



ARTIGO ORIGINAL

Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes *borderline*

Milena da Rosa Silva^a

Denise Steibel^b

Paula von Mengden Campezzato^c

Lívia Fração Sanchez^d

Eduarda Duarte de Barcellos^e

Paula de Paula Fernandes^f

Regina Pereira Klarmann^g

^a Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora do Departamento de Psicanálise e Psicopatologia e do PPG em Psicanálise: Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Mestre e doutora em Psicologia pela UFRGS. Psicóloga, membro aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Membro graduado do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia.

^c Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUCRS. Professora do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. Docente do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia.

^d Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS). Sócia graduada do IEPP. Doutoranda em Psicologia Clínica (Unisinos).

^e Graduada em Psicologia pela UFRGS. Sócia aspirante do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia.

^f Graduada em Psicologia pela UFRGS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS.

^g Psicóloga. Psicanalista pela Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Docente e supervisora do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia.

Instituição: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Instituto de Ensino e Pesquisa em psicoterapia (IEPP).

Resumo

Este trabalho busca refletir sobre a frequência e o estabelecimento do contrato em psicoterapia psicanalítica com pacientes *borderline*. Para tanto, parte-se de um atendimento em psicoterapia de uma paciente de 20 anos com essa hipótese diagnóstica. Devido à dificuldade na simbolização e à instabilidade emocional e vincular desses pacientes, alterações na técnica psicanalítica envolvendo o manejo do contrato e da frequência são necessárias. Entretanto, muitas vezes segue-se estabelecendo um contrato 'nos moldes da neurose'. Acreditamos que o terapeuta precisa sustentar o contrato em sua mente até que o paciente possa tolerá-lo, assim como a mãe sustenta o tempo real dentro dela até que o bebê possa lidar com ele.

Palavras-chave: Contratos; Psicoterapia; Psicanálise; Transferência (Psicologia).

Abstract

This paper aims to reflect about the frequency and the establishment of the contract in psychoanalytic psychotherapy with borderline patients. This work is based on the psychotherapy of a 20-year-old patient with this diagnosis. Due to the difficulty in symbolization, and emotional and bonding instability of these patients, changes in the psychoanalytical technique involving contract management and frequency are required. However, a contract 'along the lines of neurosis' is often kept. We believe that the therapist needs to maintain the contract in his mind until the patient can tolerate it, like the mother who holds the real time inside her until the baby can handle it.

Keywords: Contracts; Psychotherapy; Psychoanalysis; Transference (Psychology).

Introdução

Na clínica atual, observa-se que é cada vez maior o número de pacientes *borderline* que chegam aos consultórios necessitando de um espaço diferenciado. Local no qual possam encontrar continência, compreensão e ajuda para tolerar a angústia que sentem. Sabe-se que, para fornecer esse espaço, são necessárias ferramentas mínimas de trabalho, as quais envolvem tempo, investimento e, para isso, uma alta frequência de sessões. No entanto, deparamo-nos com a resistência/impossibilidade de alguns desses pacientes em aceitar essa alta frequência, pois possuem limitações psíquicas e, muitas vezes, financeiras e de tempo para tal.

Os casos *borderline*, de acordo com Green¹, são “menos de uma fronteira do que de uma terra de ninguém, todo um campo cujos limites são vagos”. Green² destaca que há uma falta de limites entre as instâncias nesses pacientes, evidenciando uma permeabilidade excessiva entre ego, id e superego. Apesar disso, destaca que os casos limítrofes mostram ter um funcionamento relativamente estável às suas características.

Além disso, demonstram uma forte ambiguidade nos relacionamentos, pois, ao mesmo tempo em que sentem necessidade de se relacionar, têm dificuldade de manter-se nas relações devido a um forte medo de abandono³. Para o paciente *borderline*, o objeto somente existe na concretude perceptiva, estando pouco representado na sua mente⁴. Assim, ao sair do consultório, de acordo com o autor, o paciente se sente logo incapaz da representação mental do analista/psicoterapeuta, enquanto na sessão se agarra desesperadamente a esse objeto.

A trajetória psicoterapêutica dos pacientes *borderline* é normalmente tormentosa, pois demoram a procurar atendimento, e, quando procuram, estes costumam ser permeados por excesso de faltas às sessões e impasses que frequentemente acabam em um abandono do tratamento³.

O contrato com esses pacientes envolve algumas peculiaridades, como suas violações, que devem ser constantemente trabalhadas. A literatura vem destacando que, com pacientes *borderline*, é necessário dar maior ênfase aos aspectos contratuais, como combinações a respeito de frequência, faltas, pagamentos, comunicação entre sessões, do que com outros pacientes em psicoterapia^{5,6,7}.

Apesar da clareza dessas orientações, nos questionamos, a partir de nossa prática clínica, sobre as dificuldades deste trabalho a respeito do contrato com pacientes *borderline*. Isso porque o contrato tende a ser muito pouco compreendido – e mal tolerado – por esses pacientes. Além disso, por vezes a dificuldade desses pacientes de manterem uma mínima frequência ao tratamento torna tal trabalho um grande desafio. O que fazer diante desse impasse? Aceitar trabalhar com uma baixa frequência, respeitando os limites iniciais do paciente e tolerando até o dia em que ele possa aceitar uma maior frequência? Ou defender a alta frequência como parte de um *setting* firme, e, com isso, continente, ajudando o paciente, pouco a pouco, a assumir aquele espaço? Partindo de um atendimento em psicoterapia psicanalítica, em uma clínica-escola, este trabalho busca refletir sobre a frequência e o estabelecimento do contrato com pacientes *borderline*.

Descrição do caso clínico

Aos 20 anos, Carla buscou atendimento em uma clínica-escola e aceitou participar de uma pesquisa, tendo suas sessões gravadas em áudio*. O caso foi supervisionado semanalmente em um grupo composto por psicólogos em formação e formados e coordenado por uma psicanalista⁸. O motivo da procura por atendimento foi a insatisfação com a sua vida e seus relacionamentos, choro sem motivo aparente e sentimento

* A paciente assinou TCLE. Este trabalho integra projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob protocolo nº 2010060.

de vazio. Desde o início do trabalho, ficou evidente a ambivalência de Carla em relação à necessidade do tratamento. Na primeira sessão marcada, Carla não compareceu. Após contato telefônico feito pela terapeuta, a paciente explica que não havia comparecido porque não havia chorado naquela semana, e, portanto, achou que não precisaria mais de tratamento. No contato telefônico, é agendado um segundo horário.

Assim se deu o início do tratamento de Carla, com faltas e presenças espaçadas ao longo das primeiras semanas. Frente à presença e ao possível vínculo contínuo com a terapeuta, Carla reagia com novos afastamentos. Sua solidão e intensa necessidade de atendimento contrastavam com o medo de aproximar-se e vincular-se. Durante as sessões, Carla transbordava sua angústia, apresentava uma fala desorganizada, trazendo conteúdos diversos e de forma condensada, confusos, que tinham uma função evacuativa. Estes impactavam a terapeuta, que, por vezes, tinha a reação de tentar ordenar o caos interrompendo a paciente com perguntas explicativas. Nesse início, paciente e terapeuta estavam na mesma sala, mas o encontro emocional parecia ser difícil.

Carla volta nas próximas semanas e vai encontrando uma forma de ligar-se à terapeuta. Partindo das discussões em supervisão, e a metabolização das angústias geradas no encontro com Carla, a terapeuta também passa a tolerar mais a confusão, achando mais espaço dentro de si para se aproximar de Carla. Nesse momento, a paciente verbaliza metaforicamente um reconhecimento de sua dificuldade de se aproximar, e as fantasias de abandono que ficam quando se distancia.

Segue uma vinheta sobre esse momento do tratamento:

É difícil a gente admitir que precisa de ajuda né... Eu me sinto angustiada. Eu sou muito ansiosa, eu quero tudo pra ontem. A angústia assim é todo dia, todo dia aquele vazio, todo dia assim. Sei lá, eu sou feliz assim em momentos, quando eu vejo meu namorado, estou feliz, mas quando eu saio, começo a pensar 'ai se ele vai terminar comigo', eu estou sempre arranjando problemas para mim. E eu não consigo entender por que isso, sabe? (3ª sessão)

A partir desse trecho de sessão, percebe-se como o sentimento de vazio vivido pela paciente provoca uma dificuldade de tolerar os movimentos de distanciamento e proximidade que envolvem um relacionamento. Green² pontua que essa característica é frequente no funcionamento *borderline*, destacando que a ansiedade de separação tende a surgir com mais intensidade quando o paciente está junto do terapeuta e a ansiedade de invasão (intrusão) emerge quando este está longe. Com suas fronteiras psíquicas não bem delimitadas, a ansiedade de separação não permitia que Carla se aproximasse emocionalmente quando estava fisicamente próxima (na sessão) e suas fantasias de intrusividade não permitiam que voltasse a se aproximar quando estava longe, no intervalo entre as sessões. Isso se refletiu em uma dificuldade intensa em manter uma mínima frequência à psicoterapia. Após esses movimentos de aproximação, Carla passou a apresentar sintomas físicos, como gripes e problemas odontológicos, que novamente impossibilitam sua vinda às sessões.

Carla iniciou o tratamento solicitando à terapeuta uma frequência quinzenal, pois, caso contrário, achava que não “conseguiria cumprir”. Já a terapeuta acreditava que Carla necessitava de uma alta frequência para conter sua angústia, além dos riscos de *acting out* que não poderiam ser contidos dentro do campo terapêutico em uma baixa frequência⁹. Frente a esse impasse, contratou-se uma frequência de uma sessão por semana. No entanto, durante todo o período do seu tratamento, que durou aproximadamente oito meses, Carla compareceu a apenas 13 sessões, tendo tido muitas faltas.

Há uma combinação de ansiedades em Carla que abortam o contato prolongado com o outro, pois o encaixe se torna muito pouco flexível. Bion⁹ fala da necessidade de certa tolerância à frustração no encontro com o outro e, quanto maior essa tolerância, mais chance de o encontro transformar-se em algo proveitoso. Ao mesmo tempo em que manifestava dificuldade em se aproximar da terapeuta, Carla não tolerava o espaço entre as sessões. Precisava da terapeuta no momento em que se sentia mal, deprimida ou chorando, ao passo que deixava de precisar desta quando se sentia melhor.

Sua dificuldade para se ligar ao tratamento parecia também decorrer de uma impossibilidade de colocar algo bom dentro de si, como se não houvesse um espaço interno. Nesse sentido, Botella⁴ relacionou o funcionamento do paciente *borderline* justamente ao sintoma da criança mericista, que engole o alimento e regurgita, tornando a colocá-lo na boca sem poder assimilá-lo. Para o autor, o paciente limítrofe engole, regurgita e torna a engolir sua dor, numa repetição que decorre, dentre outros aspectos, de sua dificuldade de manter o objeto-tratamento em sua mente⁴. Isso pode ser ilustrado a partir de uma fala de Carla sobre a sua dificuldade para comer, a qual sucedeu em um momento da sessão no qual se estava discutindo sua frequência ao tratamento:

Eu me senti assim, sabe quando tu tem fome, mas não tem vontade nem de comer? Tentava colocar alguma coisa na boca e tinha que tirar porque eu não conseguia. Aí eu coloquei uma colher de arroz lá e comi rapidinho assim, mas eu tava me sentindo assim bem fraca. Eu tô comendo só coisinha leve assim. (9ª sessão)

Frente ao impasse criado pelos *actings* e a conseqüente necessidade da paciente de realizar o tratamento em alta frequência, opondo-se a sua solicitação de vir quinzenalmente, algumas questões se colocaram à terapeuta e ao grupo de supervisão: que frequência deveria ser contratada neste caso? Talvez somente com uma baixa frequência ela conseguisse iniciar seus passos nesse ambiente novo, que futuramente poderia se tornar um lugar onde fosse mais tolerável a aproximação do outro. Mas, será que isso não propiciaria uma experiência de falta de continência? Tomando a vinheta acima, seria como dar pouca comida a uma criança que tem muita fome, correndo o risco de ela morrer. Mas será que esse pouco não seria tudo o que ela poderia absorver no momento?

Considerando-se a teorização psicanalítica a respeito do contrato, que estabelece as regras que regem a relação terapêutica⁵, se poderia entender que, embora não viesse a todas as sessões, as faltas da paciente,

sendo elas pagas, estariam reservando um lugar para quando a paciente tivesse condições de assumir as sessões semanais. No entanto, será que com esse funcionamento evacuativo e com falhas tão importantes na simbolização, a paciente conseguiria entender o pagamento da sua falta desse modo? Em pacientes neuróticos não temos dúvida quanto a essa compreensão, porque há uma noção da falta, mesmo que esta tente ser negada. E com pacientes *borderline*, como fica essa questão?

No caso de Carla, foi possível identificar que a paciente não tinha condições de entender muitos aspectos do contrato e simplesmente se submetia ao que a terapeuta propunha. Frente às faltas de Carla, o seu horário sempre foi preservado, e as faltas eram devidamente pagas no final do mês pela paciente, mesmo ela não conseguindo compreender por que estava pagando, pois, em não vindo, no seu entendimento, a sessão não havia ocorrido. Nas tentativas da terapeuta de estabelecer mínimas combinações e refletir sobre o pagamento e a frequência, Carla respondia com desorganização do discurso e faltas às sessões, indicando novamente sua impossibilidade de digerir aquelas regras. Na seguinte vinheta, Carla expressa em sua fala a dificuldade de arcar financeiramente com uma sessão semanal e com a dificuldade de guardar coisas em sua mente.

Acho que até uns X reais por mês eu conseguiria [pagar pelo tratamento]. Aí eu pensei, assim, que quando eu me apertar faltou uma semana... Eu tenho um probleminha, eu tenho muita falta de memória. Às vezes a G. me pede pra fazer alguma coisa de manhã e de tarde eu tô lá pensando “o que que ela pediu pra mim fazer mesmo?”. E então, eu pensei em de repente, sei lá, uns X reais. Não sei se é pouco, se é muito, não sei. (3ª sessão)

A dificuldade de Carla de reter, portanto, de pensar, era nítida. Nessa sessão, em diversos momentos a terapeuta tentava explicar que as faltas seriam pagas e Carla seguia respondendo conforme a vinheta acima. Assemelha-se à situação de uma criança, precisando dos pais para fazer mínimas combinações do contrato. No entanto, Carla não tinha alguém que pudesse lhe ajudar nessa jornada. Por parte da terapeuta, havia uma convicção da importância de manter combinações mínimas de um tratamento, como o valor das sessões e o pagamento das faltas, pois ela sentia que a paciente, ao final do mês, não teria compreensão nenhuma do que estava sendo cobrado e teria que pagar um valor sem sua “concordância”. Ao mesmo tempo, a terapeuta percebia que essas regras precisavam ser abrigadas por ela mesma, em uma atitude de *continência* e de *holding*, para que, em um momento muito posterior, Carla pudesse, partindo da experiência emocional proporcionada por esse encontro, iniciar uma compressão das regras do contrato.

Essa atitude se aproxima ao que Levy¹¹ descreveu como característico do trabalho com pacientes com severas dificuldades de simbolização. Trata-se, primeiramente, de estabelecer uma confiança e um ambiente de compreensão para que a experiência subjetiva com o terapeuta possa favorecer o desenvolvimento do *self*. Com o ego mais fortalecido, em um segundo momento, o próprio paciente pode perceber distorções da realidade, ou, no caso descrito, a sua falta de compreensão da realidade do contrato. Nesse sentido, também

nos aproximamos de Winnicott¹², que apontou o manejo e a vivência do *setting* como mais importantes do que a compressão interpretativa em pacientes regressivos.

Outra questão técnica importante diz respeito às ações que, por vezes, são necessárias com esses pacientes, as quais novamente fogem à regra clássica de manutenção do *setting*. A terapeuta tinha, por vezes, uma postura ativa no intuito da preservação do tratamento⁶. Após duas ou três faltas consecutivas sem notícias da paciente, por exemplo, a terapeuta tentava contato por telefone e não tinha sucesso. Então, em algumas situações, enviou mensagem via celular (*sms*) lembrando Carla do seu horário. Essas mensagens tinham a intenção de assegurar à paciente, de forma implícita, de que, mesmo com a sua falta, não teria destruído a terapeuta/tratamento e esta não estaria telefonando para cobrar a sua falta, mas sim para comunicar a sua sobrevivência e disponibilidade. Em resposta a essas mensagens, a paciente comparecia à sessão seguinte.

O uso da mensagem de texto via celular é bastante atual e tem sido um recurso cada vez mais utilizado na prática clínica, embora pouco discutido na literatura, pela polêmica do quão analítico seria o seu uso¹³. Poderíamos pensar, de antemão, que enviar uma mensagem representaria uma atuação da terapeuta, uma vez que não obtinha sucesso nas tentativas de fazer dessa 'ação' algo compreensível dentro do *setting*. No entanto, a paciente podia sentir o que estava sendo transmitido com essa mensagem e respondia com a sua presença. Mais do que uma compreensão intelectual, ocorria uma experiência vivida em conjunto. Carla talvez pudesse compreender mais um gesto da terapeuta que vai ao encontro de uma necessidade sua do que uma palavra, o que vai ao encontro das proposições de Botella⁴.

Ainda em relação às atitudes da terapeuta visando à manutenção do tratamento, destacamos a afirmação de Green² de que, no tratamento de pacientes *borderline*, o analista precisaria se mostrar mais ativo, demonstrando constantemente ao paciente que este não destruiu nem a ele nem ao tratamento. Segundo o autor, o mais importante para esse paciente seria a possibilidade de sentir que o analista permanece vivo, que reage à sua fala e que permanece em contato com ele. Green² sugeriu que a questão da neutralidade fosse reinterpretada nesses casos, principalmente em função do caráter destrutivo que eles imprimem ao trabalho analítico.

Assim, a paciente foi oscilando entre uma maior proximidade e novos afastamentos em relação à terapeuta, podendo mostrar momentos mais e menos integrados. No entanto, não permanecia muito tempo comparecendo às sessões sem faltas consecutivas, que prejudicavam novamente o andamento do tratamento. Trabalhar com Carla era como estar andando em uma corda bamba. Não havia previsões de como seria a sessão, se ela aceitaria o que a terapeuta teria para dar e se seria suficiente para ela voltar na próxima sessão ou não.

Após cinco meses de tratamento, a paciente passou três meses sem comparecer às sessões, sem atender telefone ou responder mensagens. A terapeuta, após um mês sem conseguir contato, suspendeu o seu horário, avisando-lhe por mensagem, já que Carla não atendia ao telefone. Após dois meses da liberação do horário, Carla faz contato solicitando um novo horário. Quando chega à sessão, diz que nesse tempo perdeu o número

de telefone da terapeuta, e que, com muita dificuldade, conseguiu o número pela instituição onde a terapeuta atende. Mas perdeu novamente e então teve de consegui-lo mais uma vez. Fica evidente que existe, por um lado, uma busca frenética em se ligar, ao mesmo tempo em que existe uma dificuldade em conter os conteúdos dentro de si e, assim, Carla ‘perde o contato’ da terapeuta.

Nessa última sessão, Carla chegou informando que “achava que não poderia mais seguir”, frase pronunciada desde o primeiro dia de tratamento. Sua ambivalência permanecia presente. Uma parte dela não poderia vir, como sempre teria dito, e outra quer ajuda, busca o número do telefone (contato) e o perde, busca novamente e comparece pra dizer que não pode manter o contato. Nesse meio tempo, a paciente estava iniciando a sua atividade sexual sem os cuidados necessários, com chance grande de atuação, o que alertou a terapeuta para o perigo de manter esse contato a distância, por arriscar ser passivamente conivente com os riscos que a paciente se colocava. Nessa sessão, a terapeuta mostrou-se disponível e apontou a ambivalência da paciente. Referiu que esse espaço estaria assegurado, desde que ela comparecesse com uma frequência mínima. A paciente não consegue manter o contrato proposto e vai embora, interrompendo o tratamento.

Considerações finais

O trabalho com pacientes *borderline* remete os terapeutas a andar sobre uma corda bamba. Como foi ilustrado com o caso de Carla, a alta frequência estava claramente indicada, mas a impossibilidade de a paciente assumir esse compromisso também era clara. Até que ponto pode-se tolerar as ausências e, com estas, o risco elevado de *acting* violentos contra a própria saúde do paciente? E até que ponto é necessário firmar o contrato para buscar constituir um *setting*? As faltas e atuações são frequentes no trabalho com esses pacientes, mas aceitar que Carla não comparecesse por três sessões, em uma frequência de uma vez por semana, significa que ela ficaria um mês longe de seu tratamento. Tolerar as ausências do paciente com uma frequência contratada de três vezes por semana significa que teremos mais chance de ter acesso ao seu estado emocional pelo menos uma vez por semana, mesmo que falte duas das três sessões contratadas. E quando um paciente nesse nível de funcionamento mental não aceita/não consegue vir mais vezes e fica um mês sem vir ao tratamento? Como propiciar a esse paciente um modelo de relação diferente? Após o término desse caso, embora entenda-se que, em alguns aspectos, a paciente estava se beneficiando da psicoterapia, ainda há o questionamento do quanto a terapeuta poderia ter seguido com sua compreensão e tolerância, ou o quanto a paciente estava dizendo que não tinha condições de manter o tratamento e que isso deveria ser aceito.

Carla não tinha uma parte de sua mente preservada a ponto de compreender o contrato, pois sua ansiedade era desorganizadora e não a permitia pensar. Também não tinha uma rede de apoio que a auxiliasse a manter o tratamento. Assim, a terapeuta assumia não só a responsabilidade de acolher o estado emocional de Carla, mas também de ser a guardiã de todos os aspectos do contrato, concreta e psiquicamente. No grupo de supervisão, discutia-se o quanto o pensamento e a responsabilidade da paciente ficavam predominantemente com a terapeuta.

A função do contrato é possibilitar o trabalho de forma relativamente segura, pois limita um espaço e tempo para que a regressão ocorra. E quando essas mínimas combinações não são possíveis? Até que ponto o terapeuta deve aceitar o trabalho, sem que essas 'cordas bambas' forneçam-lhe uma mínima segurança? Talvez seja necessário discutir o limite da técnica. Seria o limite da psicoterapia psicanalítica?

Parece uma tarefa difícil aceitar esse limite, principalmente quando se trata de uma pessoa em alto grau de sofrimento psíquico e que busca ajuda, mas não consegue usufruí-la. Ao mesmo tempo, é preciso ter cuidado para não abrir demais as fronteiras e perder as mínimas condições para que haja um tratamento. Sabemos que a técnica psicanalítica precisa de tempo e de uma periodicidade para que o paciente possa confiar nesse espaço, possa ligar-se ao terapeuta. Como fazer isso se não temos o paciente com um tempo mínimo para vincular-se? De acordo com Green², os psicanalistas devem entender que é o paciente quem faz o traçado do tratamento, quem indica o que se deve fazer com ele. Para o autor, o *setting* deve permanecer como modelo, integrado e introjetado dentro do analista, mas nunca de forma rígida.

Assim como a mãe sustenta o tempo real dentro dela até que o bebê possa lidar com ele¹⁴, acreditamos que o terapeuta precisa sustentar o contrato em sua mente até que o paciente possa tolerá-lo. No caso de Carla, alguns aspectos do tratamento, como a preservação do *setting* através do pagamento das faltas, aparentemente não faziam sentido para ela. Mesmo assim, ela retornou – após três meses – para pagar a terapeuta, demonstrando alguma introjeção do contrato. Mesmo que ela não encontrasse, naquele momento, um significado para tal, ela demonstrava ter sentido uma segurança na relação com a terapeuta. Sendo assim, é importante que o contrato seja estabelecido e repetidamente reassegurado com pacientes com esse tipo de funcionamento, mesmo que não se saiba a extensão de sua compreensão e capacidade de introjeção do mesmo desde o início do tratamento. A contratransferência parece ser um importante guia nesse movimento que o terapeuta percebe entre a dupla, alerta à constante manutenção do *setting* como uma especificidade que esses casos exigem. Como refere Botella⁴, trata-se sempre de uma dupla em estado limítrofe.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de continuar estudando e discutindo a técnica para a realidade atual e para o paciente de hoje, buscando manter sentido para quem busca por um tratamento. Manter a essência dos processos investigativos da psicanálise, confiar no campo, nos processos transferenciais e contratransferenciais, sem tornar esse um tratamento possível para tão poucos.

Referências

1. Green A. O conceito do fronteiroço. In: Green A. Sobre a loucura pessoal. Rio de Janeiro: Imago; 1988. p. 66-89.
2. Green A. Conceituações e limites. In: Green A. Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 11-32. (Original publicado em 1986).

3. Solomon MF, Lang JA, Grotstein JS. Impresiones clínicas sobre el paciente borderline. In: Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA et al. El paciente borderline. Argentina: Editorial Catari; 1992. p. 17-28.
4. Botella C. Sobre os estados limítrofes. Rev de Psic SPPA. 2010;17(1):173-185.
5. American Psychological Association. Tratamento para pacientes com o transtorno da personalidade borderline. In: Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 825-846.
6. Shestatsky S. Psicoterapia com o paciente borderline. In.: Eizirik CL, Aguiar RW, Shestatsky S. Psicoterapia de orientação psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 614-631.
7. Yeomans, FE, Diamond D. Psicoterapia focada na transferência e transtorno da personalidade borderline. In: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO. Psicoterapia psicodinâmica para transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 225-254.
8. Silva MR, Hallberg AE, Steibel D, Campezatto PVM. A resistência no início do tratamento – estudo do processo da psicoterapia psicanalítica. Projeto de pesquisa não publicado; 2010.
9. Bion W. Como tornar proveitoso um mau negócio. Rev Psic de POA. 2012;II(3):491-504. (Original publicado em 1979).
10. Etchegoyen RH. O contrato psicanalítico. In: Etchegoyen RH. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 49-58.
11. Levy R. Dando “pensabilidade” ao impensável: criando “andaimes” ao pensar em adolescentes com transtornos severos. R Bra de Psic. 2012;46(3):78-89.
12. Winnicott DW. Formas clínicas da transferência. In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise – Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 1955. p. 193-198.
13. Neves RC, Silva MR. Reflexões sobre a comunicação por sms e o processo psicoterápico. In: XXV Salão de Iniciação Científica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2014.
14. Ogden TH. Sobre sustentar e conter, ser e sonhar. In: Ogden TH. Esta arte da psicanálise – sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 121-138.

Correspondência

Milena da Rosa Silva

Rua Ramiro Barcelos, 2.600, sala 130

90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil

milensilva@hotmail.com

Submetido em: 25/02/2015

Aceito em: 15/05/2015