

BORDERLINE^[1]: Considerações acerca da imagem corporal, o comportamento adicto e angústia de separação¹

Michele Melo Reghelin^[2]

“É porque alguém me escuta e quer descobrir o enigma dos mal estares de meu corpo que esses mal estares adquirem um sentido em minha história, assim, um dia talvez possam desaparecer.”

J.D.Nasio

RESUMO

Um aspecto fundamental para a formação do transtorno de personalidade *borderline*^[3] é a predominância da angústia de separação e da perda do objeto, pois a falta de integração de um sentido de *self* coloca o sujeito em uma posição subjetiva caótica. A angústia que invade o sujeito paralisa a sua capacidade de pensar, e ele passa a atuar no que não consegue falar. Conseqüentemente, há falhas na identidade e na percepção dos demais, gerando comportamentos impulsivos e adictos. Um dos desafios do trabalho psicoterapêutico, então, é criar um espaço no qual o paciente possa tornar representável o que possivelmente é atuado. Assim, este trabalho pretende desenvolver uma reflexão sobre a possível relação entre angústia da perda do objeto com a imagem corporal e o comportamento adicto, sob a luz da psicanálise.

Texto

Embora existam semelhanças nos diferentes conceitos que designam o Transtorno de Personalidade *Borderline*, identifica-se na literatura da área uma ampla variedade de terminologias acerca do quadro. Como exemplo, Ramirez (2009) cita algumas nomenclaturas: para Fairbairn, Estados Fronteiriços e Personalidades Esquizoides; para Helen Deutsch, Personalidades “Como Se”; Para M. Bouvet, Estruturas Progenitais; para Erik Erikson, Transtornos de Identidade; para Winnicott, Falso *Self*; para Balint, Falta Básica; para Kernberg, Desordens Fronteiriças; para Kohut, Personalidades Narcisistas; e, finalmente, para Bergeret, Anestruturas.

¹ Artigo publicado no livro Zart, M. (2016). A estética alimentar no desenvolvimento humano. Terra de Areia: Triângulo, p.129-138.

Mesmo que não tenha chegado a nomear a estrutura *Borderline*⁴¹, Sigmund Freud mencionou em sua obra fenômenos que estão intimamente ligados ao transtorno *Borderline* de personalidade, tais como o narcisismo (1914/1996) e a tendência à desorganização do ego (1923/1996). Schmideberg (1959) explicou o funcionamento *borderline* como sendo uma síndrome que mistura normalidade, neurose, psicose e psicopatia, de modo a permanecer relativamente estável ao longo da vida. Por sua vez, no *Vocabulário de Psicanálise*, de Laplanche e Pontalis (1992), encontramos como sendo “limítrofe” uma afecção psicopatológica situada entre a neurose e a psicose, também descritas por Freud. Para Chagnon (2009), o Estado Limite significa para a psicanálise contemporânea o que a histeria era para a psicanálise antigamente, na qual o estado limite demarcava a fronteira entre a neurose e a psicose, passando posteriormente a significar uma organização ou uma estrutura psíquica entre a neurose e a psicose. Sobretudo, as teorias psicanalíticas compreendem que em todos os estados limite há alguma falha significativa anterior ao complexo de Édipo, o que afeta a estruturação do sujeito.

No que tange ao consenso de entendimento entre as mais variadas correntes teóricas da Psicologia e Psiquiatria, prevalece a utilização das classificações internacionais CID-10 (1993) e DSM-V (2014), de forma a padronizar sua compreensão e tratamento. Para a CID-10 (1993), o transtorno *borderline* de personalidade apresenta características como a instabilidade emocional, sentimentos crônicos de vazio, esforços excessivos para evitar o abandono, perturbação na autoimagem, dentre outros sintomas. O DSM-V (2014) também refere à perturbação na identidade, com a instabilidade dos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e na percepção de si mesmo, além da impulsividade e dos esforços para evitar o abandono real ou imaginado. No entanto, a experiência clínica não se contenta apenas com qualificações, posto que trabalha com a subjetividade do sujeito. Por meio da análise dos vínculos construídos, das defesas utilizadas e da ansiedade predominante, ela tenta compreender os motivos que o levam ao desenvolvimento desse transtorno. Mas para se chegar a um diagnóstico preciso, é necessário levar em conta a natureza do transtorno, a história de vida, intensidade e duração da doença, as comorbidades, o possível uso de substâncias psicoativas, problemas interpessoais etc.

Conforme Kernberg, Selzer, Koenisberg, Carr e Appelbaum (1991), o Transtorno de Personalidade *Borderline* diz respeito à Organização *Borderline* da personalidade, e se baseia em três critérios estruturais: difusão de personalidade, capacidade de teste

de realidade e nível de operações defensivas. O sujeito apresenta uma fragilidade na formação do narcisismo, e boa parte da libido (ou toda) nunca se torna objetal, caracterizando ausência de significado simbólico nos sintomas, refere Junqueira e Junior (2006). Sendo o simbólico um recurso do pensamento para representar o objeto ausente, o paciente *borderline* acaba se vendo perdido, já que não consegue simbolizar as representações de objeto. A sua libido fica representada fora do psiquismo e não se liga a um objeto interno, não encontrando um meio de representação, e ao sofrer um ataque traumático, a libido é retirada das representações de objeto internas e externas, retraindo-se no narcisismo primário, fase em que o indivíduo apenas percebe (ou não) o objeto e, assim, o sujeito se liga concretamente ao objeto externo, sofrendo a intrusão deste e perdendo a representação de si mesmo (Czerny, 2007). Como resultado, ocorre a falha na simbolização e nos processos secundários, fazendo surgir ideias delirantes, dificuldade para se expressar verbalmente ou traduzir eventos psíquicos em palavras.

Pode-se dizer então que o sujeito *borderline* teme a separação do objeto, sendo necessário demandar muito esforço constantemente para evitar o suposto “abandono” (real ou imaginário). Frente a essa angústia, e até mesmo frente à possibilidade de não ter apoio, ele já não mais consegue enxergar o outro e suas reais necessidades, pois também não consegue ver a si mesmo (Hegenberg, 2000). Perdido, fica centrado em si mesmo, e, conforme a situação, ele se identifica somente com o aspecto bom ou mau do objeto, podendo vivenciar uma clivagem do *self*. Ainda, ao tentar se ligar com outra pessoa, acaba se fusionando, o que ocasiona uma difusão da identidade um comprometimento da constância do *self*. Assim sendo, devemos considerar que esses pacientes apresentam uma precoce perturbação na estruturação da constância objetal, na qual a representação mental que têm sobre os objetos torna-se ligada à representação do próprio *self*, de forma que, quando se perde o objeto, perde-se a continuidade de ser (Romaro, 1999). Retomando a infância do sujeito, é possível dizer que nos momentos em que ele não correspondia às expectativas dos objetos parentais, terminava por ser desinvestido narcisicamente, passando a repetir esse comportamento com o outro. E por meio do não investimento no outro, se defende de um sofrimento psíquico que para ele é difícil de elaborar.

A representação mental tem origem na relação com o objeto materno, quando a figura materna se coloca como um objeto capaz de oferecer *holding*, ajudando o bebê a nomear e atribuir significado às suas sensações físicas e às suas percepções. Por

meio das trocas seguras entre os objetos é que são criados os esquemas mentais e as representações intrapsíquicas, estas que se transformam ao longo dos anos, adquirindo a capacidade de regular, organizar e dar coerência ao comportamento e estado afetivo do indivíduo (Benetti e Zanatta, 2012). Assim, ao considerar que distúrbios na estrutura das representações mentais envolvem distúrbios nas representações do afeto (Blatt e Gruen, 1990), é fundamental compreender como as alterações nas representações mentais podem ser responsáveis pelas transformações na subjetividade do sujeito, nos seus padrões interacionais e afetivos, já que as relações entre a criança e os objetos significativos podem causar prejuízo ao desenvolvimento do indivíduo.

Nesse sentido, a questão da identidade nos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* é preponderante. “*O precursor do espelho é a face da mãe*”, já dizia Winnicott (1975, p.153). Ao explicar que o bebê olha para a sua mãe devolvendo o que ela vê, ele quer dizer que a mãe funciona como um espelho, capaz de refletir o que ela própria enxerga. Ela não somente vê o bebê, mas o enxerga nas suas necessidades e fragilidades, sendo empática e o ajudando, aos poucos, a nomear os seus sentimentos acerca do mundo. Uma vez que a mãe não enxergue verdadeiramente seu bebê, se instaura um “abismo” nesse elo, um vazio, fazendo a identidade de *self* não conseguir ser estabelecida, e a imagem corporal fica afetada pela percepção. Frente a essa angústia, o bebê se desenvolve sem internalizar o objeto materno, e ao crescer, continua buscando esse olhar que lhe faltou para que possa construir a sua própria representação e a sua identidade.

Assim como Narciso buscou na água um objeto perdido, recorda Pirlot (2014), esse olhar também é buscado por aqueles em que houve uma falha no processo de simbolização, como os pacientes *borderline* e/ou com transtornos alimentares nas quais o “prato” anda com o “espelho”. Neles, o vazio deixado pelo objeto materno que nada conseguiu representar, poderá levar a condutas aditivas, uma vez que por meio da incorporação do objeto perdido pode-se reparar narcisicamente, além de manter um vínculo com o objeto do qual não se pode fazer o luto. A adição apaga o fracasso da introjeção e o luto do objeto, disse Pirlot (2014), logo, a ingestão alimentar excessiva busca compensar essa falta ao suprir concretamente essa ausência, mas impede a manifestação da palavra e do pensamento. Nesse sentido, ao alimento é atribuído o papel de preencher os vazios trincados do sujeito, nutrindo-o de conforto e o protegendo (ilusoriamente) da sensação de abandono. Ainda, a comida proporciona a

ilusão de manutenção de uma unidade perdida quando se põe a serviço da negação da separação, ocupando um lugar de fetiche e suscitando a perversão, já que na falta de um objeto interno, o ego passa utilizar o corpo (e não a representação) como um substituto autoerótico. Portanto, as angústias de abandono, o sentimento depressivo e percepção de uma imagem em si instável (ideal, mas desvalorizada), são responsáveis por conduzir o indivíduo *borderline* para comportamentos adictos, toxicomânicos e autodestrutivos, lembra Le Breton (citado por Pirlot, 2014).

Em uma sociedade hedonista, onde o prazer prepondera e escraviza ao não permitir o sentimento de falta, frustração ou fracasso, pesa sobre o indivíduo a necessidade de suprir o desejo de modo imediato e sob qualquer custo, banalizando as expectativas e fantasias, sobrepondo-se ao gesto espontâneo e ao processo criativo. Quando o ter predomina sobre o ser, são encontrados indivíduos com funcionamento mais narcísico, e, por que não, *borderline*, já que desinvestem afetivamente no outro para investir no próprio corpo, tornando-se o próprio objeto de amor. O indivíduo contemporâneo não consegue se descentrar de si mesmo, demarcando uma época que se caracteriza por não poder admirar o outro nas suas diferenças. Fala-se então do sujeito da cultura do narcisismo (Birman, 2001). Uma vez que só serve para admirar, o outro não ocupa um espaço de significado, servindo apenas, portanto, como instrumento para o incremento da autoimagem, e uma vez que não tem valor, torna-se descartável quando não serve mais (Costa, 2010). Nessa dificuldade em perceber as necessidades dos outros, segue atento aos movimentos que fazem com o intuito de se antecipar e de ser o mais agradável possível, mas não porque se importa verdadeiramente com o outro, e, sim, porque teme ser abandonado e sofrer a rejeição (Hegenberg, 2000).

Alguns sujeitos *borderline*, excepcionalmente preocupados com o corpo, vestem a sua vida de beleza e transformam o seu corpo em obra de arte, para então criar magicamente uma realidade capaz de tornar aceitável as suas fantasias infantis, lembra Armony (1998). A excessiva e constante necessidade de serem vistos e admirados sugere o sofrimento dessas pessoas que, por não conseguirem ter a real percepção de si mesmas, não raro apresentam baixa autoestima e um exagero ao se verem como sendo piores do que são, necessitando constantemente da aprovação do outro. São exemplares de deserto interior pós moderno (Pirlot, 2014). Na tentativa de conquistar seu espaço, tentam corresponder às supostas expectativas da sociedade (do outro), paralisando seu modo de sentir e conservando a ideia de viver tão somente

o prazer, típica da onipotência infantil. Buscando adaptar-se aos padrões de beleza vigentes, não medem esforços nem riscos, numa ideia de imortalidade, terminando por colocar em marcha diversas atuações como uso (e abuso) de medicações para emagrecimento e rejuvenescimento, excesso de atividades físicas, condutas bizarras com relação à alimentação (sinalizando para possíveis transtornos alimentares). O corpo adquire então, um aspecto de casca, mascarando suas carências afetivas e simbólicas, ocultando o vazio, que não é só aparente.

Ainda que no corpo fiquem registradas as marcas e vivências ocorridas ao longo do tempo, a imagem corporal nunca é estática, mudando a partir da dinâmica do nosso psiquismo face aos desvios das situações vividas. Ela é responsável por registrar percepções que se modificam constantemente frente às manifestações emocionais. Além disso, a imagem corporal se estabelece a partir do modelo postural que obedece aos instintos de vida e de morte, sendo construída a partir da integração ego e id, num interjogo contínuo das tendências egoicas com as tendências libidinais, lembra Capisano (2010). Logo, ela se modifica pela dor, maturação, mutilação, doença, podendo tornar-se objeto de prazer, de angústia, sofrimento, vergonha ou satisfação autoerótica.

Não obstante, a imagem do corpo se estrutura na mente, no contato do indivíduo consigo próprio e com o outro, mantendo relação íntima com a personalidade (Capisano, 2010). E como o *borderline* traz em sua mente a não internalização do objeto, a falta do olhar parental (espelho) e o sentimento de não existir, a imagem de si próprio é afetada quando se relaciona com o outro, não conseguindo experimentar seu corpo como uma unidade. Portanto, a consolidação da identidade e a consequente alteração na imagem corporal estão associadas com a capacidade de conseguir desenvolver uma reflexão acerca dos estados internos, dos seus sentimentos e das suas motivações, além de perceber com precisão os pensamentos, sentimentos e intenções do outro. Por meio da integração das relações de objeto internalizadas e do vínculo terapêutico, é possível experimentar uma análise coerente, realista e estável de si e do outros.

Considerando o exposto acima, o trabalho psicoterapêutico ocupa um lugar fundamental na vida desses pacientes à medida que eles constroem vínculos por meio da relação de confiança. No trabalho psicoterapêutico, o terapeuta funciona como um espelho para que eles consigam se enxergar. Outrossim, no espaço terapêutico é criado um ambiente no qual o paciente pode tornar representável o irrepresentável,

transformar em palavras o que possivelmente é atuado. Por meio do relacionamento terapêutico, é possível reformular as representações distorcidas, tornando-as mais integradas, além de transformar a capacidade reflexiva, as habilidades de conexão afetiva e as relações interpessoais, referem Benetti e Zanatta (2012).

Para finalizar, com os pacientes *borderline* é preciso se colocar como espelho durante o processo terapêutico, não apenas refletindo o que eles veem, mas os enxergando e os ajudando a reconhecer e respeitar os seus comportamentos, criando condições alternativas diferentes das que comumente usam. Por meio de uma aliança terapêutica positiva, da empatia e do afeto, pode-se deixá-los seguros e confiantes, corrigindo assim as distorções cognitivas existentes. Para isso, um analista autêntico, verdadeiro, e que se apresente com maior clareza possível, é fundamental para que o paciente consiga, em um primeiro momento, percebê-lo para depois reconhecê-lo, afirma Czerny (2007). Além disso, o fato de o terapeuta participar e verbalizar ajuda a delimitar os papéis estabelecidos, fazendo ser possível expressar verdadeiramente a sua identidade e diminuindo assim o seu sofrimento. Entende-se para este fim, que é imprescindível aprofundar a compreensão do transtorno de personalidade *borderline*, não apenas se atendo aos sintomas, mas tendo como objetivo analisar e compreender o funcionamento do aparelho psíquico, o narcisismo, o modo como se esses indivíduos se vinculam, além da técnica mais eficaz para tratá-los.

Referências Bibliográficas

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)*. Porto Alegre: ArtMed.

Benetti, S.P. da Cruz. Zanatta, D. (2012). Representação Mental e mudança terapêutica: uma contribuição da perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28 (1), pp.93-100.

Birman, J. (2001). *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Blatt, S.J. Gruen, R. J. (1990). Change in *self* – and object representation during long-term dynamically oriented treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 7 (3), pp.399-422.

Capisano, F. H. (2010). Imagem corporal. Em: Mello Filho, Julio de. (2010). *Psicossomática hoje* (pp.256-270). Porto Alegre: Artmed.

Chagnon, J. Y. (2009). O Estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicologia USP*, 20 (2), pp.173 - 192.

Costa, G. (2010). *A Clínica Psicanalítica das Psicopatologias Contemporâneas*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

Czerny, J. (2007). A linha da justaposição dos limites neurótico e psicótico nos pacientes *borderline*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41 (1), pp.91-101.

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. Em J. Salomão (Dir. e Trad.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição Standard brasileira. (Vol. 14, pp. 77-108). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).

_____ (1996). O ego e o id. Em J. Salomão (Dir. e Trad.), *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição Standard brasileira. (Vol. 19, pp. 15-80). Rio de Janeiro: Imago. 1996. (Obra original publicada em 1923).

Hegenberg, M. (2000). *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Junqueira, C. C. Junior, N. E. (2006) Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros Borderline? *Revista Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, 18 (2), pp.25-35.

Kernberg, O. F. Selzer, M. A. Koenisberg, H. W. Carr, A. C. Appelbaum, A. (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Le Breton, D. (2000). *Passions Du Risque*. Paris: Odile Jacob.

Nahman, A. (1998). *Borderline: uma outra normalidade*. Rio de Janeiro: Revinter.

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Piriot, G. (2014). *Psicanálise das adições*. São Paulo: Ideias e Letras.

Ramirez, R.B. (2009). Revisión Del fenómeno limite (*borderline*): una mirada psicoanalítica. *Revista de La Asociación de Alumnos de Postgrado de Filosofía TALES*, 2, pp.19-26.

Romaro, R. A. (1999) Avaliação da psicoterapia breve dinâmica com pacientes *borderline*. *Revista Mudanças*, 7(12), pp.109-133.

Schmideberg, M. (1959). The *borderline* patient. Em: S. Arieti. *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books, 1, pp.398-416.

Tyzsblat, J. (1990) L´analyse interrompre revue française de psychanalyse, 54 (2), p.551.

Winnicott, D. W. (1975). O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em: Winnicott, D. W. *O brincar e a realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA.

^[1] Neste trabalho, é utilizada a terminologia “*Borderline*” para referir-se ao indivíduo com *Transtorno de Personalidade Borderline*.

^[2]Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS); Especialista em Teorias Psicanalíticas e Psicoterapias da Infância e Adolescência (Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade); Especialista em Teorias Psicanalíticas e Psicoterapias de Adultos Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade); Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS); Formação em Arteterapia (Psique Clínica Terapêutica). michelereghelin@gmail.com