



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE CURSO DE  
PSICOLOGIA**

**UMA REFLEXÃO SOBRE  
O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de conclusão de curso  
Orientador: Prof. Dr. Roberto Garcia

**RUTH DI NIZO**

**São Paulo  
2019**

**UMA REFLEXÃO SOBRE  
O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de Conclusão de Curso realizado como exigência parcial para a graduação no Curso de Psicologia da PUC-SP, sob orientação do Prof. Dr. Roberto Garcia

**São Paulo**

**2019**



**07.00.00-1 – Psicologia**

**Título: Transtorno de Personalidade Borderline: Uma visão Psicanalítica**

**Ano: 2019**

**Orientador: Prof. Dr. Roberto Garcia**

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo refletir sobre o transtorno de personalidade *Borderline*. Esta pesquisa de revisão bibliográfica percorreu inicialmente os primórdios da evolução do conceito *Borderline* na literatura da psicanálise e, posteriormente, na da psicopatologia, orientada pelas conceituações nosográficas dos Manuais Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). As aproximações entre os apontamentos da psicanálise e dos modelos nosográficos nos permitiu compreender a extensão dos aspectos psicodinâmicos encontrados nesta personalidade fronteira e observá-los através da análise de um dos personagens do filme *Girl Interrupted* (1999). Entre os resultados encontrados, destacamos a instabilidade afetiva, a agressividade, a impulsividade, tentativas de suicídio, entre outros. Assim sendo, este estudo chama a atenção para a complexidade do quadro *Borderline*.

**Palavras-chave:** Borderline. Psicopatologia. Psicanálise.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to reflect on Borderline personality disorder. This bibliographic revision study that initially traced the beginnings of the evolution of the Borderline concept in the literature of psychoanalysis and, later, in the psychopathology, and later, the psychopathology's literature guided by the nosographic concepts of the Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM). The approximations between the notes of psychoanalysis and the nosographic models allowed us to understand the extent of the psychodynamic aspects found in this border personality and to observe them through the analysis of one of the characters in the film *Girl Interrupted* (1999). Among the results found, we highlight the affective instability, aggressiveness, impulsiveness, suicide attempts, among others. Therefore, this study draws attention to Borderline's picture complexity.

Key-words: Borderline, Psychopathology, Psychoanalysis.

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivos: geral e específico .....	11
3. Método.....	12
4. Conceito <i>Borderline</i> na história .....	13
4.1. Nosografia do quadro <i>Borderline</i> .....	15
4.2. Psicopatologia do quadro <i>Borderline</i> .....	18
5. A psicanálise e suas estruturas de personalidade.....	23
5.1. A psicanálise e os estados-limite ou fronteiros.....	26
6. Discussão .....	31
6.1. Sinopse do Filme .....	31
6.2. Histórico da personagem.....	31
6.3. Análise.....	33
7. Considerações finais.....	40
8. Referências.....	41

## 1. Introdução

Este trabalho tem por tema o transtorno de personalidade *Borderline* sob um viés psicanalítico. Segundo o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5), este transtorno acomete de 2% a 3% da população mundial, e ainda pouco se sabe sobre ele. Desta população acometida, 75% são mulheres. A prevalência dos Transtornos de Personalidade apresenta taxas variáveis de 5% a 20%, com uma tendência para 15% da população, de 30% a 50% em pacientes que já apresentam outro transtorno psiquiátrico, e de mais de 50% em pacientes que já fazem uso da internação.

Segundo Tavares (2014) o transtorno de personalidade é

[...] o conjunto de condições relacionadas ao desenvolvimento, com manifestação mais clara no final da adolescência ou início da vida adulta que se caracteriza por deficiência na formação do "eu" ou self que se divide em conceitos de identidade e auto direcionamento no desenvolvimento de habilidades interpessoais, divididas em empatia e intimidade. (TAVARES, 2014, p.384).

O CID-10, define seis critérios para a caracterização dos Transtornos de Personalidade:

- atitudes e condutas marcadamente desarmônicas em diferentes áreas de funcionamento, como afetividade. Controle dos impulsos, modos de percepção, pensamento e relacionamento interpessoal;
- padrão anormal do comportamento permanente e de longa duração, não limitado a episódio de doença mental;
- padrão anormal de comportamento invasivo e claramente mal adaptativo em uma ampla série de situações pessoais e sociais;
- o quarto critério elencado pelo CID-10 afirma que as manifestações listadas acima ocorrem durante a infância ou adolescência e continuam na idade adulta; e
- por fim, os dois últimos critérios afirmam que o Transtorno levará, em algum momento, à angústia pessoal e que, geralmente, mas não invariavelmente, está associado a problemas significativos no desempenho ocupacional e social.

Já o DSM-5 traz outros critérios. De acordo com a publicação, um padrão persistente de experiência íntima e comportamento desviante das expectativas da

cultura do indivíduo em duas ou mais das quatro possíveis áreas (cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle do impulso); esse padrão é inflexível e leva ao sofrimento clínico significativo ou a um prejuízo social e ocupacional. Seu início remonta pelo menos à adolescência ou ao início da vida adulta; não está relacionado a efeitos de substância e nem é melhor explicado como sendo uma manifestação das consequências de outro transtorno mental.

No grupo B dos transtornos de personalidade, temos o transtorno de personalidade *Borderline*, cujas características principais são: desrespeito reiterado dos direitos dos outros, desprezo por regras sociais, natureza manipuladora e irresponsabilidade. Este padrão também é descrito como sociopatia ou psicopatia, em geral associado a um traço de frieza ou indiferença afetiva. A prevalência oscila em torno de 3% em homens e 1% em mulheres.

O sujeito com transtorno de personalidade *Borderline* apresenta um quadro de instabilidade afetiva e impulsividade e possui autoimagem deficiente, que pode variar de acordo com o contexto dos relacionamentos. Sentimento de vazio ou perda de identidade são frequentes. Seus relacionamentos interpessoais são intensos, estabelecem-se rapidamente, mas também podem ser interrompidos subitamente. Reações hostis ou agressivas podem acontecer mediante a antecipação de abandono real ou imaginário.

No início, o termo *Borderline* era utilizado para indivíduos que não pertenciam nem ao grupo das neuroses nem ao grupo das psicoses, ou seja, que estavam na “linha” ou fronteira.

Em relação à psicoterapia, Hegenberg, comentando estudos feitos por Flaherty, Channon e Davis (1889), aponta resultados da pesquisa feita por eles:

[...] vários estudos indicam que 50% dos pacientes desistem em um período de seis meses e que 75% desistem dentro do primeiro ano; apenas um em cada dez pacientes completa o curso das psicoterapias. Mesmo quando terapeutas experientes foram entrevistados, estes relataram que apenas 33% de seus pacientes completavam o tratamento e, deste grupo, apenas 10% podiam ser considerados como tendo sido tratados com sucesso. (HEGENBERG, 2016, p.124).

Isto posto, fica clara a dificuldade dos sujeitos com este transtorno nos vários âmbitos de sua vida: social, familiar, profissional, na relação consigo mesmo, entre outros. No presente trabalho, escolhi examinar a questão das relações interpessoais. O problema de pesquisa é analisar até que ponto o comportamento

impulsivo e a instabilidade afetiva dos sujeitos *Borderlines* impedem a construção de relações saudáveis.

## 2. Objetivos: geral e específico

### Objetivo Geral

Refletir sobre o transtorno de personalidade *Borderline*.

### Objetivos Específicos

- Compreender o conceito *Borderline* sob a ótica da psicanálise e da psicopatologia no seu percurso histórico.
- Apresentar o percurso do quadro *Borderline* a partir do DSM-III até sua última versão, o DSM-5.
- Observar as dificuldades encontradas nas relações do indivíduo que apresenta um quadro *Borderline*.

### 3. Método

O primeiro procedimento para a realização do trabalho foi uma coleta de dados documental (referencial bibliográfico de diferentes autores). As principais fontes em que o material foi coletado: BVS Psicologia Brasil, Scielo, P@psic, Instituto de Psicologia da USP, Psicologia.pt.

As palavras-chaves para a pesquisa são: conceito *Borderline*, *Borderline* e a Psicanálise, *Borderline* e Psicodinâmica, Semiologia e Psicopatologia. Além dos artigos já citados, o trabalho conta com a grande contribuição de Paulo Dalgalarondo, com o livro “Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais”, de 2018, e de Mauro Hegenberg, com o livro “*Borderline*”, de 2016.

Foram analisadas as dificuldades nas relações dos sujeitos *Borderlines* através do personagem que tipifica o transtorno no filme “Garota Interrompida” de 1999, considerando os autores e os conceitos trazidos neste trabalho.

#### 4. Conceito *Borderline* na história

Não podemos falar de um quadro *Borderline* sem considerarmos o contexto em que ele está inserido, ou seja, a cultura e a sociedade em que vivemos. O TPB busca incansavelmente figuras de apoio e de acolhimento. No século XXI isto está cada vez mais raro, as pessoas se preocupam cada vez mais consigo mesmas, em construir suas carreiras ou em mostrar, através das mídias sociais, como são felizes e completas, por exemplo.

Hegenberg (2016) traz esta questão em seu livro intitulado “*Borderline*”, mostrando que antigamente as angústias e os vazios eram mascarados por valores morais reconhecidos, e que, como hoje em dia tudo está transformado e os valores são rapidamente substituídos por novos que também não duram muito tempo, o grau de insegurança e de vazio tende a aumentar de modo geral, e no quadro *Borderline* não é diferente.

O “problema *Borderline*” se inscreve dentro da questão da pós-modernidade. O aumento dos casos de depressão, vazio, tédio e solidão nas sociedades capitalistas é também fruto de uma promessa por um consumo eficiente, ou seja, um consumo que pretende preencher o vazio do cidadão e satisfazê-lo. A roupa da moda, carros, as drogas, o último filme, o próximo namoro, a viagem dos sonhos, livros, todo esse aparato deveria ser suficiente para garantir a “felicidade”. (HEGENBERG, 2016, p 18).

O *Borderline* é um sujeito cuja subjetividade está ameaçada por diversos fatores. Em um mundo rápido e “frio”, competitivo, que faz com que o desamparo seja cada vez maior, o diagnóstico de transtorno *Borderline* se torna cada vez mais recorrente. Não somente, mas também é um reflexo da nossa sociedade cada vez mais “doente”.

Hegenberg (2016) cita Stern (1945) para dizer que este usou o termo *Borderline* pela primeira vez, mas que esse quadro estava dentro das neuroses. Também chama a atenção para os diversos autores e para suas definições do transtorno, uma vez que para cada autor o termo é visto de uma forma. Kernberg não usa os mesmos critérios que o DSM que, por sua vez, não usa os mesmos critérios que Bergeret, por exemplo.

O quadro *Borderline* já era descrito desde 1905, mas em outros termos. Freud já falava de estados-limites (que viriam a ser conhecidos futuramente pelo termo *Borderline*), denominando-os de "neuroses atuais".

Havia uma insatisfação em relação à definição de quadros puramente neuróticos ou puramente psicóticos, o que levou ao estudo dos estados limítrofes, que eram casos que tinham tanto características neuróticas como psicóticas. Estes estudos levaram à criação do conceito e do termo *Borderline*. Antes mesmo de surgir este termo, alguns autores já falavam sobre estados na "fronteira" entre a fantasia e a realidade, ou entre o normal e o insano. Freud, em seus primeiros escritos, falava sobre "neuroses atuais". Inicialmente buscou explicações químicas para estas, dando espaço, posteriormente, a uma visão psicológica desta condição, levando em conta defesas e recalçamento.

A psicopatologia de meados do século XX era insuficiente, pois não era capaz de abrigar sujeitos que não se enquadravam 100% nas neuroses ou nas psicoses, deixando de lado os indivíduos que tinham características tanto de uma estrutura como de outra. Estes eram vistos na época como "na fronteira", e a partir de então o termo *Borderline* passou a ser empregado.

Como já visto na introdução, o quadro *Borderline* não se enquadra na estrutura psicótica nem tampouco na neurose, o que gerou diversos estudos que merecem atenção até mesmo nos dias de hoje:

A noção de *Borderline* constitui-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro "neurótico", passando pelos "distúrbios de personalidade", até o espectro "psicótico". (DALGALARRONDO, VILELA, p.53. 2011).

Veremos isto em detalhes mais adiante, porém, o quadro *Borderline* é descrito tanto no DSM (Manual de Transtornos Mentais) quanto no CID (Classificação Internacional de Doenças). Apesar de a última versão do DSM ser a de número 5, o conceito *Borderline* foi formulado somente no DSM-III.

O conceito atual de *Borderline* foi aquele formulado inicialmente para a classificação norte-americana das doenças mentais de 1980, o DMS-III. Neste sistema diagnóstico, a síndrome *Borderline* deixa de ser uma acepção relativamente vaga de estados intermediários neurose-psicose, para ser um distúrbio específico de personalidade, no qual comportamentos impulsivos, autolesivos, sentimento de vazio interno e defesas egóicas muito primitivas seriam predominantes. (DALGALARRONDO, VILELA, 1999, p.53).

Antes do DSM-III, o quadro *Borderline* aparecia dentro das psicoses como esquizofrenia latente. “É importante salientar que até os sintomas diagnósticos do DSM-II (APA, 1968) e da CID-9 (OMS, 1976)<sup>17</sup>, o termo *Borderline* esteve situado dentro do espectro das psicoses, particularmente associado à esquizofrenia. No DSM-II e na CID-9 o termo *Borderline* é praticamente sinônimo de esquizofrenia latente (CID /295.5). “Apenas mais para frente passou a ser parte dos transtornos de personalidade e dividiu-se em dois: o distúrbio esquizotípico e o *Borderline*. Este fato será explicado no subitem da nosografia.

Explicitamente, a CID-9 descreve da seguinte forma o que classifica como esquizofrenia *Borderline*: Não foi possível formular uma descrição completamente aceitável deste quadro mental. Não se recomenda esta categoria para uso generalizado, entretanto, apresenta-se para aqueles que acreditam ser útil; trata-se de um quadro mental que se manifesta por meio de um comportamento excêntrico ou inconsequente e de anomalias que dão a impressão de esquizofrenia, apesar de não haver manifestação, presente ou passada, de anomalias esquizofrênicas definidas e características. (DALGALARRONDO, VILELA, 2011, p.58).

Pode-se perceber que o transtorno de personalidade *Borderline* ainda é fruto de muito estudo e investigação; diversos autores tentaram definir e conceituar o termo ao longo da história. A sociedade atual está mais atenta à saúde mental e aos recursos para a melhora dessa, com isso estão sendo descobertas cada vez mais questões sobre o indivíduo *Borderline*.

#### **4.1. Nosografia do quadro *Borderline***

##### **O DSM**

Em 1840 foi realizado um censo nos Estados Unidos que teve o intuito de registrar a frequência das doenças mentais, classificadas como “loucura, mas somente em 1880, foi especificado em sete categorias: mania, melancolia, monomania, parestia, demência, dipsomania e epilepsia. Como apontam Araujo e Neto (2014) estas primeiras classificações tinham objetivo estatístico.

No século XX foi desenvolvido, pelo exército americano categorizações para aplicação nos ambulatórios que atendiam ex-combatentes. A OMS em 1948 incluiu uma sessão destinada aos transtornos mentais na sexta edição de seu sistema de Classificação Internacional de Doenças – CID-6.

O DSM foi o primeiro manual focado na aplicação clínica. Publicado em 1953 pela Associação Psiquiátrica Americana.- como trazem Araujo e Neto (2014)- o DSM-I era composto por uma lista de diagnósticos com um glossário que mostrava a descrição clínica. Em 1968 são publicados o DSM-II e o CID 8.

Somente em 1980 é que ocorrem mudanças importantes no campo metodológico e estruturais no DSM-III, tornando –o mais descritivo. O DSM IV lançado em 1994 contou com a ajuda de diversas revisões bibliográficas e pesquisas com isto pode contar com novos diagnósticos descritos com critérios mais claros e precisos como mostram Araujo e Neto (2014).

O DSM 5 é a última versão lançado em 2013 , e, é resultado de 12 anos de pesquisas e estudos. Algumas mudanças importantes ocorreram uma vez que o DSM 5 rompeu com o modelo multiaxial da terceira edição.No que se refere aos critérios de diagnósticos para os transtornos de personalidade não houve mudanças em relação ao DSM IV. Araujo e Neto mostram que foi feita uma inclusão de um modelo alternativo para os Transtornos de Personalidade, apresenta uma concepção acerca do funcionamento da personalidade e lista traços de personalidade patológica que podem estar presentes em cada transtorno.

É de grande importância salientar que:

As Classificações Internacionais das Doenças Mentais, como o CID e o DSM, são apenas descritivas. Elas não se preocupam com o sentido, com a explicação do sintoma, afastando-se, portanto, da psicanálise. (HEGENBERG, 2016, p. 23).

O conceito *Borderline* surgiu no DSM apenas em 1980, enquanto os conceitos paranoides e antissociais já apareciam em 1952:

O diagnóstico de *Borderline* surgiu no DSM em 1980, enquanto alguns outros transtornos de personalidade, como esquizoide, o paranoide, o antissocial e o compulsivo (obsessivo), aparecem desde do DSM1, que data 1952. Constata-se que a delimitação do transtorno é recente, o que também é explicada a confusão de conceitos em que está enredado o *Borderline* até hoje. (HEGENBERG, 2016, p. 26).

**Segundo o DSM-III:**

No DSM-III-R, o quadro do TPB não incluía o item nove, acrescentado no DSM-IV, de “ideação paranoide transitória reativa ao stress ou sintomas dissociativos graves” (HEGENBERG,2016, p.94)

#### **Segundo o DSM-IV:**

1. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado;
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de self;
3. Impulsividade em pelo menos duas das áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por exemplo: sexo, gastos financeiros, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente);
4. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante;
5. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por exemplo: episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando algumas horas e apenas raramente alguns dias;
6. Sentimentos crônicos de vazio;
7. Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por exemplo: demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes); e
8. ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos.

#### **Segundo o DSM-5:**

De acordo com os Critérios Diagnósticos 301.83 (F60.3), temos:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p.663)

#### **4.2. Psicopatologia do quadro *Borderline***

Além da nosografia sobre as questões que envolvem o tema em questão, a ciência da psicopatologia o compreende através dos eixos psíquico e social. Neste item se faz entender o que é a psicopatologia e como ela lida com o sujeito em sofrimento psíquico. A psicopatologia visa entender o sujeito do sintoma e não o sintoma do sujeito, sendo de certo modo uma aproximação com o subjetivo, sem desconsiderar questões de ordem fisiológica, e devem ser a base dos profissionais da saúde.

Para Paulo Dalgalarrondo (2008), a semiologia deve ser a base da medicina e da forma de olhar para o paciente. Para ele não basta os professores apenas passarem os conteúdos e fornecerem informações, mas devem educá-los a olhar para o sujeito de forma crítica e reflexiva, conseguindo assim analisar, interpretar e enxergar as questões ali apresentadas.

A Semiologia é conhecida como a ciência dos signos e está presente em diversas áreas do campo da saúde, como psiquiatria e psicologia. Ela é importante no estudo da linguagem e de todos os campos do conhecimento e das atividades onde há interação humana e comunicação por meio de um sistema de signos. Através do estudo dos sinais e dos sintomas das doenças, os profissionais podem ordenar os fenômenos observados e chegar a um diagnóstico.

Dalgalarrondo (2008) faz uma diferenciação entre sinal e signo, sendo o sinal como os estímulos emitidos que levam a um fenômeno e os signos como dados fundamentais das doenças, mas que são provocados:

O signo é um tipo de sinal. Define-se sinal como qualquer estímulo emitido pelos objetos do mundo. Assim, por exemplo, a fumaça é um sinal do fogo, a cor vermelha, do sangue, etc. O signo é um sinal especial, um sinal sempre provido de significação. Dessa forma, na semiologia médica, sabe-se que a febre pode ser um sinal/signo de uma infecção, ou a fala extremamente rápida e fluente pode ser um sinal/signo de uma síndrome maníaca. (DALGALARRONDO, 2008, p. 24).

Para nós, da área da saúde mental, os signos importantes são os que indicam sofrimento psíquico. Por meio da observação direta do paciente, que traz em seu relato suas angústias, dificuldades e sintomas, podemos perceber os signos deste paciente.

Dalgalarrondo (2008) também diferencia significante de significado:

O desenho esquemático no papel de uma casa pode ser considerado um ícone do objeto casa. No caso do indicador, ou índice, a relação entre o significante e o significado é de contiguidade; o significante é um índice, algo que aponta para o objeto significado. Assim, uma nuvem é um indicador de chuva, e a fumaça, de fogo. (DALGALARRONDO, 2008, p.24).

Vimos que essa área do conhecimento volta seu olhar para o estudo dos sinais e sintomas produzidos pelos sujeitos, através de seus signos e significantes.

Já sobre doença mental, Dalgarrondo (2008) conclui que a psicopatologia estuda uma vasta quantidade de fenômenos que são associados a doenças mentais.

São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências dos doentes mentais possuem dimensão própria, genuína, não sendo apenas “exageros” do normal) e, por outro, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo da doença mental não é um mundo totalmente estranho ao mundo das experiências psicológicas “normais”. (DALGARRONDO, 2008, p.27).

Quando se fala de sintomas, Dalgarrondo (2008) mostra que dois aspectos têm que ser considerados: a forma e o conteúdo. A forma é a estrutura e o conteúdo é a alteração estrutural que se relaciona com a vida do paciente, suas crenças, suas experiências:

Em geral, quando se estudam os sintomas psicopatológicos, dois aspectos básicos costumam ser enfocados: a forma dos sintomas, isto é, sua estrutura básica, relativamente semelhante nos diversos pacientes (alucinação, delírio, ideia obsessiva, labilidade afetiva, etc.), e seu conteúdo, ou seja, aquilo que preenche a alteração estrutural (conteúdo de culpa, religioso, de perseguição, etc.). Este último é geralmente mais pessoal, dependendo da história de vida do paciente, de seu universo cultural e da personalidade prévia ao adoecimento. (DALGARRONDO, 2008, p.28).

Sobre a questão do diagnóstico, este campo de estudo se preocupa, como já dito acima, com o sujeito do sintoma e não o contrário, isto é, em ouvir a subjetividade e a individualidade de cada um, tentando muito mais compreender do que apenas rotular e/ou diagnosticar. Ou seja, não apenas “assinar” um diagnóstico ou apenas observar o que há de “errado” com aquele sujeito, mas escutá-lo e compreendê-lo em sua subjetividade, suas aflições e sua singularidade.

É bastante discutida a questão ambígua do diagnóstico psiquiátrico. Por um lado, é visto como sem valor, apenas para desqualificar pessoas “excêntricas”; por outro, é visto com o mesmo valor que qualquer outro diagnóstico dentro da área da saúde.

Essa crítica é particularmente válida nos regimes políticos totalitários, quando se utilizou o diagnóstico psiquiátrico para punir e excluir pessoas dissidentes ou opositoras ao regime. A segunda, em defesa do diagnóstico psiquiátrico, sustenta que o valor e o lugar do diagnóstico em psiquiatria são absolutamente semelhantes ao valor e ao lugar do diagnóstico nas outras especialidades médicas. O diagnóstico, nessa visão, é o elemento principal e mais importante da prática psiquiátrica. (DALGARRONDO, 2008, p.39).

Existe uma relação entre o individual de cada sujeito com suas especificidades e subjetividades e o universal, que é o grupo diagnóstico ao qual pertence. O diagnóstico é importante, mas deve ser reconsiderado como ideal e concreto. Segundo Dalgarrondo (2008), podem-se classificar três grupos de fenômenos como, os aspectos e fenômenos encontrados em todos os seres humanos, os encontrados em algumas pessoas, mas não em todas e, por último aspectos e fenômenos encontrados em apenas um ser humano em particular.

A psicopatologia como disciplina científica surge em 1913 com Karl Jaspers, segundo PEREIRA (1998) é a primeira tentativa de dar uma base teórica a psicopatologia, e é indispensável para uma proposta de psicopatologia fundamental. O autor mostra que o objeto da psicopatologia é o “fenômeno psíquico consciente”, buscando saber o que os homens vivenciam e como o fazem. O foco não é apenas nas vivências humanas em si mas sim as condições e causas de que dependem os nexos em que se estruturam as relações em que se encontram, e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente.

Para o autor a psicopatologia de Jaspers tem uma base fenomenológica. A atenção é focada nas manifestações da consciência, tentando descrever da forma mais precisa possível aquilo que o sujeito realmente vivencia, em seu estado mental, enquanto dado imediato da consciência.

A compreensão, no sentido de Jaspers, é utilizada como método e como propósito de suas investigações psicopatológicas. [...] ele introduz uma delimitação fundamental na abrangência de sua abordagem compreensiva [...] sustenta que a psicopatologia trata de fenômenos humanos e que o homem é irreduzível às propostas de compreensão que se possa dele fornecer [...] a compreensão jasperiana implica um método aproximativo que visa captar o sentido das experiências daquele que sofre. [...] A compreensão não tem a mesma força de convicção de uma demonstração causal empírica, mas é mais apropriada para a natureza do fenômeno psíquico. (PEREIRA, Mario E. C., 1998, p.65)

Jaspers também faz uma diferenciação de compreensão estática e genética. Uma visa entender o estado psíquico atual e a outra busca compreender o que levou, na história do sujeito e em sua existência a este estado. A psicopatologia de Jaspers rompeu com a abordagem psiquiátrica de seu tempo, desde do surgimento da psiquiatria de Pinel a medicina passou a ver o sofrimento psíquico de modo diferente, agora classificando e descrevendo as diferentes formas do sofrimento

psíquico. Desde da Idade média havia uma visão bastante religiosa sobre as patologias. A obra de Kraepelin ajudou no sentido de dar uma base racional para a psiquiatria. Para ele a psiquiatria opera sobre a ótica da semiologia buscando os sinais e sintomas das doenças mentais, assim como para Paulo Dalgallarongo.

Para PEREIRA (1998) a psicanálise lida com objeto que não tem consistência empírico experimental, para dar conta de seu objeto a psicanálise precisa entender os paradigmas das ciências que a circundam. Por esta razão uma psicopatologia fundamentalista não contribuiria em nada, a psicopatologia necessita ser fundamental, com rigor mas não “cega” e ortodoxa. O autor ainda traz a questão da generalidade, uma vez que a abordagem visa extrair a singularidade do sofrimento de cada sujeito. Neste sentido psicopatologia e psicologia caminham juntas. Para ele a fenomenologia concebida por Husserl se interessa pelas essências. Fala do retorno as coisas mesmas, tal como elas “se dão se a conhecer no plano da consciência, de forma imediata, antes de qualquer teoria organizadora” (p.68). O método é baseado no olhar ate que haja “incorporação do observador no objeto considerado”, segundo o autor haveria nesse momento uma tomada direta de consciência.

Para o autor a psicopatologia fundamental visa, portanto, reinscrever a abordagem do sofrimento humano dentro dessa perspectiva, de modo a permitir que seja pensada uma clínica que resgate da paixão e do sofrimento sua capacidade geradora de sabedoria.” (PEREIRA, Mario E. C.,1998 p.75)

Vimos que a psicopatologia leva em conta as questões subjetivas do sujeito, porém sem desconsiderar a nosografia das patologias, sendo aqui discutido o *Borderline*. O médico deve olhar para o sujeito do transtorno e não o inverso, isto é, o sujeito com suas peculiaridades, vontades, medos, angústias, vivências e não apenas classificá-lo segundo conceitos puramente médicos e fisiológicos. Desta forma, a psicopatologia se aproxima da psicologia e da psicanálise na forma de olhar o paciente.

## 5.A psicanálise e suas estruturas de personalidade

Após termos vistos sobre psicopatologia e semiologia, bem como sobre o diagnóstico a e forma de se olhar para o sujeito doente e angustiado, podemos avançar e ver como esta questão se dá dentro da psicanálise.

Para iniciarmos, será necessário dar a definição de personalidade inscrita no dicionário comum e, posteriormente, uma possível definição de acordo com a psicanálise:

Segundo o dicionário, o termo personalidade, *per.so.na.li.da.de* [pərsuneli'dad(ə)], nome feminino, é definido como:

1. Unidade integrativa de uma pessoa, compreendendo o conjunto das suas características essenciais (inteligência, carácter, temperamento, constituição) e as suas modalidades próprias de comportamento; 2. Consciência da unidade e da identidade do eu; 3. Carácter daquele que é uma pessoa, quer física, quer moral (personalidade jurídica); 4. Indivíduo que goza de certo prestígio pessoal, moral ou social; 5. Celebridade; notabilidade; 6. autoridade; sumidade. (DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2014).

Antes de compreendermos a ideia de personalidade do ponto de vista da psicanálise, faz-se necessário entender a ideia de desenvolvimento psicosssexual de Freud.

Para ele, o desenvolvimento humano está dividido em três fases: oral, que vai do nascimento até o desmame; anal, que se inicia por volta dos três anos; e fálica, que começa por volta dos cinco anos. Estas fases são conhecidas como “pré-genitais”.Gusmão (1994) nos recorda que Freud constrói a teoria do desenvolvimento humano considerando o critério afetivo coligado ao comportamento do indivíduo frente aos seus objetos de prazer, esse desenvolvimento ocorre em fases sucessivas e são caracterizadas pelo que é desejado e pela forma como se conquistam esses desejos.

É importante que não se confunda o sentido do termo sexualidade usado por Freud com a ideia de sexualidade no senso comum, afirma Gusmão (1994).A sexualidade não diz respeito apenas às ações do aparelho genital que trazem prazer, mas sim a todo tipo de excitação presente a partir dos primeiros anos que

proporcionam prazer e satisfação, como, por exemplo, comer, excretar e até respirar.

Após as fases pré-genitais, o sujeito entra em período de latência até por volta dos 12 anos, quando se inicia a puberdade que o prepara para a fase genital do desenvolvimento psicosssexual.

Para entendermos a personalidade segundo a psicanálise, é necessário explicar os conceitos de id, ego e superego, para posteriormente explicar as três grandes estruturas da personalidade: neurose, psicose e perversão.

Três grandes instâncias compõem as estruturas de personalidade segundo a teoria psicanalítica: o “id”, o “ego” e o “superego”. A interação destes três sistemas acaba por induzir o comportamento apresentado pelos sujeitos e muito dificilmente um sistema opera com a exclusão dos outros dois. O id que é a primeira instância a se desenvolver é regido pelo princípio do prazer e consiste em um “funcionamento mental e inconsciente caracterizado por ideias ilógicas e simbólicas (SILVESTRI, 2011).

Podemos pensar no id como sendo uma criança, que é regida apenas pelo prazer imediato, isto é, que faz tudo que lhe traga uma sensação de bem-estar sem pensar nas consequências ou regras “sociais”. A ideia de superego entra como a força da cultura que nos “reprime”, nos proíbe fazer certas ações e nos obriga a fazer outras. O ego entra como um mediador entre os dois, ou seja, entre aquilo que é imposto e exigido e aquilo que é desejado pelo sujeito. Silvestri (2011) faz apontamentos claros sobre as relações entre o id e o ego. Afirma que aumentos de energia ocasionados por estados de tensão não são tolerados pelo Id, motivo pelo qual ele tende a trabalhar para a redução da tensão, através do chamado princípio do prazer; em sua explanação sobre o ego, afirma que, este se desenvolve nas crianças com o objetivo de tratar sua relação com o ambiente, e que isso se dá quando elas começam a entender que a realidade é mais do que apenas seus próprios desejos, vontades e necessidades ou seja, o ego distingue o que é conteúdo da mente do que é conteúdo do mundo externo. Ele trabalha adiando a gratificação dos desejos do id até que seja encontrada uma situação ou objetivo apropriado. O pensamento realista corresponde, portanto ao processo secundário de atrasar o prazer imediato e planejar.

O superego, por sua vez, é o último sistema da personalidade a se desenvolver; é o representante internalizado dos valores e ideais da sociedade,

passados para a criança por intermédio dos pais, ele abrange os preceitos morais e nossas aspirações ideais; ele representa o que o sujeito queria ser. Ele possui uma forma “imatura, rígida e inconsciente” (SILVESTRI, 2011).

É importante frisar seguindo as referências de Silvestri (2011) que o superego tem por função inibir os impulsos do id, especialmente aqueles de natureza sexual ou agressiva, assim como persuadir o ego a visar objetivos moralistas. Portanto, age tentando bloquear a gratificação instintiva, objetivo do Id.

Depois de explicitado como se desenvolvem o id, o ego e o superego e mostrado que é a partir deles que se forma a personalidade para a psicanálise, podemos definir a personalidade como abaixo.

Quando o sujeito ingressa no social, ou seja, quando o mesmo é inserido na sociedade e começa a estabelecer relações sociais, depara-se com o princípio da realidade, o que implica numa repressão dos instintos. É a maneira como o indivíduo organiza-se inteiramente frente a esse embate entre satisfação do desejo oriunda do princípio do prazer e as exigências da civilização/princípio da realidade, que define sua estrutura de personalidade. (SILVESTRI, 2011, p.12).

A fase oral, como mostra Silvestri, é uma fase em que a satisfação da pulsão e do prazer da criança é obtida através da boca no seio da mãe, engolindo o que é bom e cuspidando o que é ruim. Nesta fase, o bebê se sente onipotente, uma vez que suas necessidades são supridas sem que ele (o bebê) precise fazer algo. No processo de desenvolvimento esta sensação tende a diminuir à medida que ele percebe que seu prazer é obtido por intermédio de um outro. Caso isso não aconteça de forma satisfatória ocorre a fixação da libido, provocando o desenvolvimento de uma personalidade de caráter oral que tem como principais traços o otimismo, a passividade e a dependência.

Na fase anal, ainda segundo Silvestri o prazer está localizado no controle dos esfíncteres e no movimento de reter ou expelir as fezes - importante citar que este controle está sujeito às normas sociais. A personalidade de caráter anal, àquela que se desenvolveu em virtude da fixação da libido tende a ter por características a teimosia, a busca da ordem e da parcimônia.

A fase fálica, inicia-se segundo Freud, quando a criança descobre o prazer através da manipulação dos genitais; é neste momento que o complexo de Édipo (para os meninos) ou de Electra (para as meninas) começa a ganhar espaço, uma vez que as fantasias estão relacionadas às figuras parentais do sexo oposto.

Segundo a psicanálise, temos três estruturas de personalidade: a neurose, a perversão e a psicose.

Na neurose, existe a presença do recalque, operando no inconsciente e permitindo o aparecimento dos sintomas que são a expressão simbólica de um conflito que tem raízes na história infantil entre o desejo e a defesa. Neste caso haverá um recalque da "castração vivida no Complexo de Édipo" e a conseqüente internalização do desejo a favor do cumprimento das regras sociais supondo aliviar-se da culpa e do sofrimento (SILVESTRI, 2011).

Na perversão, existe um desrespeito pelas regras sociais; o sujeito conhece as regras comuns, o que é "certo" ou "errado", mas ignora e não cumpre aquilo que deveria cumprir. O indivíduo reconhece a castração do Édipo, mas a transgride. Pode haver um comportamento sexual atípico, ou seja, fora do que é considerado "normal".

Na psicose, a castração não é reconhecida, diferentemente da neurose, em que está recalçada, e da perversão, em que é transgredida. O ego não é guiado pela realidade e o sujeito vive com o princípio do prazer, sem se preocupar com as exigências ou normas sociais.

### **5.1.A psicanálise e os estados-limite ou fronteira**

A psicanálise – apesar de Freud (pai da psicanálise) não ter se referido ao termo *borderline* possui (hoje) diversas visões sobre a esse transtorno de personalidade. O livro de Mauro Hegenberg, denominado, "*Borderline*", apresenta um pouco destas visões embasadas por reflexões de diferentes psicanalistas e estudiosos do assunto, que utilizaram as contribuições de Freud, sobre a estrutura da personalidade, contribuindo assim para o avanço do entendimento do transtorno.

Entre os autores que Hegenberg nos apresenta estão Kaplan, Sadock, Kernberg, Widlöcher além de Winnicott e o próprio Freud, entre outros.

Abaixo abordaremos parte da discussão traçada por Hegenberg ao entrelaçar estes autores, razão pela qual ao fazermos uma leitura da posição do autor do livro referido, entendemos necessário citar os citados, afim de termos uma visão mais fiel ao processo de desenvolvimento, ainda que não linear, das definições deste transtorno.

Hegenberg (2016, p.41) traz a definição dos autores Kaplan e Sadock (1965) sobre o transtorno *Borderline*: “O Transtorno da Personalidade *Borderline* é caracterizado por um padrão difuso de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos e acentuada impulsividade, começando no início da idade adulta e presente em uma variedade de contextos.

Dá a impressão que Freud esbarrou em várias questões de diversas ordens e não se aprofundou na questão *Borderline*, “preferindo” permanecer com a histeria e a castração, embora tenha mencionado a importância do apoio e da relação anaclítica, do entorno familiar e de outras questões pertinentes ao *Borderline*. (HEGENBERG, 2016, p.43).

Hegenberg (2016, p.43) cita André (1999), que diz: “Se o desenvolvimento da interrogação ‘limite’ é amplamente pós-freudiano, seria um erro considerar a de Freud fora do debate. É em 1910 que o narcisismo se introduz na teoria, e com ele a concepção do ego se complica e se desenvolve”.

Para Hegenberg (2016), a dificuldade de aproximar Freud do conceito de personalidade *Borderline* está no fato de que a questão central no “border” não é a castração, mas sim o encontro com uma figura de apoio, por exemplo, o analista. O sujeito procura essa relação de dependência. Não procura a relação transferencial, mas sim um analista enquanto pessoa, e nesse sentido, para Hegenberg, o conceito *Borderline* está mais próximo do de Winnicott do que do de Freud. Em relação à dependência do *Borderline*, diz que

O tipo erótico está voltado para o amor. “Amar, mas acima de tudo ser amado”. São pessoas “dominadas pelo temor da perda do amor e acham-se, portanto, especialmente dependentes de outros que podem retirar seu amor deles”. Algumas “variantes ocorrem segundo se ache mesclado com outro tipo, e proporcionalmente à quantidade de agressividade nele presente”. (FREUD, 1931, p. 252 apud HEGENBERG, 2016, p. 45).

Kernberg (1995), autor muito citado no que diz respeito à estrutura *Borderline*, baseia-se em três critérios estruturais para o TPB: difusão da personalidade, nível de operações defensivas e capacidade de teste de realidade.

A Difusão da personalidade caracteriza-se pela falta de integração do conceito de self e do conceito de outras pessoas. Isto se reflete na experiência crônica de vazio, percepções contraditórias e empobrecidas dos outros. A organização defensiva, que no neurótico se centra no recalçamento, é baseada na clivagem. Clivagem e outros mecanismos associados, como a idealização primitiva, identificação projetiva, denegação, controle onipotente e desvalorização, protegem o ego dos conflitos, dissociando experiências contraditórias do self e dos outros. (HEGENBERG, 2016, p.46).

Kernberg (1989) usa o termo clivagem para falar tanto do self como dos objetos externos que são considerados extremos, sejam eles bons ou ruins. Diferencia também os *Borderlines* dos psicóticos que não possuem a capacidade de diferenciar self de não self e dessa forma não mantêm o teste de realidade. Já Widlöcher (1999) discorda de Kernberg no que diz respeito à clivagem do ego. Para ele, a clivagem não é uma estrutura do ego, mas sim de uma “fixação pulsional arcaica” (WIDLÖCHER, 1999, p. 86 apud HEGENBERG, 2016, p.47). Já Green (1999) afirma que

no estudo dos *Borderlines* não se pode colocar o estudo do ego em segundo plano. Particularmente em sua relação com o objeto. O ego está marcado por duas angústias: as angústias de separação, de uma parte, e, de outra, as angústias de intrusão. Isto coloca problemas técnicos imediatos. A técnica Kleiniana aparece como extraordinariamente intrusiva e frequentemente insuportável. É por isso que, nestes casos, as teorias da transicionalidade de Winnicott são extremamente preciosas. (GREEN,1999 apud HEGENBERG, 2016, p.52).

Já para Green (1999), como traz Hegenberg (2016),

Na neurose, a angústia considerada é a de castração. Freud percebeu sua importância na constituição do ser humano e a estudou em seus diversos aspectos. Embora a questão da castração esteja presente no *Borderline*, ela não é estruturante da sua personalidade, como acontece no neurótico. (HEGENBERG, 2016, p.52).

Green (1999) salienta que “o que é angústia de castração para neurose, é angústia de separação para os casos limites”.

Do ponto de vista de Lacan, as estruturas de personalidade são formadas através da resposta ao complexo de Édipo que é o momento da introdução na linguagem. Neste sentido temos três estruturas: Neurótico que recalca a castração; psicótico que fora clusão a castração e o Perverso que nega a castração. Para o Lacaniano, o transtorno de personalidade *Borderline* não existe. O “border” seria

considerado um histérico grave ou um perverso. Não há nada além destas três estruturas.

Já para Bergeret existem três tipos de personalidade: psicótica, neurótica e estado-limite. Ele diferencia estrutura de organização, sendo a primeira irreversível e a segunda, temporária, embora possa ter uma duração indefinida. Os estados normais e patológicos variam dentro das próprias estruturas, havendo assim psicóticos normais e patológicos bem como neuróticos normais e patológicos. Ainda para Bergeret:

Quanto ao estado-limite, a relação de objeto é anaclítica, ou seja, de apoio. Há uma relação de dependência, os dois pais não são sexuais, mas “grandes”. Há necessidade de afeto, de apoio e de compreensão. O ego é frágil. O objeto anaclítico tem o papel de superego auxiliar e ego auxiliar, ora protetor, ora interditor. A instância dominante é o ideal do ego, em quem o sujeito se espelha. A angústia é de perda do objeto, do qual ele se torna dependente. A angústia depressiva, da qual o estado-limite se defende, aparece quando o objeto anaclítico ameaça escapar — a depressão não é melancólica (mais ligada ao ódio voltado para si), mas depressão “neurótica”. (HEGENBERG, 2016, p. 50).

Hegenberg mostra que esta definição de Bergeret indica que muitos dos mecanismos do *Borderline* também são observados em outros sujeitos estado-limite, só que de uma forma mais exacerbada.

Podemos pensar o *Borderline* a partir de outro autor, Winnicott (1969). De acordo com ele,

relacionar-se pode ser com um objeto subjetivo, ao passo que o usar implica que o objeto faz parte da realidade externa. Pode-se observar a seguinte sequência: 1. O sujeito se relaciona com o objeto; 2. O objeto está em processo de ser descoberto, em vez de ser colocado no mundo pelo sujeito; 3. O sujeito destrói o objeto; 4. O objeto sobrevive à destruição; 5. O sujeito pode usar o objeto”. (WINNICOTT, 1969, p.131 apud HEGENBERG, 2016, p. 54).

Winnicott trouxe o conceito de Preocupação Materna Primária que é quando a mãe é suficientemente boa, ou seja, nem se antecipa diante das necessidades do bebê, nem tarda. Os fracassos maternos geram fases de reação à invasão, interrompendo assim o “ser” da criança. “Um reagir excessivo não produz frustração, mas uma ameaça de aniquilação”. (WINNICOTT, 1958, p.26 apud HEGENBERG, 2016, p.55).

Para Winnicott, o ambiente não foi suficientemente bom, o que fez com que o sujeito reagisse mal às invasões de sua vida. “Por isso o *Borderline* não é capaz de

destruir e de usar o objeto, ficando preso em relações de dependência com objetos subjetivos, sem relacionamentos com pessoas reais e sem conseguir se sentir real, pois seu *self* não está constituído”. (HEGENBERG, 2016, p.55).

A priori, o bebê é uma extensão da mãe. Só em um segundo momento ele se entende como um outro ser independente, isto é, um ser com subjetividade própria que não precisa da subjetividade da mãe para “ser”.

Uma vez que não teve o holding adequado, o “border” não conseguiu desenvolver sua subjetividade, tendo assim, segundo diversos autores, problemas de identificação e de auto identificação. Da mesma maneira, a capacidade de ficar sozinho também não se desenvolveu, pois, o ambiente do bebê assim não o permitiu.

Com isso, ele se debate com a questão de se relacionar com figuras idealizadas com as quais mantém uma relação de admiração e desvalorização, sendo-lhe penoso reconhecer seus próprios limites e capacidades. Em razão disso, o TPB não conhece seu próprio potencial, pois seus parâmetros são sempre ideais inalcançáveis; então, termina por não se conhecer, atrapalhando mais ainda suas possibilidades de apropriar-se de sua identidade. (HEGENBERG, 2016, p. 64).

Na clínica psicanalítica, isso fica claro nas relações de transferência. Ora ou outra pode ser difícil para o paciente *Borderline* ouvir o analista (seu objeto de dependência), pois muitas vezes sente a fala do terapeuta como uma invasão ou um ataque a seu “self não constituído”. Por essa razão, a análise costuma ser longa até que a subjetividade do paciente possa ser constituída. Além disso, o sujeito “border” costuma atacar quando se sente atacado ou quando sente a iminência de um ataque.

Devido à fragilidade das funções do ego, ideal do ego e superego, o estado-limite encontra-se aturdido em face da sua violência intrínseca, com muita dificuldade para administrar sua raiva e seus temores, tornando-se vítima de seus impulsos, que frequentemente adquirem caráter de autoagressão. (HEGENBERG, 2016, p.76).

Para Hegenberg, a fragilidade do *Borderline* e sua agressividade (que para ele não tem fins definidos) fazem com que o sujeito tenha dificuldade de dizer não, pois tem medo de perder seus objetos de apoio, uma vez que precisa se sentir amado e sente que, se demonstrar contrariedade, pode perder este “amor”. Hegenberg (2016) nos aponta que mesmo precisando do outro como objeto de apoio o *borderline* não é capaz de reconhecer o outro como sujeito.

Em relação aos familiares, Hegenberg (2016) mostra que os sujeitos frequentemente exigem coisas deles e os agridem. Para ele, isto mostra que estão tentando reviver experiências primitivas que não vivenciaram da forma adequada. Uma vez que não conseguiriam se constituir como sujeitos, continuam tentando com os objetos e figuras de apoio.

Para Kernberg, outro sintoma comum nos “borders” é a:

Experiência subjetiva de vazio crônico, autopercepções contraditórias e percepções empobrecidas dos outros. A difusão de identidade aparece na incapacidade do paciente de transmitir ao entrevistador a existência de interações significativas com outros, o qual não consegue então empatizar com a concepção do paciente de si mesmo e dos outros em tais interações. (KERNBERG,1984, p.13 apud HEGENBERG, 2016, p.62).

Como vimos, muitos autores falam sobre o transtorno de personalidade *Borderline*, tanto em relação à sua estrutura, como em relação às suas manifestações, tanto no próprio sujeito como no impacto sobre a família e pessoas próximas. Nenhuma definição está acima da outra, algumas se complementam e outras se contradizem. Ainda falta muito a ser estudado sobre esse transtorno. A psicanálise vem desempenhando um grande papel neste sentido, como observamos acima.

## 6. Discussão

Neste capítulo serão trazidos vários contextos utilizados para a reflexão da temática deste estudo. Para tanto, será utilizado o filme *Girl Interrupted*.

### 6.1. Sinopse do Filme

O filme, gravado em 1999, retrata a história de uma jovem na década de 60. Susanna Kaysen é a personagem principal. Após tentar suicídio ingerindo 1 litro de vodca com uma cartela inteira de aspirina, ela é diagnosticada com transtorno de personalidade *Borderline* e levada a um manicômio. O filme mostra como a “loucura” era tratada e como a personagem dentro de seus altos e baixos consegue entender e conviver com essa condição (*Borderline*). No filme, é retratada a sua relação com seus médicos, terapeutas e outros funcionários do hospital. Entre suas colegas internadas, há Lisa, uma sociopata. O filme mostra também alguns flashes de sua vida antes de ser internada, como a relação com os pais e namorados.

### 6.2. Histórico da personagem

Susanna Kaysen, uma jovem americana, é internada em um hospital psiquiátrico após tentar suicídio. Teve um delírio de que suas mãos estavam sem ossos e, na tentativa de fazer este delírio passar, ingere vodca com remédios. Ao longo do filme, ela nega muitas vezes que tenha tentado cometer suicídio, embora tenha colocado claramente sua vida em risco.

Susanna parece pertencer à alta sociedade americana. Estudou em um bom colégio e sonha em se tornar escritora ao invés de ingressar na faculdade como a maioria dos seus colegas, para não dizer todos. Seus pais contam que, na infância, Susanna quebrou a perna quando seu pai já tinha uma viagem marcada a trabalho e, por conta disso, teve de permanecer por mais de 6000 km amarrada dentro do carro, o que pode revelar que tenha sofrido algum tipo de negligência na infância.

O filme mostra como Susanna tem um certo fascínio pela morte e pelo suicídio, pois fala disso em diversos momentos. Tem um comportamento revoltado e

afrontoso diante de seus pais e também em relação aos médicos. Suas relações amorosas são conflitantes e instáveis.

Dentro do hospital psiquiátrico, Susanna se aproxima muito de Lisa, e passa a agir como ela em diversas situações e/ou admirar sua conduta, que é obviamente desafiante e desrespeitosa na maior parte do tempo. Parece que Susanna, por alguns momentos, procura sua própria identidade na relação com Lisa; por outro lado, em algumas situações, Susanna percebe e julga o comportamento de Lisa como errado.

Elas fogem do hospital para tentar viver na Flórida. No caminho, param na casa de uma ex-interna do hospital. Lisa fala coisas muito pesadas a esta colega que acaba cometendo suicídio no dia seguinte. Após este episódio, Susanna escolhe voltar para o hospital, sozinha, já que Lisa continua com a ideia de ir para a Flórida. Susana, sem Lisa, acaba estabelecendo um vínculo com os terapeutas, coisa que até então estava muito distante. Ela passa a se entender melhor e começa a querer saber quem ela é, e o que o Transtorno de Personalidade Borderline representa na sua vida. Susanna passa algumas semanas fiel ao tratamento até que tem alta e volta para sua vida normal.

### **6.3. Análise**

Como referencial de análise, será utilizada a obra do autor Mauro Hegenberg “Borderline” (2016), onde são identificados 7 subtipos de comportamentos característicos deste quadro, utilizados aqui como categorias de análise: angústia da separação, identidade, clivagem, narcisismo, agressividade, impulsividade, suicídio ou tentativas. Para cada um dos sete subtipos elencados pelo autor serão mostradas cenas do filme “Girl Interrupted” que nos permitirão uma reflexão.

#### **1. Angústia da separação**

Este comportamento diz respeito ao sujeito fazer esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário; muitas vezes identifica que será abandonado e, na tentativa de evitar isto, acaba afastando a pessoa. Como trouxe Hegenberg (2016) em seu livro, o sujeito *Borderline* não desenvolveu a capacidade de estar só, pois o ambiente não permitiu o desenvolvimento do bebê.

No caso do filme, podemos observar isto na relação de Susana com Lisa de modo geral, quando fugiram do hospital depois de serem colocadas em alas separadas.

Além disso, após fugir do manicômio, ela rejeita as investidas de um rapaz que conheceu em um bar, dizendo-lhe que é louca e que ele não iria querer estar com ela (01:22).

Isto mostra como, para evitar um abandono criado em sua cabeça, ela automaticamente sabota. Esta cena também demonstra alguns aspectos associados ao comportamento de identidade, como a fragilidade da sua identidade: ela não sabe exatamente quem ela é. A cada momento, ela se autodenomina de uma forma diferente, neste caso “louca”, pois está num manicômio com outras pessoas também consideradas loucas, logo na sua cabeça, deve ser louca também. O DSM 5 também traz este critério como:

Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.)

## **2. Identidade**

Para contextualizar este processo, serão descritas duas cenas diferentes.

Lisa vai falar com Susanna pela primeira vez. Senta-se na frente dela e começa a fumar um cigarro. Enquanto fala, assopra a fumaça no rosto de uma senhora que também está internada no hospital. Quando Lisa sai, Susanna faz a mesma coisa, e a senhora a xinga. (GIRL INTERRUPTED, 01':38”).

Quando Lisa ainda está fugindo para a Flórida e Susanna se encontra sem sua “figura de apoio”. Ela tem algumas crises existenciais em que se culpa pelo suicídio da ex-colega e se julga uma pessoa não correta, pois pensa que uma pessoa decente deveria ter intervindo quando Lisa disse coisas pesadas à amiga. Percebe que sem Lisa as coisas ficaram mais fáceis. Ela reencontra sua personalidade e, a partir desse momento, entrega-se ao tratamento. Até então vivia uma relação destrutiva. (GIRL INTERRUPTED, 01':41”).

Para Hegenberg (2016), o *Borderline* não construiu sua subjetividade pois não teve o holding apropriado para tal. Como não teve experiências intersubjetivas ideais

com o ambiente, o sujeito não consegue ficar independente da subjetividade do outro. Segundo Kernberg (1995), a falta de identidade está relacionada à sensação de vazio crônico, autopercepções contraditórias e percepção empobrecida dos outros. Hegenberg (2016) ainda comenta sobre como o *Borderline* é mais influenciado pelo ideal de ego do que pelo superego.

Santos e Neto (2018) trazem a questão da identidade como ausência de organização e sensação de continuidade de características que o sujeito entende como suas em diversos aspectos. Os autores que a ausência de identidade é percebida pelos constantes comportamentos de imitação.

O DSM 5 traz um dos critérios como: Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.

### **3. Clivagem**

Segundo o autor, a clivagem é mostrada no livro como a percepção do *Borderline* de enxergar os sujeitos em dois polos extremos, ora bons, ora maus. Como já dito no item acima, o superego não é instância dominante, pois esta função está sendo exercida pelo ideal de ego; este faz com que o sujeito, segundo Hegenberg (2016), tenha uma relação de idealização com o outro, amando-o ou odiando-o, chamada de clivagem objetal.

Susanna se recusa a fugir com seu ex-namorado para o Canadá. Ela, que antes via as colegas do hospital como loucas e surtadas, agora as considera amigas e não quer abandoná-las. (GIRL INTERRUPTED, 1':02").

No DSM 5 este comportamento é sinalizado como: Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.

### **4. Narcisismo**

Na cena é demonstrada claramente a falta de vínculo e confiança na terapeuta. Suzanna está na sessão de terapia, pergunta a terapeuta se acredita que ela tem algum dom extra-sensorial. Em seguida pergunta se terá alta até o dia de ação de graças, reclama que não acontece nada há semanas. A terapeuta então diz que o objetivo é o controle. Suzanna então responde de forma ríspida que está no

controle, sem remédios sem dores e dormindo bem, agindo de forma manipuladora. (GIRL INTERRUPTED, 1':42")

Para Hegenberg (2016), a relação do "border" é de apoio, isto é, ele precisa do outro e, por este motivo, está atento aos movimentos afetivos do outro para saber agir a fim de evitar possíveis abandonos. Logo, o "border" está atento ao outro, mas visando seus próprios interesses, e não se entrega ao outro ou na relação com o outro. Como podemos ver no exemplo acima, Susanna tem uma grande dificuldade de estabelecer um vínculo com a terapeuta, e seu comportamento baseia-se em seu objetivo de ter alta e sair do hospital.

## 5. Agressividade

Nas cenas do filme, é possível observar os contextos abaixo.

Logo após a tentativa de suicídio, os pais de Susanna a levam a uma consulta com um médico da família, que indica a internação. Na consulta, Susanna age de forma arrogante e desafiante. Quando é questionada sobre como foi possível tomar os remédios e a vodca, já que sua mão não tinha ossos, ela responde de forma arrogante, dizendo que não pode dizer a um médico coisas que contrariam as leis da física. (GIRL INTERRUPTED, 3':57").

Há novamente um enftretamento com a terapeuta do hospital. (GIRL INTERRUPTED, 1':12").

Logo após Lisa e ela serem separadas, Susanna xinga uma das funcionárias do hospital, fala sobre a cor de sua pele e questiona sua capacidade enquanto funcionária da saúde. Esta cena também poderia estar no item sobre impulsividade. (GIRL INTERRUPTED, 1':17").

Para Hegenberg (2016), o *Borderline* tem questões em relação aos limites e, ao se deparar com tais limites, ele pode se tornar agressivo. Geralmente, aos olhos dos outros, são situações contornáveis, mas para o *Borderline* são motivos de surtos de raiva incontroláveis. Ainda segundo Hegenberg (2016), o indivíduo está afundando em vivências que não controla, com uma agressividade flutuante, pronta para explodir em atos impulsivos, frutos do medo de perder o outro.

Santos e Neto (2018) trazem a agressividade como algo que não pode ser contido e são muito intensas, além de voltada para o próprio sujeito.

No DSM 5 este comportamento é citado como: Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).

## **6.Impulsividade**

Nas cenas do filme, é possível observar os contextos abaixo.

Susanna percebe que um dos funcionários tem um carinho especial por ela quando este vai trocar a lâmpada de seu quarto na madrugada, pois sabe que ela gosta de escrever em seu caderno à noite. Logo após essa descoberta, em um certo momento, ela o beija. (GIRL INTERRUPTED, 1':09").

Susanna enfrenta novamente a terapeuta, dizendo que sua palavra favorita é "ambivalente". Quando questionada sobre o que significa esta palavra, torna-se agressiva e impulsiva, mas logo após escuta a explicação. (GIRL INTERRUPTED, 1':12").

Susanna frequentemente fingia tomar os remédios que o hospital lhe dava e os guardava. Nesta cena, Susanna pega alguns comprimidos escondidos e, após uma situação de conflito, toma-os só uma vez.(GIRL INTERRUPTED, 1':16").

Lisa vai até o quarto de Susanna e sugere que elas fujam. Sem questionar, apenas se levanta e foge com a colega. (GIRL INTERRUPTED, 1':19").

A impulsividade e a agressividade estão diretamente relacionadas. Para Hegenberg (2016), as reações explosivas, impulsivas e agressivas têm um denominador comum, que é o medo de perder o objeto. Para o autor, o *Borderline* não consegue se opor a eles por conta deste medo e precisa agredi-los para se "ver livre de algumas amarras". Isto pode ser visto em uma das cenas finais do filme: na véspera de Susanna ter alta, na madrugada, Lisa rouba seu caderno e o lê em voz alta para todos. Neste momento Susanna consegue enfrentar Lisa, sendo extremamente agressiva. Nos outros momentos, Susanna agride os terapeutas, pois não sente uma relação de vínculo apropriada e não se sente acolhida, logo não olha para eles como objeto de apoio.

No DSM 5 este comportamento é citado: Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.)

## 7.Suicídio

Nas cenas do filme, é possível observar os contextos abaixo.

A primeira cena do filme mostra Susanna no pronto-socorro do hospital por conta da ingestão de muitos remédios com uma quantidade significativa de bebida alcoólica. Isto é, sua tentativa de suicídio (GIRL INTERRUPTED, 2':00").

Esta cena mostra Susanna falando da ex-colega do hospital que cometeu suicídio por conta das coisas ditas por Lisa. Ela diz que entende o que é querer morrer e querer se ferir por fora para matar o que tem por dentro. Esta cena mostra claramente como ela entende o suicídio e as automutilações. (GIRL INTERRUPTED, 1':39").

Susana conversa com o namorado, antes de ser internada, sobre como faria para se suicidar. Ele não gosta muito do assunto e ela age com agressividade. Nesta cena, ela fala como a ideia do suicídio deixa a vida mais "simples" e diz: "se você perdeu o trem, pode se matar", "se você acertou tal coisa, continue vivendo", "se você falhou em tal missão, se mate" e assim por diante. (GIRL INTERRUPTED, 26':10").

Para Kernberg (1995), o alto número de suicídios, ou tentativas, está relacionado à impulsividade crônica. Para Hegenberg (2016), o sofrimento pode ser tão intenso e insuportável que às vezes o suicídio se torna atraente. Quando o *Borderline* se sente ameaçado ou incompreendido pelos objetos de apoio, ele pode ter respostas explosivas, suicidas ou automutiladoras. Para Kernberg (1991), quando há abuso crônico de álcool e drogas, os riscos também aumentam bastante.

No DSM este comportamento é citado: Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante.

## Comportamento Sexual

Seu ex-namorado, aquele com o qual falou sobre o suicídio, vai visitá-la no hospital. Susanna leva-o para o quarto para transar, mas não consegue devido à falta de privacidade. (GIRL INTERRUPTED, 59':00").

O filme retrata também um caso que Susanna teve com um amigo da família, casado e pai de uma de suas colegas de escola.

Quando Susanna vê seu prontuário e percebe que está escrito que sujeitos *Borderlines* têm comportamentos promíscuos e uma sexualidade exagerada, ela discorda. Não fica claro no filme se Susanna tem ou não tais comportamentos, apenas alguns indícios de que sim, como nos dois exemplos citados acima e o beijo que deu no funcionário.

### **Conclusões**

Neste contexto é possível observar as relações instáveis de Susanna, seja com os pais, amigos, médicos ou namorados. Susanna não tem uma percepção clara de si mesma, e por vezes se espelha em Lisa para encontrar sua identidade. Outro fato bastante marcante no filme é a falta de confiança de Susanna nos terapeutas e médicos, seguindo o tratamento apenas no final do filme, quando provavelmente conseguiu estabelecer um vínculo e passou a vê-los como objeto de apoio. Susanna tem uma impulsividade e uma agressividade muito exacerbada, chegando a agredir verbalmente vários personagens com os quais se relacionava. A questão da idealização da morte, no sentido de que a morte traria, de certo modo, um alívio aos sofrimentos e às angústias vividas, também é bastante trabalhada no filme.

Estes contextos nos permitem inferir que a vida ao lado de alguém com transtorno de personalidade *Borderline* não é nada fácil; este indivíduo precisa de muito auxílio e apoio. No caso de Susanna, o médico da família pode ter faltado com ela, não lhe dando acolhimento e dizendo-lhe que estava machucando todos à sua volta. Este tipo de relação só contribui para que o sujeito se culpe cada vez mais e questione sua existência.

O filme é muito rico no quesito do transtorno, não sendo sensacionalista nem exagerando as situações, mostrando através dos personagens como estes indivíduos são pessoas comuns.

## 7. Considerações finais

O estudo contemplou uma síntese da história do conceito *Borderline*, isto é, de onde surgiu, porque surgiu, para que surgiu e de à qual população se referia. Em seguida, foi trazida a ideia de psicopatologia, que é a área do conhecimento que tenta de certo modo alinhar a psicologia com a psiquiatria, e não olhar para o sujeito como um sujeito “doente” ou “louco”, mas como um sujeito individual e único, com suas questões, vivências e experiências. O sujeito não é sua patologia, sua patologia faz parte de algo muito maior que existe nele. Além disso, deve-se considerar que a mesma patologia pode se manifestar e ser completamente diferente de uma pessoa para outra.

Na sequência, foram mostradas as definições do conceito *Borderline* na psiquiatria e na psicopatologia através do DSM, com o fim de evidenciar como a psicologia e a psicanálise, em especial, entendem a ideia de personalidade, transtorno de personalidade, e por fim o sujeito *Borderline*. Foram citados diversos autores, entre eles médicos e psicanalistas que discorrem sobre o tema.

Após a revisão bibliográfica, foi feita uma análise do filme “Girl Interrupted” (1999) que conta a história de uma jovem *Borderline* na década de 60 internada em um hospital psiquiátrico.

O trabalho teve como objetivo refletir sobre o transtorno de personalidade *Borderline*. Procurei discorrer sobre a instabilidade afetiva, a impulsividade, a agressividade, o sentimento de vazio, entre outros sintomas e comportamentos deste quadro, e como afetam a vida do sujeito como um todo e principalmente sua relação com o outro. Minha pretensão com o presente trabalho, além de compreender as diferentes visões do quadro *Borderline*, entre elas a nosográfica e a psicanalítica, foi olhar mais de perto para essas relações, observar e perceber essas dificuldades e conflitos, visando melhor compreender o sujeito.

Para mim, fica claro que o mundo em que vivemos, no século XXI, contribui, e muito, para o estabelecimento do transtorno *Borderline*. Pude perceber diversos padrões de comportamentos, explicados por vários autores e vertentes (medicina e psicologia). Destes comportamentos, continua me chamando a atenção a influência destes nas relações com o outro. Por exemplo, a agressividade e a impulsividade incontroláveis que, segundo alguns autores psicanalíticos, influenciam, desde os

primeiros momentos de vida, a relação do bebê com sua mãe. Há uma falta de suporte do ambiente externo para que seja constituída uma subjetividade adequada, a fim de que este sujeito possa ter uma autoimagem e identidade boas, para que a relação com o outro não precise ser de dependência (objeto de apoio), e para que suas angústias e medos não precisem ser transbordados, como sugere o nome do próprio transtorno: na borda. Estes sujeitos vivem na fronteira, literalmente. Interesse-me em investigar essas relações já nos primórdios da vida para que um sujeito possa ter um holding adequado desde a infância para que talvez não desenvolva o transtorno *Borderline*. Também acho interessante observar a relação psicanalista – paciente e o modo como a psicanálise pode intervir e acolher este sujeito em sofrimento, levando em conta suas peculiaridades e nuances.

## 8. Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <<http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acesso em: 28/04/2018.

ARAUJO, Alvaro Cabral, NETO Francisco Lotufo. A Nova Classificação Americana Transtornos Mentais – O dsm 5. Issn 1982-3541 2014. Vol. XVI, no. 1,67-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v46n85/v46n85a11.pdf> Acesso em: 02/06/2019

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2.ed.Porto Alegre: Artmed Editora S.A, 2008.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno Borderline: História e Atualidade. **Revista Latino-americana de Psicopatologia fundamental**. São Paulo v. II, n.2, pp.52-71, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0052.pdf>>. Acesso em: 03/04/2019.

DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora,2003. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/personalidade>. Acesso em: 17/09/2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ºed São Paulo: Atlas, 1999.

GIRL INTRRUPTED. Direção: James Mangold., Estados Unidos: Columbia Pictures,1999. (127 min)

GUSMÃO, Sonia Maria. **A teoria do desenvolvimento humano segundo Freud e Rogers**. VII Encontro Latino Americano de abordagem centrada na pessoa. Maragoni, AL. 9-16 out.1994. Disponível em:<<http://gruposerbh.com.br/textos/artigos/artigo15.pdf>>. Acesso em: 27/04/2019.

HEGENBERG, M.**Borderline**. 7. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2016.

JUNQUEIRA, C.; JUNIOR, N. E. C. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline?**Psicol. Clin**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf>>.Acesso em: 25/08/2018.

MOURA, M. L. S. de; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de Elaboração de projetos e pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed UERJ,1998.

**PEREIRA**, Mario E. C. Formulando uma Psicopatologia Fundamental, 1998, vol.1.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v1n1/1415-4714-rlpf-1-1-0060.pdf>

Acesso em: 02/06/2019

SANTOS, Guilherme Geha dos, NETO, Gustavo Adolfo Ramos Mello. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros **Borderline**. Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Psicologia, Maringá, Paraná, Brasil. 2018 vol 29. N. 2, 285-293

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v29n2/1678-5177-pusp-29-02-285.pdf>

Acesso em: 02/06/2018

SILVESTRI, S. S. **Transtorno da Personalidade Borderline ou Estrutura de Personalidade Borderline: Uma revisão Bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí. Biguaçu Dezembro de 2011. Disponível em :

<<http://siaibib01.univali.br/pdf/Sergio%20Schweitzer%20Silvestri.pdf>>. Acesso em: 22/08/2018.

SOUZA, A. C. A. de; VANDENBERGHE, L. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.9, n.2, pp. 381-390, jul-dez 2005. Disponível

em: <<https://functionalanalyticpsychotherapy.com/wp-content/uploads/Borderline2005.pdf>>. Acesso em: 07/10/2018

TAVARES Hermano, et al. **Clínica Psiquiátrica de Bolso**. Baruerí, SP: Manole, 2014.