

# BORDERLINE

*Maria Gertrudes Bim*

**PACIENTES BORDERLINE** - é um estado do psiquismo de um paciente que clinicamente está na fronteira limítrofe entre a **neurose** e a **psicose**, isto é, esses pacientes tem uma estrutura com características específicas, peculiares e singulares.

As investigações da psicanálise cada vez mais se aprofundam em situações clínicas que resultam das fixações ou regressões concernentes às etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional, chegando a esses pacientes que sofrem de “**vazios**” ou “**buracos negros**” e que se protegem através de fantasias, contra a ameaça de um sofrimento que vem das frustrações impostas pela realidade exterior.

Os pacientes borderlines tem um fator comum que é “**uma separação traumática do corpo da mãe**” num período no qual não se processara a etapa da diferenciação ou discriminação com a mãe, com um consequente prejuízo das subetapas de “**separação**” e “**individuação**”.

Quando os pacientes borderlines chegam ao consultório, queixam-se de uma incapacidade de contactar com outros e acham impossível manter qualquer relacionamento caloroso e estável. Se conseguem entrar num relacionamento, este se torna intensamente dependente e resulta em distúrbios de identidade. Eles estabelecem uma identificação com seus objetos e vivenciam uma perda de seu sentido de identidade que é acompanhada de intensa ansiedade, medo de fragmentação ou dissolução do self.

Acusam a sociedade e os outros de seus males e ficam facilmente perseguidos. Isto pode estar associado à ideias de grandiosidade sobre si próprios. Seus sentimentos são dominados por fantasias de pequenez e grandeza relativas.

Muitas vezes se queixam de diversas sensações anormais, perturbações de vários tipos de imagem corporal, bem como vivências de despersonalização e perda de contato com a realidade.

O desempenho no trabalho varia muito. Muitas vezes, quando chegam ao tratamento, já largaram seus estudos ou seu trabalho ou estão fazendo alguma forma de trabalho manual ou de baixo nível, ainda que possam ter alcançado um grau universitário. Entretanto, sua capacidade de trabalho pode ficar preservada se trabalham numa situação estruturada.

## **ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES COM DISTÚRBO BORDERLINE DE PERSONALIDADE (PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE – P.P.P)**

- impulsividade em pelo menos duas áreas que trazem prejuízos pessoais potenciais, como, por exemplo: gastos, uso de drogas, furtos, dirigir sem cuidado, comer compulsivamente ou mesmo o trabalho desenfreado, o sexo insistentemente perseguido, o esporte, alguma crença, etc., refletem uma busca

desenfreada de "um algo mais" que lhes complete e lhes de sossego. Tudo isto é uma tentativa de aliviar a solidão e tédio.

- instabilidade afetiva: oscila bruscamente entre emoções como o amor e ódio, entre a indiferença ou apatia e o entusiasmo exagerado, alegria efusiva e tristeza profunda. Eles podem desenvolver intenções de protetores ou amantes já no primeiro ou no segundo encontro, exigir que passem muito tempo juntos e compartilhem detalhes extremamente íntimos ainda na fase inicial de um relacionamento. Essas pessoas podem sentir empatia e carinho por outras pessoas, entretanto, tais sentimentos são frutos exclusivos da expectativa de que a outra pessoa estará lá para atender suas próprias necessidades de apoio, carinho e atenção. A vida conjugal com essas pessoas pode ser muito problemática, pois, ao mesmo tempo em que se apegam ao outro e se confessam dependentes e carentes desse outro, de repente, são capazes de maltratá-lo cruelmente. Há sempre uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos, mas instáveis, os quais podem causar nessas pessoas, repetidas crises emocionais.
- mudanças marcantes de humor para depressão: tem uma depressão despersonalizada, isto é, tédio, inutilidade, falta de interesse, etc., mas com amortecimento acentuado do aspecto doloroso da verdadeira depressão.
- irritabilidade ou ansiedade: duram em geral, algumas horas e raramente mais de alguns dias. Essas crises de fúria e agressividade acontecem de forma inesperada, intempestivamente e, habitualmente, tem por alvo pessoas do convívio mais íntimo, como os pais, irmãos, familiares, amigos, namoradas, cônjuges, etc. Embora o borderline mantenha condutas até bastante adequadas em grande número de situações, ele tropeça escandalosamente em certas situações triviais e simples. Os sentimentos agressivos dessas pessoas não costumam ser dissimulados e eles frequentemente expressam raiva intensa e inadequada ou tem dificuldade para controlar essa raiva. Eles podem exibir extremo sarcasmo, persistente amargura ou explosões verbais. Por outro lado, essas expressões de raiva frequentemente são seguidas de vergonha e culpa e contribuem para o sentimento de baixa autoestima. Muita destrutividade e como consequência lógica, medo dos fantasmas internos e imensa angústia de aniquilamento.
- perturbação forte e persistente de identidade, manifesta por incerteza sobre pelo menos dois dos seguintes aspectos:
  - autoimagem: juízo que tem de si mesmo e de sua vida
  - orientação sexual: raramente estabelecem uma identidade sexual firme e vacilam entre vivências de masculinidade e feminilidade. Não são homossexuais, mas tem temores de que possam sê-lo, e suas escolhas de objeto de amor ou tentativas de escolha de objeto de amor, são igualmente vacilantes.

- objetivos a longo prazo ou escolha de carreira: súbitas mudanças de opiniões e planos acerca de sua carreira, tipo de amigos desejados, valores preferenciais.
- tendências sexuais perverso-polimorfos caóticas e múltiplas. Os pacientes podem manifestar a presença de formas mutáveis de perversão sexual: sadomasoquismo, atuações homossexuais, etc.
- tem uma ansiedade difusa e a sensação de um vazio crônico muito grande ou de tédio. Essas pessoas ficam facilmente entediadas, não aceitam bem a constância ou mesmo a serenidade, e podem estar sempre procurando algo para fazer.
- se esforçam freneticamente para evitarem um abandono, seja um abandono real ou imaginado. A perspectiva da separação, perda ou rejeição podem ocasionar profundas alterações na auto-imagem, afeto, cognição e no comportamento. O borderline vive exigindo apoio, afeto e amor continuamente, sem isso, aflora o temor à solidão ou a incapacidade de ficar só, em presença de si mesmo. Para evitar o abandono utilizavam autolesão ou ameaças de suicídio.
- existe um baixíssimo limiar de tolerância às frustrações e eles as evitam ao invés de enfrentá-las.
- neurose polissintomática, que se exprime pela presença de elementos fóbicos, obsessivo-compulsivos, histéricos ou hipocondríacos, frequentemente combinados.
- personalidade infantil: excessivo compromisso nas relações interpessoais, que aparecem como inadequadas e toscas, com erros manifestos quanto à percepção da vida interna de quem a rodeia. Exibem intensas necessidades de dependência. Suas relações são pouco sexualizadas, frias e oscilantes, expressando alternadamente, sentimentos positivos e negativos.
- personalidades narcisistas: graves perturbações da auto representação. Podem coexistir imagens grandiosas de si próprio, com uma intensa necessidade de serem amados e admirados pelos demais. Sua vida emocional carece de profundidade e padecem de evidentes falhas na empatia para com os sentimentos dos que os rodeiam. Isto faz com que estabeleçam vínculos de tipo exploratório e que reajam com raiva ante qualquer frustração, por menor que seja.
- há uma tendência para a fusão com o objeto necessitado, o que trás um borramento das diferenças.
- existe um grande ódio a toda realidade penosa e se isola no mundo das ilusões/fantasia, disso resulta um prejuízo das capacidades de pensamento e uso de linguagem. Não separam o que é real do falso. Existe total confusão entre o real e o imaginário. Formação de delírios e ou alucinações repetitivas como também de ideias delirantes persecutórias.
- ao invés de aprenderem pela experiência são totalmente onipotentes e arrogantes.

- a função do saber/conhecimento é levada para uma curiosidade intrusiva, arrogante e estúpida.
- descarregam nas pessoas tudo aquilo que é intolerável em si mesmo. Como o objeto externo fica identificado com a parte intolerável do paciente, inevitavelmente se produz um conflito em seu vínculo com ele, pois isto distorce a imagem que o indivíduo tem do seu entorno, como perturba as relações interpessoais.
- a projeção desses temores e ansiedades, principalmente as de aniquilamento e morte necessitam encontrar um continente adequado na pessoa da mãe, senão a criança reintrojeta as ansiedades projetadas, que se juntam às angústias da mãe, constituindo-se no **“terror sem nome”**.
- é comum o afastamento social.
- o borderline terá dificuldade de dizer não, pois precisa do apoio do outro – ele tende a mudar de idéia para concordar com o interlocutor a fim de não contrariar.

**Todos os aspectos descritos estão presentes nos pacientes borderline, mas:**

- ficam sem sequelas, após a irrupção de surtos francamente psicóticos. Como os neuróticos, podem ser tratados até resolverem seus conflitos.
- conservam um juízo crítico e senso da realidade. Os estados psicóticos permitem uma relativa adaptação ao mundo exterior, isto é, todo doente borderline tem uma parte neurótica da personalidade.
- confusão entre o si-próprio e o objeto. Isto se deve aos intensos fenômenos projetivos a que recorrem pelo manejo da angústia. A perda da prova da realidade envolve a imagem do analista, que frequentemente os pacientes confundem com seus objetos da infância. Um paciente pode manifestar: “sim, tem razão em pensar que vejo você como via minha mãe, porque, na verdade, você e minha mãe são idênticos”. Ele vive tudo com absoluta atualidade. O analista pode ser sentido como ameaçador e violento, inspirando medo ou raiva e, instantes mais tarde, como inteiramente bom, grandioso e perfeito.
- frequentemente existem atuações (actings) que fazem com que o paciente fique preso por algum tempo, repetindo com o psicanalista seus desejos e destrutividades, em casos mais avançados da estruturação. Atua tanto dentro como fora da sessão (acting in e out).
- dificuldade de concentração, vazio de sentido na escolha profissional dificultam a vida escolar. Por volta dos 30 e 40 anos, parecem alcançar estabilidade em seus relacionamentos profissionais e pessoais, quando conseguem apoio de uma figura significativa.

- sedutor e convincente: alguns são bastante hábeis na arte de sedução e conseguem agrupar em torno de si um número razoável de seguidores.
- há um sério transtorno do “sentimento de identidade”, isto é, o paciente tem dificuldade de transmitir uma imagem integrada, coerente e consistente de si próprio, deixando as outras pessoas confusas com relação a ele. Este fato é consequência da dissociação dos distintos aspectos do seu psiquismo, que permanecem contraditórios ou a oposição entre si e o paciente que se organiza como uma pessoa ambígua, instável e compartimentada. Kernberg descreveu esse estado emocional como **departamentalização**.
- para os psicanalistas esses tipos de pacientes podem não ser apenas, os mais frustrantes, mas também os mais gratificantes de tratar-se (Revista Brasileira de Psicanálise – 1996) – artigo: Realidade psíquica em condições borderline.
- sempre o delírio ou alucinação serão bons para compensar a realidade ruim do paciente.
- os borderlines em graus mais avançados tem muito mais possibilidade de retirar o pouco de libido que ainda tem empregada na realidade e entrar na psicose.

### **Mecanismos de defesas utilizados pelos pacientes borderlines:**

**Clivagem:** a divisão do self e de objetos externos em “totalmente bons” e “totalmente maus” resulta na reversão repentina e completa de todos os sentimentos e conceituações sobre o self ou sobre visões acerca de uma pessoa em particular.

**Idealização primitiva:** este mecanismo exagera a tendência a ver objetos externos como bons. As qualidades de bondade nos outros é exagerada de um modo patológico, chegando a excluir falhas humanas comuns. O paciente não tolera nenhuma imperfeição na pessoa idealizada. A contrapartida da idealização é a completa desvalorização dos outros ou a percepção dos outros como persecutórios e perigosos.

### **Formas primitivas de Projeção:**

**Identificação projetiva:** caracterizados por atribuir a outras pessoas um impulso recalcado do paciente.

Manifestações em transferências dominadas por profundo ódio atuado. Trata-se da extraordinária dependência que o paciente tem pelo terapeuta, manifestada simultaneamente pela agressão voltada contra este, o que demonstra uma indelével “fixação ao trauma”. Ao mesmo tempo, as fantasias e medos do paciente refletem sua assunção de que, ao menos que combata o terapeuta, ele será submetido a um ataque similar de ódio, espoliação sádica e perseguição por ele.

Através de identificação projetiva, o paciente está atribuindo seu próprio ódio e sadismo ao terapeuta; a situação ilustra a íntima ligação entre o perseguidor e o

perseguido, senhor e escravo, sádico e masoquista; todos relacionados, em última instância, à mãe sádica, frustrante, “incomodativa” e ao bebê indefeso, paralisado.

**Denegação:** Estes pacientes estão conscientes de que suas percepções, pensamentos e sentimentos a respeito de si mesmos ou dos outros são, algumas vezes, completamente opostos aos expressos, mas este reconhecimento não tem relevância emocional alguma e não consegue influenciar o seu estado mental atual.

**Onipotência e desvalorização:** são representadas pela ativação de estados egóicos que refletem um self altamente inflado, grandioso e onipotente e que se relacionam com representações depreciativas e desvalorizadas dos outros, incluindo a projeção de aspectos desvalorizados do self. Pode haver no borderline, uma rápida passagem da idealização elogiosa para sentimentos de desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa o suficiente com ele, não dá o bastante de si, não se mobiliza o suficiente. Portanto, são insaciáveis em termos de atenção. Eles são inclinados a mudanças súbitas em suas opiniões sobre os outros.

### Capacidade de teste da realidade

- **fraqueza do ego:** falta de controle de impulso, falta de tolerância à ansiedade e falta de canais desenvolvidos de sublimação.

- **na patologia do superego:** sistemas de valores imaturos, exigências morais internas contraditórias ou até mesmo, características antissociais.

- **relações objetais crônicas e caóticas:** são uma consequência direta da difusão de identidade e da predominância de operações defensivas primitivas.

## COMO O PSICANALISTA TRABALHA COM ESSES PACIENTES

- Esses pacientes requerem por parte do psicanalista uma abordagem técnica específica e excelente função continente. Para isso o setting, ou enquadre psicanalítico precisa ser uma espécie de “**útero psicológico**”, funcionando como incubadora para que o self em estado prematuro possa obter as provisões essenciais para o seu desenvolvimento. Esta é a proposta contemporânea no tratamento desse tipo de pacientes para que os mesmos, que estão desistindo da vida real e entrando em fantasias, possam ter uma nova existência de realidades. Uma técnica muito importante que utilizamos atualmente é “**acolher a sua criança**”. O psicanalista acolhe seu paciente fazendo o papel do útero psicológico. Ensinamos a trabalhar sozinho quando está longe do consultório.

- O psicanalista deve mostrar ao borderline quantas decisões erradas ele foi tomando na vida e quais as consequências delas advindas. O borderline ainda no útero anulará a realidade e trocará por alucinações e ele manterá a alucinação no decorrer de sua vida – ele retirou a libido da realidade e colocou numa alucinação e terá uma vivência dupla: **vive dentro da realidade no físico, mas seu emocional estará na alucinação.**
- O tratamento com a mudança do comportamental vai eliminando a fantasia e transformando-a em realidade, até o paciente entrar na realidade total.
- Ao não encontrar apoio, torna-se agressivo, frequentemente se agride quando se sente sozinho ou ameaçado de abandono. O primeiro passo é acalmá-lo, escutá-lo quantas vezes forem necessárias para ele se sentir acolhido em seu desabafo. Depois é necessário lhe dar razão nos pontos em que ele está com a razão (não mentir, este é o ponto básico para ganhar sua confiança). Só depois disto, deixar claro que não está sendo abandonado pelo analista. Os limites podem e devem ser colocados, acompanhados de explicações e paciência para se repetir quantas vezes forem necessárias as razões dos limites.
- O analista deve ter a sensibilidade para extrair do acontecimento o direito à irritação, a sutileza dos seus sentimentos de abandono e rejeição, acolhê-lo e interpretá-los. Só assim o borderline se sentirá respeitado e compreendido. A análise do vazio, do tédio e da falta de sentido deve ser constante no caso do borderline, principalmente se ele estiver deprimido. É a maneira dele se sentir acompanhado, apoiado e compreendido.

Segundo Marco Aurélio Baggio, quem melhor descreve o Ego desses pacientes, *“os Borderlines são pouco capazes de se empenharem numa tarefa com persistência e acuidade. Desistem do esforço e circulam em torno daquilo que é preciso fazer, mas não fazem. Em relação ao contacto interpessoal, eles tem uma tendência a atacar o outro do qual dependem, como forma de camuflar, são indivíduos muito sensíveis às circunstâncias ambientais e o intenso temor de abandono, mesmo diante de uma separação exigida pelo cotidiano e por tempo limitado, são muito mal vivenciadas pelo Borderline. Esse medo do abandono está relacionado a uma grande intolerância à solidão e à necessidade de ter outras pessoas consigo”*.

*“A personalidade do Borderline é uma peça de teatro onde os atores coadjuvantes estão sempre esperando ele, o ator principal. Trata-se de um ego que não tolera o vazio, a separação, a ausência, não sabe superar com equilíbrio os conflitos”*.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

BLEICHMAR & BLEICHMAR-(1992) - A Psicanálise depois de Freud - Teoria e Clínica.

HEGENBERG, MAURO- Borderline Clínica Psicanalítica- São Paulo- 2000- Editora Casa do Psicólogo

KERNBERG O. F.- Agressão nos Transtornos de Personalidade e ns Perversões- Porto Alegre- 1995-Artmet Editora

KERNBERG O. F. e outros – Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Bordeline- Porto Alegre – 1991- Artmed Editora.

MAHLER, MARGARET. (1989). As Psicoses Infantis – Artes Médicas Editora.

MINNINNGER, KARL A; HOLZMAN P.S.(1982). Teoria da Técnica Psicanalítica - Zahar Editores

PRADO, MÁRIO P.<sup>a</sup> (1983). Psicanálise de Psicóticos – Plurarte Editora.

SPILLIUS, ELIZABETH BOTT (1988)- Melanie Klein Hoje – Imago

ZIMERMAN, D. E. (1999). Fundamentos Psicanalíticos - Artes Médicas Editora

Pesquisa internet: [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)