

ALVARO ANCONA DE FARIA

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE: UMA PERSPECTIVA SIMBÓLICA

2003

INTRODUÇÃO

A necessidade de realização de uma monografia como parte dos requisitos para obtenção do título de membro da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica apresentou-se para mim como oportunidade para aprofundar uma reflexão e sistematizar uma experiência anterior com o tema do Transtorno de Personalidade Borderline.

A escolha do tema ocorreu como consequência natural da minha trajetória profissional, que teve início com a graduação em Medicina. Já então, desde as primeiras vivências no contato com os pacientes, me chamavam muito a atenção não só os aspectos objetivos das patologias e dos tratamentos, mas a experiência psicológica subjetiva do adoecer, que pouco a pouco observava.

Posteriormente, ao cursar a residência em Psiquiatria, em paralelo ao estudo dos aspectos mais biológicos das patologias, suas implicações e tratamentos, passei a me aprofundar mais quanto aos aspectos psicodinâmicos envolvidos nas diversas situações.

Faz parte da nossa tradição psiquiátrica/psicológica uma cisão entre os dois campos de estudo, biológico e psicológico. Esta divisão, que só tem sentido se pensada enquanto recurso didático, de linhas de trabalho e particularizações do conhecimento, sempre me incomodou, por se apresentar muitas vezes de maneira polarizada, oposta e não complementar.

Do meu ponto de vista só podemos pensar esta dicotomia enquanto par de opostos complementares, que originam uma interface criativa infelizmente pouco conhecida, e sobre a qual não

encontramos muito na literatura, em especial no que se refere aos aspectos relativos aos fenômenos psíquicos resultantes desta interpenetração.

Esta interface, como disse anteriormente, me interessou de modo específico desde o início da minha atividade profissional. Como residente de psiquiatria, e desde então, vivi o *boom* da psiquiatria biológica, a partir da descoberta de novas medicações com maior eficácia e menores efeitos colaterais. No entanto, ao mesmo tempo em que assisti ao desenrolar deste processo de forma cada vez mais intensa — não só nos meios acadêmicos mas também na mídia — na minha prática clínica as questões referentes à psicodinâmica foram se mostrando mais e mais fundamentais para a compreensão das questões psíquicas e da alma do ser humano.

Assim, fui me orientando tanto academicamente como no atendimento cada vez mais para a psicoterapia, e, dentro desta, particularmente para a psicologia analítica, sem contudo deixar de ter também um olhar biológico, sobretudo na prática clínica. Continuei a atender pacientes como psiquiatra clínico, em paralelo aos mais e mais freqüentes acompanhamentos psicoterápicos.

Entendo a psicoterapia de orientação analítica como um leque de possibilidades: o aprofundamento das questões da alma, o autoconhecimento, a ampliação da consciência como um todo, compõem-se como um dos aspectos fundamentais que sempre me chamaram a atenção. Tive porém, por determinado período, a experiência de ser o coordenador do setor de psicoterapia do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. E estando dentro de uma instituição hospitalar de grande porte, a questão da utilização da psicoterapia de orientação analítica como possibilidade de tratamento se coloca de maneira imperiosa.

Muitas são as patologias psiquiátricas graves. Na maioria delas, o tratamento medicamentoso tem um papel de extrema importância. As diferentes formas de psicoterapia também oferecem sua colaboração, conforme cada situação.

No entanto, uma patologia chama a atenção por suas características peculiares. No Transtorno de Personalidade Borderline temos uma patologia de grande gravidade, com enormes prejuízos para o paciente nas esferas dos relacionamentos interpessoais, sociais e ocupacionais; uma alta taxa de suicídios; enfim, de um aspecto incapacitante de grande magnitude.

Por diversas vezes fiquei intrigado com um aspecto desta patologia classicamente descrito na literatura: a resposta peculiar que estes pacientes apresentam ao uso dos diferentes tipos de medicação, menos intensa em relação a indivíduos com outras patologias.

Outra característica que sempre me chamou a atenção refere-se aos sentimentos que normalmente provocam em quem os está atendendo. Pacientes difíceis, intrusivos, invasivos, estranhos; são estes os adjetivos que ouvimos do profissional que se depara com este paciente.

Paralelamente, estes indivíduos apresentam ainda uma resposta e evolução muito mais satisfatória quando atendidos em psicoterapia de orientação analítica.

Estas razões me instigaram a buscar um maior aprofundamento no tema. Durante minha permanência na Santa Casa tivemos por dois anos, no próprio hospital, um grupo de estudo e atendimento destes pacientes, chamado de Projeto Borderline. Nesta época, visitei também o Cassel Hospital, em Londres, Inglaterra. Trata-se de uma comunidade terapêutica especializada no

atendimento de pacientes com transtornos de personalidade, onde a psicoterapia de orientação analítica tem um papel central.

Na Psicologia Analítica há pouca literatura sobre o tema. Encontramos mais freqüentemente autores da psicanálise, especialmente kleinianos.

Essa somatória de fatores me levou a realizar a minha monografia de conclusão de curso sobre este assunto.

Meu objetivo com este trabalho é expor algumas reflexões sobre aspectos relacionados às questões do desenvolvimento da personalidade dentro desta patologia, do ponto de vista da Psicologia Analítica. A meu ver, esta possui um instrumental teórico muito competente para o entendimento desta configuração nosológica, especialmente no que tange à possibilidade de compreensão dos aspectos biológicos e psicológicos de maneira não cindida e dissociada, mas sim integrada.

Acredito que isto seja possível, especialmente se pensarmos essa integração como um processo simbólico e não cedermos à tentação de ficar com um ou outro pólo, mas sim pudermos, enquanto consciência coletiva, agüentar essa tensão de opostos com a esperança de chegarmos ao *tertium non datur*.

DIAGNÓSTICO

A primeira dificuldade que surge ao usarmos o termo *borderline* é definir nosso objeto de estudo. A confusão, em nosso meio, inicia-se com o termo em si. *Borderline* ou *limítrofe*, encontraremos uma ou outra denominação dependendo da classificação diagnóstica que consultarmos¹. Some-se a esta variação terminológica o fato desta categoria diagnóstica ainda ser recente e a própria dificuldade que muitas vezes encontramos em poder caracterizar este quadro, e conseguimos então compreender o porquê de tanta controvérsia.

De qualquer maneira, uma ocorrência é comum a todas as situações: este diagnóstico parece estar sempre cercado de um aviso: cuidado, paciente difícil! E ainda que de fato esta patologia normalmente se caracterize por um quadro que inspira muitos cuidados, e que demanda muito do profissional que o acompanha, parece que o difícil está além disso. Ora, outros tantos quadros psiquiátricos são difíceis, tanto no sentido do atendimento quanto na condução. E nem sempre são acompanhados deste aviso que está presente de maneira maciça nestes casos.

Partindo destas dificuldades, faz-se necessária uma delimitação mais acurada e uma definição mais precisa do objeto que pretendemos discutir e estudar. Assim, uma compreensão histórica

¹ Embora na edição em língua portuguesa da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 seja empregado o termo *limítrofe*, optamos pelo termo *borderline* pela tradição do uso e porque o termo *limítrofe* pode apresentar outros significados nosológicos. Neste trabalho grafamos o termo sem itálico como consta na edição em língua portuguesa do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana.

da evolução do conceito poderá nos ajudar a entender esta aparente confusão.

HISTÓRICO

Encontramos o termo *borderline* na literatura pela primeira vez em 1938, introduzido por Adolf Stern, que o utiliza para descrever um quadro caracterizado por narcisismo, "sangramento psíquico", hipersensibilidade desordenada, rigidez psíquica, reações terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade, masoquismo, ansiedade somática, projeção e dificuldades no teste de realidade. Desta maneira, descreve um grupo de pacientes que estaria numa fronteira entre a neurose e a psicose, apresentando alterações importantes tanto à vista da psicopatologia psicanalítica quanto da psicopatologia fenomenológica.

Dentro da literatura psicanalítica, o termo foi sendo apresentado e discutido nas décadas subseqüentes de diferentes maneiras e com diferentes significados. *Estados-limite*, *limítrofes*, *borderline*, *cas limites* em francês (*casos limites*), apesar de serem termos semelhantes, foram usados para descrever fenômenos às vezes bem diferentes. Na literatura psiquiátrica formal o termo permanece ausente durante todo este tempo.

Quando da tentativa de uniformização promovida pela Associação Psiquiátrica Americana é publicada, em 1952, a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, (DSM-I), onde não há referência ao termo *borderline*. Na segunda edição (DSM-II), de 1968, ele também está ausente. É somente na

década de 70 que alguns autores — principalmente o grupo de trabalho de John Gunderson — passam a defender a idéia de que seria necessária a criação de uma nova categoria diagnóstica que pudesse definir este grupo de pacientes. Em 1975, Gunderson e Singer publicam um trabalho propondo uma definição para o transtorno, trazendo assim a proposta de um novo diagnóstico.

Somente na terceira edição do manual (DSM-III), em 1980, esta síndrome aparece pela primeira vez na nosologia psiquiátrica como um diagnóstico em si, como “distúrbio borderline de personalidade”.

Hoje, o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline está presente tanto na classificação psiquiátrica da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) quanto na classificação da Organização Mundial da Saúde, a Classificação Internacional das Doenças, 10ª edição (CID-10), como veremos a seguir.

O DIAGNÓSTICO

Embora todas estas classificações que citamos acabem funcionando como uma amarra às questões diagnósticas quando estamos no *front* da prática clínica, têm sua justificativa, por outro lado, quando refletimos na necessidade de uma linguagem comum, que possa nos permitir falar dos mesmos processos e fenômenos, seja como compreensão psicopatológica e estabelecimento de um diagnóstico, seja no que se refere à pesquisa clínica.

Apresentamos a seguir os critérios diagnósticos tanto do DSM-IV quanto do CID-10 para este transtorno:

DSM-IV

301.83 Transtorno de Personalidade Borderline

- Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da vida adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

(1) esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado. Nota: não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no 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 resistente da auto-imagem ou do sentimento de *self*;

(4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente). Nota: não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5;

(5) recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;

(6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex. episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);

(7) sentimentos crônicos de vazio;

(8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);

(9) ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos.

CID-10

F60.3 Transtorno de personalidade emocionalmente instável

- Um transtorno de personalidade no qual há uma tendência marcante a agir impulsivamente sem consideração das conseqüências, junto com instabilidade afetiva. A capacidade de planejar pode ser mínima e acessos de raiva intensa podem com freqüência levar à violência ou a "explosões comportamentais"; estas são facilmente precipitadas quando atos impulsivos são criticados ou impedidos por outros. Duas variantes desse transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham esse tema geral de impulsividade e falta de autocontrole.

F60.30 Tipo impulsivo

As características predominantes são instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos. Acessos de violência ou comportamento ameaçador são comuns, particularmente em resposta a críticas de outros.

- *Inclui*: personalidade (transtorno) explosiva e agressiva
- *Exclui*: transtorno anti-social de personalidade (F60.2)

F60.31 Tipo *borderline* (limítrofe)

Várias das características de instabilidade emocional estão presentes; em adição, a auto-imagem, objetivos e preferências internas (incluindo a sexual) do paciente são com frequência pouco claras ou perturbadas. Há em geral sentimentos crônicos de vazio. Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão (embora esses possam ocorrer sem precipitantes óbvios).

- *Inclui*: personalidade (transtorno) *borderline* (limítrofe)

Como apontado por Kernberg (1991, p. 15), esta abordagem do diagnóstico se aplica muito bem para fins de pesquisa, mas não para fins clínicos, uma vez que não distingue os casos de menor gravidade daqueles distúrbios mais graves. Além disto são definições que se preocupam mais com os aspectos fenomenológicos descritivos, traduzindo menos as questões relacionadas com o funcionamento dinâmico envolvido.

Também em nosso meio analítico os autores retomam a questão da necessidade do diagnóstico da personalidade borderline ter um lugar próprio como categoria diagnóstica. Schwartz-Salant em sua obra *A Personalidade Limítrofe: Visão e Cura* (1997, p. 18) diz: "O psicanalista francês André Green sugeriu que à categoria 'limítrofe' deveria corresponder uma identidade própria e que ela pode exigir um modelo que não seja baseado na psicose ou na neurose. Concordo inteiramente com este ponto de vista."

Kernberg (1991, p. 15), a partir destas questões, propõe então o conceito de *organização borderline de personalidade*, visando acomodar e ampliar a compreensão desta patologia. Baseia este conceito em três critérios estruturais: difusão de identidade, nível das operações defensivas e a capacidade de teste de realidade.

Difusão de identidade

A definição de Kernberg para difusão de identidade é a falta de integração do conceito de *self* e outros significativos². Revela-se na experiência subjetiva do paciente de vazio crônico,

² Durante todo este trabalho grafaremos o termo *self* ou *Self* conforme utilizado pelo autor citado. Quando fizermos uso do termo, este será empregado na forma mais corrente dentro da Psicologia Analítica, ou seja, *Self* como no original *Selbst* e *self* como referência a si mesmo. A expressão *Si-mesmo* será utilizada quando assim constar na tradução em língua portuguesa.

autopercepções e comportamentos contraditórios, percepções contraditórias e empobrecidas dos outros e incapacidade de mostrar-se, bem como de mostrar as suas interações significativas com outros ao terapeuta.

Nível das operações defensivas

O autor frisa a presença de mecanismos defensivos primitivos, onde ocupa lugar central a cisão, acompanhada de idealização primitiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização.

Capacidade de teste de realidade

O teste de realidade é definido como “a capacidade de diferenciar entre *self* e não-*self* e entre as origens intrapsíquica e externa das percepções e estímulos, e de avaliar nosso próprio afeto, comportamento e pensamento em termos de normas sociais comuns.” (Kernberg, 1991, p. 15)

Doravante usaremos simplesmente o termo *borderline* para designar os pacientes que apresentam estas características clínicas: uma identidade composta por um ego frágil, constantemente ameaçado por núcleos psicóticos paranóides ou quadros dissociativos graves com uma alternância masoquista/depressiva, devido a uma confusão de estados psicológicos oscilatórios (Charlton, 1988, p. 59); uma instabilidade afetiva e uma instabilidade nas relações interpessoais, com extremos de idealização e desvalorização, sensível aos menores estímulos, que se centra na questão do medo do abandono, real ou imaginado, acompanhado de esforços incríveis para evitá-lo.

Principalmente nestes momentos, em que a ameaça do abandono se configura, o grau de ansiedade torna-se altíssimo, aparece uma impulsividade marcante, relacionada a comportamentos como abuso de substâncias, sexo compulsivo, gastos compulsivos, comer compulsivo, na tentativa de aplacar esta ansiedade extrema. Quando estes estados afetivos tornam-se intoleráveis, encontramos um comportamento suicida ou automutilante, onde corpo e psique estão fundidos de maneira primitiva.

A instabilidade afetiva, que funciona como uma verdadeira montanha russa para o paciente, é uma característica central. Estes indivíduos apresentam uma variação do humor, normalmente por horas e raramente por mais que alguns dias; o humor, nestes pacientes, é hiperreativo e responde com uma magnitude desproporcional a pequenos estímulos, normalmente ligados à sensação de frustração e traição que acompanham a cisão da estrutura psíquica em fusão/afastamento, com explosões de raiva e ira, alternados com outros momentos de absoluta sensação de tédio e vazio.

A impressão que temos do contato com estes indivíduos é que a experiência subjetiva do estar vivo se alterna entre momentos de extrema lentidão, onde o tédio existencial vai tomando conta, com outros momentos de extrema agitação, que se apresentam, do ponto de vista destes pacientes, como o vislumbre da possibilidade de terem uma vida intensa e atraente, com todo o prejuízo que esta mesma agitação possa causar à psique como um todo. Neste sentido, qualquer estado emocional mais intermediário parece impossível de ser alcançado.

A fragmentação psíquica, que é vivenciada com maior ou menor intensidade conforme o momento, está intimamente ligada à utilização de mecanismos de defesa primitivos: cisão, fusão,

dissociação, negação, idealização e identificação projetiva. Este fenômeno já foi descrito qualitativamente, e estabelecido, inclusive através de pesquisas quantitativas, como o trabalho realizado por Sarnoff (1995, p. 520).

A sensação de persecutoriedade que muitas vezes se apresenta como ideação paranóide está muito ligada a esta questão: a fragmentação psíquica, que se constela através dos mecanismos de defesa citados, não permite uma integração dos vários constitutivos da psique, impedindo uma formação adequada do conceito de "eu".

A cisão do ego e do objeto está presente nesta dinâmica, o que, em termos da teoria objetal de Melanie Klein (1982, *passim*), vai ser caracterizado como a permanência num estado de objetos parciais, onde as vivências são maciças, definitivas, polarizadas, únicas, sem conexão entre os opostos, permitindo, que "áreas se desenvolvam, enquanto outras permanecem enclausuradas em modos muito primitivos e patológicos de relação com objetos arcaicos." (Malcolm, 1980, p. 71). Há, portanto, uma permanente impossibilidade de ver os outros e a si como objeto total.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Alguns dados epidemiológicos são importantes como indicadores da freqüência e gravidade desta patologia. Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline constituem 2-3% da população geral (Gunderson, 2000, p. 1). Dentro deste grupo, estudos de seguimento indicam que cerca de 8-9% dos pacientes borderline cometem suicídio, e que a taxa de suicídio é

particularmente alta entre aqueles que apresentam comorbidade com abuso de substâncias (Gunderson, 2000, p. 24).

A maioria dos pacientes, 75%, é composta de mulheres (Paris, 1994, p. 24; Gunderson, 2000, p.38). Não há variações conhecidas em relação à raça. Em relação à idade de início da patologia, 50% encontra-se no grupo etário entre dezoito e vinte e cinco anos (Gunderson, 2000, p.38).

Em termos da comorbidade com os transtornos psiquiátricos do eixo I, as patologias que mais encontramos nos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline são os Transtornos do Humor (Depressão/50% e Distímia/70%), Abuso de substâncias (35%), e Transtorno do Estresse Pós-Traumático (30%), além dos Transtornos Alimentares (25%) (Gunderson, 2000, p.39).

TEORIA MULTIDIMENSIONAL DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Paris (1994, p. 11), citando o modelo psiquiátrico dos transtornos de personalidade de Rutter, constrói uma teoria de desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline. Parte do conceito de *temperamento*, que seria o conjunto de predisposições comportamentais presentes desde o nascimento. Após influência das diferentes vivências e dos fatores ambientais, este evolui para os *traços de personalidade*, que “são amálgamas de temperamento e experiência”. E ainda segundo o autor, a partir da influência de fatores de risco, estes traços de personalidade passariam a interferir

no funcionamento global do indivíduo, caracterizando a partir daí então o *transtorno de personalidade*.

O autor desenvolve assim um modelo biopsicosocial para o Transtorno de Personalidade Borderline. Afirma que para a ocorrência deste quadro são necessários fatores de risco biológicos, psicológicos e sociais, e reafirma que os três tipos de fatores são condição necessária para o desenvolvimento da patologia. Postula que sem algum deles, poderemos encontrar também patologias graves, mas não a patologia borderline.

Silk (2000, p. 67) em seu trabalho de revisão dos fatores biológicos envolvidos no Transtorno de Personalidade Borderline ressalta:

“(...) os clínicos ainda não têm evidências de como se dá a combinação ambiental; a combinação de traços específicos de um dos pais ou responsável pode, por exemplo, modificar, atenuar ou exacerbar um traço inato de sua criança. Desta maneira, experiências negativas (ou qualquer experiência nesta situação) têm interações com predisposições biológicas, e estas interações de experiências com traços culminam nas maneiras pelas quais cada um de fato lida com uma experiência.”³

Os fatores de risco biológicos para o autor são a *impulsividade* e a *instabilidade afetiva*. Embora as evidências de marcadores biológicos específicos sejam inconsistentes, Paris chama a atenção para estes dois fatores como vulnerabilidade.

³ T. do A.

Como fatores de risco sociais, encontramos algumas condições variadas que convergem para uma característica comum: a *diminuição da continência social*. Nas sociedades contemporâneas, o nível de suporte social tem diminuído, o indivíduo jovem é muito exigido e chamado a assumir responsabilidades mais precocemente; o grau de competição estimula um modo de vida cada vez mais individualista e centrado na questão do poder. Todos esses fatores concomitantemente fazem com que hoje a rede social tenha perdido as condições que anteriormente possuía de amenizar os efeitos da falta de continência sentida pelo indivíduo decorrente de falhas intra-familiares, substituindo parcialmente a malha familiar nesta função.

Rápidas mudanças sociais também colaboram para a falta de identidade social e a conseqüente sensação de isolamento, especialmente no âmbito dos grandes centros urbanos, onde o vínculo social estabelecido muitas vezes é de uma fragilidade e superficialidade que não permite um grau de continência minimamente satisfatório.

Restam os fatores de risco psicológicos. Na abordagem descritiva/fenomenológica de Paris, estes fatores se caracterizam pela história psicológica destes pacientes, que apresentam eventos de vida semelhantes.

Os dados estatísticos das principais pesquisas que procuram mapear a história pregressa destes indivíduos apontam para um fato que se destaca como extremamente comum na anamnese destes pacientes: a história de ocorrência de abuso sexual infantil, muitas vezes acompanhado de abuso físico e verbal, num ambiente de violência familiar.

Vários estudos indicam que o abuso sexual infantil é o fator de risco mais específico para adultos borderline, e embora não seja condição nem necessária nem suficiente para a apresentação da

patologia, está presente como um fator que indica um risco particularmente alto. É importante notar que este “raramente ocorre isoladamente, mas sim num contexto de outros fatores de risco, como o abuso físico, verbal, e negligência.” (Guzder, 1996, p. 31).

Kernberg (1994, p. 706) também insiste na evidência deste abuso como um fator etiológico significativo no desenvolvimento de transtornos de personalidade severos. Livesley (2000, p. 214) chama a atenção para a relação entre a patologia borderline e experiências de vida adversas, especialmente trauma, abuso e privação.

McClellan (1995, p. 1253) relata em sua pesquisa que indivíduos com histórias crônicas de abuso sexual foram o grupo mais freqüentemente exposto aos outros fatores de risco relacionados ao abuso e/ou estressores familiares/ambientais. Conclui que “é indubitavelmente a interação entre os vários fatores, familiar, social e abuso que colocam a criança em um grande risco”.

Em termos estatísticos, os valores encontrados são marcantes. Em vários relatórios a taxa de freqüência de abuso sexual infantil entre estes pacientes chega a 70% (Paris, 1994, p. 51). Van der Kolk (1994, p. 720) sublinha que mais da metade de todos os pacientes borderline tiveram histórias de abuso físico ou sexual severo iniciando-se antes da idade de 6 anos.

Alguns aspectos são determinantes na gravidade do abuso sexual infantil, ainda segundo Paris: *freqüência e duração dos episódios*, tendo num extremo uma ocorrência isolada e no outro uma duração de anos; *severidade*, relacionada com o tipo de ato cometido, das carícias ao extremo da penetração; *relação com o perpetrador do abuso*, onde há uma diferença clara entre o abuso intrafamiliar (incesto), especialmente se ocorre perpetrado por alguma figura familiar que deveria ser responsável pela segurança da

criança, e extrafamiliar (molestamento); *idade de início*, onde quanto maior a precocidade maior a gravidade; e por último a maneira como se dá a questão do *segredo-revelação* do abuso, ou seja, se quando a questão do abuso é revelada, especialmente no âmbito familiar, a vítima é de fato reconhecida como tal e o perpetrador do abuso também, o que lamentavelmente muitas vezes não acontece.

Com freqüência se imputa à vítima um tipo de "consentimento" ao perpetrador. Várias vezes esta distorção chega ao ponto de se culpabilizar a vítima por ter "provocado" o abuso. Desta maneira, os abusadores muitas vezes conseguem manter o silêncio das vítimas: se lembrarmos os dados citados, especificamente o resultado da pesquisa de Van der Kolk (1994, p. 720), indicando a pouca idade destas vítimas, vemos que em muitas ocasiões de abuso a atitude do abuso em si é vista pela criança como um ato que ela acha estranho mas não tem coragem de denunciar, pois tem medo de uma represália por parte dos seus cuidadores. É muito freqüente que só o faça muito tempo depois.

Retomaremos posteriormente a questão do abuso sexual infantil sob o ponto de vista psicodinâmico e mais especificamente numa leitura através da psicologia analítica.

Junto com a história de diferentes abusos, Paris (1994, p. 60) relata como outros fatores de risco psicológicos a evidência de estudos que indicam que os pacientes borderline têm uma alta freqüência de separações precoces e perda de seus pais durante a infância. Excetuando-se o abuso sexual infantil, os outros fatores não são específicos destes pacientes.

Como denominador comum, o autor frisa que os relatos dos pacientes aplicam-se aos pais e mães, tendo como resultado uma "falência biparental" especialmente no que tange os vínculos. Zanarini (1997, p. 1106) sugere que, ao lado do abuso sexual

infantil, outras experiências na infância, particularmente negligência por parte dos cuidadores de ambos os sexos, representa um fator de risco significante.

Ou seja, neste sentido nos parece que a experiência infantil destes indivíduos dá-se de modo que tanto a experiência com a figura da mãe quanto com a figura do pai tenham sido desastrosas, sem a possibilidade de que nenhuma pessoa tenha constelado para eles uma maternagem/paternagem minimamente adequada, levando a criança a uma vivência de negligência e abandono completos.

O modelo do Transtorno de Personalidade Borderline de Paris, ainda que descritivo/fenomenológico, apresenta algumas características significativas do desenvolvimento deste processo patológico. Se pudermos fazer delas uma leitura simbólica, especialmente no que se refere à questão do estabelecimento dos vínculos parentais por estes pacientes, e, a partir daí, o desenvolvimento de suas relações interpessoais como um todo, ampliaremos nossa compreensão de seus desdobramentos.

O ATENDIMENTO: QUESTÕES DE TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

Depois de termos discutido a questão do diagnóstico e a caracterização dos pacientes borderline segundo critérios mais fenomenológicos, necessitamos descrevê-los na sua psicodinâmica, no atendimento psicoterápico, a sua apresentação e quais as suas particularidades. Mesmo entre analistas, o termo borderline às vezes é pronunciado acompanhado de interjeições ou expressões do tipo “não sei o que fazer com ele ou ela”, “que paciente difícil” ou “paciente pesado”.

De fato, estes pacientes demandam muito na relação analítica, e esta demanda freqüentemente confunde o analista. Embora os analistas, de maneira geral, estejam habituados a situações de grande demanda de atenção, afeto e cuidados por parte de pacientes com diferentes quadros psicopatológicos psicodinâmicos, nesse contexto isso ocorre em virtude desta patologia estar diretamente ligada ao estabelecimento dos vínculos em geral. Como conseqüência desta característica, vamos encontrar uma carga de energia investida na relação transferencial que freqüentemente supera qualquer outra situação analítica, e que se apresenta ao analista de maneira muito particular, senão estranha e ambivalente, na maior parte das vezes.

Normalmente estes indivíduos iniciam sua psicoterapia de um modo bastante peculiar: já na entrevista há uma ambigüidade que se refere à aceitação e ao interesse do terapeuta em relação ao atendimento do caso. Freqüentemente estes pacientes relatam suas

vivências de maneira quase a “fisgar” o terapeuta, chamando a atenção deste para aspectos que julgam interessantes (na *suposição* de que seja assim para o terapeuta), sugerindo que estão com uma grande expectativa no início da terapia. Esta sensação, porém, se alterna com um aparente desinteresse por parte do paciente, que está relacionado ao medo que este tem de que o terapeuta não aceite seu caso, o que o impede de manifestar-se claramente engajado na psicoterapia. Esta ambigüidade, que aparece desde o início da primeira sessão, num jogo de “quero muito mas não posso admiti-lo”, está intimamente ligada ao medo do paciente de rejeição e abandono por parte do terapeuta, antes mesmo que se inicie o atendimento. E sua função é a de um aviso: *pense bem antes de pegar este caso, pois depois não poderá me abandonar.*

Este medo da rejeição e do abandono, que, como já vimos, caracteriza todas as relações interpessoais de importância para o paciente borderline, permanece presente como pano de fundo durante todo o processo da análise. Em função disto, ressaltamos que, desde o início do atendimento analítico destes pacientes, é de extrema importância que o contrato da análise, mais ainda que em outros casos, seja muito bem discriminado, como uma tentativa de impedir atuações posteriores.

Insistimos, neste sentido, que no contrato o analista faça constar situações que muitas vezes com outros pacientes podem ser resolvidas pelo bom senso. Neste caso, o que é mais importante não é a conduta que será tomada *em si*, mas o fato de ter sido já prevista. Assim, o paciente não terá como associar a ela uma rejeição ou abandono referidas *a ele especificamente.*

Questões como a reposição de sessões perdidas, ou mesmo o acesso do paciente ao terapeuta fora das sessões, se não forem previstas de antemão, podem ser lidas de maneira distorcida

pelo paciente, caracterizando uma falta de paciência, disposição ou afeto por parte do analista *particularmente* em relação a ele, visto que se sente quase sempre um estorvo em relação às outras pessoas, alguém que está o tempo todo prestes a ser rejeitado e abandonado. Em outros termos, o analista deve tentar prever e fazer constar do contrato o maior número possível das chamadas exceções.

Outra característica que comumente chama a atenção de todos os profissionais que atendem o paciente borderline é uma sensação de invasão permanente da psique do analista, muitas vezes como se este “estivesse nu” atendendo o paciente; ou mesmo a imagem de ser “radiografado” por ele o tempo todo. Em vários momentos o paciente é capaz, inclusive, de ter um tipo de discurso adivinhatório, principalmente quando faz um comentário referente a alguma questão sombria do analista.

Este processo funciona como se o paciente tivesse a capacidade de promover uma “varredura” na sombra do analista, com acuidade para encontrar certos pontos de tensão e denunciá-los, às vezes de forma tão inconsciente que não se dá conta deste aspecto profético ou oracular de sua intervenção. É uma via de acesso diferente, de relação inconsciente/inconsciente que ocorre, no nosso ponto de vista, dentro do self relacional inconsciente, numa relação *sombra do paciente — sombra do analista*.

É esse funcionamento dentro do processo analítico que vai caracterizar o campo ou self relacional de maneira diversa, e com características próprias.

Schwartz-Salant chama a atenção para uma questão crucial no entendimento da relação transferencial, em sua obra *A personalidade limítrofe: visão e cura* (1997, p. 22):

“O aspecto simbólico do termo ‘limítrofe’ deriva do fato de o tratamento da personalidade limítrofe envolver estados mentais que se deslocam dentro e em torno de um limite entre o pessoal e o arquetípico, de modo que aspectos de ambas as dimensões se entrelaçam de maneira muitas vezes desnorteadora. Assim, as situações de tratamento obrigam o terapeuta a lidar com elementos irracionais, existentes não apenas no paciente, mas também nele mesmo.”

E o autor continua, afirmando que esse movimento entre os dois níveis faz com que somente uma atitude simbólica possa proporcionar ao terapeuta uma compreensão desta relação. Muitas vezes o terapeuta vai se sentir confuso e irritado, frustrado por não conseguir apreender o processo (Schwartz-Salant, 1997, p. 221).

Ora, o lidar com elementos irracionais do paciente e do terapeuta, como referido por Schwartz-Salant, não constitui uma particularidade do atendimento desses pacientes, do nosso ponto de vista. Pelo contrário, acreditamos que constitua a base de qualquer atendimento analítico. Desta forma, é importante ressaltar que o que nos parece específico destes pacientes no que se refere à alternância entre o pessoal e o arquetípico é a ordem de grandeza da *amplitude* deste deslocamento entre as duas instâncias. Paralelamente, estes aspectos irracionais do terapeuta (que normalmente também estão presentes), neste caso aparecem com maior frequência e diferem de outras situações pela maior proporção de seu conteúdo sombrio.

O paciente borderline está totalmente identificado com os aspectos sombrios do Self. E somente quando o terapeuta se dá conta do quanto participam do self relacional seu próprio

inconsciente e sua sombra é que poderá começar a lidar com a sombra do paciente.

Esta alternância permanente entre um nível pessoal e um nível arquetípico também vai ser responsável pelas vivências totais e maciças que o paciente tem. A proximidade com as imagens arquetípicas, que ocorre com maior ou menor intensidade dependendo do momento, vai funcionar, neste sentido, como nos pacientes psicóticos, onde a perda do filtro simbólico faz com que esta proximidade provoque uma sensação de unicidade. É como se, na tentativa de se aproximar do sol para ter mais luz para enxergar, o indivíduo termine por ficar cego.

O paciente borderline está num estado de total identificação com a Sombra. Se vê como alguém diferente de todas as outras pessoas; não vê essa diferença como uma sensação de ser único, de ter características que são individuais, mantendo porém a pertinência com o restante da humanidade; pelo contrário, vê essa questão como uma condição só sua, que o condena pela impossibilidade que sempre sentiu de identificar-se com o outro e portanto comunicar e dividir. Isso o leva a uma experiência de solidão abissal, que novamente o joga para esta identificação com a sombra, num processo reverberante.

É como se na patologia borderline ocorresse uma identificação delirante inconsciente entre um ser humano e a imagem numinosa (Schwartz-Salant, 1997, p. 104). Essa identificação, contudo, ocorre somente com o numinoso negativo, o lado sombrio do numinoso, o que vai ter suas raízes nos estágios mais precoces do desenvolvimento de sua personalidade.

Concomitantemente, o indivíduo borderline vivencia o mundo em termos de relações de poder extremadas. Este enquadramento das relações interpessoais, que parte do pressuposto

de que o poder está sempre com um dos lados, enquanto o outro está totalmente subjugado — fruto de sua experiência de vida — gera uma visão assimétrica do relacionar-se, onde a busca inconsciente por relações de caráter sado-masoquista está presente o tempo todo.

Neste sentido, o terapeuta se vê permanentemente convidado a se posicionar, dentro da relação transferencial, em termos desta díade.

Funcionando dentro desta dinâmica, o paciente permanece enredado na armadilha que gera sempre o pressuposto do abismo entre ele e o terapeuta, muitas vezes através da questão da competência do terapeuta: se o terapeuta é competente, então não poderá entendê-lo, pois não empatizará com sua sensação de incompetência e falência. Se, por outro lado, o terapeuta consegue empatizar com sua situação, então deve ser porque é fraco e incompetente também. Ou seja, o tempo todo a situação parece repetir a consagrada frase de Groucho Marx: "jamais seria sócio de um clube que me aceitasse como tal". Para o paciente borderline, há somente estas duas posições, sempre permeadas pela relação de poder. E se uma está na luz, a outra obrigatoriamente estará na sombra.

Essa dinâmica funciona como uma gangorra dentro da transferência. Quando o paciente se sente na posição do poder, mostra-se um sádico, comumente através de atuações psicopáticas intensas. Isto é duramente sentido pelo terapeuta contratransferencialmente: este se sente tremendamente agredido. Com frequência esta agressão recebida transforma-se num sentimento contratransferencial de raiva intensa, que muitas vezes se transmuta num desânimo em relação à continuidade e efetividade do processo da análise.

Neste sentido parece-nos importante ressaltar a necessária mudança de perspectiva por parte do analista no que se refere ao prognóstico e evolução do processo analítico destes pacientes. Entre os pacientes borderline é muito maior o número de abandonos de tratamento. Também as mudanças, ao longo da análise, levam um tempo normalmente muito maior que nos outros casos para acontecer. E, ainda que qualquer processo analítico seja sempre muito particular e pessoal, no caso destes pacientes especificamente necessitamos nos dar conta de que o trabalho é muito mais minucioso e lento.

Voltando à gangorra, no outro oposto, quando o paciente inconscientemente idealiza o terapeuta, este se vê também muitas vezes atingido, neste caso por um sentimento de insegurança, pois, ainda que inicialmente possa cair num estado de inflação, logo a seguir se vê numa impotência maciça.

Esse alternar de estados de humor do terapeuta acontece muitas vezes como uma função compensatória da extrema oscilação polarizada de humor do seu paciente borderline, ainda que normalmente não se dê de maneira consciente para o paciente e, freqüentemente, tampouco para o terapeuta.

O terapeuta tenta manter-se num permanente esforço analítico; mas ao intervir através de clarificações ou interpretações, novamente sente a rejeição do paciente às suas colocações. O paciente borderline tende a criticar as intervenções, e principalmente as interpretações do analista, como se fosse impossível a experiência de que alguém possa compreendê-lo empaticamente; isto o tiraria da sua condição de solidão total, e se configuraria como uma alternativa à sua polarização entre a idealização e desvalorização do outro. Ou seja, ele teria que sair da indiscriminação em que se encontra e

chegar na possibilidade de pareamento dos opostos na relação, exatamente a sua maior dificuldade.

O fenômeno que se dá nesta relação transferencial/contratransferencial está intimamente ligado à organização estrutural da psique do indivíduo borderline e ao tipo de mecanismo de defesa que está presente nesta dinâmica.

Como apresentamos anteriormente, na conceituação de Otto Kernberg, estes mecanismos são primitivos e permeiam todas as relações interpessoais destes pacientes.

O mecanismo central que encontramos — responsável por estas sensações que invadem o terapeuta, durante praticamente todo o tempo de atendimento — é o que Jung (1968, p. 126) define como *participation mystique*:

“ A massa é influenciada pela *participation mystique*, que não é outra coisa que uma identidade inconsciente.”

Rosemary Gordon (1993, p. 216) explora o conceito também citando Jung:

“O conceito de estados de *participation mystique*: Jung acreditava que tais estados ou idéia de fusão poderiam se desenvolver entre pessoas ou entre grupos de pessoas, que estes tendiam a ser precedidos por um *abaissement du niveau mental*, e que indubitavelmente têm certas atrações e oferecem certas satisfações para aqueles que os experenciam.”⁴

⁴ T. do A.

A autora prossegue estabelecendo uma equivalência entre o conceito de *participation mystique* de Jung e o conceito de identificação projetiva de Melanie Klein:

Ibi

“Um estudo dos escritos de Jung mostra que ele havia reconhecido a existência deste processo psicológico (identificação projetiva), e usou diferentes termos para descrevê-la. Algumas de suas explorações dentro da fenomenologia da *participation mystique*, do inconsciente coletivo do psicóide e da sincronicidade aumentam e complementam as descrições e entendimento de Klein.”⁵
(Ibid, p.234)

Somente partindo deste conceito podemos compreender melhor este fenômeno que se passa na relação transferencial. Schwartz-Salant define a síndrome borderline como Kernberg e os outros autores já citados: como uma síndrome que se caracteriza por negação, cisão e dissociação. Como sua vivência do mundo externo e do Self é sempre terrível, a cisão e a idealização ocupam um papel importante nas distorções da realidade operadas por ele, especialmente na presença de ansiedades paranóides psicóticas. E “...o terapeuta está lidando aqui com a cisão do ego e do objeto em estados exclusivamente bons e exclusivamente ruins.” (Schwartz-Salant, 1997, p.45).

O conceito de *participation mystique* permite que compreendamos o mecanismo pelo qual se cria um self analítico onde o paciente invade e penetra o terapeuta, fazendo com que este tenha conhecimento de seu sofrimento e possa senti-lo. Esta é a origem das sensações tão estranhas que acompanham este tipo de

⁵ T. do A.

atendimento, e fazem dele um trabalho de fato bastante pesado. Ao mesmo tempo, é comum que o paciente, pelo mesmo mecanismo, introjete conteúdos inconscientes do terapeuta.

Outro fenômeno que está envolvido neste processo é uma característica freqüentemente presente nos pacientes borderline: uma indiscriminação na relação soma/psique, de maneira que estas estão praticamente fundidas, acarretando uma indiferenciação entre as duas instâncias.

Este estado de fusão corpo/psique pode ser melhor compreendido como um estado onde ocorre praticamente um fenômeno de corporificação de um complexo que permanece com as polaridades arquetípicas em seu núcleo fundidas, levando a este estado de indiferenciação onde as polaridades soma/psique ainda não se diferenciaram.

Neumann (1995b, p. 209) descreve o fenômeno com muita precisão:

“Quanto mais primitivo for o nível psíquico, tanto maior será a sua identidade com os eventos corporais que o regem. Mesmo os complexos pessoais, ou seja, partes separadas e semiconscientes da personalidade que pertencem às camadas superiores do inconsciente, são carregadas afetivamente e têm ‘acento emocional’, evocam alterações físicas no sistema circulatório, na respiração, na pressão, etc. Complexos e arquétipos mais profundos têm as suas raízes ainda mais assentadas na fisiologia do corpo e, ao irromperem na consciência, afetam, de maneira violenta, o todo da personalidade, como o caso extremo da psicose o demonstra tão claramente.”

Uma importante ocorrência na patologia borderline relaciona-se a estes aspectos descritos: os atos de automutilação.

Estes atos, característicos do transtorno, estão ligados a um simbolismo corporal primitivo. Muitas vezes os limites do corpo parecem ser o único continente possível para uma ansiedade persecutória crescente, e a sensação de despersonalização e desrealização que freqüentemente acompanham estes altos graus de ansiedade levam o paciente a buscar alívio numa atitude que possa, numa linguagem alquímica, *coagular* sua existência. É como se o paciente conseguisse “encarnar” em si mesmo, conseguindo sentir o próprio corpo.

Este tipo de comportamento normalmente ocorre de maneira impulsiva, como outros tantos comportamentos borderline, em função de estados afetivos intoleráveis. Poderíamos compreender seu mecanismo traçando um paralelo com o modelo que Stella Welldom (1996) construiu para determinados comportamentos impulsivos. Welldom postula um modelo de “gatilho” para estes comportamentos. É como se, a partir de uma determinada situação vivencial, a ansiedade começasse a aumentar de forma crescente. Se esta ansiedade ultrapassa determinado nível, “dispara” um gatilho da impulsividade, e a partir daí o indivíduo só vai conseguir voltar a controlar a ansiedade após realizar algum ato concreto, no nosso caso um ato automutilante.

A automutilação reveste-se de um aspecto ritualístico. Neste sentido é muito conhecido o significado sagrado da mutilação em determinadas culturas primitivas. No atendimento clínico, ouvimos muitos pacientes borderline referirem que nestes momentos estão como que num estado de transe, e desta maneira a vivência da dor provocada pelos atos automutilantes também é sentida diferentemente. O relato que muitos indivíduos fazem é de que não

conseguiriam realizar os mesmos atos em um outro contexto: a dor nestes momentos de transe fica também amortecida.

É portanto importantíssimo estabelecer a diferença conceitual destes atos com uma tentativa de suicídio, ocorrência também freqüente nestes pacientes, mas com um significado simbólico diferente. Enquanto os fenômenos relacionados à automutilação estão ligados a uma sensação de alívio da ansiedade, as tentativas de suicídio têm um significado ligado à perda da possibilidade de transformação, ao sucumbir aos aspectos mais terríveis e sombrios da *coniunctio*, num aparente estado de união e completude estável e definitiva com a morte. Certa vez, ao atender um paciente borderline de dezesseis anos que fôra criado a vida toda em instituições, com uma história de abandono recorrente terrível, me deparei com seus dois braços inteiramente repletos de cicatrizes devidas a cortes realizados por ele mesmo; quando perguntei a ele o porquê de ter se cortado tantas vezes, sua resposta foi a seguinte: *me corto para não me matar*.

É marcante a predileção destes pacientes por comportamentos automutilantes relacionados à pele, principalmente o cortar-se. E dentre todos, este é o ato mais comum em nosso meio; outros comportamentos desse tipo incluem o machucar-se com algum objeto pontiagudo ou o queimar-se.

A pele, como limite entre o dentro e o fora, o intra e o extra, talvez funcione como a possibilidade de uma interface entre dois meios diferentes, com uma função eminentemente simbólica, promovendo a mediação entre dois mundos.

Partindo desse pressuposto, a pele funciona também como limite no sentido de *continente*. A continência psíquica proveniente de uma estruturação interna, que encontra-se praticamente ausente nestes casos, é substituída pela imagem de um

continente *concreto* que é a pele, invólucro do corpo como um todo, que também evoca, além da própria continência, proteção.

Gunderson (2000, p. 23) chama a atenção para a importância deste tipo de comportamento:

“ Nas culturas modernas, é muito mais comum que o comportamento automutilante comece como um ato privado de desespero, refletindo tanto a inabilidade para comunicar em palavras, quanto a falência de palavras pedindo socorro, que evocam a resposta necessária. Nem todos os que se automutilam têm o Transtorno de Personalidade Borderline, mas muitos têm, e todos necessitam serem levados a sério.”⁶

É por esta razão importante diferenciar a patologia borderline de outras patologias onde podem ocorrer estes comportamentos, tal como a patologia histriônica. Embora os pacientes borderline apresentem muitas vezes atuações do tipo histérica, normalmente em relação ao comportamento automutilante a apresentação difere consideravelmente. Enquanto este comportamento nos indivíduos borderline tem as características que já descrevemos, nos pacientes histriônicos costuma ter outras: a gravidade do ato automutilante tende a ser muito menor, e os aspectos dramáticos ligados à dinâmica do ganho secundário têm um papel central.

Van der Kolk (1994, p. 721), no seu trabalho onde relaciona as questões do trauma infantil e o desenvolvimento da personalidade borderline, chama a atenção para um achado importante: “Quanto mais jovem a pessoa era quando sofreu abuso e negligência, mais propensa a apresentar automutilação e outros atos

⁶ T. do A.

autodestrutivos: o abuso fica como que *gravado* nos níveis psicológico e biológico”.

Em relação à gravidade da patologia, podemos dizer que a presença da automutilação indica uma situação mais comprometida. A interrupção de comportamentos automutilantes no paciente borderline representa, do nosso ponto de vista, uma evolução significativamente importante.

O EGO E O SELF

“O paciente limítrofe é uma pessoa que foi prematuramente expulsa do espaço mágico e mitopoiético.”

(Schwartz-Salant, 1997, p.12)

Na patologia borderline encontramos determinadas peculiaridades, ligadas à história de vida e às experiências vivenciais da infância, que desenham uma configuração da psique muito particular.

Estes indivíduos têm uma história de vida onde o período da infância se deu de maneira extremamente dura. Retomando alguns dados apresentados dentro do modelo de personalidade de Paris, vimos que, além da história freqüente de abuso sexual infantil, na maior parte das vezes este abuso se dá num contexto de abuso físico e verbal, violência familiar e negligência.

Os pais destes pacientes normalmente foram inadequados para separar apropriadamente as suas necessidades como pais daquelas do seu filho. Isso indica um tipo de relação onde os pais são autocentrados, identificando preponderantemente as suas necessidades, em detrimento de uma capacidade empática em relação ao filho. Ao não conseguir individualizar as necessidades deste, ficam impossibilitados de atendê-las. Não encontramos nesta relação, por conseguinte, a capacidade empática dos pais com o filho que Bion chamou de *reverie* (Bion, 1962, *passim*).

Michael Fordham (1980, p. 93) sublinha a maneira como essa relação mãe-bebê se caracteriza quando ocorre de maneira

adequada: “ (...) uma boa mãe conhece seu bebê melhor que qualquer pessoa e sempre assim será pela sua experiência de dia a dia, hora a hora, minuto a minuto ”.

Acrescentamos, porém, que isso só acontece quando há uma disponibilidade física e emocional por parte dos pais ou cuidadores, o que não encontramos nas relações dos pacientes borderline. Pelo contrário, o que vemos é um estado de privação afetiva permanente, onde a negligência em relação aos cuidados requeridos pela criança é o que está presente de modo mais significativo, por vezes acompanhada até de uma certa crueldade.

Como representação na experiência subjetiva destes indivíduos de todos estes fenômenos poderíamos usar o termo *incontinência*. Os pais ou cuidadores deste paciente não puderam dar continência às dificuldades pelas quais passou este indivíduo; do mesmo modo tampouco se dispuseram a valorizar as qualidades que este apresentou.

A sensação que o indivíduo tem, a partir daí, é que deve permanecer o mais despercebido possível, pois tudo o que vem dele causa problemas: se por um lado suas dificuldades não geram empatia em seus pais, trazendo como resposta algo como “não me traga mais problemas que já os tenho bastante”, por outro lado parece que suas qualidades ou sucessos geram nos pais uma inveja destrutiva.

A combinação destes dois fatores, vivenciada como um desinteresse total, está no núcleo da diferença do borderline em relação ao paciente narcisista. Novamente Schwartz-Salant (1997, p. 87) faz essa diferenciação:

“O narcisista se funde ao aspecto exibicionista do self; o limítrofe cinde-o. Quando o self grandioso-exibicionista é

constelado no narcisista, o seu efeito controlador sobre os outros indica um estado de fusão entre o ego e o self. Num certo sentido, o narcisista pode parecer completamente subdesenvolvido, quer vejamos este estado como uma re-fusão secundária (Kernberg, 1975), ou como um desenvolvimento obstruído (Kohut, 1971), aguardando reações empáticas para retomada do seu desenrolar. Mas o exibicionismo (e o self) se desenvolve de maneira diferente no limítrofe, cujas saudáveis manifestações exibicionistas foram em geral *mal utilizadas* pelos pais. Alguns pacientes falam de ter revelado seu verdadeiro self aos pais para logo descobrir que eram valorizados exclusivamente como atores, não como pessoas distintas, e que seus verdadeiros sentimentos eram ignorados, mesmo que fossem levados a crer que tais sentimentos de fato importavam. Muitas vezes o limítrofe queixa-se amargamente de suas capacidades serem encorajadas e depois rejeitadas, segundo os caprichos dos pais. Essa dinâmica de abuso por parte dos pais costuma mostrar-se desastrosa, pois o indivíduo a sente como uma violação do self, e, tendo em vista a sobrevivência, não conta com outro recurso a não ser o de cindir os anseios exibicionistas ou então manifestá-los de um modo que assegure a sua rejeição.”

O indivíduo aprende então que não deve fazer revelações de si mesmo, e que fazê-las traz somente desapontamento e dor (Charlton, 1988, p. 50). Constrói uma forte convicção de que as pessoas não são seguras e estão interessadas somente nas suas próprias gratificações (Silk, 1995, p. 1062). Conclui que elas não são fidedignas, não podem ajudar e são inconsistentes, gerando uma expectativa de não confiança no outro (Livesley, 2000, p. 215).

O mundo parece ser um lugar aterrorizador. A experiência que ele ofereceu para estes indivíduos é de vivência e proximidade exclusivamente com o numinoso negativo. Em função de todas estas experiências muito precoces, ocorre um processo onde o Self perde a sua significação funcional. Acreditamos que, a partir daí, sem essa significação, o Self passa a ser identificado com a Sombra, pois fica oculto, encoberto por ela.

Para Schwartz-Salant (1997, p. 71), o Self permanece como morto, ou "jaz numa *nigredo*", numa linguagem alquímica.

Parece-nos, contudo, que, diferentemente do que diz Schwartz-Salant, esta condição patológica, mais do que decretar a morte do Self, promova uma alteração de seu significado. O paciente então confunde um e outro, Self e Sombra. E, como descreve Beebe (1988, p. 98), desenvolve uma ambivalência primária em relação ao Self, que perde seu aspecto orientador e sua possibilidade curativa.

Essa sobreposição de imagem da sombra sobre o Self acarreta, do nosso ponto de vista, um fenômeno particular: o indivíduo vê a sombra mas de maneira não integrada. Em lugar disso, ele acredita estar em contato com o Self, e assim toma um pelo outro. Vê o Self com as características da sombra, e permanece sem integrá-la.

[Este fenômeno evoca o motivo simbólico do eclipse solar. O ego, ao deparar-se com o escurecimento provocado pelo eclipse, acredita que é noite, e não se dá conta de que o que ocorre é uma interposição da luz/energia solar pela lua. Voltando ao nosso exemplo, esta imagem da sombra sobre o Self faz com que ele passe a se apresentar para a consciência do indivíduo carregado dos atributos sombrios.](#)

[Este tema do eclipse vai também ser retomado por Jung ao descrever os componentes da *coniunctio* \(Jung, 1985, pp.26-27\).](#)

Ao lidar o tempo todo com a questão do poder na díade sadomasoquista, e também ciclar entre os níveis pessoal e arquetípico, o indivíduo tem somente a experiência do numinoso negativo. Durante seu desenvolvimento vai creditando a este tipo de vivência uma forma de poder acessível. Não percebe desta maneira que está se aproximando arquetipicamente da sombra, e não do seu autêntico Self.

É muito freqüente nos relatos desses pacientes afirmações sobre si mesmo infladas, mas com um colorido sombrio. Tendem a se apossar da qualidade transpessoal do Self com esse colorido cinza, identificando-se com o tamanho infinito do numinoso negativo. Muitas vezes se colocam em situações de exposição, risco ou perigo pois, através desta identificação vivenciam períodos de uma inflação enorme, o que faz com que em alguns momentos acreditem ser um cavaleiro negro invencível.

Este tema, ligado aos símbolos e imagens sombrias, é encontrado muitas vezes nos sonhos deste tipo de paciente. Os personagens do sonho apresentam-se de várias maneiras, mas normalmente todos trazem a representação da sombra.

Não é à toa que uma associação muito freqüente, já consagrada por muitos autores, liga estes indivíduos à figura mitológica do vampiro. Este é um verdadeiro príncipe, ainda que um príncipe das trevas. Embora a auto-imagem destes pacientes seja muito instável, em vários momentos sentem-se perfeitamente bem sintonizados com essa "nobreza das trevas"; como se "estivessem entre os seus".

A imagem do vampiro carrega uma simbologia riquíssima do ponto de vista da patologia borderline.

Existem muitas versões da lenda dos vampiros. Se tomarmos uma versão literária, da escritora Anne Rice (1996,

passim), que teve um enorme sucesso de público recentemente, temos resumidamente a seguinte história: os vampiros se originaram em um período que se perde no tempo e que remonta ao início da civilização; são criaturas ligadas ao Mal, que uma vez já foram humanos, e que foram transformados pelo contato com outro vampiro, que escolheu passar para elas o chamado “dom negro”, ou seja, o dom da imortalidade; ficamos, porém, na dúvida, se este é de fato um dom, no sentido completo do termo, ou se é uma maldição, pois os vampiros têm uma série de limitações na sua existência eterna como “mortos-vivos”. Seu corpo físico tem suas características externas congeladas no momento de sua transformação, em que receberam o dom, e deixa de ter o funcionamento de um corpo humano. Não comem, não bebem, enfim, o corpo torna-se como o corpo de um boneco.

Passam a se alimentar exclusivamente de sangue e a ter em seu corpo circulando somente sangue. Saem toda noite atrás de alguma vítima, que atacam e, com os afiados caninos que têm, sugam seu sangue.

Não têm a capacidade de se relacionar sexualmente, pela sua própria limitação física, mas apesar disso se apaixonam.

Estas características todas fazem da lenda do vampiro uma imagem muito próxima da patologia borderline. Estes pacientes, como já dissemos, identificam-se totalmente com os aspectos sombrios, tanto pessoais quanto no nível arquetípico. Além disso, os raios de sol, que representam a luz da consciência, destróem-no. Sentem que o seu combustível é a energia que só pode ser gerada no encontro com o outro, representado pela busca diária e eterna do sangue alheio pelo vampiro; mas mesmo quando se deparam com alguém por quem se apaixonam, não conseguem realizar o

encontro. Este nunca acontece na sua forma plena, mas somente enquanto simulacro.

Na história dos vampiros, se realiza como pseudo-encontro, no momento da passagem do dom, na forma de uma "herança maldita". Já vimos como os pais de pacientes com personalidade borderline vivenciam a relação Eu-Outro de maneira patológica, na maior parte das vezes. Muitos pacientes relatam relações muito comprometidas, e às vezes semelhantes, tanto nas relações com os pais como nas relações com os filhos. Por ser uma patologia do espaço interrelacional, a patologia borderline acaba por ter muitas vezes uma transmissão transgeracional psicológica, seja na forma borderline, seja em formas relacionadas.

Esta vivência do Self como numinoso negativo e terrível vai encontrar paralelo, como chama a atenção Schawartz-Salant (1997, *passim*), nas questões levantadas por Jung em sua obra *Resposta a Jó* (1998).

RESPOSTA A JÓ

Nesta obra, Jung discute vários aspectos ligados ao *Livro de Jó*, última obra do Velho Testamento; levantaremos aqui somente alguns aspectos relativos à personalidade borderline.

A descrição de Deus, Jeová, apresentada no *Livro de Jó* aproxima-o de maneira contundente com os aspectos do inconsciente sombrio, ou o lado escuro do numinoso.

Sem possibilidade de compreensão do porquê ter sido escolhido pela Ira de Deus, Jó vai sendo atacado por esta cólera

divina, até ser quase totalmente destruído. Assim também o paciente borderline sente-se invadido, fragmentado, feito em pedaços pela força arrebatadora do arquétipo. Neste sentido, o Self, como totalidade arquetípica, tal como Jeová, é ao mesmo tempo causador do mal e seu remédio, pois da mesma maneira que o numinoso negativo se constela como vivência terrificante, somente o restabelecimento da imagem numinosa positiva promove a cura. Em uma passagem, dentre as várias em que descreve o Self, Jung (1991b, p. 31) vai defini-lo da seguinte maneira: "O Si-mesmo, de qualquer modo, é o paradoxo absoluto, já que representa a tese, a antítese e a síntese em todos os aspectos."

Retomando o que já expusemos anteriormente, somente quando o Self pode ser reinvestido de uma significação funcional é possível novamente dar início a um processo de cicatrização desta ferida. Na análise destes pacientes estaremos o tempo todo lidando com essa questão da *resignificação funcional do Self*.

Neste sentido o Self, como diz Jung, constitui uma *antinomia em si*, como vemos neste trecho de *Resposta a Jó* (1998, p. 10):

"Talvez o que de mais elevado haja em Jó seja que ele, em face de uma dificuldade como esta, não se perturbe com a unidade de Deus, percebendo claramente que Deus se harmoniza tão perfeitamente consigo próprio, que Jó tem a certeza de que encontrará em Deus um advogado e defensor contra o próprio Deus. Tão certa é para ele a existência do bem em Javé quanto a existência do mal. Não se pode esperar um defensor na pessoa de um homem que não pode fazer-nos o mal. Mas Javé não é um homem. Ele é, a um só tempo, perseguidor e defensor, e nesta situação um dos

aspectos é tão real quanto o outro. Javé não se acha dividido, mas constitui uma *antinomia*, i.é., uma oposição interna total, que é a condição preliminar e necessária de seu imenso dinamismo intrínseco, de seu poder e ciência infinitos.”

O paciente borderline porém, só conhece o lado negativo do inconsciente, que é o que lhe foi dado experienciar por todas as características de sua história de vida, como já discutimos.

Ao não enxergar a sua própria sombra, por confundi-la com o Self, como vimos, o indivíduo acaba por se colocar, em termos da consciência, numa atitude ainda mais desafiadora em relação ao Self. A consciência assume diversas vezes uma postura quase provocativa no que se refere ao Self. Acreditamos que este fenômeno se dê em parte por uma arrogância própria da consciência, principalmente nestes estados mais primitivos, e por outro lado pela confusão que faz entre sombra e Self em si.

Faz parte deste processo a ambivalência que apresenta, com uma alternância de atitudes de proximidade e afastamento, descrita por Beebe (1988, p. 98). Isso faz com que o Self acabe se apresentando mais e mais ameaçador, como Jung chama a atenção em outro trecho do *Resposta a Jó* (1998, p. 85):

“Como totalidade, o si-mesmo é sempre, “per definitionem”, um “complexio oppositorum” e seu modo de aparecer é tanto mais obscuro e ameaçador, quanto mais a consciência reivindica para si uma natureza luminosa, alimentando conseqüentemente pretensão de uma autoridade moral.”

Muitas vezes na transferência constela-se a díade Jó-Jeová. Em várias ocasiões, principalmente aquelas ligadas aos momentos de ansiedade persecutória, o paciente sente-se no lugar de Jó, e vê o terapeuta como Jeová, causador de seu sofrimento ou alguém que não tem o menor interesse por ele, nem pelo entendimento de sua situação. Nestes momentos sente-se sozinho, abandonado pelo terapeuta, e freqüentemente o acusa disto.

Em outras situações, o indivíduo borderline sente-se no lugar de Jeová, e experimenta de maneira sádica a aflição do terapeuta. Nestas ocasiões testa o terapeuta para ver se ele "agüenta" o sofrimento que ele, paciente, sente durante todo o tempo. Averigua se isto vai destruí-lo ou não.

Este processo se dá o tempo todo através da identificação projetiva, ou *participation mystique*, e tem uma importância central na psicoterapia destes indivíduos. Ao poder experimentar o terapeuta como um objeto-Jó que não é destruído pelas investidas destruidoras de um sujeito-Jeová-paciente, se estabelece a possibilidade do início de uma aliança terapêutica. Através da identificação projetiva isto ocorre como se, a partir desta experiência, se constelasse para o paciente uma díade sujeito-Jeová-Self e objeto-paciente-terapeuta. Neste sentido, o vislumbre de uma possível capacidade empática de compreensão do terapeuta para consigo traz ao paciente um alívio considerável.

Schwartz-Salant (1997, p. 120) discute esta passagem de uma dinâmica da relação transferencial, onde há uma disputa pelo poder entre o terapeuta e o paciente, para uma dinâmica que contenha uma experiência de união, de *coniunctio*: "Quando o terapeuta inclui uma perspectiva feminina em sua abordagem da psique, 'estar certo' é menos importante do que estar em relação."

Fordham (1989, p. 112) chama a atenção para este fenômeno que se dá dentro da transferência de maneira contundente:

“É de Jung a tese que há um continente terapêutico na personalidade do analista. Este não pode ser somente a sua consciência; de fato, é o inconsciente que de longe é o mais importante a esse respeito, e sua teoria dos arquétipos transpessoais pode nos orientar aqui. Com ela podemos explicar porque o paciente aparentemente chama por reações terapêuticas adaptadas ou adequadas no analista que, juntamente com as inadaptadas do paciente, formam a substância principal de todas as transferências intensas. São, adiante, as reações arquetípicas do analista que formam a base da sua técnica, que sem elas perdem sua eficácia.”⁷

O EGO

O ego, dentro da dinâmica da personalidade borderline, poderia ser situado como que se encontrando a meio caminho entre a neurose e a psicose, de uma maneira muito peculiar. Possui a fragilidade de um castelo de areia feito na praia. Se o mar está mais manso e as ondas não chegam até onde está, o castelo permanece de pé. Por outro lado, quando o mar está revolto as ondas furiosas vêm e destróem o castelo de maneira dramática.

Nestes momentos o ego fica praticamente “tomado” por sensações violentas que irrompem do inconsciente, como se o

⁷ T. do A.

indivíduo fosse “possuído” por uma entidade. Reiterando o que já dissemos anteriormente, podemos creditar isso à proximidade do paciente borderline com a imagem arquetípica. Esse fenômeno é o responsável pelos momentos psicóticos que estes pacientes apresentam, normalmente de curta duração, caracterizados na maioria das vezes por uma intensa ideação paranóide.

Esta ideação paranóide está diretamente ligada à questão da fragmentação psíquica e da falta de um adequado sentimento de *self* destes pacientes. A impossibilidade de integração e coesão dos vários elementos da psique, secundária à extrema polarização, que gera uma vivência do tipo “tudo ou nada”, ocorre em todos os níveis e leva a uma instabilidade permanente, que tem como conseqüências estas alterações.

A indiscriminação quanto à própria identidade no paciente borderline faz com que esta se apresente de maneira confusa em vários níveis. Imersos na *participation mystique*, a diferenciação do eu-outro praticamente inexiste; ao lado disto, como o desejo é parte fundamental do desenvolvimento da identidade, esta não pode ser fundada porque este ser não foi reconhecido como desejante e crente, como veremos posteriormente (Fonagy, 2000, p. 109). É como se as possibilidades de identidade permanecessem infinitas, na medida em que não há escolha, por falta de reconhecimento do desejo. Frequentemente esta dificuldade se estabelece também em relação à identidade sexual, ou outras vezes em relação à orientação sexual. Charlton (1988, p. 61) chama a atenção para estes aspectos:

“A experiência de vitimização frequentemente inclui ataques contra o sentido que se desenvolve de identidade de gênero. A imagem corporal, segurança quanto às identificações masculinas e femininas, e preferências eróticas

eventuais, tanto para atividades quanto para fantasias, são influenciadas.”⁸

Em relação à identidade grupal, estes indivíduos tendem a apresentar um relato de mudanças freqüentes na sua história de vida, desde variação de ambientes ao grupo de pessoas. Uma determinada época estão ligados a um núcleo específico, com características específicas. Comportam-se de maneira mimética com os elementos do grupo, vestem-se e assumem uma postura tal; naquele momento parecem, enfim, ter encontrado uma identidade de grupo consistente. No momento seguinte tudo se torna diferente: mudam totalmente de crenças, aparência física, maneira de vestir-se, estilo, companhias. Funcionam como um camaleão que toma a forma e a postura do ambiente no qual se encontra. Trocam de identidade grupal como quem muda de personagem, mudando o figurino e o cenário.

⁸ T. do A.

DESENVOLVIMENTO

“O conhecimento do caráter fragmentário da nossa experiência não nos deve impedir de esboçar – com uma orientação provisória – um aspecto unitário da história do desenvolvimento.”

(Erich Neumann, 1995b – p.192)

No decorrer dos capítulos anteriores, discutimos as principais características da patologia borderline e suas implicações no atendimento, na transferência/contratransferência e nas relações entre o Self e o ego.

Aos poucos, vai se delineando uma característica central deste transtorno, que se expressa de maneiras variadas: a indiferenciação sujeito-objeto.

Esta indiferenciação é responsável pela maior parte dos fenômenos associados a esta patologia: as questões relativas à identidade, o tipo e a dinâmica dos mecanismos de defesa utilizados, e a indiscriminação das polaridades, que impedem um desenvolvimento da relação Eu-Outro de maneira adequada. O ego fica à mercê da energia arquetípica, e o Self, ao perder sua significação funcional, deixa também de exercer uma de suas funções básicas, de centro organizador da psique, conforme este trecho de Jung (CW 9, p. 142):

“Por esta razão resolvi escolher chamá-lo “Self”, pelo qual eu entendo uma totalidade psíquica e ao mesmo tempo um centro, nenhum dos quais coincide com o ego mas o inclui, como um círculo maior contém um menor.”

Esta fusão sujeito-objeto, configurada através da *participation mystique*, pode ser compreendida a partir da interrupção de determinados processos que ocorrem no desenvolvimento normal.

Desta maneira, a compreensão do processo de diferenciação sujeito-objeto no desenvolvimento da personalidade vai ser fundamental para o entendimento da psicogênese da patologia borderline.

Rosemary Gordon (1993, p. 213) descreve este processo de fusão Eu-Outro ao discorrer sobre a identificação projetiva:

“Identificação projetiva é o processo inconsciente através do qual o indivíduo insinua-se dentro do mundo psicossomático do outro. Isso pode ser para procurar lá um esconderijo tipo útero como matrix para um renascimento, para fugir de conflitos ou controle, ou para ajudar a separar partes do self individual de um de representações internas ou reais de partes de outros. *A identificação projetiva intenciona criar, ou recriar – uma situação na qual pontes não são necessárias porque não há o outro separado e real.*”⁹

Muitas teorias de desenvolvimento tratam do tema da diferenciação da relação sujeito-objeto. Escolhemos alguns autores cuja compreensão nos parece útil para a construção de uma teoria de desenvolvimento que possa ajudar a compreensão da patologia borderline.

Dentre os autores da Psicologia Analítica, examinaremos resumidamente alguns aspectos das teorias de Fordham, Neumann e Byington. Antes disso, porém é necessária a compreensão da Teoria do apego, de Bowlby, vista por Peter Fonagy, um dos principais

⁹ T. do A. Grifo nosso.

pesquisadores da psicanálise nos dias de hoje, e suas relações com o transtorno borderline.

TEORIA DO APEGO

Peter Fonagy (2000, p. 103) parte da teoria do apego, desenvolvida por John Bolwby, para construir um modelo da formação de uma capacidade reflexiva no ser humano e suas interações com o transtorno borderline.

Segundo Fonagy, Bolwby desenvolve sua teoria do apego descrevendo uma necessidade humana universal no sentido de formar ligações afetivas próximas. Nos primeiros relacionamentos humanos, o comportamento inato da criança em direção ao adulto (procurar proximidade, agarrar-se, sorrir) tem sua contrapartida no comportamento de apego do adulto (com atitudes complementares). Isto reforça a relação de apego desta criança com este adulto. Estes sinais criam para a criança a possibilidade de uma experiência subjetiva de segurança ou insegurança. O objetivo do sistema de apego, que é o regulador das experiências emocionais, é a sensação de segurança.

O adulto, quando tem condições de fazer uma leitura momento a momento das alterações no estado da criança, promove, através da devolução desta leitura a ela, uma regulação das reações emocionais. Assim, o cuidador tem um papel de reestabelecimento do equilíbrio quando estados de agitação se apresentarem à criança, funcionando desta maneira como um sistema homeostático.

Estas experiências com os cuidadores são agregadas em sistemas de representações, que Bolwby chamou *modelos de trabalho interno*.

Para observar o modelo de trabalho interno de crianças em ação, Mary Ainsworth criou um protocolo chamado de Situação Estranha. Neste procedimento, crianças são postas em situações não familiares a elas, após o que o seu cuidador é separado delas por um período curto. A partir desta situação, as crianças se dividem em quatro tipos, em função da resposta que apresentam: *seguras*, quando são crianças que na presença do cuidador são muito exploradoras, ficam ansiosas na presença de um estranho e angustiadas com a ausência do seu cuidador, mas que se reestabelecem logo com a volta dele, após procurar o seu contato e se sentirem reaseguradas; são crianças que têm no cuidador alguém que é capaz de estabilizar as agitações da criança, de maneira adequada, fazendo com que estas permaneçam mais organizadas em situações de estresse; *ansiosas/evitativas*, que mostram uma exploração mais limitada, ficam menos ansiosas com a ausência do cuidador, e procuram menos o reassentamento deles quando reaparecem; são crianças que super-regulam seus afetos e evitam situações aparentemente angustiantes, provavelmente por não terem tido suas agitações emocionais reestabilizadas por seus cuidadores; *ansiosas/resistentes*, que também mostram um padrão exploratório mais limitado e que ficam muito angustiadas com a separação de seu cuidador; mesmo depois que este retorna costumam muito a se acalmar, evidenciando uma subregulação de suas emoções. Funcionam como se precisassem superdimensionar sua resposta para obter a atenção e resposta do cuidador, mas esta parece frustrante no sentido do restabelecimento do equilíbrio.

As crianças do quarto grupo são chamadas de *desorganizadas/desorientadas*. Estas crianças apresentam um

comportamento totalmente diverso, como bater palmas, balançar a cabeça, ficar estáticas e tentar escapar de uma situação não familiar mesmo na presença do cuidador. Fonagy (2000, p. 105) continua:

“ Para uma criança como esta, o cuidador serviu como fonte tanto de medo quanto de reassuramento; desencadeia assim no sistema comportamental do apego a produção de motivações conflitivas muito fortes. Não surpreende que uma história de separações prolongadas ou repetidas, conflito conjugal intenso e negligência severa, e abuso sexual ou físico estejam freqüentemente associados a este padrão.”¹⁰

Posteriormente, foi desenvolvido um instrumento para avaliação dos apegos em adultos, o AAI (Adult Attachment Interview); através deste instrumento, que funciona como um equivalente da Situação Estranha de Mary Ainsworth, construiu-se um conjunto de categorias para o adulto que funciona como um paralelo para as categorias infantis.

A partir desta possibilidade de correspondência, pôde-se observar o papel central que as relações de apego têm na transmissão transgeracional de privação. Os padrões de apego parentais podem prever o padrão de apego da criança, mesmo antes desta nascer, e têm um papel fundamental na transmissão transgeracional de privação. Adultos seguros são três a quatro vezes mais propensos a terem crianças que são apegadas seguramente a eles (Fonagy, 2000, p.106).

A possibilidade de ter um cuidador que apresente uma postura reflexiva permite à criança segura perceber uma representação sua como um ser intencional, que possui um *desejo*. Essa representação

¹⁰ T. do A.

é então internalizada e passa a fazer parte do eu. A criança só poderá se ver, no outro, como um indivíduo mentalizado, se o cuidador possuir uma habilidade e acurácia que se traduzam numa capacidade reflexiva. Este processo é fundamental para o desenvolvimento da capacidade reflexiva *na criança*. Neste sentido, a capacidade reflexiva é uma aquisição transgeracional. “Nós pensamos nos outros em termos de desejos e crenças porque fomos pensados como seres intencionais” (Fonagy, 2000, p. 109). Esta capacidade de espelhamento vai ser fundamental para o desenvolvimento da personalidade como um todo, e particularmente para a questão da diferenciação Eu-Outro.

Crianças desorganizadas apresentam uma capacidade de inferência de estados intencionais do cuidador muito grande; estão o tempo todo prestando atenção às variações deste, na tentativa de adivinhação (muitas vezes com sucesso) das expectativas e desejos do cuidador, como que se antecipando a ele mesmo; procuram, com isso, diminuir a possibilidade da ocorrência de algum comportamento inadequado e destrutivo proveniente dele.

André Green (1988, p. 259), ao descrever a experiência terrível da mãe deprimida, apática, retoma este aspecto:

“O que define a projeção não é o caráter verdadeiro ou falso do que é projetado, mas a operação que consiste em levar para a cena externa – ou seja a do objeto – a investigação, e inclusive a adivinhação, do que deve ser rejeitado e abolido dentro. A criança teve a cruel experiência de sua dependência às variações de humor da mãe. Dedicará doravante seus esforços para adivinhar ou antecipar.”

Gunderson (2000, p. 16), discutindo os padrões de apego em relação à personalidade borderline, ao discorrer sobre os

comportamentos característicos do tipo desorganizado/desorientado, reafirma o que Fonagy (2000) relata sobre o seu trabalho com indivíduos com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline que apresentam um padrão correspondente na entrevista do AAI (Adult Attachment Interview):

“Estes comportamentos, intermitentemente presentes em vários pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, se desenvolvem em resposta a cuidadores que são deprimidos, perturbados ou abusadores – qualidades que infelizmente são comuns nos cuidadores na infância de vários pacientes borderline. Acredito que este padrão de apego alternante seja a psicopatologia central para pacientes borderline.”¹¹

Livesley (2000, p. 214) também se refere a esta questão, concluindo: “Conseqüências estruturais envolvem uma falha no desenvolvimento de um sistema de self integrado com fronteiras interpessoais bem definidas, e a capacidade de intimidade e apego”.

Fonagy (2000, p. 111) ressalta um outro aspecto estrutural dos transtornos de personalidade que se coaduna com uma afirmação de Schwartz-Salant. Propõe que estes indivíduos borderline, vítimas de abuso infantil, se negaram defensivamente à percepção dos desejos perversos de seus cuidadores, diminuindo sua capacidade para perceber estados mentais, tanto nos outros como neles próprios, inibindo assim a sua capacidade de mentalização.

Schwartz-Salant (1997, p. 31), se refere a essa questão com outros termos, mas de maneira muito semelhante:

¹¹ T. do A.

“O paciente limítrofe suprimiu a capacidade de ver a verdade emocional muito mais do que a maioria das pessoas, pois, nos anos iniciais de sua formação, esse tipo de visão era percebida por ele como extremamente perigosa. O mais comum é que o paciente tenha conspirado de modo inconsciente com um dos pais, para não ver o ódio e as características psicóticas dessa pessoa.”

FORDHAM E A TEORIA OBJETAL

Fordham, em sua obra *Children as individuals* (1969, *passim*), apresenta uma teoria de desenvolvimento que parte de uma premissa própria: desenvolve a teoria do self na criança postulando que o bebê é primariamente uma unidade ou self desde o início. Neste sentido define a criança pequena como uma unidade separada dos seus pais.

Embora pressuponha o self da criança diferenciado dos pais, chama a atenção para a existência de uma identidade primária do bebê com sua mãe, que, ao longo do processo de desenvolvimento, vai se transformando, até a diferenciação completa da relação Eu-Outro.

As primeiras semanas de vida constituem um período onde a percepção do bebê é vaga e transitória. Essa capacidade de percepção pouco a pouco vai sendo desenvolvida, e, somente depois disso, pode traduzir-se em consciência: “(...) um bebê não percebe o self em primeiro lugar e até ele poder construir um símbolo do self ele não tem consciência do mesmo.” (1980, p. 93).

Fordham chama a atenção para o fato de que no início da vida, especialmente nos dois primeiros anos, os arquétipos não são tão

diferenciados; neste sentido, o imaginário é corporal e pré-simbólico. Esta concepção se coaduna com a afirmação de Jung, que define o arquétipo como uma entidade psicossomática que possui um aspecto intimamente relacionado aos órgãos físicos, enquanto outro aspecto diz respeito à relação com o inconsciente e estruturas psíquicas potenciais.

A partir do self primário, o nascimento funciona como o primeiro evento que provocará uma alteração no estado de equilíbrio (*steady state*) do bebê, gerando uma onda de estímulos que interagem com a psique-soma, provocando uma ansiedade prototípica. Esta "onda" passa, o mar se acalma, e um estado de equilíbrio se restabelece. Esse processo se repete indefinidamente, mais rapidamente em algumas fases da vida e de maneira muito mais lenta em outros períodos (Fordham, 1969, p. 103):

"A seqüência se repete mais e mais durante a maturação e a força motriz atrás dela é chamada deintegrativa e reintegrativa. No início as seqüências são rápidas, mas com o crescer da organização psíquica, elas se espalham por longos períodos até que uma relativa estabilidade é atingida na maior parte do tempo. É possível definir um número de períodos nos quais um ou ambos estes processos podem ser estudados: nascimento, a aproximação da mãe na amamentação, com referências particulares às mudanças ocorridas por volta dos três meses, sete meses e ao desmame; a fase de separação-individação; a crise criada pelo nascimento de um irmão; os desenvolvimentos edípicos. Segue-se então um período de latência até a adolescência e uma maturidade relativamente estável, que continua até a transição a uma vida mais tardia, quando as seqüências de deintegração-reintegração se repetem e o

processo de individuação, que Jung especificamente estudou, começa.”¹²

Fordham descreve esse movimento de deintegração/reintegração, a partir do self. Este movimento por um lado se dá *gerando* o ego; por outro lado, a partir da existência de um ego, mesmo que rudimentar, este também *passa a participar do processo de estruturação da psique*, pois a partir dele passam a ser constituídas estruturas interativas permanentes¹³.

O bebê vai então, a partir da repetição deste ciclo, poder organizar suas experiências cumulativas em objetos “bons” e “maus”. Os objetos bons são aqueles ligados à satisfação, como o seio durante a mamada; eles restabelecem a unidade primária do bebê. Em oposição, os chamados objetos maus, ligados aos desconfortos corporais, como por exemplo a fome, são objetos que não promovem a volta a este equilíbrio inicial, não vão de encontro às necessidades do bebê, e portanto, não satisfazem.

Esta dinâmica da parcialização dos objetos é responsável por uma experiência de “tudo ou nada”, própria deste momento, onde estes objetos parciais ainda não têm representação no ego.

Desde que a mãe tenha a capacidade de ir de encontro às necessidades do bebê, percebendo-as de maneira a poder atendê-las, ela vai permitindo aos poucos o desenvolvimento de sua identidade (Fordham, 1969, p.116): “Provendo de maneira confiável e empática, a mãe então cria a base para sentimentos de confiança a partir dos quais cresce um sentido de identidade individual num meio seguro e confiável (...).”

¹² T. do A.

¹³ Grifo nosso.

Ao conhecer bem o seu bebê, a mãe consegue identificar os momentos em que este pode lidar com frustrações relativas e mais toleráveis. Desta maneira, proporcionando estas ocasiões, se configura uma oportunidade do bebê aprender a lidar com elas, desenvolvendo o seu ego e experimentando a diferenciação entre fantasia e realidade.

A partir de um movimento de projeção e introjeção dos objetos, bons e maus, as experiências com os objetos parciais deixam de ter um caráter de concretude e passam a formar *representações*.

Com a evolução deste processo, por volta dos sete meses, a mãe passa a ser reconhecida pelo bebê como um objeto libidinal. Esta passagem está ligada à possibilidade de integração dos objetos parciais para formação do objeto total. Mas este processo só vai ocorrer se o bebê puder introjetar objetos bons o suficiente para acreditar que estes não vão ser sobrepujados pelos objetos maus.

Esta mudança é muito significativa porque agora os objetos anteriormente sentidos como bons *ou* maus podem estar juntos, reconhecidos como *o mesmo objeto*, bom e mau. Desta maneira, vai possibilitar ao bebê um acréscimo na sua capacidade de construção de seu mundo interno, onde, cada vez mais, as imagens simbólicas vão substituindo as representações concretas dos objetos.

Ao final deste processo, Fordham (1969, p. 123) comenta:

“O self no qual objetos onipotentes interrelacionados se desenvolveram se tornou representado num ego central, pessoal e organizado, que reflete sua totalidade e contém objetos bons e maus¹⁴. Há porém um desbalanceamento essencial, no qual os objetos bons são suficientes para predominar sobre os maus; as estruturas se desenvolveram,

¹⁴ Grifo nosso.

o que possibilita passos futuros numa separação triste mas gratificante.”.¹⁵

Assim, para Fordham, a possibilidade da separação sujeito-objeto vai se dar na medida em que, dentro da teoria objetal, se torna possível a integração dos objetos parciais em objeto total. Ou como se refere Fordham em outro texto (1980, p. 92), relacionando a teoria objetal às polaridades arquetípicas:

“Com a progressão da maturação as imagens arquetípicas começam a se destacar dos objetos e a representação do arquétipo da mãe é formada, separada da mãe real. Assim, a percepção da realidade é acrescida, e este é um elemento potente da razão pela qual uma mãe real não pode ser trocada por uma substituta. Devido ao fato do arquétipo da mãe ser ambivalente, ele combina experiências de mãe como boa e má; a imagem é um verdadeiro símbolo no sentido de que é uma representação mental que combina opostos.”.¹⁶

Examinando a história de vida comum aos pacientes borderline, já apresentada e discutida anteriormente neste trabalho, identificamos de imediato que estes indivíduos tiveram uma infância que não atendeu ao requisito básico que possibilita a progressão e integração dos objetos parciais em objetos totais: uma maternagem/paternagem que ofereça segurança e continência; um cuidador que possa ajudar na árdua tarefa do lidar com as ansiedades persecutórias de maneira a torná-las suportáveis e menos

¹⁵ T. do A.

¹⁶ T. do A.

desorganizadoras; e um repertório de experiências de satisfação, de retorno a um estado de equilíbrio em quantidade mínima.

A falta destas condições, expressa pela negligência, abandono e histórias freqüentes de abusos de vários tipos, não permite que os objetos bons sejam cotejados aos objetos maus para, a partir daí, desenvolver-se a integração no objeto total.

Vista pelo prisma desta teoria, a exuberante psicopatologia psicodinâmica que estes pacientes apresentam vai decorrer então da interrupção do processo que se dá neste ponto agudo de integração dos objetos parciais em objetos totais; esta interrupção faz com que os opostos nunca se encontrem, nunca se integrem; a possibilidade de discriminação da relação sujeito-objeto, Eu-Outro, portanto, não acontece.

NEUMANN E BYINGTON

Neumann (1995a, p. 11) descreve o desenvolvimento da consciência através da passagem por diferentes fases. Parte do pressuposto de que o bebê nasce com seu Self ainda vinculado ao Self materno; este vínculo progressivamente se dissolve, até o período ao redor do primeiro ano de vida.

Inicialmente, o bebê está imerso no estágio urobórico, que poderíamos caracterizar como um estágio de indiferenciação. Neste período, que começa com o nascimento, a consciência ainda não se formou.

O processo de diferenciação que constituirá o próprio processo de desenvolvimento da consciência começa neste estágio,

através de um movimento que Neumann chamou de *centroversão*. Postula que no princípio a consciência se apresenta de uma maneira insular, ou seja, surge como ilhas no mar do inconsciente, e não é contínua. Este conceito vai ser retomado por Byington (1986, p. 14), que acrescenta que estas ilhas contém “pólos das discriminações realizadas”.

Este estágio chamado uroboros é caracterizado por Neumann (1995b, p. 202) do seguinte modo:

“ A fase em que a semente do ego está contida no inconsciente, tal como o embrião no útero, fase em que o ego ainda não apareceu como um complexo consciente e em que não há tensão entre o sistema do ego e o inconsciente, é o estágio que designamos como urobórico e pleromático. (...) O ego posterior considera essa existência pleromática a primeira felicidade do homem, uma vez que, nesse estágio, não há sofrimento; este só vem ao mundo com o advento do ego e da experiência do ego.”

Ressalta também que esse é um estado fronteiriço, e que, como qualquer estágio passado, continua a existir e pode ser reativado a qualquer momento, em função de qualquer motivo que leve a um rebaixamento do nível de consciência.

Este estado mantém-se expresso no fenômeno da *participation mystique*, lembrando o estado em que psique e soma permanecem unidos, e onde os opostos estão fundidos, sem separação entre sagrado/profano, divino/humano. Caracteriza-se também por um simbolismo corporal primitivo.

Neste estágio inicial de desenvolvimento da consciência, o ego apresenta uma acentuada instabilidade, em virtude da interferência

permanente do inconsciente numa estrutura ainda sem uma organização mais elaborada. Nesse sentido, são freqüentes uma instabilidade emocional, reações ambivalentes de prazer/dor, e uma permutabilidade entre interior e exterior, entre indivíduo e grupo (Neumann, 1995b, p. 205).

Byington (1986, p. 14) ressalta que este estágio de consciência insular tem a vantagem de permitir um "acesso fácil e quase imediato à vastidão e profundidade dos processos inconscientes". Por outro lado, esta mesma característica de organização da consciência em forma de ilhas gera uma certa dificuldade em manter a memória e a coerência lógica a nível consciente.

Para Byington (1998, p. 80), o desenvolvimento da consciência prossegue com a mudança do que chama "arquétipos regentes", tais sejam, os arquétipos que naquele momento específico do desenvolvimento constelam-se de maneira mais expressiva. Sua seqüência no desenvolvimento infantil dá-se, a partir da uroboros, através da constelação do arquétipo da Grande Mãe e do arquétipo do Pai, nessa ordem. Ele chama a atenção para esta relação entre os arquétipos regentes e o desenvolvimento da consciência em diferentes posições:

" Não existe um arquétipo regente melhor que o outro, nem tampouco uma posição melhor que a outra. Cada arquétipo regente ou cada posição da consciência tem o seu momento na elaboração simbólica, no qual é o melhor indicado para exercê-la. (...) Por isso, existe sem dúvida uma relação evolutiva dinâmica entre os Arquétipos Regentes expressos pelas posições Ego-Outro que lhes são características na Consciência. Existe um maior apego e uma

menor abstração no Arquétipo Matriarcal e na posição insular.”

Seguindo esta compreensão, Byington (1998, p. 101) acrescenta que “a formação da identidade na posição polarizada é coordenada pelo Arquétipo Patriarcal (...)”. Ou seja, a emergência deste arquétipo na consciência é que vai trazer à tona a questão das polaridades.

Partindo destes pressupostos de diferentes fases ou estágios definidos evolutivamente por Neumann e Byington como uroboros, dinamismo matriarcal e dinamismo patriarcal, vemos que a ocorrência da constelação destes arquétipos (Grande Mãe e Pai), de uma maneira pertinente, através das vivências da criança, é que vai possibilitar um desenvolvimento e evolução adequados do que Byington chama de posições da consciência na díade Eu-Outro.

Neste sentido, a vivência da humanização do arquétipo da Grande Mãe de forma inadequada, através de uma hipertrofia dos aspectos da Mãe Terrível — que, como já vimos, compõe a história da infância dos pacientes borderline — não vai permitir uma continuidade no desenvolvimento da consciência e do ego de um modo propício. Desta maneira, vai criar uma fixação no incesto urobórico e uma descontinuidade no processo de elaboração simbólica. Galiás (1988, *passim*) também ressalta a importância da questão da hipertrofia e hipotrofia das diferentes posições e papéis dentro da estruturação da consciência a partir da constelação dos arquétipos da Grande Mãe e do Pai, em termos do desenvolvimento normal e patológico das relações interpessoais.

Voltando às nossas ilhas, como um exercício imaginativo para compreendermos a transformação da consciência, poderíamos

fazer uma extrapolação, utilizando como ponto de partida esta imagem de ilhas que inicialmente estão isoladas, sem conexão umas com as outras. A progressão do desenvolvimento da consciência e do ego, essenciais à saída do incesto urobórico e ao desdobramento do Eu em Eu-Outro, se dá a partir da possibilidade de integração progressiva destas ilhas de consciência em unidades geográficas maiores: grandes ilhas, arquipélagos, continentes.

Esta possibilidade de conexão, representada por este movimento de coalescência das ilhas de consciência, nesta imagem de agrupamento que caracterizaria a progressão do desenvolvimento da consciência, só vai ocorrer, da nossa perspectiva, através da possibilidade da criança estar imersa num ambiente seguro com cuidadores que propiciem uma vivência de continência e cuidados. Em outros termos, a criança necessita de adultos cuidadores que representem uma experiência de humanização do arquétipo da Grande Mãe minimamente positiva.

Kacirek (1988, p. 76), descrevendo a patologia borderline em termos da relação sujeito-objeto a este respeito diz:

“Quando, num estado não diferenciado, sujeito e objeto estão fundidos, a pessoa fica sob a dominação da Grande Mãe. Posto de maneira diversa, o arquétipo da Grande Mãe é aqui compreendido como o princípio organizador que mantém a *participation mystique*, em contraste com o Self que, de acordo com Jung, torna a diferenciação possível.”¹⁷

Acreditamos que a permanência neste estado fusional que inviabiliza a passagem para uma estruturação dentro da relação sujeito-objeto, como posição Eu-Outro, ocorre tanto extra como

¹⁷ T. do A.

intrapsoquicamente. Edinger (1996, p. 67) ao retomar o conceito de Neumann de eixo ego-Self, ressalta uma importante questão pertinente a essa relação sujeito-objeto: ao postular que este eixo é um canal de comunicação entre a personalidade consciente e a psique arquetípica, conclui que a danificação deste eixo ego-Self “ (...) impede ou destrói a conexão entre consciente e inconsciente (...)”.

A questão então do desenvolvimento de uma relação sujeito-objeto, em termos da relação ego-Self (como já abordamos em outro capítulo) fica truncada, com a obliteração deste canal e a conseqüente permanência num estado de indiferenciação.

Edinger (1996, pp. 68-69) chama a atenção para a necessidade da presença de uma condição que ele dá o nome de *aceitação* para que a constituição do eixo ego-Self se dê de maneira adequada. E sublinha a participação dos cuidadores da criança no desenvolvimento deste atributo:

“O Si-mesmo constitui um determinante interno *a priori*. Todavia, ele não pode emergir sem que haja um relacionamento pais-filho concreto. Neumann chama a atenção para isso e dá a essa relação a denominação de “evocação pessoal do arquétipo”. No decorrer dessa fase, em que a experiência do Si-mesmo toma a forma de projeção, é provável que o eixo ego-Si-mesmo esteja extremamente vulnerável a danos provocados por fatores ambientais adversos. Nesse período, não é possível distinguir entre interior e exterior. *Por conseguinte, a incapacidade de experimentar aceitação ou vínculo é sentida como algo idêntico à perda de aceitação por parte do Si-mesmo*¹⁸. Em outras palavras, o eixo ego-Si-mesmo sofreu um dano, o que

¹⁸ Grifo nosso.

provocou uma alienação entre o ego e o Si-mesmo. (...) O sentimento de ser aceito pelo Si-mesmo dá ao ego força e estabilidade. Esse sentimento de aceitação é veiculado para o ego através do eixo ego-Si-mesmo. Um sintoma de danificação desse eixo é a falta de auto-aceitação.”

Neste sentido, a compreensão da patologia borderline como uma condição onde ocorre um impedimento na constelação do eixo ego-Self, ou dano ao mesmo eixo, foi também anteriormente citada por outros autores (Beebe, 1988, p. 104; Kacirek, 1988, p. 79). Mostra-se como uma pedra angular na compreensão do funcionamento psicodinâmico destes pacientes.

Edinger (1996, p. 87), embora abordando as alterações do eixo ego-Self de maneira não específica, continua a discorrer sobre este dano de um modo que poderíamos particularizar para o paciente borderline:

“Embora a alienação seja uma experiência arquetípica e, portanto, uma experiência humana geral, as formas exageradas dessa experiência (...) normalmente se encontram em pessoas com um certo tipo de infância traumática. Nos casos em que a criança experimenta um grau sério de rejeição por parte dos pais, o eixo ego-Si-mesmo é danificado e a criança fica predisposta, na idade madura, a estados de alienação que podem alcançar dimensões insuportáveis. Essa linha de acontecimentos decorre de a criança experimentar a rejeição parental como uma rejeição por parte de Deus. Essa experiência é incorporada à psique como alienação permanente entre o ego e o Si-mesmo.”

Desta maneira, retorna à discussão da perda do significado funcional do Self e às vivências dos indivíduos borderline que descrevemos quando da associação com determinados aspectos da obra de Jung *Resposta a Jó* (1998).

A indiferenciação da relação sujeito-objeto, Eu-Outro, vai então impedir a construção do processo fundamental de desenvolvimento psíquico do homem, que Jung chamou de processo simbólico. Este dano ao eixo ego-Self vai impossibilitar a emergência do seu elemento de comunicação por excelência: o símbolo.

SÍMBOLO E FUNÇÃO TRANSCENDENTE

A palavra símbolo, originária do grego *súmbolon*¹⁹, adquiriu inúmeros significados ao longo do tempo. Jung (1991c, p. 444) define o símbolo e suas propriedades em várias passagens de sua obra. Escolhemos duas destas definições para caracterizarmos este conceito:

“Qualquer conceito que declara a expressão simbólica como a melhor formulação possível de uma coisa desconhecida – e, por isso, não podendo ser mais clara e acertada – é *simbólica*.”

Na sua obra *A Natureza da Psique* (1991a, p. 7) retoma a definição: “(...) entendendo-se ‘símbolo’ como o termo que melhor traduz um fato complexo e ainda não claramente apreendido pela consciência”.

A palavra símbolo também tem o significado de um tipo de objeto que é quebrado ao meio e cujas partes são entregues a duas diferentes pessoas; estas, ao encontrar-se, cotejam as duas metades e se reconhecem então através da reunificação do todo. Comerciantes teriam usado um tipo de bastão com marcas que indicariam a dívida do cliente; este bastão seria dividido ao meio, cada um ficando com uma parte, como sistema de conferência da conta.

¹⁹ *Súmbolon*, em grego “signo de reconhecimento”, originalmente “um objeto dividido entre o hospedeiro e seu hóspede e transmitido aos seus filhos; a aproximação das duas metades servia para sinalizar a relação de hospitalidade entre seus ascendentes” (Houaiss, 2001)

Podemos, pois, entender o símbolo como uma instância intermediária que, ao mesmo tempo que está em contato com os arquétipos, o Self, está também em contato com o ego. Por essa constituição tem uma função mediadora que se traduz como possibilidade de ligação.

Esta característica do símbolo lhe confere um outro significado, segundo Jung “central e supremo, e isto justamente porque ele constitui uma ‘coniunctio oppositorum’ (integração dos opostos)” (Jung, 1994, p. 65), que é o paradoxo desta integração.

Se retomarmos aquela imagem que construímos para ilustrar o desenvolvimento e estruturação da consciência, das ilhas que vão se conectando e formando uma grande rede, a imagem simbólica que naturalmente se constela, a partir da conexão entre as diferentes ilhas é a imagem da ponte. A ponte se apresenta como a possibilidade de ligação entre ilhas distintas, estas com outras mais e assim por diante. A ponte é o elemento de união entre duas ilhas, entre dois pólos distintos.

Gordon (1993, p. 189) também relaciona a imagem da ponte com a função do símbolo:

“(...) discutirei a sua mais importante função psicológica, que para o símbolo é a função de ponte *par excellence*. Símbolos ligam objetos separados e distintos, e experiências ao geral e abstrato, o estranho ao familiar, soma e psique, fato a significado, desconhecido ao conhecido – se de fato conhecível – e o fragmento ao todo. Símbolos são pontes entre o ego e o grande self, entre o pessoal, o cultural e o transpessoal, e entre o sagrado e o profano.”²⁰

²⁰ T. do A.

Ao descrever a função do símbolo como mediador dentro da psique, Jacobi (1990, p. 91) acrescenta: "Essa qualidade mediadora e 'lançadora de pontes' do símbolo pode ser literalmente considerada um dos equipamentos mais engenhosos e importantes da 'administração' psíquica."

Parece-nos, partindo desta conceituação do símbolo como ponte, que essa função se constitui como a essência da função de intermediação do símbolo na relação ego-Self.

Retomando este ponto dentro da relação Eu-Outro, sujeito-objeto, somos naturalmente levados à questão central que nos parece o fulcro da experiência humana do desenvolvimento e da individuação, que é o processo contínuo, sucessivo e infinitamente retomado de separação e união. Em *Aion* (1994, p. 183) Jung descreve a relação sujeito-objeto nestes termos:

"Até onde a lógica humana alcança, a unificação dos opostos equivale a um estado de inconsciência, pois o estado de consciência pressupõe, ao mesmo tempo, uma diferenciação e uma relação entre o sujeito e o objeto. Onde não existe um "outro" ou ainda não chegou a existir, cessa a possibilidade de se tornar consciente."

Rosemary Gordon (1993, p. 195) prossegue, descrevendo essa necessidade coletiva como arquetípica:

"(...) eu acredito que os dois temas arquetípicos mais fundamentais e básicos sejam nossa necessidade de união por um lado, e nossa necessidade de diferenciação e separação por outro lado. Quando a função simbólica emerge, é um sinal que a psique está engajada em relacionar estas necessidades aparentemente contraditórias:

as necessidades do self e as necessidades do ego, a necessidade do pessoal e único, e a necessidade do geral e universal.”²¹

Voltando à patologia borderline, poderíamos dizer que este processo como um todo, de união e separação, que tantas vezes se repete no decorrer do processo de individuação, desde o início do desenvolvimento, fica bloqueado dentro de um estado fusional que se expressa através da *participation mystique*. A permanência neste estado faz com que a constelação de opostos não possa ocorrer. Desta maneira, a impossibilidade da separação acaba por impedir a possibilidade da re-união.

Jung (1991a, p. 22) chama essa função de pareamento de opostos, formação de pontes entre eles e sua síntese posterior de *função transcendente*:

“O alternar-se de argumentos e de afetos forma a função transcendente dos opostos. A confrontação entre as posições contrárias gera uma tensão carregada de energia que produz algo de vivo, um terceiro elemento que não é um aborto lógico, consoante o princípio: *tertium non datur* (não há um terceiro integrante), mas um deslocamento a partir da suspensão entre os opostos e que leva a um novo nível de ser, a uma nova situação. A função transcendente aparece como uma das propriedades características dos opostos aproximados.”

Jacobi (1990, p.91) explica o termo transcendente: “(...) e ‘transcendente’ não significa para ele [Jung] uma qualidade metafísica,

²¹ T. do A.

mas o fato de que, por meio dessa função, se cria uma passagem de um lado para o outro.”

Como acabamos de concluir, esta função só se dá, porém, com a condição de já terem sido constituídos estes pares de opostos. E essa diferenciação ocorre a partir da passagem da posição do Eu para a posição do Eu-Outro, tanto intra como extra-psiquicamente, ou, dentro da conceituação de Byington, somente após a saída de uma posição insular para uma posição polarizada (Byington, 1998, *passim*). Gordon (1993, p. 192) postula que somente após o self original ter se separado, somente após o movimento de deintegração como definido por Fordham ter ocorrido, quando a união urobórica tenha sido sacrificada e os opostos tenham sido constelados, seria concebível essa função de ponte, “uma função transcendente de fato” .

Concluimos então que na estrutura dinâmica borderline uma característica central é a *ausência* de uma função transcendente.

Todo este percurso, sinônimo da individuação, traduz-se de maneira expressiva no conceito alquímico da *coniunctio*, no esforço dos alquimistas em promover a união dos opostos que é o coroamento da obra no “casamento alquímico” (Jung, 1985, p. 85). Ao comentar a individuação, neste sentido, Jung diz:

“É por este motivo que a individuação é um “*mysterium coniunctionis*” (mistério de unificação), dado que o si-mesmo é percebido como uma união nupcial de duas metades antagônicas e representado como uma totalidade composta, nos mandalas que se manifestam espontaneamente.”

Alvarenga (1997, p. 41) refere-se à *coniunctio* numa dinâmica de alteridade em outros termos, centrando-se na questão da mudança da relação sujeito-objeto, Eu-Outro:

“O sofrimento traduz a morte simbólica do Eu solitário para o Eu solidário, donde leva à saída da impessoalidade para o momento ímpar em que o indivíduo emerge como Eu-Outro. Nesse sentido o sofrimento concorre também para a emergência da alegria de se saber como uma conjunção.”

O permanente medo do abandono, presente o tempo todo nas relações interpessoais, é o sintoma nuclear deste quadro tão grave. As vivências pelas quais passou configuram no indivíduo borderline um pavor extremo da separação, que freqüentemente aparece através de ansiedades persecutórias. Desta forma, não se criam nem se pareiam opostos. Este processo se dá tanto extra como intrapsiquicamente.

Vivendo tudo de maneira total, maciça e definitiva, o paciente borderline se relaciona com o mundo através de suas experiências subjetivas completamente polarizadas e cindidas.

Assim, neste percurso, que tem como sua busca mais profunda a procura incessante da *coniunctio*, torna-se fugitivo de si mesmo. O seu maior temor — da separação — seria, na verdade, a condição inicial para a realização do seu processo de individuação.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho procuramos apresentar algumas características da patologia borderline, discutindo determinados aspectos que nos permitam uma reflexão sobre as configurações específicas do processo de desenvolvimento da personalidade destes indivíduos, sob a ótica da psicologia analítica.

O Transtorno de Personalidade Borderline é uma patologia grave, seja pelo comprometimento das várias esferas vivenciais do indivíduo, social, amorosa, ocupacional, familiar, seja pela dificuldade de manejo terapêutico, tanto no nível biológico/medicamentoso como no nível psicoterápico, que resultam num prognóstico reservado.

Iniciamos discutindo a questão da delimitação diagnóstica do quadro. Neste sentido nos pareceu apropriada a distinção entre o Transtorno de Personalidade Borderline, como é hoje compreendido pelas classificações nosológicas vigentes, e o conceito de Organização de Personalidade Borderline, de Otto Kernberg. Seu conceito amplia o entendimento deste quadro e o situa mais claramente dentro de seus aspectos psicodinâmicos, sendo, ao nosso ver, mais pertinente do ponto de vista da compreensão clínica desta patologia como *estrutura dinâmica*.

Apresentamos, em seguida, a teoria multidimensional de Joel Paris que entende este quadro como resultante de alterações nos níveis biológico, psicológico e social concomitantemente.

Retomamos assim o que na introdução nos propusemos a discutir sobre esta questão, ou seja, a interface entre os níveis biológico

e psicológico, à luz da psicologia analítica, que, particularmente neste aspecto, se mostra muito adequada como ferramenta teórica.

Como apresentado nos capítulos “O atendimento – questões de transferência e contratransferência” e “O ego e o Self”, a história de vida destes pacientes proporcionou a eles experiências psicológicas terríveis no nível simbólico, ligadas aos aspectos negativos do numinoso.

Ocorre que também a experiência biológica, da extrema instabilidade afetiva, ligada à alterações biológicas do humor, e da impulsividade desenfreada, que também possui um fundamento biológico, são vividas pelo indivíduo da mesma maneira que as experiências psicológicas terríveis. Isso ocorre pois a psique se apropria das experiências como *resultante simbólica*, onde o que importa não é o fato nem sua origem (psicológica ou biológica), mas sim a *vivência subjetiva* deste.

Para a psicologia analítica, o corpo é uma via de expressão simbólica tanto quanto as idéias e as emoções. Neste sentido, a resultante simbólica vai se constituir da somatória das vivências subjetivas, seja através destas duas vias, seja através das vias relacionadas à sociedade e à natureza, como apresentado por Byington na sua estrutura simbólica do self individual (Byington, 1986, p. 8).

Nesta compreensão do ser humano não cabe, portanto, uma visão dicotômica em relação aos aspectos biológicos e psicológicos; deste modo, nos parece que a patologia borderline, por apresentar alterações importantes nos dois níveis, coloca-se como exemplo significativo da necessidade de um entendimento da experiência psíquica como resultante simbólica. Esta visão, todavia, só será possível, do nosso ponto de vista, se pudermos ter um *olhar*

transcendente, que nos permita reunir novamente o que ficou separado, biológico e psicológico.

DESENVOLVIMENTO

No que tange à questão do desenvolvimento da personalidade nos indivíduos borderline, parece-nos que alguns pontos discutidos ao longo da monografia necessitam ser destacados.

Por todos os dados relacionados à história de vida destes pacientes, fica claro, do nosso ponto de vista, que, independentemente da opção teórica que partamos para avaliar as vivências do início da vida destes pacientes, encontraremos sempre um histórico de abandono, de carência de figuras que tenham podido humanizar e constelar uma experiência arquetípica minimamente adequada em relação aos arquétipos da Grande Mãe e do Pai.

A falta de continência mínima, de afeto e de cuidado básico — que teriam proporcionado a estes indivíduos a chance de se desenvolverem — fica evidente de um modo gritante através dos inúmeros dados que apresentamos; estes, ao nosso ver, se expressam de maneira emblemática através das estatísticas que indicam a ocorrência de abuso sexual infantil neste grupo de pacientes, acompanhado de negligência e de uma incapacidade dos pais em atribuir uma existência, um desejo, e uma identidade própria a estes indivíduos.

Na nossa compreensão, é a somatória destes fatores num momento tão precoce do desenvolvimento que faz com que estes pacientes sintam o mundo como um lugar terrível; a partir destas

vivências dá-se uma alteração do significado do Self, ao nosso ver em decorrência de *uma sobreposição da imagem da sombra sobre ele*. O Self passa então a carregar somente atributos sombrios, e perde sua significação funcional como arquétipo central organizador da psique.

A partir destes processos, a interrupção do desenvolvimento dá-se através do que nos parece ser o núcleo central da psicopatologia deste quadro: *a indiferenciação sujeito-objeto*. Esta vai ocorrer tanto intra como extrapsiquicamente, e se constitui como uma indiferenciação em vários paralelos: sujeito-objeto, Eu-Outro, corpo-psique, ego-Self.

Seguindo os desdobramentos desta indiferenciação poderemos então entender os diferentes processos que irão caracterizar clinicamente o exuberante quadro da patologia borderline: os mecanismos de defesa primitivos, a *participation mystique* como mecanismo central, a ambiguidade e a oscilação entre idealização e desvalorização nas relações interpessoais, a automutilação e os estados persecutórios.

Esta indiferenciação, que se dá em todos estes níveis, vai prejudicar todo o processo subsequente.

No capítulo "Desenvolvimento" descrevemos brevemente o processo de desenvolvimento visto por três prismas diversos: a teoria de Peter Fonagy e da psicanálise para o transtorno borderline a partir da Teoria dos Apegos, de Bowlby; a teoria de Michael Fordham sobre o desenvolvimento a partir dos movimentos de deintegração e reintegração e os objetos; e a teoria dos ciclos de Neumann, junto com os postulados da Psicologia Simbólica de Byington e determinados conceitos de Edinger.

Tomando qualquer uma destas teorias, encontraremos sempre um desenvolvimento truncado e interrompido. Para Fonagy, através de padrões de apego comprometidos e na impossibilidade de

reconhecimento dos desejos constitutivos da identidade da criança. Ou, partindo da teoria de Michael Fordham, esta interrupção dar-se-ia através da permanência num estado de objetos parciais, sem condições de evolução para um estado onde os objetos podem ser totais, pelo medo do indivíduo de cotejar objetos bons e maus, em função das poucas experiências de continência e cuidado. Se por outro lado tomarmos os conceitos de Neumann e Byington, este truncamento ocorre através da fixação num estado urobórico, indiscriminado, com a perda da possibilidade de passagem de uma consciência insular para níveis posteriores, pela falta do que Edinger vai chamar de aceitação. Percorrendo qualquer um destes caminhos chegaremos a um lugar comum: *a falta da função transcendente*.

Para que o símbolo possa de fato funcionar como ponte, a função transcendente dos opostos possa se operar, e o *tertium non datur* possa emergir, é necessário que antes ocorra a separação e pareamento dos opostos. Ao forçar a permanência num estado fusional, a patologia borderline impede que isto aconteça. Não há um estado de *confiança* no Self, condição necessária para que se ultrapasse o medo persecutório de desmembramento que acompanha a separação.

A questão dos processos de separação e união, sempre retomados, talvez de fato seja a mais fundamental da experiência psicológica humana da individuação. A *coniunctio*, como re-união dos opostos, porém, não ocorre sem o sacrifício da separação. Pois da mesma maneira que o que não esteve unido não se separa, também o que nunca se separou não tem como se reunir na totalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVARENGA, Maria Zélia de. *O Graal: Arthur e seus cavaleiros*. Goiânia: Dimensão, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1952.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- BION, Wilfred R. A theory of thinking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 306-10, 1962.
- BEEBE, John. Primary ambivalence toward the Self: its nature and treatment. In: *The Borderline Personality in Analysis*. Wilmette, III: Chiron Publications, 1988.
- BYINGTON, Carlos. A Identidade Pós-Patriarcal do Homem e da Mulher e a Estruturação Quaternária do Padrão de Alteridade da Consciência pelos Arquétipos da Anima e do Animus. *Junguiana*, São Paulo, 4: 5-69, 1986.
- BYINGTON, Carlos. *O desenvolvimento da personalidade*. Apostila do curso de formação da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica. São Paulo, 1998.

- CHARLTON, Randolph. Lines and shadows. In: *The Borderline Personality in Analysis*. Wilmette, III: Chiron Publications, 1988.
- EDINGER, Edward. *Ego e Arquétipo*. São Paulo: Cultrix, 1996.
- FONAGY Peter, TARGERT Mary, GERGELY George. Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 23: vii-viii, 103-122, 2000.
- FORDHAM, Michael. *Children as Individuals*. London, Hodder and Stoughton, 1969.
- FORDHAM, Michael. Maturation of ego and self in infancy, in *Analytical psychology: a modern science*. London, Academic Press, 1980.
- FORDHAM, Michael. Notes on the transference. In: *Technique in Jungian Analysis*. London: Karnac Books, 1989.
- GALIÁS, Iraci. Reflexões sobre o triângulo edípico. *Junguiana*, São Paulo, 6: 149-165, 1988.
- GORDON, Rosemary. *Bridges: Metaphor for psychic processes*. London: Karnac Books, 1993.
- GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.
- GUNDERSON, John; SINGER, MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*, 132:1-10, 1975.
- GUNDERSON, John G. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.
- GUZDER, Jaswant; PARIS, Joel et al. Risk factors for borderline pathology in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:1, 26-33, 1996.
- HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- JACOBI, Jolande. *Complexo Arquétipo Símbolo: na Psicologia de C.G. Jung*. São Paulo: Cultrix, 1990.

JUNG, Carl Gustav. *The archetypes and the collective unconscious*. (CW IX). Princeton University Press, 1968.

JUNG, Carl Gustav. *Mysterium Coniunctionis*. (Obras completas v. XIV/1). Petrópolis: Vozes, 1985.

JUNG, Carl Gustav. *O Eu e o inconsciente*. (Obras completas v. VII/2). Petrópolis: Vozes, 1987.

JUNG, Carl Gustav. *A Natureza da Psique*. (Obras completas v. VIII/2). Petrópolis: Vozes, 1991a.

JUNG, Carl Gustav. *Psicologia e Alquimia*. (Obras completas v. XII). Petrópolis: Vozes, 1991b.

JUNG, Carl Gustav. *Tipos Psicológicos*. (Obras completas, v. VI). Petrópolis: Vozes, 1991c.

JUNG, Carl Gustav. *Resposta a Jó*. (Obras completas, v. XI/4). Petrópolis: Vozes, 1998.

KACIREK, S. Subject-object differentiation in the analysis of borderline cases: the Great Mother, the Self, and others. In: *The Borderline Personality in Analysis*. Wilmette, III: Chiron Publications, 1988.

KERNBERG, Otto F. et al. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.

KERNBERG, Otto F. Aggression, Trauma and Hatred in the Treatment of Borderline Patients. *Psychiatr Clin North Am* 4: 701-714, 1994.

KLEIN, Melanie. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

LIVESLEY, W. John. A Clinical Approach to the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 4: 211-232, 2000.

MALCOLM, Ruth. Melanie Klein: progressos e problemas. *The Bulletin of the British Psycho-Analytical Society* 8, 1980.

- MCCLELLAN, Jon et al. Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: a study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 10:1245-1254, 1995.
- NEUMANN, Erich. *A criança*. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995a.
- NEUMANN, Erich. *História da origem da consciência*. São Paulo: Cultrix, 1995b.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- PARIS, Joel. *Borderline Personality Disorder: a multidimensional approach*. Washington DC, American Psychiatric Press, Inc., 1994.
- PARIS, Joel. Research on borderline personality comes of age. *Psych Clin North Am* 03, 23: 1 14, 2000.
- RICE, Anne. *Entrevista com o vampiro*. São Paulo: Rocco, 1996.
- SAMMALLAHTI, Pirkko; AALBERG, Veikko. Defense style in personality disorders: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 183:516-521, 1995.
- SCHWARTZ-SALANT, Nathan. *A Personalidade Limítrofe: Visão e Cura*. São Paulo: Cultrix, 1997.
- SILK, Kenneth; LEE, Sharon; HILL, Elizabeth; LOHR, Naomi. Borderline Personality Disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 152:1059-1064, 1995.
- SILK, Kenneth R. Borderline Personality Disorder: Overview of biologic factors. *Psych Clin North Am* 03, 23: 01 61-75, 2000.
- STERN, Adolf. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 7: 467-489, 1938.
- VAN DER KOLK, Bessel A. , et al. Trauma and the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 4:715-730, 1994.

WELLDOM, Stella. Palestra proferida no Maudsley Hospital, Institute of Psychiatry, London University, outubro, 1996.

ZANARINI, MC et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154:1101-1106, 1997.

ZANARINI, MC et al.: Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis*, 01, 188: 1, 26-30, 2000.