

## **O Transtorno Borderline de Personalidade<sup>1</sup>**

### **The Borderline Disturb of Personality**

**Michele Melo Reghelin<sup>2</sup>**

**Resumo:** Revisamos o conceito de Transtorno Borderline de Personalidade na literatura psicanalítica: Freud, Laplanche, Green, Kernberg, Mahler e Bergeret com ênfase no diagnóstico clínico psicanalítico.

**Summary:** We revise the concept of Borderline Disturb of Personality in psychoanalytic literature: Freud, Laplanche, Green, Kernberg, Mahler and Bergeret with emphasis in the psychoanalytic clinical diagnosis.

**Descritores:** Anestruturas, anaclítico, identificação projetiva e organizações limítrofes.

**Keywords:** Anestructures, anaclitic, projective identification and bordering organizations.

---

<sup>1</sup> Trabalho realizado em setembro de 2002.

<sup>2</sup> Psicóloga, Membro Efetivo do CIPT.

O paciente *borderline* está cada vez mais presente nos consultórios talvez porque seja possível diagnosticá-lo com maior precisão nos dias atuais. Há controvérsias quanto a definição do conceito *Borderline*: para Kernberg é uma organização de personalidade *Borderline*, enquanto para Bergeret e Kohut é um estado limítrofe, por exemplo. Entretanto, é preciso entender que *Borderline* é uma parada no desenvolvimento do sujeito, consistindo em estruturas de transição. Não é uma patologia simples (se assim pode ser chamado) no sentido de que é preciso compreender, além da sua sintomatologia, o seu real funcionamento, sabendo diferenciar de outros diagnósticos.

Assim, pensamos em apresentar um entendimento psicodinâmico acerca da psicopatologia dos pacientes *Borderline*, percorrendo sob o enfoque de diversos teóricos. Devido às diferentes terminologias utilizadas para designá-lo, adotamos a palavra *Borderline* para nos referirmos a tais pacientes, pois dessa forma fica mais claro entender os diferentes conceitos dos teóricos neste trabalho mencionados.

No início, o termo *Borderline* se encontrava na "fronteira da psicose", mais especificamente na esquizofrenia. Com o tempo, esse transtorno se aproximou dos transtornos afetivos (Mc Glashan, apud Gabbard, 1998). Conforme Kaplan (1997, p.693) "os pacientes com transtorno de personalidade *Borderline* situam-se no limite entre neurose e psicose, e se caracterizam por afeto, humor, relações objetais e auto imagem extraordinariamente instáveis".

De acordo com Bedani (2002) o surgimento dos estudos sobre *Borderline* origina-se em 1801, tentando ser designado e conceituado, porém somente na década de 40/50 que se consegue aproximar do entendimento atual, que ainda difere entre alguns pesquisadores. Green (1986) lembra que esta terminologia foi adotada primeiramente pela psiquiatria, e que após alguns anos foi percebido que não eram psicoses latentes, mas organizações originais, estruturas autônomas e estáveis na medida em que necessariamente não evoluíam para a psicose. Para este autor trata-se também de desorganização de limites no interior do aparelho psíquico e não apenas da relação ego-objeto. Comparando esses pacientes com o *setting* terapêutico, ele afirma:

*"O interesse desse limite, o interesse de todo esse limite, é não somente delimitar dois espaços, mas sobretudo ver quais são as passagens, as transgressões que poderão ocorrer de um espaço para outro, e nos dois sentidos." (p.19).*

Laplanche (1992) utiliza-se do termo "caso-limite" e entende que é uma "expressão utilizada na maioria das vezes para designar afecções psicopatológicas situadas no limite entre neurose e psicose, particularmente esquizofrenias latentes que apresentam uma sintomatologia de afeição neurótica" (p.60). Ele refere que a expressão

não possui significado nosográfico rigoroso devido às incertezas deste campo e que os autores tentaram englobar diversos tipos de personalidade aqui. Tal autor diz que a psicanálise propiciou revelar uma estrutura psicótica nos casos de distúrbios neuróticos demonstrando que os sintomas neuróticos desempenham a função de defensiva de irrupção da psicose.

Green (1986) comenta que esses pacientes expressam a angústia de separação (problemas acarretados por luto intermináveis ou não vivenciados). Ele agregou com a angústia de intrusão, pois assim fala dos limites entre ego e objeto (fora do alcance do investimento) ao contrário de quando o objeto persegue o ego. Para ele não basta que o objeto esteja presente para que não haja a angústia de separação. Não é possível separar a angústia de separação da angústia de castração, nem a angústia de intrusão da angústia de penetração. A angústia de perda é entendida como perda de uma parte ou perda do todo, e a angústia de intrusão, de ameaça para a identidade, seja de uma parte, seja do todo. Na década de 50, o termo *Borderline* inicialmente era sinônimo de paciente difícil (Kernberg 1991). Tais pacientes apresentavam boa capacidade geral de teste da realidade, tinham regressões transferenciais e mostravam uma condensação de conflitos edipianos e pré-edipianos cujas origens psicogênicas residiam na subfase de reaproximação do estágio separação-individuação, descrito por Margaret Mahler. Conforme Gabbard (1998), Kernberg observou nesses pacientes sintomas obsessivos compulsivos, fobias múltiplas, reações dissociativas, sexualidade perverso polimorfa, tendências paranóides, preocupações hipocondríacas, ansiedade latente flutuante, abuso de substâncias, etc.; ele acreditava que o diagnóstico se baseava nas manifestações inespecíficas de fragilidade do ego; no desvio em direção ao processo do pensamento primário (regressão do pensamento); relações objetais internalizadas patológicas.

Kernberg (1991) refere que talvez o diagnóstico mais preciso seja representado pelo DSM IV, porém não é ideal para fins clínicos porque não difere os aspectos comuns entre os distúrbios graves e menos graves da personalidade. Ele propõe um conceito contendo melhor tratamento para a sua resolução: o conceito de organização *Borderline* da personalidade (descritivo e estrutural), o qual baseia-se em alguns critérios:

**Difusão da identidade:** é a falta de integração do conceito de *self*. São as autopercepções contraditórias e comportamentos e percepções empobrecidas e contraditórias dos outros e a incapacidade de mostrar-se, sentimentos de vazio crônico (incapacidade de mostrar-se e comentar ao terapeuta as suas interações significativas com os outros. Gabbard (1998) acrescenta que Kernberg considerava que os pacientes tinham uma tendência a *"regredir a um pensamento semelhante ao psicótico na ausência de uma estrutura ou sob a pressão de fortes afetos"* (p.298). Eles tinham dificuldades em sublimar impulsos e utilizar a consciência. *"...um aspecto do funcionamento do ego é a capacidade de retardar a*

*descarga de impulsos e modular afetos como a ansiedade”* (p.298). Nível das operações defensivas: os níveis de organização *Borderline* manifestam defesas primitivas (essas defesas protegem o ego de conflitos, dissociando as experiências contraditórias do *self*) especialmente a clivagem. Esta consiste na divisão do *self* de objetos externos em totalmente bons ou maus.

**Idealização primitiva:** é o exagero de ver objetos externos como bons, excluindo falhas e não tolerando imperfeição. Em contraposição, há a desvalorização dos outros ou a percepção deles como persecutórios e perigosos.

**Identificação projetiva:** tendência para continuar a experimentar o impulso e projetar em outra pessoa; medo da outra pessoa (acha que está sob controle daquele impulso projetado); necessidade de controlar aquela pessoa.

**Denegação:** tem consciência de que seus pensamentos, sentimentos e percepções são opostos aos expressos, porém isso não consegue influenciar o seu estado mental atual.

**Onipotência e desvalorização:** derivadas da clivagem, são representadas pela alteração de recursos egóicos que refletem um *self* altamente inflado que relaciona-se com representações diferenciadas dos outros (incluindo a projeção de aspectos desvalorizados do *self*).

**A capacidade do teste de realidade** “*de diferenciar entre o self e não self e entre as origens intrapsíquicas e externa das percepções e estímulos, e de avaliar o próprio afeto, comportamento e pensamento em termos de normas sociais comuns*” (p.17) é mantida.

As características estruturais secundárias afetam o prognóstico do distúrbio, mas não estão relacionados. Elas são manifestações inespecíficas da fraqueza do ego (falta de controle de impulso, falta de tolerância à ansiedade e falta de canais desenvolvidos de sublimação), patologia do superego (sistema de valores imaturos, características anti sociais, exigências morais contraditórias) e relações objetais caóticas. Conforme Kernberg (apud Gabbard, 1998) os pacientes atravessaram a fase simbiótica (descrita por Margaret Mahler) com sucesso, onde o *self* e o objeto foram diferenciados, mas se fixaram na fase de separação-individuação. Sob esse ponto de vista, o paciente *Borderline* revive esta crise infantil, através do medo de ser abandonado, não tolerando a solidão (devido a alteração da disponibilidade emocional da mãe, devido a agressão da criança e problemas maternos com a paternidade o que gera a falta de constância objetal no paciente, onde os pacientes não tem imagem interna da mãe).

Mahler (apud Gabbard, 1998) assinalou que é reducionista não considerar outras subfases e influências edípicas. Kernberg também foi criticado por não considerar uma possível regressão de aspectos edípicos a conflitos mais precoces, diz Meissner (apud Gabbard, 1998). Storolow e Atwood (apud Gabbard, 1998) sugeriram que as observações agressivas de Kernberg a estes pacientes pode ser vista com "origem na confrontação e interpretação precoce da transferência negativa" (p.306). Masterson e Rinsley (apud Gabbard, 1998) enfocavam a subfase de reaproximação, enfatizando a conduta da mãe como causadora disso. Nas suas pesquisas viam que elas eram conflituadas em relação ao crescimento dos filhos gerando a dependência do vínculo materno. Eles foram criticados por culparem as mães e não levarem em conta fatores constitucionais.

Adler (apud Gabbard 1998) dizia que a maternagem inconsciente não cria um objeto continente. Compreendia que estas pessoas buscavam funções de objeto do *self* em figuras externas por não possuírem introjeções confortadoras. Ele falava que assim como as crianças entre 8 e 18 meses, esses pacientes numa situação de estresse não conseguiam evocar figuras importantes que não estivessem fisicamente presentes. A falta de objeto interno cria sentimentos de vazio e tendências depressivas, dependência, não disposição de recursos internos adequados, tendência a fragmentação do *self* acompanhada por um profundo vazio descrito por "Pânico de aniquilação". A ausência de introdução continente-tranquilizadora leva a uma raiva oral severa. Adler foi criticado por valorizar as questões orais e por negligenciar aspectos edípicos dos pacientes Borderline e também por enfatizar os déficits cognitivos, diz Meissner (apud Gabbard, 1998). Gunderson (apud Gabbard, 1998) referiu que os cuidados parentais inadequados acontecem ao longo de todas as fases da infância.

Kernberg (apud Storolow e Lachman, 1983) menciona que tanto os pacientes fronteirços como os narcísicos se fundamentam, numa organização defensiva centrada no *splitting*. Para ele a perturbação narcísica da personalidade é uma variante da condição fronteira, diferentemente de Kohut que as distingue claramente. O narcisismo compreende aquelas operações mentais cuja função é regular a auto-estima (o colorido afetivo da representação do *self*) e manter a coesão e a estabilidade da representação do *self*. A auto-estima é constituída por um quadro afetivo coeso do *self*, onde a auto-estima elevada é a predominância de afetos prazerosos e a baixa auto-estima é uma predominância de afetos desprazerosos. Para eles, a diferença entre os transtornos narcísicos e o *Borderline*, é que o primeiro alcança um *self* coeso, mesmo que arcaico e constrói imagos parentais coesas e idealizadas, não estando ameaçados com a possibilidade de descompensação irreversível. Além disso, conforme Kohut (apud Zimerman, 1999) a existência dos *self* objetos (objetos parentais que são responsáveis pela estruturação do *self*) com falhas empáticas gera os vazios existenciais, presentes nos transtornos narcísicos e no *Borderline*.

O narcisismo está mal estabelecido e frágil, necessitando de compreensão, respeito, afeto e apoio refere Stern (apud Bergeret). Para Bergeret (1998) o estado limítrofe (organização - provisória) apresenta-se entre a neurose e a psicose (estruturas irreversíveis - estáveis) e é próprio da estrutura neurótica repousar no conflito latente que opõe id ao superego através do ego, concebido como genital e edipiano. A estruturação psicótica corresponde a um conflito entre pulsões e realidade, onde o ego é excluído.

Ainda, para este autor, as organizações limítrofes constituem estados (mal ordenados) indecisos do ego ainda não estruturado, onde as defesas conservam um grau de flutuação. As organizações limítrofes resistem mal às frustrações atuais que despertam antigas frustrações. Utilizam-se de traços de caráter paranóico para afastarem quem poderia frustrá-los. A regressão não incide sobre as representações e há uma degradação parcial da própria pulsão.

Além disso, Bergeret fala na evolução do tronco comum dos estados limítrofes: o ego superou o momento em que as relações iniciais com a mãe poderiam operar uma pré-organização do tipo psicótico. Por ocasião do Édipo, vive o risco de perder o objeto (trauma psíquico precoce) onde

*"uma emoção pulsional sobreveio em um estado ainda mal organizado e imaturo demais quanto ao seu equipamento, suas adaptações e defesas, para que pudesse ser enfrentado em condições inofensivas"* (p.120).

É difícil para a criança negociar tal relação triangular com os objetos, negociar tais sentimentos de amor e hostilidade assim como utilizar o recalque para eliminar da consciência o excesso de tensão sexual ou agressiva. As imperfeições/fracassos serão freqüentes fazendo com que a criança apele para defesas mais arcaicas. Este trauma será o primeiro desorganizador da sua evolução, esta que se encontrará fixada em uma pseudolatência (mais precoce e mais durável que a latência normal), em que bloqueia afetivamente a maturidade afetiva do ego, em que este não está sexualmente diferenciado constituindo o tronco comum dos estados limítrofes. Esse tronco não é uma estrutura, apenas consegue ficar em situação ordenada (não fixado). É um esforço do ego com contrainvestimentos ou formações reativas com o objetivo de permanecer a igual distância das duas estruturas: psicótica (já superada) e neurótica (ainda não atingida) pela evolução adaptativa e pulsional do sujeito.

O núcleo do ego não é atingido pela clivagem. Ele deforma-se em algumas funções e irá operar:

**Como um registro adaptativo** – em todo corpo relacional enquanto não houver ameaça para o indivíduo (plano narcísico e genital).

**Registro anaclítico:** desde que apareça uma ameaça de perda do objeto (plano narcísico e genital).

Bergeret (1998) considera ainda dois outros mecanismos de defesa como sendo fundamentais das organizações limítrofes:

**Evitação** (evitar encontrar com a representação constrangedora).

**Forclusão** (faz-se necessário rejeitar uma representação constrangedora – dirige-se a imagem paterna cuja representação simbólica é preciso rejeitar).

Ainda este autor considera que a angústia predominante é a de depressão, uma angústia de perda do objeto. Não é uma depressão do tipo melancólico porque o objeto não se acha intrometido e o luto permanece impossível. Desta maneira, “a angústia de depressão situa-se dizendo respeito ao passado e ao futuro” (p.126). E remete a Greenson que diz que “um passado infeliz atesta uma esperança de salvação investida na relação de dependência fecunda do outro” (p.126).

O superego possui um papel inadequado. O ideal de ego é o pólo em torno do qual organiza-se a personalidade. A função e o retraimento dos primeiros elementos superegógicos desenvolveu mais essa inflação do ideal de ego, ocupando a maior parte do que o superego deveria se ocupar. Por esse ideal ser mais arcaico que o superego, as personalidades permanecem incompletas e frágeis não constituindo estruturas.

Esses sujeitos manifestam imensa necessidade de afeto e são sedutores. Por terem dificuldade para se envolver com outras pessoas tornam-se disponíveis e adaptativos a qualquer momento. O ego “conserva em suas fixações um olhar ainda voltado para a antiga indistinção somatopsíquica (P. Marty, M de M’uzan e C. David apud Bergeret, 1998). Esses sujeitos buscam fazer o bem para conservar a presença do objeto e a relação do objeto permanece na dependência anaclítica. O fracasso não lhes gera culpa e sim vergonha (linhagem narcisista) por se projetarem nos outros. Além disso, em qualquer momento da vida o sujeito pode viver uma descompensação. Para Gabbard (1998) estes pacientes exigem relacionamentos que sobrecarregam ou isolam. Junto a outras pessoas apresentam dupla ansiedade: o medo de fundir-se com a pessoa e perder a sua identidade; e o medo de serem rejeitados e abandonados. Por medo da solidão, podem cometer gestos suicidas. De acordo com o DSM IV (1995) estas pessoas se boicotam quando há uma meta a ser alcançada. Alguns desenvolvem sintomas psicóticos durante situações de estresse. Podem se sentir mais seguros com objetos transicionais do que com relacionamentos interpessoais.

Os pais alimentam essa dependência e diante destas exigências e contradições a criança se debate com dois egos ideais, materno e paterno. Conforme Anna Freud (1987), a criança revive este conflito e não introjeta, resultando num superego intolerante. “A introjeção da autoridade externa, isto é, parental, é adicionada a essa nova agência interna durante e depois do período Edípico. Surge, pois, do *status* de um mero ideal desejável ao de um legislador real e efetivo, isto é, o superego que, doravante, se encarrega de regular internamente o controle do impulso” (p.155).

Hegenberg (2000) menciona que para Jacques Lacan o transtorno de personalidade Borderline não existe, porque para ele as estruturas seriam três: neurótica (castração relacionada com o recalque), psicose (relacionada com a forclusão) e a perversão (relacionada com a recusa). A tendência seria considerá-lo uma histeria grave ou perversa.

Este autor refere que para Winnicott o bebê não teve um ambiente suficientemente bom assim reagindo mal às invasões que sofreu na vida. Portanto, não é capaz de usar/destruir o objeto, estabelecendo relações anaclíticas com objetos subjetivos, porque o *self* não está constituído (o *self* não é o ego, é o eu). Este paciente não teve *holding* adequado e por isso não conseguiu desenvolver a capacidade de ficar só, teme sempre a ameaça de aniquilação. Ainda, tal paciente não conhece seu potencial e os padrões a que pretende seguir são inalcançáveis, se atrapalhando mais ainda. Ele é presunçoso e acredita ter sucesso rápido e como isso não acontece, se frustra e desiste da tarefa sem obter resultados. O ideal do ego paralisa a vida dele lhe proporcionando ter uma relação de idealização com o outro, ora idolatrando, ora odiando. As organizações limítrofes têm suas relações de objeto do tipo anaclítica, de dependência, onde ora um é grande, ora o outro é pequeno; um é o perseguidor e o outro é o perseguido. Trata-se de ser amado e ajudado por ambos os pais (Bergeret, 1998). Entretanto, não consegue se opor aos objetos anaclíticos e precisa agredi-los para conseguir se separar.

Devido ao fato dele não ter subjetividade construída e ser dominado pelo ideal do ego, tem sentimentos de vazio e não tem objetivos definidos. O *Borderline* possui dificuldade para compreender e aceitar as necessidades alheias. Quando contrariado pode tornar-se agressivo, ter reações explosivas pois não consegue controlar seus impulsos. Também, pode se auto-agredir quando não encontra apoio. O abuso de álcool e drogas, as ameaças de automutilação e a predisposição ao suicídio são comuns para aliviar a sua depressão. A busca frenética por um parceiro sexual é usual, sendo que não há cuidados com as situações de risco. Apesar de ter ganhos secundários com isso, as suas atitudes são perigosas porque originam-se de uma pessoa com medo e desesperança. Sobre a epidemiologia, Kaplan (1997) menciona que o transtorno de personalidade *Borderline* acomete de 1 a 2% da população, sendo duas vezes mais comum em mulheres. De acordo com o DSM IV (1995), este transtorno inicia-se na fase adulta, geralmente quando há escolhas ocupacionais, conjugais, etc. a fazer. É cinco vezes mais comum entre parentes biológicos do primeiro grau do que na população em geral.

## **Considerações finais**

Se pensarmos em uma lista de sintomas para tais pacientes, poderíamos afirmar, a partir do que escrevemos que tais pacientes apresentam boa capacidade geral do teste de realidade, fragilidade do ego, são impulsivos, não toleram dificuldades alheias, têm sentimentos de



vazio, são inseguros, idealizam o outro, as relações são intensas e instáveis, o ideal do ego predomina, são sedutores, necessitam de afeto, têm tendências paranóides, podem fazer uso de substâncias químicas, podem ter gestos suicidas e de auto-mutilação, além de serem exagerados e às vezes serem agressivos... E apontaríamos que o uso de fármacos para esta patologia não tem sua eficácia definida. Geralmente, são utilizados antidepressivos inibidores seletivos da captação da serotonina para diminuir sintomas impulsivos e baixas doses de antipsicóticos podem ajudar aliviar alguns sintomas. A prescrição deve ser pouca e acompanhada de tratamento psicoterápico (Kaplan, 1997). Porém, não podemos nos restringir a uma visão reducionista de tentar enquadrar tais pacientes em sintomas pré-listados. É preciso compreender o funcionamento psicodinâmico deles, assim como de qualquer outro paciente.

Assim, poderíamos inferir que o paciente *Borderline* requer adequado tratamento e apoio das pessoas, pois a ansiedade proveniente se deve ao medo de ser abandonado. O mundo externo e as relações vinculares são complexos e por ele não conseguir lidar com isso, sente-se incapaz, cabendo ao analista acolhê-lo, incentivando a dependência dele para juntos conseguirem trabalhar e assim resgatar a sua auto-estima, trabalhando o seu desenvolvimento e construindo o simbolismo que lhe falta.

Hegenberg (2000) considera essencial dar *holding* a estes pacientes para que constituam um *self* verdadeiro (Winnicott). Considera-se que houve falha durante a maternagem e ele sempre precisará do objeto para recompor sua subjetividade. É uma parada no desenvolvimento, ou seja, certas internalizações para estruturar a representação do mundo não puderam acontecer porque não houve sincronia adequada entre o ambiente e o desenvolvimento da criança (Storolow e Lachman, 1983). O terapeuta passa ser o objeto-subjetivo numa relação anaclítica (apoio) para ele tornar-se sujeito dele mesmo. Dessa forma, o objetivo do paciente *Borderline* com a psicoterapia individual consistirá no fortalecimento do ego para tolerar a ansiedade e controlar os impulsos; integrar as representações dissociadas do *self* e do objeto formando um visão coesa de si e dos outros para suportar separações (Gabbard, 1998). Para terminar, recordo Green (1986) que nos remete a uma citação de Freud em *Novas Conferências* (1932/1996) em que ele revela a preocupação com as relações e os problemas de delimitação entre as instâncias da personalidade psíquica, o qual associou com o conceito *Borderline* :

*Ao pensar nessa divisão da personalidade em um ego, um superego e um id, naturalmente, os senhores não terão imaginado fronteiras nítidas como as fronteiras artificiais delineadas na geografia política. Não podemos fazer justiça às características da mente por esquemas lineares como as de um desenho ou de uma pintura*

*primitiva, mas de preferência por meio de áreas coloridas fundindo-se umas com as outras, segundo as apresentam artistas modernos. Depois de termos feito a separação, devemos permitir que novamente se misture, conjuntamente, o que havíamos separado... É altamente provável que o desenvolvimento dessas divisões esteja sujeito a grandes variações em diferentes indivíduos; é possível que, no decurso do funcionamento real, elas possam mudar e passar por uma fase temporária involução (p.83).*

### **Referências bibliográficas**

BEDANI, Ailton. Texto sobre Borderline. <http://www.org2.com.br/histborders.htm> Capturado em 30.06.02 às 22h11min

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

DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FREUD, Anna. Infância normal e patológica: determinantes do desenvolvimento. Rio de Janeiro; Guanabara, 1987.

FREUD, Sigmund. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1932/1996.

GABBARD, Glen O. Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM IV. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GREEN, André. Conferências Brasileiras, 1986.

HEGENBERG, Mauro. Borderline. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

KAPLAN, Harold I. e outros. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KERNBERG, O. Psicoterapia Psicodinâmica de Paciente Borderline. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KOHUT, Heinz. Self e narcisismo. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

LAPLANCHE, Jean. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

STOROLOW, Robert D. e LACHMAN, Frank M. Psicanálise das Paradas do desenvolvimento: teoria e tratamento. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

ZIMERMAN, David E. Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e cl uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed, 1999.