, viabiliza a disposição para a ocorrência desta clínica.

HÁ CURA?

Talvez seja importante ante a tudo, falarmos do termo “cura” e de seu significado, para então entendê-lo em sua terminologia e empregá-lo com clareza.

Calligaris (2008) discursa em uma de suas obras sob o tema “curar ou não curar”. Propõe uma reflexão acerca do termo, levando o leitor a refletir o que se espera e entende da cura e em que tempo se a obtém.

O eixo central neste tema concentra-se na redefinição proposta para a palavra, apresentando a definição tradicional do que é curar como significado do reestabelecimento da normalidade funcional ou não, conduzindo o paciente de volta ao seu estado anterior à doença. A partir desse apontamento, chama-se a atenção para o que a clínica psicanalítica pressupõe em suas diretrizes, não havendo a pretensão de levar o sujeito a enquadrar-se em padrões de normalidade ditados pela sociedade em geral. A psicanálise não preestabelece padrões de normalidade, ressaltando que o ideal para o psicanalista se resume ao estado em que um sujeito permite-se realizar suas potencialidades, ou seja, *“estado em que nada impede que alguém viva o que lhe é possível nos limites impostos por sua história e sua constituição”*. (Calligaris, 2008, p. 72)

Diante deste, percebe-se que se a cura for olhada sob esta vertente, caberá o emprego do termo em objetivos terapêuticos, minimizando decepções e sentimentos de incapacidade, por vezes acometendo o terapeuta que se propõe a trabalhar com a individualidade e especificidade humana.

Entende-se o manejo psicoterapêutico como uma experiência que propõe mudanças, transformação, podendo o sujeito livrar-se do sofrimento inicial apresentado no princípio do processo terapêutico. Mas esse entendimento só se faz possível se atermos para o fato de que não há extirpação do sofrimento mecanicamente, mas

¹ Grifos do autor.

que ao submeter-se a análise, ocorrem mudanças intransponíveis, pois como apontado pelo autor “na saída, não somos os mesmos sem dor; somos outros, diferentes” (Calligaris, 2008, p.73).

Essa dor talvez seja o ponto que nos permita retomar o pensamento a um tema essencial para a psicanálise e já trabalhado aqui, a transferência. São estes aspectos intrínsecos ao processo analítico e que nos faz entender que a relação ocorrida no setting dará a forma da psicoterapia, fazendo dela possível ou não. O objetivo da pesquisa acerca do tema explana sobre uma intervenção precoce, no que tange o paciente limítrofe. Nesses casos, traços são reconhecidos pelos pais, onde encaminham seus filhos ao psicólogo, que por sua parte realiza um trabalho preventivo perante os primeiros sinais.

MÉTODO

O objetivo da presente pesquisa é elucidar de que forma a psicoterapia pode contribuir para o tratamento da criança identificada com estados limítrofes, quando aplicadas até o período da latência.

O problema a ser respondido é: em que medida a intervenção do psicólogo poderá minimizar sinais que predizem estados limítrofes?

A hipótese considerada é de que a psicoterapia quando aplicada até o período de latência pode contribuir para a não cronificação dos estados limítrofes.

Esta pesquisa é qualitativa, de cunho exploratório o que faz com que abranja uma grade gama de aspectos com relação ao tema. Isso faz com que haja uma maior familiaridade com o assunto pesquisado, podendo dessa forma levantar hipóteses. Faz-se como fator principal da pesquisa de cunho qualitativa, o aprimoramento de ideias (Gil, 2002).

Ainda sobre a diretriz qualitativa, entende-se por levar em conta os aspectos subjetivos do sujeito, algo que não possa ser mensurável. Esse tipo de pesquisa entende que o sujeito e a realidade em que ele está inserido não podem ser separados

no momento de realizar uma pesquisa. Portanto, esses detalhes ficam impossíveis de serem traduzidos em números. (Duarte, 2015).

A metodologia se deu por meio de levantamento bibliográfico, sendo possível recorrer a livros, artigos e documentos, elaborados com finalidades diversas, possibilitando um arsenal de informações que subsidiarão este estudo.

Como justificativa, foi considerado que a patologia apontada possui ainda diversos enigmas no que tange a sua origem, desenvolvimento e intervenções possíveis, sendo assim um elemento cabível de estudos e propagação.

O presente estudo possui relevância pessoal em termos de conhecimento acadêmico sobre a técnica psicanalítica. Os casos considerados limítrofes, em especial, apresentam-se como um desafio para a psicanálise atual. Portanto, ao desenvolver esse projeto, espera-se encontrar um caminho para o terapeuta frente a esse diagnóstico.

Entendendo que diversos elementos de ordem psíquica ocorrem na nos primeiros anos de vida, o interesse é trabalhar para que esses quadros não se cronifiquem, sem intervenção até a vida adulta. O bem-estar dos pais, do sujeito e de toda sociedade são os pontos principais. Destaca-se que não há muitas pesquisas e estudos na área, podendo este projeto abrir novas vertentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se olhar para o tema dos casos limítrofes, ainda na infância, predizendo quadros como a psicopatia, entre outros. Os comportamentos e quadros clínicos na infância são analisados com especificidade devido o desenvolvimento, não apenas físico, mas psíquico também.

Diante dessa observação, ampliamos o estudo, visando além de denominar as doenças que permeiam os “casos limítrofes”, compreender como se constitui a estrutura psíquica no indivíduo e os fatores que permeiam essa constituição. Com esse cenário, procurou-se estudar a clínica psicanalítica e sua atuação com esses casos, no sentido de observar as possibilidades terapêuticas para intervenção em uma fase

anterior a cronicidade dessa condição.

Todos os quadros apontados na extensão desta pesquisa propõem funcionamentos semelhantes, nos fazendo concluir que a atenção do analista deve estar focada na forma como o ego deste paciente está estruturado. O conhecimento do seu mundo psíquico, através de sua história de vida e as relações construídas com suas figuras parentais, fomentarão um formato de estrutura de personalidade, compondo esse mundo que também é interno e determinante. Essa compreensão não se dá de forma isolada, sendo necessário a união de todos os fatores que compõem uma organização psíquica, desde seus componentes mais primitivos até as relações que se estabelecem ao longo do seu desenvolvimento.

Parece-nos factual que ao passo que ocorre o desenvolvimento humano, estruturas se consolidam, tornando-se mais rígidas e cronificadas, dificultando alguns processos. Neste viés, propomos a intervenção precoce nos casos limítrofes, não só pelo acesso razoável que se espera à medida que a criança sofre a continência familiar, mas ainda, pela forma como se dá a utilização dos mecanismos de defesa na infância.

Ao se receber na clínica estes quadros na fase de desenvolvimento da personalidade, possibilita-se um trabalho que alicerçará este funcionamento do ego, produzindo formas de agir e compreender a sua vivência social, se fazendo primordial a adoção das regras – não mais como a serem burladas - mas como necessárias a convivência humana.

Quando adultos, dificilmente há a continuidade no acompanhamento psicoterapêutico denotando que com as crianças, há uma maior possibilidade de prosseguimento do processo, pois a criança encontra-se em formação da personalidade, não sendo sedimentado diversas experiências do curso da vida. Pode-se observar através do estudo referente ao princípio da constituição que o sujeito Borderline pode ter a tendência a transformar seio bom em seio mau desde os primórdios de sua vida, tendendo a destruição. Sendo a terapia um processo de oferta e troca, quanto antes o indivíduo experimentar essa vivência, menor serão as barreiras constituídas para sua ocorrência.

É necessário ainda, que os genitores passem por terapia também, em família e individual para um trabalho de ordem individual e no que tange as relações esta-

belecidas. Um outro ponto de imensa relevância, nesta pesquisa, são as vivências no setting e a relação estabelecida entre paciente e terapeuta. Essas interações falam de adultos e crianças, sendo identificados na transferência e contratransferência obtidas com estes pacientes. Cabe ao terapeuta ainda, equipar-se das ferramentas que lhes são úteis ao processo psicanalítico, tais como a análise pessoal e a supervisão. Estas poderão ser-lhes apoio nesta complexa atuação da clínica psicanalítica ao propor-se trabalhar na prevenção e tratamento de casos limítrofes.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. **Psicanálise da criança. Teoria e técnica.** 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRENNER, C. **Noções básicas de psicanálise. Introdução à psicopatologia psicanalítica.** 5ª edição. São Paulo: Imago Editora Ltda. Editora da Universidade de São Paulo, 1987.
- CALLIGARIS, C. **Cartas a um jovem terapeuta.** 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- CUNHA, J. A. **Dicionário de termos de Psicanálise de Freud.** Porto Alegre: Editora Globo, 1970.
- CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico V.** 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- DEL NERO, S.: **Conflitos intrapsíquicos.** 1 edição. São Paulo: Editora Vetor, 2003.
- FERRAZ, F. C. **Perversão: Clínica Psicanalítica.** 5ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- FREUD, S. **O Ego e o Id e outros trabalhos (1923-1925);** Edição Standard Brasileira de Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XIX. Editora Imago, 1976.
- FREUD, S. (1912) A dinâmica da transferência. In __. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), 1911-1913. São Paulo: Companhia das letras, 2010.
- HEGENBERG, M. **Borderline: Clínica Psicanalítica.** 6ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

HINSHELWOOD, R.D. **Dicionário do Pensamento Kleiniano**. Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KALINA, E. **Tratamento de adolescentes psicóticos**. 1ª edição. São Paulo: Empório do Livro, 1998.

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: **Inveja e Gratidão e Outros Trabalhos** (1946- 1963). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KLEIN, M. (2006) Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos** (1946- 1963). Rio de Janeiro: Imago, [1959] 2006.

NADVORNY, B. **Freud e as dependências: drogas, jogos e obesidade**. Porto Alegre, RS. AGE, 2006.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais**. Psicologia do desenvolvimento, volume 1. 8ª edição. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1981.

SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975.

SHINE, S. K. **Psicopatia: Clínica Psicanalítica**. 4ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SIMON, R. **Introdução à Psicanálise: Melanie Klein**. 2ª edição. São Paulo: EPU, 1986.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

WINNICOTT, D.W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 1999.