

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARCELO SOARES DA CRUZ

Reflexões sobre a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções

São Paulo

2012

MARCELO SOARES DA CRUZ

Reflexões sobre a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra.
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Cruz, Marcelo Soares da.

Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adições / Marcelo Soares da Cruz; orientador Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2012.

132 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Distúrbio da personalidade borderline 2. Estados limítrofes 3. Psicanálise 4. Psicopatologia 5. Comportamento compulsivo I. Título.

RC569.5.B67

Nome: CRUZ, Marcelo Soares da

Título: Reflexões sobre a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (orientadora)

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Decio Gurfinkel

Instituição: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr Thamy Claude Ayouch

Instituições: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (professor visitante) e

Universidade Charles de Gaulle-Lille III (Professor – Maître de Conference)

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Fábio, que me ofereceu aquilo que não
teve e sorriu. Um brincar-xadrez que carrego
vivo.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Leila Tardivo, pela presença amiga e acolhedora nesse percurso, por toda ajuda e companhia, confiança, generosidade e respeito. E também pelo encontro, cujo aprendizado foi muito além da realização dessa pesquisa.

À Roberta Elias Manna, por tanto amor e devoção que me nutrem e sustentam.

À minha família: Claudia, Daniela, Elza, Ilvana, Sérgio e Tiziano (*in memoriam*), que pelo olhar encantado me fizeram chegar até aqui.

Aos meus amigos Alexandre Piné e Tania Possani, que confiaram no encontro, pelo *habitat* tão fértil e pela companhia que faz valer essa caminhada.

A todos os meus pacientes que suportaram minha ignorância, confiaram-me seu sofrimento e me ensinaram a cuidar.

À Isabel Castello Branco Lima, por me acompanhar por tantos anos e me ajudar a crescer.

Ao Alexandre Maduenho, pelo aprendizado e formação desde o início.

Ao Decio Gurfinkel, pela generosidade e pela troca preciosa.

À professora Tania Maria José Aiello-Vaisberg, pela disponibilidade e generosidade.

Ao professor Thamy Ayouch, pela amizade e consideração.

Ao professor Andrés Antúnez, pelas oportunidades e confiança.

Ao professor Otto Kernberg, pela honra e oportunidade do encontro.

À Helena, que, ao me apresentar seu amor aos pedaços, fundou minha clínica.

À Luciana, que por ultrapassar as paredes de giz, romper a redoma da rosa e caminhar pelas ruas de outono me ensinou sobre a travessia da fronteira.

A todos os amigos de que me afastei durante essa jornada, principalmente Carlos Mário Fagundes de Souza Neto, pela amizade e por compartilhar um início tão árduo, Tércio Vieira e Reynaldo Fariello, pela presença constante, pela amizade e pela *potência* do som.

A todos os meus alunos, que tanto me ensinam.

A Aline Shoedl, Claudia Amato, Daniele Botigelli, Evelyn Reichembach, Maria Rita Malerba, Mariah, Mariana Marques, Mariangela Molina, Ellen Cortes, Marina Mauacad, Katia Cherix, Luciana Oushiro, Raimundo Neto, Wilson Franco, Victor Barão e Vivian Altmann, pela confiança e oportunidade de acompanhar o crescimento.

A todos que ajudaram a construir o projeto Encontros Terapêuticos em Saúde Mental e dele participam. Ao Caio Mantese de Souza, Daniela Adachi Guimarães, Luiz Tadeu Gabriel

Filho e Silvia Lopes de Menezes, pelo olhar e iniciativa tão generosos. À Amanda Maramaldo Vieira, Andrea Chang, Ana Júlia Fernandes, Ana Luiza Roncati, Giovana Jafelice, Milena Greve, Miriam Grajew, Gabriela e Bárbara, pela troca e dedicação.

À Ângela Piza, Ione Aparecida Xavier e Paulo Afrânio Sant'Anna pela oportunidade de ensinar.

A todos os meus professores, em especial do Curso de Psicanálise do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

Aos professores do Instituto de Transtornos de Personalidade da Universidade de Cornell, pelo aprendizado e hospitalidade.

Ao João Rodrigo de Oliveira e Silva, Manoel Taveira e Francisco Pimentel, pela amizade e pelas ricas conversas das terças-feiras.

À Claudia Gil, Laura Granado, Cidinha, Márcia, Mônica, Tereza, Yara e todos os colegas do APOIAR, pela troca e aprendizado.

Ao Ricardo Trinca, Silvia Brasiliano, Patrícia Hochgraf e toda equipe do PROMUD (IPq-FMUSP) pelo apoio e disponibilidade.

Aos que me acompanharam e contribuíram em algum momento da minha formação e percurso profissional, em especial, Adriana Ronchetti de Castro, Aline Garjaca, Ana Maria Roux, Anna Maria Amaral, André Brooking Negrão, Angela Gebara, Aspásia Papazanakis, Beth Pastore, Bianca Giusti, Camila Degrandi, Cida Aidar, Claudio Elias Duarte, Cristina Barczinski, Danilo Borelli, Débora Cardoso Edgard Klinsky, Fernanda de Franceschi, Fernando Genaro, Flávia Dalfovo, Flávio de Carvalho Ferraz, Joana Tarraf, José Outeiral, José Rubens Naime, Juliana Greatti, Hamer Palhares, Heidi Tabacof, Isabel Vilutis, Juliana Colli Vargas, Kleber Duarte Barretto, Lia França Lourenço, Lia Pitliuk, Lilian Carbone, Lucía Fuks, Luciana Bruniera, Luciana Lafraia Luís Claudio Figueiredo, Luiza de Oliveira Machado, Marcelo Alvares, Marcelo Ribeiro de Araújo, Márcia Bom, Márcia Brito de Macedo Soares, Márcia Marone Pereira, Maria Alice Lapastini, Maria Laurinda, Mariana Brandão, Mauro Meiches, Mirian Moretti, Mônica Gorgulho, Ney Branco de Miranda, Oswaldo Di Loreto, Paulo Perez, Pedro de Santi, Raoni Rodrigues, Regina Gromann, Renata Toledo, Rodrigo da Silva Dias, Rosangela Rodrigues Gouveia, Sérgio Alves Lima, Silvana Rabello, Simone Villas-Boas de Carvalho, Susana Rocha Rodrigues Costa, Susy Robell e Thomas Brogiollo.

À UNIAD-UNIFESP, GREA-FMUSP, CAPS São Mateus e Recanto Maria Tereza, por proporcionarem campo tão rico que possibilitou a gestação dessa pesquisa.

Ao Bruno e à Bia, pela ajuda e paciência.

Ao Peter Klein, pela gentileza do auxílio nas traduções.

À Karla, pelo carinho e torcida.

À Carolina Akerman e ao Christian Botelho Borges, pelo apoio técnico dedicado e pela presteza.

A todos os funcionários do IPUSP, em especial, Ana Maria Sanches Garcia, Cícera Eloi dos Santos de Andrade, Claudia Lima Rodrigues da Rocha, Moisés do Nascimento Soares e Sonia (PSE) pela ajuda e atenção em vários momentos desse percurso.

À CAPES e ao Instituto de Psicologia da USP, pela bolsa e pelo acolhimento dessa pesquisa.

De vez em quando Deus me tira a poesia.
Olho pedra, vejo pedra mesmo...

Adélia Prado

RESUMO

CRUZ, Marcelo Soares da. *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Na clínica contemporânea, percebe-se que as compulsões, as patologias do agir e a experiência de vazio estão cada vez mais presentes, contaminadas pela pressão de ideais de consumo ou constituídas sob a égide desses ideais, na promessa de completude presente nos valores atuais da cultura. Tais manifestações tornam-se ainda mais evidentes com a erupção de formas de sofrimento marcadas pela repetição de experiências dolorosas que limitam e empobrecem a vida dessas pessoas. Nesse contexto, quadros clínicos como a personalidade *borderline* e as adicções ganham relevância e exigem dos profissionais do campo da saúde mental produções acadêmicas para maior compreensão e cuidado desses fenômenos psicopatológicos. Frente a isto, o objetivo desta pesquisa consistiu em refletir sobre a relação entre as denominadas personalidades *borderline* e as adicções, a partir de uma investigação fundamentada em uma leitura psicanalítica. Pretende-se ainda enriquecer os instrumentos teórico-clínicos de que se dispõe, de forma a favorecer uma maior compreensão diagnóstica, imprescindível no manejo desses casos. Para tanto, esses conceitos foram estudados a partir da leitura hermenêutica – entendida como construção dialética de conhecimento – numa relação de intersubjetividade com as condições de sofrimento que podem ser agrupadas sob as nomeações aqui referidas e ilustradas através da utilização de material clínico. A noção de relação adictiva foi utilizada como conceito articulador, pois comporta elementos centrais da dinâmica psíquica própria das adicções e da personalidade *borderline*. A partir desse estudo, formulou-se a proposta de compreensão da organização *borderline* de personalidade como uma modalidade de adicção, cujo objeto é uma pessoa, mesmo que coisificada.

Palavras-chave: *borderline*, estados-limite, comportamento aditivo, psicanálise, psicopatologia.

ABSTRACT

CRUZ, Marcelo Soares da. *Thoughts on the relation between borderline personality and addictions*. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

Compulsive behavior, acting out pathologies and feelings of emptiness are increasingly frequent in contemporary psychoanalytical practice. Such symptoms are contaminated or even brought forth by the pressure of strongly rooted ideals of current culture regarding consumerism and its void promises of providing inner fulfillment. The result becomes even more evident in the outbursts of modern-day ways of suffering characterized by the repetition of painful experiences that limit and deplete the lives of these patients. Hence the understanding of clinical diagnosis and treatment of disorders such as addictions and borderline personality syndrome becomes an important academic requirement for mental health professionals. The goal of this research is therefore to reflect on the relation between borderline personality and addictions from a psychoanalytical perspective and thus, through the development of both theoretical and clinical knowledge, contribute to improve diagnosis, which is essential for the handling of such cases. In order to achieve such goals, these concepts have been studied from a hermeneutic approach – understood as a dialectic construction of knowledge –, with great attention to relations of intersubjectivity between them and conditions of suffering that may be brought together under the classification referred here. Additionally, those ideas have also been illustrated by clinical observations. The notion of addictive relations has proved to be a valuable starting point in the articulation of these studies, since it contains essential elements of the mental dynamics of patients suffering both from addictions and borderline personality syndrome. This study gave rise to the understanding of borderline personality as a modality of addiction in which the object is a person, although most probably objectified.

Keywords: borderline personality, limit-states, addictive behavior, psychoanalysis, psychopathology.

LISTA DE SIGLAS

ABEAD	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
AT	Acompanhamento Terapêutico
at	acompanhante terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
DSM-III-R	<i>Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)</i> , 3. ^a ed., revista. Publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association)
DSM-IV	idem, 4. ^a ed.
GREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP
TPB	Transtorno de personalidade
UNIAD	Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	PRÓLOGO.....	14
2	SOBRE OS CAMINHOS.....	17
3	IMPLICAÇÕES DO CONTEXTO ATUAL.....	24
4	BORDERLINE	31
4.1	Sobre o diagnóstico e seus limites.....	31
4.2	Um conceito <i>borderline</i>	35
4.3	Diferentes abordagens	47
4.3.1	A nosologia psiquiátrica e seus limites	47
4.3.2	A abordagem psicodinâmica e a contribuição da psicanálise	53
5	ADICÇÕES	71
5.1	Um antigo <i>affair</i>	71
5.2	Veneno ou escravidão?	76
5.3	Alguns olhares da psicanálise	79
6	ILUSTRAÇÃO CLÍNICA	88
6.1	Contextualização teórica.....	96
7	DISCUSSÃO	103
7.1	O colapso da transicionalidade.....	103
7.2	Relações adictivas	116
8	PALAVRAS FINAIS	122
9	REFERÊNCIAS.....	125

1 PRÓLOGO

A presente pesquisa decorre de minha preocupação e impacto afetivo-emocional como psicanalista e pesquisador em instituições de saúde mental e em consultório privado, com pacientes que receberam os diagnósticos de dependência de substâncias e personalidade *borderline*. Minha atividade clínica com esses pacientes teve início na época em que cursava a graduação, através do trabalho de acompanhamento terapêutico (AT), realizado em instituições e no cotidiano dos pacientes.

Ainda na graduação, participei da equipe do ambulatório de *crack* e cocaína da UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP), na qual realizei atendimentos grupais e individuais. Este trabalho seguiu até os primeiros anos de formado, momento em que passei a supervisionar os novos integrantes da equipe clínica. Também integrei a equipe do ambulatório de estimulantes do GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP), no qual realizei atendimentos e atuei como supervisor. Por abarcarem experiências de complexidade e gravidade elevadas, essas instituições públicas de pesquisa me proporcionaram contato com pacientes que vivenciavam sofrimento emocional muito intenso.

Além dessas passagens por instituições acadêmicas, que promoviam pesquisa e assistência, também atuei no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da Prefeitura Municipal de São Paulo, na periferia da cidade, região marcada por intensa desigualdade e risco social, condições que expressam suas marcas na psicopatologia da população. Coordenei o departamento de saúde mental de uma clínica psiquiátrica privada, experiência que proporcionou o encontro com condições de extrema radicalidade de sofrimento, no qual tive oportunidade de entrar em contato com manifestações psicopatológicas pouco frequentes em outros tipos de instituição, principalmente os quadros clínicos estudados nesta pesquisa.

Nesse percurso, encontrei o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da USP, coordenado pela professora Dra. Leila Tardivo, no qual participo da monitoria do estágio da disciplina de psicopatologia da graduação do Instituto de Psicologia da USP e coordeno o projeto Encontros Terapêuticos em Saúde Mental, espaços que promoveram importantes questionamentos e contato com o tema aqui abordado. Essas indagações receberam abrigo nesse Laboratório, espaço dedicado à pesquisa clínica e formação em psicopatologia de forma diferenciada, por privilegiar o cuidado para com a

subjetividade e a singularidade, tanto dos alunos envolvidos nos projetos, quanto dos pacientes e participantes das pesquisas.

A partir desses trabalhos clínicos e institucionais, tornou-se recorrente a constatação de abordagens terapêuticas que pouco ajudavam esses pacientes, seja pela presença de diversos diagnósticos concomitantes, pela inadequação dos modelos terapêuticos às suas necessidades, pela falta de compreensão por parte de profissionais de saúde mental acerca do sofrimento envolvido nesses quadros clínicos, seja pela aversão ou preconceito mobilizados no contato com esses pacientes. No trabalho em consultório e instituições, observava e experimentava a dificuldade de adesão e a turbulência que esses pacientes causavam, características que se apresentavam como um desafio clínico para mim.

Foi a partir dessas vivências contratransferenciais, de uma reflexão sobre minha postura como terapeuta que buscou acolher esses pacientes, que o projeto desta pesquisa nasceu. O impacto no encontro com esses pacientes me fez questionar e reconhecer a necessidade de ir além dessas aversões, preconceitos, frustrações e fracassos terapêuticos. A radicalidade dessa clínica ajuda a compreender que a psicanálise não acontece somente no consultório, entre o paciente e o psicanalista, mas se dá também nos contextos social e histórico que vão marcar as formas de manifestação do sofrimento psíquico e os enquadres construídos para suportar tais sofrimentos.

Frente a tais experiências e dificuldades, surgiu o desejo de pesquisar a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções¹, pois as pessoas que recebem esses diagnósticos parecem possuir traços comuns de personalidade, além de ser frequente a comorbidade. Assim, a busca por compreender melhor essa relação gerou a vontade de contribuir para a produção neste campo de conhecimento, de modo que pesquisadores e clínicos fomentem formas de intervenção mais próximas das necessidades dos pacientes, abrangendo o contexto clínico-social. Além da preocupação clínica, passei a indagar a respeito do estatuto psicopatológico dessas manifestações do sofrimento humano.

A psicopatologia, estudo do sofrimento psíquico, afirma-se como ciência que gera variados discursos em função do referencial teórico adotado. No caso deste trabalho, os quadros clínicos que constituem a relação objeto de estudo são fenômenos repletos de polêmica, sobre os quais os discursos da própria psicopatologia divergem. Do ponto de vista da psicopatologia psicanalítica, referencial que será adotado neste estudo, as adicções não

¹ Embora o dicionário Houaiss (2001) adote a grafia “adição”, sem o ê mudo, a forma “adicção” é mais corrente na literatura da área de psicologia clínica e psiquiatria, e essa tradição ortográfica foi respeitada no presente trabalho. Ver mais considerações acerca do termo e seus correlatos no capítulo “Veneno ou escravidão?”, p. 76.

encontraram lugar suficientemente claro nas estruturas diagnósticas, e a personalidade *borderline* é objeto de intensa controvérsia. Da mesma maneira, existem importantes divergências entre a visão psiquiátrica e psicanalítica.

Assim, surgiu em mim a intenção de melhor compreender as discussões que compõem este campo complexo, extremamente vasto e polissêmico, e dar a ele uma contribuição. Essa pesquisa, porém, seguirá apenas um recorte, apenas um entre tantos olhares possíveis sobre o objeto estudado. Tendo isso em vista, pretendo aqui estudar a relação entre as adicções e a personalidade *borderline*, a partir do referencial psicanalítico. Este estudo visa ir além da mera descrição dos quadros abordados. Ele parte da tese de que a personalidade *borderline* e as adicções compartilham a mesma organização e dinâmica psíquicas.

Cabe ressaltar que o tema da pesquisa carrega um objetivo teórico, porém sua verdadeira vocação será acrescentar repertório e referenciais para o cuidado de pessoas, sofrimentos concretos e singulares. Essa observação é fundamental, pois tem como ponto de partida e de chegada o cuidado em relação a pacientes e profissionais que muitas vezes se encontram desamparados frente a sofrimentos tão radicais.

2 SOBRE OS CAMINHOS

O objetivo desta pesquisa é estudar a relação entre as manifestações clínicas denominadas personalidade *borderline* e adicções, a partir de uma investigação fundamentada em uma leitura psicanalítica. Pretende-se neste capítulo apresentar a postura e os caminhos percorridos para se chegar a este objetivo.

O percurso metodológico pensado a partir do contato com leituras e da prática clínica foi assim delineado: o primeiro momento da pesquisa será o estudo dos conceitos, para elaborar uma articulação entre os dois diagnósticos em questão. Para tanto, no segundo capítulo será elaborada uma contextualização das implicações da organização social contemporânea para a vida na atualidade, já que a personalidade *borderline* e as adicções são sofrimentos emblemáticos de nossos tempos. O terceiro capítulo visa apresentar o conceito de personalidade *borderline*, os aspectos terminológicos e teóricos. O quarto tratará das adicções, seus principais aspectos históricos e conceituais. No quinto capítulo será apresentada uma ilustração clínica com o objetivo de iluminar a compreensão dos conceitos estudados e sua expressão na dinâmica psíquica de um paciente. Para finalizar, o capítulo denominado Discussão terá o objetivo de integrar alguns aspectos estudados.

O caminho aqui percorrido parte da compreensão de que o olhar diagnóstico, qualquer que seja ele, psicológico ou psiquiátrico, possui significado apenas como modelo de compreensão ou descrição, teoricamente orientado, que opera em determinado contexto. De acordo com Aiello-Vaisberg (2000), essa postura ajuda a evitar um uso fetichizado do diagnóstico, que pode retirar a singularidade do sujeito, como se todos os pacientes que podem ser “encaixados” na mesma denominação fossem iguais. A autora ressalta que esse tipo de uso legitima rotulações e práticas segregacionistas mais ou menos disfarçadas, fundadas na crença a respeito de uma afirmação essencial sobre o ser humano. O diagnóstico deve ser sempre vinculado ao contexto em que foi produzido para evitar equívocos éticos e epistemológicos. Torna-se fundamental, portanto, a prudência exigida de todas as conclusões, em qualquer modelo de pesquisa ou paradigma epistemológico, principalmente quando se trata de tirar conclusões nos campos clínico e ético.

Segundo Bleger (1963), toda manifestação humana deve ser compreendida como uma totalidade que envolve o contexto no qual ocorre, suas diferenças e possibilidades são sempre infinitas e carregam sentidos próprios e humanos. Para o autor, toda conduta é sempre a melhor possível frente às condições de cada ser humano. Mesmo condutas entendidas pela

psicopatologia como patológicas são vistas como o melhor possível diante das possibilidades daquela pessoa, naquele momento de vida. Isto equivale a afirmar que toda pessoa faz parte de uma cultura, de um ambiente e um tempo histórico com suas características próprias. De acordo com essa concepção, a pesquisa em ciências humanas, e mais especificamente em psicanálise, deve considerar a pessoa “...em cada uma de suas manifestações, vinculada em sua condição humana ao meio social” (BLEGER, 1963/1984, p. 27). Para o autor, a conduta, objeto de estudo da psicologia, é emergente do campo, ou seja, do contexto no qual ocorre. Na mesma direção, Tardivo (2007) ressalta o valor estruturante do sintoma, melhor conduta que o sujeito pode manifestar como forma de se sustentar no mundo, merecendo por isso ser respeitado. Hegenberg (2002, p. 16) frisa o mal-estar causado com generalizações como “o *border*”, “o *borderline*” ou “o adicto” e afirma que isso “pode ser amenizado pelo leitor ao procurar abstrair os conceitos gerais e tentar particularizar para o seu paciente, sujeito único, pleno de vida e humanidade”.

Nessa perspectiva, considerando que o homem é um ser de compreensão (SAFRA, 2004), a hermenêutica apresenta-se como referência pertinente ao caminho de investigação trilhado neste trabalho. Em sua origem, o termo “hermenêutica”, cujo significado geral é alguma coisa que é levada à compreensão (EAGLETON, 2005), referia-se à ação interpretativa realizada pelo homem diante da exposição de uma “sentença dos deuses”, a qual precisava de uma interpretação para ser compreendida. De acordo com Possani (2011), a hermenêutica passou a ser usada como método científico ao se fazer necessária a diferenciação entre as “ciências da natureza” e as “ciências do espírito”, a explicação e a compreensão ou apreensão de sentido, respectivamente. Atualmente, o método hermenêutico de fazer ciência pode se dar através de pesquisa qualitativa ou quantitativa, que nem sempre se apresentam de maneira oposta e discordante. A concepção dessas duas formas de conceber a construção do conhecimento, muitas vezes, pode se assemelhar “quando acreditam na possibilidade de iluminar a totalidade do homem e do mundo no uso do saber como poder, na busca por um saber absoluto, num anseio de captura e controle” (POSSANI, 2011, p. 15). Assim, a presente proposta busca fomentar e articular modelos de compreensão advindos da tradição psicanalítica, sem pretender extrair sentidos absolutos. Trata-se da hermenêutica entendida como construção dialética de conhecimento, numa relação de intersubjetividade, com as condições de sofrimento que podem ser agrupadas sob as nomeações aqui referidas.

Segundo Campos e Coelho Jr. (2010), a hermenêutica surge nesse contexto como forma de abordagem do objeto psicanalítico, utilizada para fundamentar um caminho de interpretação de textos de temática psicanalítica, uma metodologia de leitura para orientar a

pesquisa psicanalítica de cunho teórico. Laplanche (1998) apresenta a ideia de desconstrução como procedimento hermenêutico relacionado ao método psicanalítico. Isso significa percorrer a obra em todos os sentidos, sem nada omitir ou privilegiar *a priori*, possibilitando a emergência de uma problemática que não se resolve. Esse método baseia-se na desconstrução dos enunciados textuais a partir de uma atenção flutuante. Com isso, os detalhes, os esquecimentos e deslocamentos de um texto ganham relevância e liberdade de articulação. Em vez de um desenvolvimento linear, considera-se uma problemática cuja temporalidade está próxima daquela própria da psicanálise: repetição, retorno do recaiado, ressignificação *a posteriori*, etc. De acordo com Campos e Coelho Jr. (2010), esse é um caminho bastante interessante para a interpretação de textos psicanalíticos. Esse tipo de estratégia, afirmam eles, está em consonância com a discussão contemporânea sobre a incidência da hermenêutica na compreensão da construção dos saberes.

Segundo esses autores, diversos níveis de investigação podem surgir através do método psicanalítico. O primeiro refere-se ao *setting* transferencial, no qual o inconsciente pode emergir, e denomina-se pesquisa em psicanálise (GARCIA-ROZA, 1994) ou pesquisa clínica. Essa é uma posição mais clássica e ortodoxa, defendida por Freud em suas propostas de ensino de psicanálise na universidade (MEZAN, 1998). Baseia-se na ideia de que o saber psicanalítico foi influenciado por importantes articulações com as demais ciências, mas tem sua especificidade na produção de conhecimento que emerge da clínica. A produção teórica em psicanálise é um trabalho de pensamento, abstração e elaboração que ocorre depois da escuta analítica e a partir dela, e consiste no cerne do saber psicanalítico.

Outra vertente de investigação refere-se às pesquisas sobre psicanálise (GARCIA-ROZA, 1994), e é nessa proposta que se inserem as pesquisas propriamente acadêmicas, inclusive o presente estudo. Busca investigar a história das ideias psicanalíticas, tanto no plano histórico-conceitual, das articulações e desenvolvimentos conceituais de uma teoria psicanalítica, quanto no plano epistemológico (MEZAN, 1994). Este autor diferencia a pesquisa aplicada – que se baseia na articulação da compreensão psicanalítica com a cultura, como o estudo de uma obra de arte ou fenômeno social – da pesquisa em psicanálise. Diferentemente de Garcia-Roza, que considera exclusivamente a pesquisa em psicanálise e deixa a leitura sistemática apenas aos comentadores, por considera-la pesquisa epistemológica e não psicanalítica, Mezan é mais flexível ao reconhecer o lugar de uma investigação teórica como complemento à indagação do campo clínico.

Com esse propósito de complementar a indagação ao campo clínico, a utilização de fragmentos de material de atendimento corrobora a ilustração da discussão conceitual e

destaca a finalidade essencial de um trabalho em psicopatologia psicanalítica, o enriquecimento do arcabouço teórico-clínico que visa ampliar a compreensão e, por fim, o cuidado de pessoas. Assim, a utilização de material clínico consiste em uma opção de apresentação do que será estudado, mais do que uma proposta metodológica, ou seja, indagações advindas da clínica geraram o problema de pesquisa, a busca de compreensão e articulação de conceitos, ocorrendo por fim o retorno à clínica, com a função de ilustrar e enriquecer a discussão proposta.

Em psicologia clínica, há diversas posturas e compreensões sobre a utilização de casos clínicos em pesquisa. A esse respeito, é vasta a oferta de literatura influenciada pelo modelo positivista, mesmo sob fachada psicanalítica. De acordo com Neubern (2001), atualmente há maior interesse em estudos de caso gerais ou de diversos casos do que em fragmentos ou apenas um caso único, por conta da busca de objetividade de resultados. Porém, na direção oposta, Mishima (2011) afirma que para conhecer um caso é necessário conhecer outros e, mesmo em um estudo com diversos casos, cada um deles consiste em uma pesquisa concentrada em um caso único. É possível compreender nessa afirmação que, na apresentação de um caso único, o clínico e pesquisador carrega a experiência de uma infinidade de outros casos vividos na clínica.

Atualmente, segundo Neubern (2001), o tema da subjetividade na ciência e na psicologia ocupa um espaço marginal, quando a subjetividade é tomada como oposição à objetividade, e não como uma posição privilegiada que é fundante e integrante da construção do saber nesse campo. Atualmente, a psicologia clínica se depara com grandes dificuldades, pois as influências advindas do paradigma dominante estão pouco afinadas com a abordagem da subjetividade. Segundo o autor:

Os obstáculos epistemológicos – como o conhecimento geral e totalitário, as tendências patologizantes e as conclusões apressadas – são momentos de tais influências que descaracterizam a subjetividade como objeto de estudo e, em consequência, opõem-se às exigências necessárias para a abordagem das mesmas. Sendo assim, buscam-se destacar suas principais características e possibilidades de superação de modo que sua retificação aponte novos caminhos para a implantação de uma forma de pensar e investigar coerentes com as condições da subjetividade. (NEUBERN, 2001, p. 241).

O caminho aqui adotado coincide com a crítica de Neubern e se afasta das propostas objetificantes, tendência atual de pesquisa em psicologia clínica. Mais do que isso, considera tal abordagem pouco psicanalítica, uma vez que apresenta uma concepção, mesmo implícita, que a teoria poderia estar desvinculada da clínica, que a clínica pode ser estudada sem teoria

ou que, reciprocamente, a teoria poderia ser feita sem clínica. O presente trabalho parte de concepção oposta, que teoria e clínica são indissociáveis e a inclusão do material clínico não se dá apenas em função de benefícios à pesquisa (TARDIVO, 2007). A opção pela inclusão de ilustração decorre das indagações e impasses vividos pelo pesquisador como psicanalista, que geram posicionamento clínico e preocupações teóricas interdeterminantes.

Tardivo (2007, p. 25) alinha-se com o espírito psicanalítico de fazer pesquisa ao afirmar:

Quero deixar expresso meu empenho em discutir esses temas, e não em propor de antemão o que vou encontrar depois num modelo de ciência tautológica, em que se busca na prática o que já está escrito na teoria, e volta a se fazer isso num círculo vicioso, que a meu ver não traz contribuições. Penso numa aproximação crítica, numa reflexão a partir de ideias fecundas [...]

Diversos autores (MISHIMA, 2011; ALVES-MAZOTTI, 2006; TURATO, 2000; MOURA; NIKOS, 2000) reconhecem a validade do estudo de caso qualitativo como investigação de uma unidade específica, que é selecionada a partir do vínculo paradigmático de cada pesquisador, inserida em um determinado contexto, selecionada de acordo com critérios predeterminados com a finalidade de oferecer uma visão ampla do fenômeno estudado. Esses autores destacam a importância da delimitação conceitual que dará origem ao objeto de investigação, que por sua vez pode se tratar de um tema, um fenômeno ou questões que norteiam a pesquisa. Frisam que a consideração da teoria é fundamental, pois é no diálogo com ela que as hipóteses serão construídas.

Mishima (2011) descreve ainda dificuldades na utilização de material clínico em pesquisa, como a caracterização e a generalização de dados. Segundo a autora, a caracterização de um estudo de caso costuma ser problemática porque nele podem ser utilizados diferentes métodos, por não servirem exclusivamente aos propósitos da pesquisa. Podem, por exemplo, ser usados com a finalidade de ensinar através da ilustração de uma argumentação. A autora menciona três características do caso que seriam privilegiadas, constituindo os casos típicos de outros casos; os exploratórios, que favorecem estudos posteriores e permitem generalização; e os casos que constituem o primeiro passo na construção de uma teoria.

Em pesquisa psicanalítica, mesmo em produções teóricas, a presença da clínica é intrínseca, pois as construções conceituais decorreram e decorrem da prática clínica desde Freud. De acordo com Lino da Silva (1993), o método da psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação. Aplicado à pesquisa psicanalítica, possui dupla face: de

um lado, a associação livre, a oferta de material sem intenção determinada; e, de outro, a atenção fluante, a captação de material sem crítica ou intenção pré-determinada. Na prática, isso se traduz numa espécie de jogo em que as subjetividades e diferentes planos dos textos organizam-se em busca de um consenso. Para Fédida (1991), a utilização de casos em estudos psicanalíticos constitui o caminho para o nascimento de uma teoria ou possibilidade de transformação da compreensão das teorias existentes – a teoria psicanalítica é construída e reformulada por meio da clínica. McDougall (1997) afirma que vinhetas clínicas servem somente para ilustrar concepções teóricas e é exatamente por conta disso que progressos das teorias psicanalíticas são produto de numerosas experiências clínicas que oferecem a possibilidade de reconhecimento de impasses e conceitos. Tardivo (2004, 2007) considera necessária uma articulação entre teoria e prática, pois “teoria sem prática é estéril e prática sem fundamentação teórica pode ser superficial e até inconsequente” (TARDIVO, 2004, p. 201).

Este estudo adota tal referência metodológica e tem como princípio norteador o impacto humano que se dá em uma relação. A preocupação com impasses clínicos e indagações teóricas são decorrências de experiências clínicas, portanto, do impacto de encontros com sofrimentos humanos em contextos especializados. É importante ressaltar que formulações e articulações teóricas que decorrem da clínica, e ganham abstração por meio de nomenclatura psicopatológica ou psicanalítica, estão situadas em determinado momento histórico e cultural e envolvem limitações humanas em sua possibilidade de compreensão (TARDIVO, 2007).

De acordo com Aiello-Vaisberg (1999/2004), há duas maneiras de se relacionar com a teoria psicanalítica. A primeira é de índole defensiva, do ponto de vista emocional, por adotar uma postura de reverência e cristalização. Já a segunda possibilidade refere-se a uma relação mais inventiva com a teoria, marcada pela subjetividade do pesquisador, e se dá através de uma construção coletiva e contextualizada com as transformações da vida e do mundo. A presença de uma relação que inclui a subjetividade do pesquisador, segundo a autora, não implica perda de rigor e pode-se considerar a teoria como algo vivo e com potencial de ser recriado. Essa perspectiva não corresponde a mero subjetivismo (ECO, 1993), mas envolve uma visão de homem como ser criativo e criador.

Nessa direção, em consonância com Manna e Aiello-Vaisberg (2006), o presente estudo apresenta uma visão de homem como sujeito criativo, que vive em um mundo essencialmente humano e que precisa de outro humano para se constituir. Portanto, compreende que tanto o pesquisador como os pacientes que provocaram as questões

geradoras da pesquisa compõem um só campo, campo intersubjetivo, inter-humano ou transicional. De acordo com essa visão metodológica, Kon (1996), em uma concepção winnicottiana de pesquisa, inspirada pelos fenômenos transicionais e pelo espaço potencial humano, permite que se trabalhe a dicotomia percebido/criado e realidade/ficção como um paradoxo que não pode e não deve ser superado. É com esse olhar que as articulações realizadas neste trabalho seguirão, na inter-relação entre a subjetividade e bagagem do pesquisador, a tradição psicanalítica e suas construções para a psicopatologia da personalidade *borderline* e da adicção, enriquecidas por ilustração clínica.

Para finalizar, é importante considerar que tanto a bagagem do pesquisador, as produções psicanalíticas e a psicopatologia aqui estudada estão inseridas e marcadas pelo contexto atual, tema que será abordado no capítulo seguinte.

3 IMPLICAÇÕES DO CONTEXTO ATUAL

Este capítulo tem o objetivo de apresentar algumas características das novas formas de organização social contemporânea, uma vez que esta pesquisa aborda manifestações psicopatológicas bastante proeminentes em nossos tempos. Torna-se necessário considerar o contexto social, no qual as relações ocorrem e a partir do qual subjetividades se constituem, principalmente pela importância do ambiente na oferta de suportes fundamentais para o desenvolvimento emocional do indivíduo (TARDIVO, 2002, 2004).

Vale ressaltar que levar em conta as transformações presentes no momento atual não significa saudosismo ou uma visão ingênua do passado, como se ele constituísse um modelo de normalidade e saúde a ser resgatado. O olhar aqui lançado para o momento da sociedade contemporânea e suas idiossincrasias visa considerar aspectos dessa influência, contudo não tem pretensão de produzir generalizações que encerrem uma verdade ou concepção unilateral de um objeto tão amplo e multifacetado. Cada época marca o sujeito de forma particular e atravessa sua constituição, ou seja, tem importância significativa na psicopatologia. Certamente essa influência incide de forma singular em cada um dos integrantes da sociedade e gera marcas relacionadas a uma história pessoal. Portanto, esses componentes sempre ganharão expressão, maior ou menor impacto na psicopatologia no encontro com aspectos complexos que compõem a subjetividade humana.

Hegenberg (2000) e Fuks (2000), ao analisarem as transformações ocorridas no século XX, apresentam como marca a ruptura dos valores tradicionais, que gera uma crise existencial no ser humano. Neste movimento constata-se a solidão causada pela transformação da família e dos laços de solidariedade, o aumento do individualismo e competição. A garantia de relações estáveis, presente em outros momentos, é substituída por uma tendência à incerteza. Em outros tempos, as convenções sociais, como a tradição e o respeito a normas, asseguravam a estabilidade dos relacionamentos, apesar das possíveis implicações negativas. O indivíduo podia vislumbrar e prever o caminho a seguir, podia contar com a constituição de família e outros laços garantidos por valores morais reconhecidos. Por exemplo, o filho de um artesão já tinha seu destino profissional traçado, seguiria o ofício iniciado por seu pai e transmitido de geração a geração. O nome da família carregava essa atividade e a identidade vinda de uma tradição e lastro cultural. Atualmente, por exemplo, a escolha profissional se dá precocemente, diante de uma infinidade de possibilidades, o que pode ser libertador ou gerador de muita angústia e dispersão frente a tantos caminhos.

Outrora, a sexualidade e o destino das relações amorosas estavam socialmente definidos, independentemente da orientação pessoal. A heterossexualidade e a constituição de família eram valores claros, poderiam atropelar quem divergisse dessa linha, porém ofertavam um caminho claro e compartilhado. Nesse contexto maniqueísta, também havia aqueles que não seguiam a tendência hegemônica. Mulheres solteiras, por conta de uma vida que não aconteceu, encontravam uma função na família cuidando dos sobrinhos e dos idosos. Atualmente, ficar solteira e sem filhos é apenas uma opção de vida socialmente reconhecida. Esses são exemplos de rupturas de valores tradicionais que podem abrir caminhos mais maduros e livres para que as pessoas construam suas vidas; por outro lado, indivíduos podem ser lançados em desamparo e solidão frente à confusão e instabilidade desses elementos identificatórios. Algumas pessoas podem vivenciar o drama de passar a decidir tudo sozinhas, sem poder se apoiar em referências estáveis, padrões ou regras comumente compartilhadas.

Bauman (2001, 2007) qualifica esse novo contexto como líquido, que escorre ou evapora rapidamente, marcado por um ritmo intenso de transformação e pela emergência de novos valores consumidos como produtos, rapidamente trocados por outros que logo tendem a mudar. O consumo se torna, portanto, uma das formas contemporâneas de constituição subjetiva (SANTI, 2011). A instabilidade contínua da vida líquida, do amor líquido e do medo líquido acentuam a insegurança e a angústia. As noções de certo e errado, bom e mau tornam-se coisas do passado, atropeladas por promessas de identidade e pertencimento, através de um produto, comportamento ou valor. De acordo com Arós (2009), essa falta de segurança afeta diretamente os alicerces da solidariedade social e a qualidade dos laços sociais, efêmeros e frágeis, em um mundo marcado pelo colapso do pensamento, do planejamento e da ação a médio e longo prazo.

O antropólogo Lasch (1982) contribui para a compreensão desse panorama ao apresentar o conceito de cultura do narcisismo, que resumidamente consiste em uma intensificação do individualismo constatada após a Segunda Guerra Mundial. Fenômeno que se reflete em falta de esperança no futuro, busca por prazer imediato dissociado de sentido e lastro cultural coletivo e, portanto, compartilhado. Segundo Santi (2011), o conceito psicanalítico de narcisismo comporta dois sentidos pertinentes a essa realidade. De um lado produz recrudescimento defensivo e impotência como resposta a um mundo invasivo e pouco continente. De outro lado, o conceito de narcisismo se reflete na crise de credibilidade nos sistemas simbólicos que deveriam operar como intermediários da relação com o mundo, por exemplo, governo, família, religião, etc.

Nessa perspectiva, Bauman (2008) aponta como consequência a transformação das pessoas em mercadorias a serem consumidas, uma condição que, ao mesmo tempo, desconsidera o outro como subjetividade e o torna indispensável, pelo menos por um instante, até que possa ser substituído. Assim, pessoas, drogas, roupas da moda ou quaisquer outros objetos podem ocupar esse lugar. O que passa a ser importante é a função transitória cumprida e não o sentido ou qualidade própria de determinado objeto, pessoa ou relação. Nesse caminho, o indivíduo se vê permanentemente julgado por sua performance frente ao outro, que deve ser seduzido como forma de engrandecimento de si mesmo. Nesse contexto, pessoas transformam-se em objetos de consumo descartáveis e o que se enaltece é a exterioridade, uma falsa originalidade que visa a captura do olhar do outro. Não há lugar para os que sofrem visivelmente, incapacitados de realizar a tão buscada exaltação de si.

Santi (2011) apresenta um conceito derivado do campo jurídico, criado pelos autores franceses Valleur e Matysiak, de conduta ordálica. Trata-se, no sentido original, de exposição a uma situação de risco como *forma de convocar o julgamento de Deus*. Essa característica é bastante visível na adolescência sob a forma de condutas adictivas e carrega a busca que o sujeito se impõe para se enaltecer e provar ao grupo ou a si mesmo que possui capacidade de ser autônomo (SANTI, 2011). É possível extrapolar esse conceito para pensar o contexto aqui abordado, que vai além de uma afirmação ou prova de autonomia e capacidade. Para isso, precisaria haver alguém inteiro, capaz de se relacionar e ocupado com o interjogo de sua imagem nas relações e seu próprio valor. Para algumas pessoas, a instabilidade mencionada fragiliza de tal maneira o sujeito, que a prova passa a consistir não na capacidade de ser autônomo, forte e valoroso, mas em se sentir-se existente e real. É possível pensar que tais situações trazem em sua essência um sofrimento, seja ele vivido, seja a incapacidade de vivenciá-lo como próprio.

A partir de contribuições da autora francesa Barus-Michel, Tardivo (2007) apresenta uma concepção de sofrimento contemporâneo que pode ocorrer de forma difusa para o sujeito como algo desconhecido, não nomeável, irrepresentável e ligado a incapacidades. Assim, a psicopatologia e a clínica contemporâneas se deparam com pessoas acometidas por sofrimentos de natureza diferente daquelas encontradas por Freud. Nesse contexto atual, urgem demandas mais de acolhimento que de interpretação. A busca por ajuda se dá através de mal-estar difuso, tédio, vazio, pacientes com falas bastante descritivas e concretas, uma dificuldade de simbolização. Essa falência da capacidade de simbolização tem importância na constituição de manifestações variadas do sofrimento humano, inclusive as nomeadas como *borderline* ou adicção.

De acordo com Tardivo (2007, p. 44):

As pessoas foram excluídas dos sistemas de simbolização por uma sociedade que não reconhece mais o valor das trocas, que não sabe mais se auto simbolizar, que gera violência. Dessa maneira, a exclusão se configura como um trauma contínuo [...].

Birman (1999, 2001, 2003) enfatiza que, em uma sociedade com essas marcas, a sensação de vazio existencial decorre do sentimento de urgência de preenchimento. Compreende esse fenômeno como político e cultural, que propicia o aparecimento de novas formas de subjetivação, dentre as quais se encontram a adicção, a depressão caracterizada pelo vazio, as patologias psicossomáticas, os sofrimentos dos estados-limite e a anorexia. Para o autor, há duas características marcantes nessas patologias: são manifestações psíquicas ligadas à experiência corporal, pelo insuficiente investimento narcísico no corpo e a presença de uma compulsividade e passagem ao ato.

Ayouch (2008) entende essas psicopatologias inseridas na história, não somente pessoal, mas também história mais ampla na qual o indivíduo se insere. As loucuras contemporâneas se dão numa encruzilhada de contextos reais e também em nível fantasmático e transgeracional. Os fatos traumáticos que aconteceram em nível real têm sua importância e ativam uma dimensão fantasmática que está lá, ou seja, o que provoca o trauma é o conteúdo fantasmático ativado pelo acontecimento real. O trauma em dois tempos e as séries complementares, descritos por Freud (1896, 1905), além do medo do colapso apresentado por Winnicott (1963/1994), são contribuições acerca de diferentes naturezas de trauma na constituição da vida emocional e história pessoal. Ayouch (2008) amplia essa concepção de psicopatologia e considera as particularidades da contemporaneidade descritas acima, capazes de marcar traumáticamente as formas de subjetivação dos membros de uma cultura.

As loucuras contemporâneas, caracterizadas pelas compulsões, patologias do ato e experiência de vazio, estão cada vez mais presentes, contaminadas ou constituídas sob a pressão de ideais de consumo, na promessa de completude presente na mídia e nos valores “líquidos”. São produtos de formações discursivas que confirmam a supressão do sujeito, do vínculo, e revelam a condição precária das relações. Esse sofrimento pode corresponder aos estados-limite ou personalidades *borderline*, que clamam por uma psicanálise para além do consultório (TARDIVO, 2008, 2010; CRUZ; TARDIVO, 2010).

Nas palavras de Hegenberg (2000, p. 14):

Assim, no mundo de hoje, o sujeito está só. Dependente de um meio ambiente estável e acolhedor, o *borderline* não encontra guarida para seu sofrimento, apenas encontra pessoas apressadas e ocupadas, aparentemente satisfeitas na procura de seu bem-estar material e na busca incessante das promessas nunca cumpridas de completude e ascensão social.

O autor demonstra que esse contexto contribui para o desamparo e a sensação de solidão, marca o sujeito pela falta de espaço para a constituição de sua subjetividade inadaptada a esta situação de competição, consumo e instabilidade. A loucura pode ser entendida assim, como algo que é totalmente humano, sem tanta diferença entre o louco e o não louco. Hegenberg (2000, p. 13) aponta que “se todos os seres humanos estão às voltas com estas questões complicadíssimas, o *borderline* coloca uma lente de aumento nestes problemas e sofre constantemente com eles”, ou seja, representa a amplificação de experiências subjetivas corriqueiras, vividas como insuportáveis, levando o sujeito a um estado de intenso sofrimento. Portanto, seguindo a tradição psicanalítica na qual Winnicott é o principal expoente, o ambiente é um elemento significativo no processo de desenvolvimento emocional do indivíduo. Winnicott (1965) apresenta a função protetora da família para o sujeito em constituição. Inicialmente exercida pela mãe-ambiente, que oferece aquilo que o bebê necessita como reconhecimento de necessidades fundamentais e viabiliza a constituição de uma pessoa como totalidade, tal função traz a experiência de ser si próprio. Isso é possível pela capacidade da mãe devotada comum em se colocar no lugar do bebê e protegê-lo suficientemente bem de invasões ambientais que podem interromper a experiência de continuidade de ser. Quando esse processo ocorre de maneira satisfatória, sucessivas vezes, surge um sujeito minimamente capaz de viver a própria vida, presente com sua marca pessoal e singularidade. Ou seja, uma pessoa que desenvolveu capacidade de habitar o que Winnicott (1975) nomeou como terceira área da experiência humana, espaço potencial ou transicional.

A função transicional surge do conceito winnicottiano de objeto transicional, que tem a função de passagem, mediação ou transição entre o mundo subjetivo e mundo objetivamente percebido. Consiste, portanto, em um objeto (transicional) que não existe nem como mera projeção subjetiva, sob total controle do bebê, nem como objeto dotado da autonomia da mãe real. A psicanálise anterior a Winnicott propunha apenas duas áreas da existência humana, a realidade interna e a externa. Com esse autor, essa terceira área da experiência humana, que não é inteiramente subjetiva nem objetiva, passou a ser considerada. De acordo com ele, no início o bebê está num mundo subjetivo, sem diferenciação entre o eu e o não-eu. Com o passar do tempo, o cuidado oferecido pela mãe suficientemente boa e as experiências que esse cuidado propicia, o bebê vai adquirindo repertório de que tudo o que ele vive, todas as suas

experiências, estão localizadas em uma unidade. Sente-se cada vez mais uma unidade. Isso é integração. Simultaneamente, adquire a noção de tempo e espaço de maneira gradativa e ininterrupta. Isso é possível devido ao ingresso no espaço potencial, área da transicionalidade humana que decorre da experiência de criação do mundo e possibilita a vida na cultura (WINNICOTT, 1975).

Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais oferecem a possibilidade de simbolização. Para Winnicott, o símbolo é e não é, pois carrega tanto aspectos do subjetivo como da realidade compartilhada, ou seja, de uma parte objetivamente percebida da realidade externa. Quando esse processo de amadurecimento emocional não se dá de forma satisfatória, a pessoa pode viver o medo do colapso (WINNICOTT, 1963/1994). O termo colapso inspira-se no que Winnicott chamou em inglês de *breakdown*, falha na organização do Eu, ou desmoronamento de uma organização, defesa contra o impensável. O medo do colapso é na verdade o medo de algo que já aconteceu, mas que não pôde ser experimentado, simplesmente porque não havia alguém constituído a partir de seu próprio ponto de vista. Para ser possível viver uma experiência é preciso que haja uma pessoa inteira, um “*self* unitário”. De acordo com Gurfinkel (2001, p. 272):

O que ameaça cair ou quebrar, no caso do colapso eminente descrito por Winnicott, é uma organização de defesa rigidamente erigida em resposta a um traumatismo precoce e aniquilador, pois que ocorreu antes mesmo que o eu estivesse lá para tentar abarcá-lo. Não se trata de um fato ou de um acontecimento pontual, como poderia fazer pensar a palavra trauma, mas de uma situação de invasão oriunda de um ambiente que falhou em sua função primordial de ser o facilitador dos primeiros passos na emergência de um sujeito. Falhou em segurar, sustentar – *to hold* –, o que deixou como marca a horrorosa vivência da eminência de queda, e portanto eminência de quebra.

Mesmo indivíduos que viveram um bom início, a experiência de cuidado e o ingresso saudável em um mundo compartilhado, podem viver as agonias impensáveis em momentos de extrema invasão (SAFRA, 2004; MENCARELLI, 2003). Contextos de vida marcados por intenso sofrimento, como doenças, perdas ou condições sociais de excepcional precariedade, podem levar a pessoa a viver a iminência de aniquilamento, a sensação de não estar vivo ou de não ser real.

A conjunção deste contexto de instabilidade com uma constituição psíquica “fragilizada” pode produzir condições de sofrimento agudas ou crônicas. O crescimento de casos de depressão e vazio, tédio e solidão em sociedades capitalistas é, também, fruto de uma promessa por um consumo eficiente, capaz de preencher o vazio do indivíduo. Como tal

expectativa não é consumada, intensifica-se o sofrimento, arrastando para a depressão o sujeito incapacitado de se satisfazer plenamente. Frente a esse cenário, quadros clínicos como a personalidade *borderline* e as adicções ganham destaque e talvez guardem entre si relações etiológicas e psicodinâmicas, questões a serem pesquisadas no decorrer do trabalho. Porém, atualmente, tais diagnósticos apresentam relevância em termos de comorbidade e incidência segundo Ancona (2006).

4 BORDERLINE

4.1 Sobre o diagnóstico e seus limites

Para este estudo, torna-se necessária uma breve contextualização do estatuto do diagnóstico em psicopatologia psicanalítica na atualidade. Freud (1904/1996) evidenciou a importância de uma compreensão diagnóstica provisória anterior ao início efetivo do tratamento e apresentou alguns critérios para a seleção de pacientes, com base na produção conceitual de sua obra e experiência clínica até aquele momento. Em 1913, afirmou a importância de seleção preliminar através de um primeiro momento de entrevistas para realizar a escolha dos casos que poderiam ser submetidos à psicanálise, pois os pacientes não neuróticos não eram alvo de sua proposta. Por outro lado, considerava que construções posteriores poderiam dar subsídios para uma intervenção psicanalítica das psicoses.

Bergeret (1998), norteado pela psicanálise, entende que diferentes estruturas e organizações de personalidade apresentam angústias básicas distintas. Essa afirmação deixa clara a necessidade de intervenções diferenciadas frente a manifestações diversas. A noção de cura para esse autor indica que o caminho terapêutico consiste na compensação da estrutura do sujeito e não a transposição para outra estrutura, ou seja, o conceito de saúde se refere a uma conquista de estabilidade dentro da mesma estrutura, neurótica ou psicótica. Já os pacientes denominados *borderline* ou organizações-limite não conseguem essa compensação de acordo com esse autor, pois é justamente essa possibilidade que está impedida nestes casos. Para tais pacientes, o que se espera como uma conquista terapêutica é que possam estruturar-se verdadeiramente, e quem sabe alcançar alguma estabilidade. Assim, as estruturas neurótica e psicótica, podem manifestar-se compensada ou descompensada. No caso das organizações-limite, dada a turbulência e inconstância emocional, não alcançam estabilidade mínima, capaz de promover vivências de continuidade de ser, que permitam experiências autênticas e referências de si minimamente estáveis. Portanto, as organizações nunca se manifestam como realmente compensadas, ainda que possam passar por períodos de sofrimento mais ou menos agudo.

O conceito de personalidade definido por Bergeret (1998) consiste em um modo de organização do que é mais profundo e permanente no indivíduo, a partir do qual se

desenvolvem as potencialidades disponíveis no que considera normalidade, assim como a expressão da patologia. O autor compreende a sintomatologia como o modo de funcionamento mórbido de uma estrutura que se descompensa. Dessa forma, observando apenas o sintoma, não é possível estabelecer um diagnóstico da organização estrutural profunda da personalidade. Essa contribuição marca a distinção de dois campos importantes da psicopatologia: a psicopatologia descritiva e a psicopatologia compreensiva. Neste cenário, a psicanálise destaca-se por diferenciar a dimensão sintomatológica, que pertence ao registro descritivo, superficial e manifesto, da dimensão latente da estrutura de personalidade, que se ocupa das angústias, defesas e fantasias que não podem ser diretamente apreendidas pela consciência, conforme frisam Aiello-Vaisberg e Lousada (2000).

Os sintomas, portanto, guardam importância relativa na compreensão diagnóstica, já que qualquer estrutura de personalidade pode apresentar sintomas diversos, sejam eles neuróticos ou psicóticos. Essa compreensão se deve ao fato de que a experiência de todos os tipos de ansiedade é possível e comum a todos os seres humanos. Desse modo, o foco no sintoma perde relevância, pois pessoas cuja angústia central é de aniquilamento, destruição do *self* ou de sua existência podem, por exemplo, manifestar sintomatologia obsessiva, sem que o arranjo psicopatológico seja da ordem do conflito psíquico. Não é incomum encontrar pessoas com rituais obsessivos em franco surto psicótico, no qual o sintoma é meramente uma defesa que não revela em si a angústia que o gerou.

A partir do referencial que adota a angústia central como critério diagnóstico fundamental, em concordância com Hermann (1979) e Bergeret (1998), este sofrimento requer do analista ou terapeuta formas diferenciadas (AIELLO-VAISBERG, 1999/2004) de intervenção, sem que isso implique a perda de rigor do método psicanalítico. Esse posicionamento indica que é fundamental uma compreensão da vivência psicopatológica envolvida no sofrimento em questão. Dessa forma, é radicalmente diferente oferecer cuidado a um paciente que vive angústia de aniquilamento, perda de objeto ou castração. Para a presente pesquisa em psicopatologia, é importante lembrar que o método psicanalítico ganha relevância e deve se concretizar através de formas de posicionamento frente ao sofrimento e de tratamento diferentes, de acordo com a psicopatologia envolvida.

Kernberg (1991, 1995, 2006) é um autor fundamental para a discussão do conceito de personalidade e suas manifestações patológicas. Para ele, diferentemente de Bergeret, existem três estruturas: a neurótica, a psicótica e a *borderline*. Cada uma delas exerce o papel de mediadora entre os elementos etiológicos e a expressão direta da psicopatologia, pois tem a função de garantir o equilíbrio do aparato mental. O autor considera a estrutura psíquica do

indivíduo como matriz sobre a qual se desenvolvem os sintomas, sendo composta de fatores genéticos, constitucionais, bioquímicos, familiares, psicodinâmicos ou psicossociais. Dessa maneira, estabelece a personalidade *borderline* como uma organização estruturada e não uma manifestação que carece de estruturação ou que é “anestruturada”, como postula Bergeret (1998).

Para Kernberg (1995), as características dominantes do paciente refletem o tipo de organização, seja ela neurótica, psicótica ou *borderline*. O grau de integração de identidade, os tipos de operações defensivas que normalmente utiliza e a capacidade de teste de realidade podem complementar as descrições comportamentais ou fenomenológicas próprias dos pacientes e sofisticar o diagnóstico. Na estrutura neurótica há uma maior integração da identidade, teste de realidade preservado com organização defensiva fundada no recalque e outras defesas mais organizadas. A estrutura psicótica conta com um predomínio de defesas primitivas, como o mecanismo de cisão, com perda importante no teste de realidade. Já a estrutura *borderline* apresenta o teste de realidade preservado com defesas primitivas como na psicose. Outros critérios que auxiliam na diferenciação entre as estruturas neurótica e *borderline* são a presença de fragilidade egoica, falta de tolerância à ansiedade, controle de impulsos, capacidade de sublimação, grau de integração do superego e presença de pensamento de processo primário. Bergeret (1998) também lança mão de referenciais metapsicológicos que norteiam a diferenciação das estruturas e organizações como produto da constituição da história e do percurso singular que constitui o arranjo psíquico de cada pessoa: a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as defesas mais utilizadas e o grau do desenvolvimento egoico e pulsional.

A partir dessas concepções diagnósticas, é possível conceber a noção de personalidade como conjunto de marcas do sofrimento e amadurecimento emocional presente em cada pessoa, o caminho percorrido em função de dramas vividos que se estruturam ou se organizam de forma singular em cada sujeito. Para Paz (1976), a estrutura de personalidade pode ser compreendida como "história transformada em estrutura psíquica", o que se dá na temporalidade da vida, nas relações, pelas marcas libidinais fixadas na infância e localizações tópicas que passam a se constituir como determinações.

Para além de nomeações demasiadamente externas e distanciadas acerca da condição emocional de pessoas, Aiello-Vaisberg e Lousada (2000) entendem que o diagnóstico em psicanálise consiste numa tentativa de apreender aspectos da realidade intersubjetiva a partir do reconhecimento das idiossincrasias e limitações próprias à condição do pesquisador, invariavelmente presente e constituinte do campo humano. Em resumo, o diagnóstico

estrutural psicanalítico tem como função diferenciar as estruturas e organizações que constituem a base da personalidade de um indivíduo. Nas palavras das autoras (2000, p. 9):

[...] diferenciamos, em um primeiro momento, se estamos, ou não, diante de psicopatologia resultante, essencialmente, de deficiências ambientais, para, a seguir, diferenciarmos, excluída a possibilidade de estruturação neurótica, a magnitude e momento desenvolvimental de ocorrência da falha básica.

Aiello-Vaisberg e Lousada (2000, p. 9) evidenciam a radicalidade e especificidade do método psicanalítico aplicado ao diagnóstico de personalidade:

Trata-se, como é possível notar, de critérios passíveis de apreensão tão somente na relação transferencial, vale dizer, no contato intersubjetivo peculiar que o enquadre psicanalítico oferece, de modo a possibilitar produção de conhecimento sobre o analisando. Como é sabido, a compreensão e o manejo da transferência exigem certa perícia por parte do profissional, resultante tanto de sua formação teórica, como de sua experiência pessoal de análise.

Para as autoras, há uma tendência atual à desvalorização do diagnóstico da personalidade, fenômeno que acarreta importantes consequências clínicas e éticas, pois o desconhecimento das condições psicopatológicas pode resultar em intervenções terapêuticas ineficazes ou prejudiciais. É a confusão entre os conceitos de método psicanalítico e a técnica de tratamento das neuroses que leva a essa desvalorização. A distorção do psicodiagnóstico torna-se um equívoco que muitos profissionais cometem ao compreender o sofrimento emocional estritamente como sinônimo de neurose. Por essa razão, quando alguns profissionais se deparam com o significado emocional de qualquer sintomatologia psicopatológica, não realizam o psicodiagnóstico e apenas indicam psicoterapia psicanalítica, numa crença de que o método psicanalítico restringe-se apenas ao tratamento clássico de neuróticos.

Diferentes maneiras de investigação e a intervenção, elementos essenciais da psicanálise, podem ser utilizadas de acordo com diferentes propósitos. No caso do sofrimento neurótico, o método ganha aplicação pautado essencialmente em modalidades interpretativas, classicamente empregadas por Freud. Aplicações distintas do método psicanalítico clássico são necessárias quando estão em questão problemáticas de origem mais regredida, como no caso de *borderlines* ou psicóticos. Para esses pacientes, uma particularidade da atividade diagnóstica cuidadosa pode ser concebida como uma resposta contratransferencial do analista

frente a um paciente que o deixa perplexo e levemente ameaçado, de acordo com Figueiredo (2003), pois são aparentemente inclassificáveis e desconcertantes.

Apesar de as modalidades de intervenção diferirem da análise padrão, permanecem essencialmente psicanalíticas na medida em que a cura é conduzida por meio da busca dos determinantes lógico-emocionais subjacentes às manifestações do paciente (HERMAN, 2004). Freud (1931/1996), ao abordar as fases iniciais do desenvolvimento psicosssexual, comum a todas as pessoas, aponta que todos os seres humanos partilham de angústias típicas a cada fase. Essa concepção auxilia a formulação do diagnóstico compreensivo, para o qual Tardivo (2004, 2007, 2008, 2010) oferece uma importante contribuição, ao afirmar que toda a clínica psicanaliticamente inspirada advém de encontros inter-humanos especializados pelos quais se constitui como prática. Assim, concepções diagnósticas são fruto de experiências transferenciais e contratransferenciais que ganham abstração a partir e através de encontros intersubjetivos. Essa posição baliza o presente trabalho, que diverge de práticas meramente objetificantes do humano.

No próximo item será abordado o conceito de personalidade *borderline* e seus aspectos terminológicos. Para tanto será apresentado o conjunto de concepções e a multiplicidade de sentidos que essa nomenclatura comporta, fato que corrobora a ideia de que classificação alguma, psicopatológica, psiquiátrica ou psicanalítica, pode abarcar a polissemia e a singularidade humanas.

4.2 Um conceito *borderline*

Neste capítulo pretende-se apresentar alguns aspectos terminológicos e conceituais envolvidos na descrição de pacientes atualmente diagnosticados como *borderline*. Aqui, o termo borda, limite, fronteira, casos-limite, estados e situações-limite, fronteira e *borderline* serão utilizados para designar o mesmo grupo de pacientes, com variações próprias das concepções de cada autor. Tais termos não consistem em meras variações terminológicas e traduzem pontos de vista diferentes sobre o mesmo objeto de estudo. Contudo, nesta pesquisa não há a pretensão de resolver tal multiplicidade e imprecisão. Isso demandaria outro trabalho, talvez mais extenso do que esta dissertação. Ao longo do texto, na apresentação do conceito de *borderline*, esses termos serão utilizados livremente para referir um grupo de pacientes que partilham características muito próximas, apesar das variações mencionadas.

Essas diferenças dizem respeito aos modelos psicopatológicos utilizados por cada autor. Neste momento, serão apresentadas algumas referências históricas e psicopatológicas com o propósito de delimitar minimamente o conceito.

Foi nas décadas de 1930 e 40, segundo Bollas (2006), Figueiredo (2006), Gabbard (1998) e Green (1988b, 1990), que passou a ocorrer a descrição de pacientes que não apresentavam toda a gravidade e sintomatologia suficientes para preencher o quadro de esquizofrenia, porém eram demasiadamente perturbados para o tratamento psicanalítico clássico. Os autores apontam que desde essa época havia tentativas de classificação nosológica, que não se encaixavam entre os psicóticos ou os neuróticos. Exemplificam mencionando terminologias como a esquizotimia, esquizoidia, pré-psicose, personalidade hebefrênica, psicoses marginais, paranoia sensitiva, personalidades perversas, personalidade psicopática, psicopatia, personalidade “como se”, falso *self*, neurose de caráter.

De acordo com Pereira (1999) e Green (1988b), o termo *borderline* é encontrado pela primeira vez na literatura em 1938, introduzido pelo psicanalista Adolf Stern, que o utiliza para designar um quadro limítrofe caracterizado por comportamento instável, impulsivo, com períodos de agitação e desespero, que são capazes de levar à autoagressão e a tentativas de suicídio, narcisismo, hipersensibilidade desordenada, reações terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade e projeção. Contudo, essa condição não evoluiu para um quadro psicótico franco e Stern o incluiu entre os neuróticos.

O termo *borderline* foi empregado de diversas formas muito diferentes dos critérios do DSM-III-R (*Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais*, 3.^a ed., revista) para transtorno de personalidade *borderline* (TPB), conforme afirmam Beck e Freeman (1993); e o mau uso desse diagnóstico foi criticado por muito tempo. Segundo os autores, diversos clínicos acreditavam que esses pacientes estavam num estado-limite (*border*), ou seja, entre neurótico e psicótico. Nesse contexto, o termo *borderline* passou a ser adotado, e, em alguns meios, ainda é utilizado como “‘lata de lixo’ diagnóstica” para pacientes de difícil diagnóstico. Também pode ser interpretado erroneamente com o significado de “quase psicótico”, sem que haja a conceitualização do transtorno.

Posteriormente, Bergeret (1998) menciona que o termo *borderline* foi traduzido para o francês como “*cas limites*” ou “*états limites*”. O autor também aponta que, em língua francesa, encontra-se o termo “estados-limite” indicando não um diagnóstico, mas características de personalidade que podem ser encontradas em várias patologias. Essa abordagem difere de Kernberg (1975, 1977, 1991, 1995, 2006), que utiliza o termo *borderline* referindo-se a uma estrutura definida. Outros autores psicodinâmicos, como Gunderson e

Singer (1975) e Masterson (1978) compartilham da concepção de Kernberg acerca da configuração de uma entidade psicopatológica com características próprias. Apesar das diferenças entre esses autores em relação aos graus de definição da estrutura de personalidade *borderline*, esta pode ser caracterizada por: “identidade fracamente integrada, operações defensivas primitivas, limite *self*-objeto relativamente firme e teste de realidade intacto”, de acordo com Beck e Freeman (1993, p. 135).

Observando um conjunto de sintomas e um funcionamento mental confuso, que não se enquadrava nas classificações diagnósticas existentes, autores como Hoch, Polatin e Robert Knight esboçaram as primeiras tentativas de elucidação desse modo de funcionamento mental e de descrição de sintomas (BECK; FREEMAN, 1993). Os autores mencionados apresentaram conceitualizações referentes a este grupo de pacientes, como “esquizofrenia pseudoneurótica”; “pan-neurose”; “pan-ansiedade” e outros, segundo Gabbard (1998), e o rigor diagnóstico para essa síndrome surgiu apenas em 1968 com Grinker. A partir daí, autores como Gunderson *et al.* (1980) e Kernberg (1975, 1977, 1991, 1995, 2006) trouxeram contribuições substanciais para a descrição e compreensão desse quadro. A descrição psiquiátrica do transtorno foi acrescentada ao DSM-III apenas em 1980.

Grinker (1968) propõe a divisão de tais pacientes “fronteiriços” em quatro subgrupos. Observa que esses indivíduos pareciam ocupar um *continuum* desde uma “fronteira psicótica” (Tipo I) até a “fronteira neurótica” (Tipo IV). Entre ambos os extremos encontra-se um grupo com afetos predominantemente negativos e dificuldade de manter relacionamentos interpessoais estáveis (Tipo II) e outro grupo caracterizado por uma falta generalizada de identidade, que acarreta a necessidade de tomar a identidade dos outros emprestada (Tipo III). O autor procurou identificar aspectos na síndrome *borderline* comuns a todos os subtipos e chegou aos seguintes padrões: raiva como principal ou único afeto; defeitos nos relacionamentos interpessoais; ausência de identidade consistente e depressão difusa.

O grupo I corresponde à fronteira psicótica, que tem como características conduta inadequada, não adaptativa, problemas com o teste de realidade e o sentido de identidade, conduta negativa e raiva abertamente expressa. O grupo II, ou Síndrome *Borderline* Nuclear, caracteriza-se pelo afeto negativo generalizado, envolvimento vacilante com outras pessoas, atuação da raiva e uma identidade consistente. O grupo III, também chamado de grupo “Como Se”, apresenta tendência de copiar a identidade de outros, destituição de afeto, conduta mais adaptativa e relacionamentos sem autenticidade e espontaneidade. Por fim, o quarto grupo, que corresponde à fronteira neurótica, apresenta depressão anaclítica, ansiedade e características neuróticas e narcisistas (GRINKER, 1968).

Já Gunderson e Singer, citados por Gabbard (1998), estabeleceram seis características básicas para um diagnóstico de pacientes *borderline*: afeto intenso de natureza predominantemente depressiva ou raivosa; impulsividade; adaptação superficial a situações sociais; episódios psicóticos transitórios; tendência a pensamento frouxo na testagem projetiva ou em outras situações não estruturadas, além de um padrão oscilante de relações que vai da extrema dependência até uma superficialidade transitória. Gabbard (1998) apresenta também características essenciais descritas por Zanarini: identificação de claros padrões discriminatórios, como, por exemplo, pensamento quase psicótico, automutilação, tentativas de suicídio manipulativas, preocupações de aniquilação, abandono / fusão, exigência / achar-se especial, regressões no tratamento e dificuldades contratransferenciais.

Segundo Gabbard (1998), os pacientes *borderline* buscam relacionamentos individuais explosivos, sem que haja algum risco de abandono. O autor menciona que eles podem exigir essas relações com “um ar de direito” que sobrecarrega e isola os outros. Aponta que ao se aproximarem de outra pessoa, uma dupla de ansiedades é ativada; por um lado se preocupam com a possibilidade de fundir-se com o outro e perder sua própria identidade nessa fantasia primitiva de fusão. Por outro lado, vivenciam uma ansiedade que beira o pânico, ligada à convicção de que virão a ser rejeitados ou abandonados a qualquer momento. Gabbard (1998) observa, ainda, que percepções “quase delirantes” de abandono por pessoas amadas são frequentes e podem ocorrer regressões transferenciais psicóticas quando os pacientes ligam-se aos seus terapeutas.

Além das nomenclaturas mencionadas, de acordo com Kaplan *et al.* (1997), o transtorno *borderline* de personalidade também tem sido nomeado por “esquizofrenia ambulatória”, “caráter psicótico” (descrito por John Frosh) e “personalidade como-se” (termo criado por Helene Deutch). Tais autores mantêm a ideia de que estes pacientes “situam-se no limite entre a neurose e a psicose [...]” (KAPLAN *et al.*, 1997, p. 693).

Há tempos ocorrem tentativas de classificação nosológica, que não se encaixam entre os psicóticos ou os neuróticos, com risco serem nomeados simplesmente *borderline*, devido à imprecisão e à possibilidade de não se falar do mesmo quadro clínico, aponta Hegenberg (2000). Ele assinala a necessidade de cuidado e clareza sobre a referência utilizada no diagnóstico, que precisa estar explicitada. Ainda segundo o autor, o *borderline* descrito por Kernberg não é o mesmo descrito por Bergeret, que não é o mesmo descrito pelo DSM-IV, e assim por diante.

Em relação à psicanálise e ao meio psicanalítico, Kernberg (1991) afirma que, por serem bastante intrigantes, esses pacientes receberam inicialmente a conceitualização

“*borderline*” de forma muito ampla, e ela acabou se tornando genericamente sinônimo de “paciente difícil”. O termo continuou, por vezes, a ser utilizado dessa forma ampla e também vaga. O autor considera a definição proposta pelo DSM, da Associação Psiquiátrica Americana, apropriada para fins de pesquisas, reputando-a como a mais precisa do termo *borderline*, pois se baseia em aspectos descritivos, circunscritos e fenomenológicos. É, porém, pouco útil para fins clínicos, pois, segundo Kernberg (1991), não distingue os aspectos comuns entre os distúrbios graves de personalidade e aqueles de menor gravidade. Para o autor, a designação feita pela Associação Psiquiátrica Americana trouxe pouca implicação para a etiologia, prognóstico e tratamento, fundamentais para a clínica.

O conceito de “organização *borderline* de personalidade” de Kernberg é o que melhor se presta à articulação aqui pretendida, por conta da delimitação e por ele atribuir características e funcionamento dinâmico próprios a esses pacientes. É menos preciso em relação às formas descritivas, entretanto mostra-se mais relevante para uma presumida etiologia do distúrbio e também em relação a um melhor tratamento para sua resolução.

Hegenberg (2000) pondera que o termo ou diagnóstico de organização *borderline* de personalidade não é só descritivo, mas também estrutural. Porém reconhece o valor da descrição utilizada nas classificações internacionais psiquiátricas para que haja uma referência e linguagem comum mais clara; como, por exemplo, a do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - Versão 2008), de 1993, e do DSM-IV, de 1996, cujo quadro, neste último, é denominado “perturbação estado-limite da personalidade”. Há vinte ou trinta anos (e até mesmo hoje em dia), era comum atribuir a esses pacientes a classificação de “histeria grave”, ressaltando que o diagnóstico de “histeria” foi abolido tanto do CID-10 quanto do DSM-IV. O autor frisa que o *borderline* não é um histérico, não é neurótico, e há diferenças no modo de tratar ou lidar com a neurose e com o transtorno de personalidade *borderline*. Ressalta que o *borderline* também não é um psicótico, nem está no limite entre a neurose e a psicose. É um quadro clínico específico, com suas características próprias. Na mesma direção, Green (1990) salienta que essa terminologia, como casos-limite e *borderline*, pode ser utilizada como um “tapa-buraco” diagnóstico, quando não se sabe o que dizer sobre o paciente.

No campo psicanalítico também houve esse esforço de delimitação conceitual e, de acordo com Laplanche e Pontalis (2001), o verbete “caso-limite ou limítrofe” diz respeito a uma forma de designar “afecções psicopatológicas” que se situam no limite entre neurose e psicose. Não é essa a noção adotada ao se tratar do quadro *borderline* neste trabalho. Em consonância com Zimerman (2001, p. 56), *borderline* define-se como:

Psicopatologia clínica, também conhecida com os nomes de paciente fronteiro (*border* quer dizer fronteira em inglês), ou de casos limites, entre outros. Até há pouco tempo, essa denominação designava o estado do psiquismo de um paciente que, clinicamente, estivesse na fronteira limítrofe entre a neurose e a psicose. Embora haja evidências clínicas que confirmem essa afirmativa, na atualidade os estudiosos desses casos *borderline*, dentre os quais é justo destacar Otto Kernberg, preferem considerar tal condição psíquica como uma estrutura, com características específicas e peculiares.

Portanto, é possível considerar que esse quadro não consiste só de uma fronteira, mas de um lugar, um território com paisagens e formações próprias. Mas quais serão suas fronteiras então? No campo psicanalítico existe um esforço constante pela circunscrição de quem é o *borderline*, ou os diversos outros termos irmãos. Com relação à imprecisão na utilização da nomenclatura, Figueiredo (2006, p. 3) observa:

Sabemos que nas suas origens (décadas de 40 e 50) foram considerados “casos limites”, ou *borderline*, pacientes muito difíceis, particularmente refratários às técnicas padronizadas na clínica psicanalítica e inclassificáveis de acordo com o sistema diagnóstico da psiquiatria. Eram, por assim dizer, casos “nem, nem, nem”, não cabendo nas rubricas de neurose, psicose e perversão. A partir de então, verificou-se que o termo comportava um amplo espectro em crescimento constante, pois a lógica “nem, nem, nem” era insuficiente para o estabelecimento das fronteiras internas e externas do conceito.

Em psicanálise há duas grandes correntes principais em que essa gama de variações terminológicas se insere. A primeira vincula-se à escola inglesa, que compreende esses pacientes como um quadro clínico específico, que possui etiologia e sintomas próprios. Nesse contexto, o termo *borderline* é empregado para referir-se a uma estrutura ou organização própria e relativamente estável. Já o termo “estados-limite” procurou descrever e classificar por muito tempo os pacientes que não se enquadravam em nenhuma estrutura clássica. A segunda, mais próxima de alguns autores da psicanálise francesa, compreende que os estados ou situações-limite não constituem estrutura definida ou psicopatologia específica; há implicitamente a noção de transitoriedade de determinada condição psíquica que pode ocorrer em uma fase da vida somente.

Nesse caminho de desenvolvimento do conceito no campo da psicanálise, Green (1988b) reconhece a limitação de verbetes e dicionários, mesmo os de psicanálise, para a compreensão dos pacientes *borderline* ou fronteiros. “O tópico importante sobre tal questão é a distinção entre ter alguma coisa fronteira e ser fronteiro”, observa Green (1988b, p.

68), apresentando a essência da divergência entre as escolas de psicanálise aqui expostas. Em publicação de 1990, ao refletir sobre a terminologia topográfica aqui abordada, que remete à ideia de fronteira ou borda, considera que a problemática desse espaço-limite consiste na existência ou colapso de um terceiro território. Segundo o autor, ao dividir um espaço em dois, tendo estes propriedades opostas, cria-se um terceiro espaço na junção dos dois. Tal espaço é dotado de características dos dois outros. Região do “entre” concebida por Winnicott (1971), consiste em espaço de elaboração e simbolização, que gera um lugar de paradoxo e coexistência. Tal concepção de limite relacionada a essa terceira área, que será abordada no último capítulo, possibilita a aproximação entre o *borderline* e a adicção.

Nessa terra de ninguém, a definição a partir da fronteira vizinha pode ser útil. Reflexões sobre a relevância dessa vizinhança com categorias como personalidades narcísicas, depressivas, psicopáticas, esquizoides, falso *self*, neuroses obsessivas, fóbicas e outras poderiam ser trilhadas, porém o objetivo central dessa pesquisa correria o risco de ficar demasiadamente distorcido. Essa discussão, em relação à histeria em especial, torna-se relevante para clarificar e discriminar essas categorias, embora esse não seja o foco deste trabalho. É um tema extremamente vasto, com múltiplas variações e desdobramentos. Contudo, torna-se pertinente um breve desvio como tentativa de localizar a perversão relacionada à personalidade *borderline*, antes de adentrar os domínios da histeria.

Kernberg (1995b) faz uma importante e original contribuição para a compreensão da perversão e sua relação com a personalidade *borderline*. Para ele, a lógica neoestruturalista da psicanálise não se sustenta para pensar a perversão. Como autor lança um olhar particular para esses grandes diagnósticos que realoca essa entidade psicopatológica fora da lógica estritamente estrutural, a fim de que o pensamento clínico também não precise se limitar de forma tão rígida às noções de estrutura. Kernberg não isola a perversão como fenômeno exclusivo de uma suposta estrutura perversa, mas demonstra que a perversão está contida em todas as organizações da personalidade. Ele assinala a existência, como um gradiente, da perversão na sexualidade perversa polimorfa normal, na organização neurótica e na personalidade *borderline*, sua principal contribuição. Kernberg faz justiça à obra de Freud e leva em conta ao mesmo tempo as contribuições dos teóricos da escola das relações objetais, considerando a problemática pré-edípica e a relação mãe-bebê na etiologia das perversões. Compreende, em síntese, que a perversão, pensada estruturalmente, está contida predominantemente na organização *borderline*. Também mostra como a perversão adquiriu formas mais graves que a organização *borderline*, como no caso da patologia narcisista, no

narcisismo maligno (que se manifesta nas tendências antissociais e na psicopatia, principalmente) e de forma mais grave ainda na psicose.

Para o autor, na neurose as cenas perversas decorrem da ação do superego, que consolida a própria perversão devido a proibições inconscientes contra a sexualidade genital, que representam o incesto e remetem à angústia de castração. Dessa forma, a perversão na organização neurótica protege o sujeito contra a expressão descontrolada de agressão e a consequente deterioração das relações objetais. Já no caso dos pacientes *borderline*, há uma condensação de conflitos edípicos e pré-edípicos, mas com a importante diferença de estar submetida à hegemonia da agressão pré-edípica, podendo por isso ser chamada de perversão. Há uma predominância de conflitos agressivos sobre os libidinais e isso distingue drasticamente a perversão na organização neurótica e na *borderline*. No segundo caso, a perversão não é ativada pela sedução infantil e há uma inibição das fantasias sexuais – o *borderline* não conta com a fantasia como elemento estruturante.

Além desse breve comentário sobre a perversão, um esclarecimento acerca da fronteira histórica se torna essencial pelo risco de confusão advindo das transformações dos campos da psicanálise e psiquiatria. Atualmente há o fenômeno, principalmente na psiquiatria, do desaparecimento da histeria no campo da psicopatologia. Há também certa tendência de transformação de diversas manifestações clínicas em patologia *borderline*, justamente no momento em que a histeria sai de cena na história da psicanálise. Nas palavras de Bollas (2000, p. 214):

O próprio fato de a psicanálise, encantada com as categorias psiquiátricas após a segunda guerra, ter desejado “estados mentais primitivos” sob a forma *borderline*, significou que os histéricos iriam sempre satisfazer esse desejo, especialmente por ele prometer progeneração a partir da cena primária psicótica. Cada analista, que se engajou nestes novos intercursos, sentiu que estava em uma nova fronteira, espionando uma nova entidade psíquica, prestes a ser escrita e nomeada. O fato de a psicanálise nos hospitais ter gradualmente expurgado a histeria de sua lista significou que ela teria de reaparecer sob outras formas.

O autor apresenta contribuições fundamentais para a compreensão dessa fronteira entre histeria e personalidade *borderline*. Adota um referencial transferencial para pensar essas discriminações e baseia-se no conceito de regressão benigna e maligna de Michael Balint. Descreve a característica de certos pacientes que abandonam um nível mais alto de funcionamento no caminho das regressões naturais que decorrem da relação transferencial, para os quais considera benigna tal experiência. Mesmo que esses pacientes descubram experiências do *self* profundamente dolorosas, porém essenciais e significativas sobre eles, e

vejam através da dependência transferencial uma negociação das turbulências na relação *self*-outro, essas pessoas buscam um caminho para a independência. Essa pode ser uma baliza para a discriminação de um quadro histérico benigno. Porém, há pessoas em análise que abandonam violentamente o nível mais alto de funcionamento e, como resposta transferencial ao analista, exigem cuidado e reparação do ambiente. Para esses pacientes, o autor aponta que a regressão é potencialmente maligna. O segundo caso aproxima-se mais da personalidade *borderline* e merece atenção no presente contexto.

Por regressão maligna, Bollas (2000) descreve uma procura à delegação do *self*, a fim de coagir o outro (analista, terapeuta) a um cuidado incondicional. Nesse segundo caso, o de histeria maligna, o paciente quer que o analista esteja lá para responder às suas demandas, por todo tempo e maneira que for preciso. Bollas nomeia essa condição de maligna porque não há intenção inconsciente de devolver o *self* à independência, pelo contrário. A análise é vivida como uma promessa feita pelos “monstros” do ambiente, objetos maus e nocivos que marcaram a história das relações iniciais desses pacientes, como compensação dos maus tratos e oferta de um objeto bom que consistiria em uma reparação coletiva. Nesses casos, afirma o autor, o histérico transforma seu *self* em um evento, ou seja, acredita que somente sendo efetivo, ao imprimir seu *self* e sua dor nessa intenção de coagir, o outro irá ouvir e considerar seu *self*. Assim, esse outro deve ser capturado e sofrer as consequências de estar aprisionado, “deve acreditar que, qualquer que ele seja, o futuro está nas mãos do destino” (BOLLAS, 2000, p. 191).

A fim de comunicar essas vivências e necessidades, o histérico maligno lançará mão de atuações dentro e fora das sessões em doses equivalentes, a fim de coagir o analista a ser uma testemunha paralisada daquilo que aparenta ser o curso dos eventos aterrorizantes, que além de lançá-lo dentro da situação, sugere um destino horrendo. Segundo Bollas (2000), o histérico maligno passa ou comunica ao outro aquelas identificações projetivas parentais que lhe foram impingidas pela mãe e pelo pai em momentos iniciais do desenvolvimento do *self*. Esse contato materno e parental pode operar como substituto do contato sensual com o bebê, de maneira que a identificação projetiva seja vivida como única forma de toque, e por consequência acarrete uma supervalorização dos seus efeitos internos. O autor apresenta como decorrência própria da histeria o fato de a mãe ser o intermediário das identificações projetivas evacuativas dos pais dela (ou seja, dos avós da criança). A mãe também irá projetar violentamente seus objetos internos em seu filho, que por eles será possuído. De acordo com Bollas (2000), essa é a etiologia da possessão histérica por espíritos invasores e estranhos. Os históricos malignos se sentem deslocados por uma mistura de outros que têm, desde o início

da vida psíquica, povoado seu *self* com suas características dissonantes e exigentes. A surpresa do histérico acerca daquilo que ele contém, geralmente um prelúdio às dissociações do *self*, parece ser um “testemunho psíquico” dos objetos parentais projetados: “há muitos residentes no interior do *self*” (BOLLAS, 2000, p. 192). Esses pacientes, muitas vezes, procuram convencer o analista de que qualquer coisa que liberarem em sua presença não é produto deles, mesmo que os tenham produzido. Bollas comenta que essas personalidades têm encontrado um refúgio na categoria de personalidade múltipla, pois muitos clínicos concordam em conversar com diferentes alteridades e aceitam o destino de um *self* que está ausente no momento dessas atuações históricas. Essa condição de “superpopulação interna” na histeria se afasta do *borderline*, que padece justamente de despovoamento e esvaziamento dos objetos internos.

Sobre a proximidade com o tema deste trabalho, Bollas aponta que o histérico maligno é um “primo psíquico” do *borderline*, porém o *borderline* pode estar mais comprometido. Não obstante, o histérico maligno pode apresentar-se como *borderline*, mas sua habilidade concentra-se em entrar no “outro e atuar o caráter dele”. Um elemento diferencial nesses casos é o componente da sexualidade. Na histeria maligna, os pacientes veem a genitália e as fontes da sexualidade como desestruturantes, há uma percepção de que elas são perturbadoras e más. De acordo com Bollas (2000), a mãe de um histérico maligno experimenta os conteúdos sexuais como extremamente violentos. Assim, sua dissociação é intensa e efetiva, porque transfere estes conteúdos internos para o mundo externo de forma narrativa e performática. Quando o histérico observa o analista em contato com ele ou a si próprio, pode se dar conta do efeito das pulsões sobre a mente, indicando como isso pode ser danoso.

Nesse tortuoso destino da vida erótica, o histérico maligno, assim como o benigno, comumente transforma a si mesmo em um evento observado por um ego atento ao seu próprio prazer. Porém, de acordo com Bollas, essa auto-observação é muito mais bizarra na histeria maligna. Apesar de o histérico maligno testemunhar a si como um evento encenado, pode haver uma cisão no seu *self* de bebê, para quem o espelho revela não a imagem do *self* de uma pessoa inteira, mas de seus objetos internos escondidos e dissimulados como seu *self*. Ou seja, experimenta uma dispersão da identidade por esses objetos e identificações distônicos. Assim, esses pacientes testemunham seu *self* como um caos e sentem a força da pulsão selecionando objetos em vez do *self* e do outro. Dessa maneira, a dimensão relacional se minimiza e o que prevalece é o caminho instintivo. Tais pacientes se esvaziam na contenção da experiência analítica por meio de atuações que transformam seus *status* psíquicos em veículos da pulsão.

A partir de Green (2000) torna-se claro que a abordagem dessa fronteira entre histeria e *borderline* constitui a busca da delimitação de referencial conceitual que possibilite considerar e explicar a especificidade de ambos. Segundo o autor, a comparação com os estados-limite deve considerar as relações de proximidade com aspectos clínicos localizados fora do campo das neuroses, por exemplo, as depressões e a psicose. Uma advertência fundamental feita pelo autor como baliza diagnóstica é não confiar na produção sintomática ao definir um quadro clínico. Ele assinala que a definição de um quadro conceitual deve compreender o polimorfismo das manifestações e se mostrar capaz de indicar os movimentos estruturais que levam esses pacientes a oscilar numa direção e não em outra.

A partir dessa digressão é possível afirmar que a histeria circunscreve-se no espaço delimitado pela neurose e se diferencia pela problemática das relações entre amor e sexualidade, campo no qual predominam questões relativas ao desejo, escolha objetal e identificações. É nesse contexto, de grande relevância da vida fantasmática e emocional, relação com o corpo e a sensibilidade depressiva (CASTELLO BRANCO, 2004), que a histeria se configura. No caso dos pacientes *borderline*, estes são marcados pela ausência de uma organização neurótica e por formas de conflitos nos quais a problemática relativa ao amor, não necessariamente vinculada à sexualidade, desempenha um papel secundário em comparação com aspectos como a destrutividade, o masoquismo e o narcisismo. Na histeria há sempre um outro e uma cena em questão. As dissociações, cisões e esvaziamentos tomam esse outro como alvo sempre incluído no interjogo transferencial. Por outro lado, o *borderline* está ocupado com a manutenção de uma integridade psíquica mínima, prestes a ruir, na qual os objetos e o estatuto da alteridade tornam-se entidades vagas, enigmáticas e paradoxalmente vitais. A propensão, presente na histeria, à fragmentação e ao despedaçamento do ego apresenta-se de forma mais radical nos pacientes *borderline*, na tendência à despersonalização e nas vivências de perseguição, depressão, e, de acordo com Bollas (2006), conduz a regressões significativas relacionadas aos fenômenos de dependência.

Segundo Castello Branco (2004), um dos pontos de diferenciação dessas categorias caracteriza-se pelo papel central da angústia de castração associada à angústia de penetração na neurose. Situando a destrutividade no núcleo da problemática dos pacientes *borderline*, a autora afirma que estes são determinados por formas relacionadas ao “temor de desmoronamento ou de invasão por um objeto hostil e agressivo”, tais como a “angústia de separação” ou “angústia de intrusão”, nas quais se revela o “medo da catástrofe”, que os leva a saídas projetivas e atuações agressivas (CASTELLO BRANCO, 2004, p. 45). Portanto, há uma diferença fundamental acerca da importância da sexualidade (conflitos e estruturação

edípica) nas neuroses e perversão em relação ao drama de vida e morte, ser e não ser, sentir-se vivo e real nos casos *borderline*. Para esses pacientes, tal ameaça de aniquilamento é dominante e não abre espaço para a angústia de castração, pois são estruturas pré-edípicas (BOLLAS, 2006; FIGUEIREDO, 2006; GREEN 1990). Em geral, estados sexualizados e relações sexuais promíscuas não indicam um desejo ou contexto permeado por fantasias. Constituem mais um teste de realidade (FIGUEIREDO, 2006) e uma busca pela sensação de estar vivo e existente do que uma relação erótica.

Essa busca de integridade vivida pelo *borderline* não configura, entretanto, uma psicose franca. Figueiredo (2006) retoma Kernberg para firmar diferenças fundamentais entre os pacientes *borderline* e psicóticos. Apresenta como elemento significativo a capacidade dos primeiros de fazerem a prova de realidade da forma que foi descrita por Freud em 1911. No caso do segundo grupo de pacientes, a perda de realidade é dominante. Porém as provas de realidade efetuadas pelos pacientes *borderline* não proporcionam amadurecimento emocional nem revertem em capacidade de aprender com a experiência. Na verdade, dão lugar a episódios de forte turbulência e acarretam a predominância da compulsão à repetição. Nesses pacientes, fantasia e realidade, mundo interno e mundo externo não se diferenciam satisfatoriamente. Tais discriminações, quando ocorrem, não duram muito e geram estados de violenta impulsividade, retraimento e até episódios depressivos graves.

Em consonância com Figueiredo (2006), Bergeret (1998) e Kernberg (1975), é possível destacar algumas características principais com o propósito de delimitação do conceito de *borderline*, tais como oscilações extremas e flutuações radicais apresentadas na vida pulsional, nas organizações do *self* e nas relações de objeto. Essas oscilações de humor manifestam-se na tendência à turbulência emocional, na extrema impulsividade, incontinência e violência afetiva. Aspectos psicóticos são bastante acentuados, sem se caracterizar uma psicose plena, o que preserva a perspectiva de vida relativamente organizada em alguns aspectos. Acerca da organização do *self*, há repentinas manifestações de um *self* grandioso e dilatado que abarca, no campo do eu, o que para um observador externo estaria na experiência do não-eu e do *self* reduzido, enfraquecido e quase inexistente.

Sobre as relações de objeto, nas palavras de Figueiredo (2006, p. 4):

O objeto ou está e é sentido como presente em excesso ou está e é sentido como ausente em excesso: ora muito próximo, ora muito distante, ora “inesquecível”, ora subitamente esquecido; na verdade, mais que uma mera oscilação, o que se pode verificar é a sobreposição e concomitância das posições do objeto; em um outro eixo, o objeto ora está e é sentido como muito "alto" – muito elevado e superior – ora está e é sentido como muito

"baixo" – muito inferior e degradado – , ora muito bom, ora muito mau, sendo que o bem e o mau têm sempre seus poderes e valores potencializados, ficando o objeto submetido a idealizações positivas e negativas extremas; como ocorre no outro eixo, não se trata apenas de alternância, mas de simultaneidade contraditória e ambivalência.

É nessa circunscrição psicanalítica que o conceito de *borderline* será abordado, frente a tanta imprecisão e controvérsia que o presente trabalho não tem a pretensão de solucionar. É importante frisar ainda que classificações como a CID-10 e a do DSM-IV, aqui mencionadas e apresentadas a seguir, são apenas descritivas, não se preocupam com o sentido ou explicação do sintoma, afastando-se de compreensões como propõe a psicanálise.

4.3 Diferentes abordagens

4.3.1 A nosologia psiquiátrica e seus limites

A presente pesquisa tem como enfoque e referência principal a psicanálise, mas é pertinente realizar um passeio pelo campo da psiquiatria para abordar mais amplamente o conceito de personalidade *borderline*, assim como os problemas epistemológicos advindos da postura psiquiátrica para a compreensão desse quadro. Para contextualizar e marcar a diferença de olhar para o ser humano entre as áreas mencionadas, é importante considerar o sucesso obtido pelos sistemas operacionais de classificação dos transtornos mentais nos últimos anos, cujo paradigma contemporâneo é o DSM-IV.

Essas classificações transformaram totalmente o campo da psicopatologia. Segundo Pereira (2000, p. 119):

Definida de forma ampla como disciplina que se ocupa do sofrimento psíquico ou, segundo a perspectiva médica, como ciência das doenças mentais, a psicopatologia perde progressivamente seu papel de fundamento das práticas psiquiátricas, cedendo lugar a um convencionalismo nosográfico que busca responder aos ideais de uniformização de linguagem nesse campo. Uma das consequências mais evidentes do triunfo dessa forma de se recortar os fenômenos psicopatológicos foi a constituição de um discurso hegemônico, de natureza empírica e pragmática, que delibera sobre a legitimidade das metodologias e das proposições teóricas nesse campo. Graças ao empirismo e ao pragmatismo embutidos em seus pressupostos e ocultos sob o manto de um pretenso “ateorismo”, o DSM terminou, na

prática, por excluir do debate cientificamente autorizado todas as disciplinas cuja abordagem do sofrimento psíquico não repousasse sobre definições convencionais de fatos clínicos imediatamente constatáveis. Este é o caso notadamente da fenomenologia, da psicanálise e da análise existencial. Dessa forma, tradições importantes da abordagem do psicopatológico foram relegadas a um segundo plano justamente por não se adaptarem às exigências do tipo científico-naturais subjacentes às definições positivadas dos sistemas diagnósticos operacionais. Resulta, desse estado de coisas, uma concepção cada vez mais naturalizada do padecimento mental, de modo que as dimensões históricas, culturais, subjetivas e existenciais nele implicadas passam a ser vistas como irrelevantes ou como perigosamente infáveis – meros resquícios de metafísica aguardando pela redução científica ao plano neurobiológico, único nível explicativo não-metafórico desses fenômenos.

Segundo o autor, os modelos derivados das chamadas evidências empíricas não são menos heurísticos que os oriundos de outras fontes, fato que obriga a psicopatologia a um trabalho de crítica da lógica interna dos modelos, de comparação de modelos concorrentes para dar conta dos mesmos objetos formais e de adequação dos modelos para responderem às exigências concretas da prática e da pesquisa. O presente estudo coincide com essa crítica e compreende que os quadros aqui abordados devem ser estudados sob perspectiva propriamente psicopatológica. Isso significa não reduzir o *pathos* humano ao sentido de um *nosos* objetivo e externo. Pelo contrário, ter como premissa o olhar que considera o sofrimento a partir de suas expressões singulares em cada sujeito e não somente como caso particular de uma categoria nosológica geral. É com essa preocupação que a abordagem do tema pela psiquiatria, suas classificações e descrições serão brevemente apresentados.

De acordo com Kaplan *et al.* (1997), o transtorno de personalidade *borderline* está inserido no agrupamento B, do eixo II do DSM-IV (modelo de diagnóstico multiaxial). Os transtornos de personalidade estão reunidos em três grupos distintos no DSM-IV. O agrupamento A inclui os transtornos de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotímica; quadros que segundo Beresin *et al.* (1994) compreendem os pacientes que parecem estranhos, esquivos ou excêntricos. O agrupamento B abarca os transtornos de personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista, referentes a indivíduos que frequentemente parecem ser dramáticos, emotivos e erráticos, segundo Kaplan *et al.* (1997). Os pacientes do grupo C são os portadores de transtornos de personalidade esquiva dependente, obsessivo-compulsivo, além de uma categoria denominada transtorno da personalidade sem outra especificação, que, por exemplo, pode incluir o transtorno da personalidade passivo-agressiva e da depressiva. Segundo Beresin *et al.* (1994), esses pacientes são tipicamente ansiosos ou atemorizados.

Diversos autores (KAPLAN *et al.*, 1997; BERESIN *et al.*, 1994) apontam que muitos indivíduos não se limitam a um único transtorno de personalidade e pode haver superposição

dos distúrbios, sendo possível preencher os critérios para mais de um dos distúrbios da personalidade. A ideia de comorbidade na psiquiatria, ou seja, a concomitância de determinados quadros estabelecidos por descrições, radicalizou a ruptura da busca por uma lógica de articulação do sentido dos sintomas. Assim, uma pessoa pode ser diagnosticada, de acordo com os diversos eixos, com dois, três ou mais transtornos ao mesmo tempo. A busca por sentido não é uma prioridade na prática psiquiátrica tradicional e o que toma lugar é uma descrição detalhada, clara e de fácil comunicação. As ambiguidades, contradições e ambivalências, tanto no plano teórico do modelo aplicado quanto na história e sintomatologia do paciente são rapidamente resolvidas por essa metodologia descritiva. O *borderline* para a psiquiatria é um só, mesmo com comorbidades estranhas e intrigantes, ao passo que, na psicanálise, diferentes olhares comportam variados sentidos e significações.

Nessa direção, Perry e Vaillant, citados por Beresin *et al.* (1994), argumentam que todos os distúrbios de personalidade compartilham das seguintes características: reação inflexível e inadaptada ao estresse; incapacidade grave e generalizada de amar e trabalhar; desencadeamento de respostas problemáticas por conflitos pessoais. Em relação à etiologia do transtorno *borderline* de personalidade, esses autores consideram que, até o momento, os dados são especulativos, apesar de estudos empíricos estarem tornando essa compreensão mais clara. Observam que, embora possa ser considerado um amplo espectro de variáveis causais em áreas biológicas, familiares e interpessoais, o distúrbio de personalidade limítrofe (terminologia utilizada pelo DSM-IV para o transtorno de personalidade *borderline*), provavelmente, é resultante de interações genético-ambientais complexas.

Entre as variáveis biológicas, os autores apontam fatores temperamentais ou constitucionais, que provavelmente têm influência na vulnerabilidade ao transtorno de personalidade limítrofe. Em relação às variáveis familiares, afirmam que estudos epidemiológicos demonstraram um grupo de distúrbios de personalidade em parentes ou familiares de pacientes limítrofes, como, por exemplo, transtorno de personalidade antissocial, narcisista, histriônica e *borderline* ou limítrofe. Esses autores mencionam variáveis interpessoais e intrapsíquicas. Observam que a maioria dos teóricos psicanalíticos e desenvolvimentistas comprova prejuízos em relacionamentos precoces, havendo comprometimento da capacidade de se autotranquilizar. Os transtornos de personalidade, porém, por consistirem em padrões comportamentais estáveis, não ocorrerem de forma aguda. Além disso, são muito menos responsivos a intervenções farmacológicas, pois se referem ao jeito de ser, construído ao longo da vida. Isso obriga esse campo a olhar de uma maneira ou de outra para a constituição pessoal e história de vida.

Assim, Beresin *et al.* (1994) assinalam que dificuldades de relacionamento do *borderline* adulto podem ser decorrência de agressões maciças na infância, como trauma sexual ou físico, ou podem ter origem em desvios mais sutis dos cuidados proporcionados pelos pais, como repressão ou envolvimento excessivos, em que há frequentemente abandono emocional ou real. Ressaltam que todos esses fatores produzem no pequeno indivíduo vulnerável, e futura personalidade *borderline* adulta, uma permanente sensação de vazio, ansiedade e isolamento. Consideram que o fracasso em atingir uma sensação coerente do *self* propicia pouco conforto ou segurança em relação aos temores constantes de abandono e solidão. Apresentam, ainda, resultados de pesquisas recentes, em que há a presença de violência física e sexual na gênese desse transtorno. Segundo esses dados, até 60% dos pacientes limítrofes podem ter sofrido esse tipo de violência na infância e até na adolescência.

Além dos aspectos apresentados a respeito da etiologia, Kaplan *et al.* (1997) demonstram que disfunções do sistema nervoso central na infância, juntamente com sinais neurológicos leves, são comuns no transtorno de personalidade *borderline*; além de disfunções hormonais em neurotransmissores e na eletrofisiologia cerebral presentes na etiologia dos transtornos de personalidade em geral. De acordo com o DSM-IV, o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* pode ser realizado no início da vida adulta, quando o indivíduo manifesta pelo menos cinco dos critérios diagnósticos do DSM-IV.

Em relação às características clínicas, os compêndios e manuais psiquiátricos, além dos critérios diagnósticos, apresentam um panorama fenomenológico com características clínicas comuns nesses pacientes. Kaplan *et al.* (1997) assinalam que frequentemente os pacientes com diagnósticos de transtorno de personalidade *borderline* aparentam estar em crise. Mencionam que eles podem mostrar-se briguentos em alguns momentos, deprimidos em outros, além de se queixarem de não sentir coisa alguma em outras ocasiões. Pode haver episódios psicóticos de curta duração (ou episódios micropsicóticos), em vez de colapsos psicóticos totais. O comportamento dos indivíduos portadores desse diagnóstico é extremamente imprevisível. Portanto, comumente eles não conseguem atingir o nível máximo de suas capacidades e consideram que seus frequentes e reiterados atos autodestrutivos são reflexo da natureza sofrida de suas vidas.

Os autores frisam que é comum esses pacientes cortarem os pulsos ou realizarem outras automutilações para que possam receber cuidados e auxílio dos outros, para expressarem raiva ou para se afastarem de afetos muito opressivos. Por se sentirem tanto dependentes quanto hostis, as personalidades *borderline* mantêm relacionamentos interpessoais conturbados. Tais indivíduos podem ser bastante dependentes das pessoas com

quem convivem e expressar intensa raiva ou cólera contra seus amigos íntimos em situações de frustração. Como não têm capacidade de tolerar a solidão, buscam desenfreadamente companhia, não importando se elas são mais ou menos insatisfatórias.

Para evitarem, mesmo que de maneira efêmera, a situação de permanecerem sozinhos, podem aceitar um indivíduo totalmente estranho como amigo ou apresentar comportamento sexual promíscuo. Kaplan *et al.* (1997) mencionam que esses pacientes se queixam frequentemente de sentimentos crônicos de vazio e tédio, falta de uma sensação de identidade consistente. Em situações em que são pressionados, comumente manifestam queixas de sentirem-se deprimidos na maior parte do tempo, apesar da aparente exuberância de seus afetos. Em relação à solidão, qualquer alteração na estrutura da rotina da vida diária, principalmente nas relações pessoais, pode ser o suficiente para alterar a frágil sensação de estabilidade e desencadear crises marcadas por intensa sensação de terror e frenéticas tentativas de evitar o abandono real ou imaginado. Segundo Kaplan *et al.* (1997), ao se sentirem muito ansiosos esses pacientes são capazes de mimetizar praticamente qualquer tipo de quadro psiquiátrico. Podem parecer agitados, intoxicados, agorafóbicos, maníacos, deprimidos, psicóticos, com crises de pânico ou delirantes. Em termos funcionais, os autores relatam que esses pacientes distorcem seus relacionamentos, colocando os indivíduos em categorias: totalmente bons ou totalmente maus. Veem as pessoas com quem se relacionam como figuras de apego ou apoio ou como seres sádicos ou odiosos, que os privam das necessidades de segurança e os ameaçam com o abandono ao se sentirem dependentes.

Os autores mencionados consideram esse distúrbio razoavelmente estável, pois os pacientes mudam pouco ao longo do tempo, sem apresentar uma progressão para a psicose, embora haja alta incidência de episódios depressivos maiores. Acrescentam ainda que, geralmente, o diagnóstico é feito antes dos quarenta anos, no momento em que estão procurando suas escolhas ocupacionais, amorosas, conjugais e não conseguem lidar minimamente com esses estágios normais da vida.

Acerca da epidemiologia desse quadro, Kaplan *et al.* (1997) afirmam que o transtorno está presente em 1 a 2% da população geral americana, aproximadamente, sendo duas vezes mais comum em mulheres do que em homens. Cabe apresentar os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade *borderline*, segundo DSM-IV (1996, p. 672), em F60.31 (301.83), quadro “Perturbação Estado-Limite da Personalidade”:

Um padrão evasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da

idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

- (1) esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado. Obs.: Não inclui 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 persistência da autoimagem ou do senso de *self*.
- (4) impulsividade em, pelo menos, duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substância, direção imprudente, comer compulsivamente). Obs.: não incluir comportamento suicida ou automutilante coberto no critério 5.
- (5) Comportamento, gestos ou ameaças suicidas recorrentes ou comportamento automutilante.
- (6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., intensa disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durando algumas horas e apenas raramente por mais de alguns dias).
- (7) sentimentos crônicos de vazio.
- (8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade para controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes).
- (9) ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos.

Critérios diagnósticos para “transtorno de personalidade emocionalmente instável”, subdivido em “impulsivo” e “*borderline* (limítrofe)”, F60.3, do CID-10 (1993, p. 200):

F60.3 Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável

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

F60.30 Tipo Impulsivo

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

Inclui: personalidade (transtorno) explosiva e agressiva

Exclui: transtorno antissocial de personalidade (F60.2)

F60.31 Tipo *borderline* (limítrofe)

Várias das características de instabilidade emocional estão presentes; em adição, a autoimagem, 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).

Dessa forma, faz-se possível a apreensão da descrição nosográfica, das características e critérios componentes desse transtorno ou quadro, com a finalidade de apresentar recorte relevante, mesmo que descritivo e divergente do paradigma no qual a pesquisa está inserida. É a partir de um olhar crítico que o campo da psiquiatria, e também o da própria psicopatologia, são aqui compreendidos como indissociáveis da constituição de uma antropologia que possa situar o sofrimento psíquico no interior de referências propriamente humanas. Portanto, o panorama aqui exposto consiste apenas em uma digressão breve e parcial que complementa a discussão sobre esse campo amplo e relevante para o trabalho em saúde mental. O olhar psiquiátrico aqui apresentado produz consequências clínicas, científicas e culturais acerca da condição dessas pessoas e, por isso, o presente estudo trilhará um percurso que não reduz o psicopatológico a apenas uma definição ou descrição bem organizada.

4.3.2 A abordagem psicodinâmica e a contribuição da psicanálise

Até o momento, tratou-se de descrever sobre qual sujeito se está falando, entretanto, é necessário agora compreender essa configuração psíquica peculiar.

Durante a década de 1950, terapeutas e analistas começaram a descrever um grupo de pacientes que conseguiam experimentar conscientemente material de processo primário, mas que não tinham capacidade de introspecção, *insight*, elaboração (KERNBERG, 1991). Manifestavam, geralmente, rápidas mudanças de humor, além de uma tendência importante a perceber outras pessoas significativas como totalmente boas ou totalmente más. Negando a conceitualização tradicional de estágios libidinais, apresentavam fortes tendências orais, porém, concomitantemente, externavam agressividade relacionada a todos os níveis do desenvolvimento psicosssexual, principalmente em relação aos seus anseios edipianos. Desafiavam todos os esforços de situar a origem de suas dificuldades num ponto particular do desenvolvimento psicosssexual.

A clínica psicanalítica, portanto, foi transformada pelo encontro com o paciente *borderline*. Autores como Knight (1953), já na metade do século reconheciam esses pacientes

como problemáticos, pois não podiam ser compreendidos com o arcabouço produzido pela psicanálise até então. A partir daí, a psicanálise trilhou diferentes caminhos para compreender e ajudar esse grupo de pacientes e produziu diferentes teorias a partir dessas necessidades clínicas. Apesar da multiplicidade de abordagens teóricas sobre o assunto, a psicanálise preserva como unidade o fundamento de seu método (HERRMANN, 1979), de que toda produção humana comporta um sentido.

A tradição psicanalítica e seu método estão fundados em uma ética que não permite exclusão de nenhum grupo humano, e pode concretizar-se por meio de uma grande diversidade de procedimentos e compreensões (HERRMANN, 1979; AIELLO-VAISBERG, 1999). Apoiando-se em Bleger (1963/1984), é possível afirmar:

Dizer que toda manifestação humana está dotada de sentido significa dizer que faz parte, inevitavelmente, do acontecer humano. Portanto, a base do método psicanalítico é uma ética que consiste, sucintamente falando, na inclusão da alteridade. Trata-se, pois, de assumir o reconhecimento de todas as condutas dos seres humanos, cruéis, monstruosas, bestiais, sublimes, generosas, bizarras, ou o que mais se quiser acrescentar – são manifestações humanas e devem ser compreendidas como possibilidades do acontecer humano. Deste modo, quando o método é respeitado em sua radicalidade, compromete o profissional no sentido do lúcido repúdio a todo tipo de exclusão, concreta ou simbólica, de indivíduos e grupos. (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 90-91).

Essa citação contribui para a consideração de que a psicanálise oferece uma contribuição no campo científico e na cultura, de forma que manifestações psicopatológicas variadas, opostas ou convergentes entre si, que mobilizam empatia ou aversão, fazem parte fundamentalmente de um só grupo, dos humanos. Outros campos da ciência, ao longo dos séculos XIX e XX principalmente, concebiam condutas bizarras, condições extremas e que fugiam da norma culturalmente estabelecida como explicáveis, porém incompreensíveis do ponto de vista da empatia. Práticas eugênicas estão incluídas nessa perspectiva, na qual superior e inferior marcam presença, explícita ou implicitamente. A psicanálise perverte no melhor sentido possível esse estatuto, e abriga aquilo que nos causa maior incômodo, considerando-o tão pertencente ao campo do humano quanto condutas sublimes e mais socialmente adaptadas.

Como se pode inferir das características já apresentadas, o *borderline* definitivamente não está afinado com as normas sociais e por isso provoca impacto por onde passa, de comoção a repulsa e desespero. Possivelmente essas pessoas revelem, como uma lente de aumento, aquilo que há de mais agudo em nossa experiência emocional, mesmo que

organizada e contida por limites internos e externos. O *borderline* pode ser compreendido como uma expressão do humano em carne viva, cujos limites eu /não-eu – pele necessária para se entrar em contato com o outro e reconhecê-lo – não foram suficientemente estabelecidos.

A compreensão que a psicanálise pode oferecer para o campo da psicopatologia *borderline*, e também para quaisquer outros, é a oferta de sentido às experiências, em recantos da vida em que não se encontra lógica aparente. Para que haja um entendimento mais amplo do sujeito *borderline*, torna-se importante percorrer as concepções de alguns autores da psicanálise que trataram do tema ou de alguma forma forneceram bases para isso. A empreitada dos autores que serão apresentados a seguir corresponde a uma tentativa própria da tradição psicanalítica de encontrar sentido e compreensão, articular clínica e teoria, assim como dialogar com as demais teorias antecessoras.

É importante iniciar ressaltando que não se constatou a ocorrência do termo *borderline* na obra de Freud, que segundo Green (1988) fornece poucas indicações para a compreensão desses casos. Em Freud (1924/1996) há questionamentos acerca dos limites psíquicos, da capacidade do ego de se deformar, cindir ou dividir a si próprio para evitar uma ruptura. Ao diferenciar a neurose da psicose, ele enfatiza o papel da fantasia como mediador simbólico no caso da neurose, papel que a obra de Winnicott (1971) vincula à noção de brincar e de transicionalidade. O psicótico cria uma nova realidade, muito abrangente e distanciada de elementos que possam ser compartilhados e facilmente reconhecidos. É a simbolização que dá capacidade de transição entre os registros interno e externo da realidade na neurose, mesmo com a perda parcial de realidade. No caso da psicose, uma realidade imaginária compõe o mundo externo de forma concreta.

De acordo com Green (1988), Freud afirma que o mecanismo de recusa, mais próximo da psicose e perversão, é diferente da repressão. Na recusa, o psiquismo lida com a realidade externa, afastando-a; já na neurose, a repressão lida com a realidade interna. Esse é apenas um exemplo de como Freud se ocupou dos limites do psiquismo e como suas contribuições derivaram para caminhos próprios na obra de outros autores da psicanálise. Green (1990, p. 32), frisando que o drama do *borderline* se insere na questão do narcisismo e no papel do ego no psiquismo, vai afirmar:

Se o desenvolvimento da interrogação ‘limite’ é amplamente pós-freudiano, seria um erro considerar a obra de Freud fora do debate. Em 1910 o narcisismo se introduz na teoria, e com ele a concepção do ego se complica e se desenvolve. [...] O interesse de Freud pelos estados-limite já estava

presente porque ele descreve, sem nomear, estas estruturas. Constata-se a tendência à repetição, a tendência a agir, a tendência à desorganização do ego.

Outros psicanalistas realizaram a tarefa de conceitualizar os casos *borderline*, ou fronteirços, porém a questão dos limites está presente em psicanálise desde o seu nascimento. Hegenberg (2000) chama a atenção para o fato de o pai da psicanálise apresentar em sua obra a importância do apoio e da relação anaclítica, do entorno familiar e de outras questões pertinentes ao *borderline*. Esse autor pontua que o *borderline*, apesar de necessitar de limites, não demanda castração, mas um encontro com um analista presente e sustentador, não restrito a um contato de qualidade transferencial, concepção que é mais próxima da obra de Winnicott do que da obra de Freud. Mostra que o paciente *borderline* necessita de uma clínica voltada para a transferência e a contratransferência, e não uma relação “unipessoal”, voltada para o intrapsíquico.

De forma geral, Hegenberg (2000) aponta algumas características mais comuns do paciente *borderline* sob o ponto de vista da psicanálise. Menciona a angústia de separação, o dilema com a identidade, a clivagem, a questão do narcisismo, a agressividade, a impulsividade e o suicídio como problemas constantes e característicos desses pacientes. Apresenta a importância central da angústia de separação, nesses casos, que é derivada da angústia de perda do objeto. Tais pacientes estabelecem relações de apoio (anaclíticas) com o outro: “O paciente *borderline* está angustiado com o outro que não está presente, com a ausência da pessoa que lhe possa apoiar; sua angústia de não poder contar com esta figura de apoio na hora em que necessitar” (HEGENBERG, 2000, p. 44).

Utilizando referência winnicottiana, a preocupação materna primária (WINNICOTT, 1956/2000) pode ter falhado com o paciente *borderline*, que dessa forma sempre precisará estar com o objeto para tentar recompor sua subjetividade não constituída. Isso acarreta uma perda do senso de identidade, por não ter experimentado o *holding* adequado e a consequente integração do *self* em sua constituição. Devido ao fato de não ter tido uma experiência intersubjetiva satisfatória com o ambiente, esse paciente não desenvolveu a capacidade de estar só e não conseguiu tornar-se um sujeito independente da participação da subjetividade do outro. Por isso, sua existência é perturbada por invasões ou falhas ambientais, que interrompem sua continuidade de ser, o que ocasiona uma ameaça de aniquilação. Dessa condição urge a necessidade da presença, numa relação anaclítica, de alguém que lhe proporcione condições de acesso à sua subjetividade.

O indivíduo *borderline* se relaciona com figuras idealizadas, oscilando entre admiração e desvalorização. Desse modo, tem dificuldade em reconhecer seus próprios limites e capacidades e desconhece seu potencial, devido à idealização de seus objetivos, o que acarreta a impossibilidade de se apropriar de sua identidade. Quanto à clivagem, ele não pode admitir o outro como objeto mau, pois teria que temê-lo e não aguentaria esse estado, devido à sua fragilidade. Em função disso, esses pacientes se esforçam por construir apenas objetos bons e idealizados, capazes de auxiliá-los na construção de sua subjetividade. Porém amargam a dor da queda quando a integração ou a incongruência dessas figuras boas se impõe. Por pavor de perder o objeto, o paciente *borderline* tem que classificá-lo em bom ou mau (HEGENBERG, 2000).

O ambiente não foi suficientemente bom para permitir ao *borderline* a capacidade de utilizar sua agressividade de maneira construtiva e propiciar-lhe a experiência de continuidade quando bebê. Assim, ele teme que sua agressividade possa ameaçar a própria continuidade do objeto, isto é, destruí-lo irremediavelmente, daí a necessidade de clivagem do objeto em bom e mau. Além disso, como necessita deste integralmente como apoio, sentir-se protegido e não agredir o outro, não será possível odiar o objeto, que precisa ser sempre bom.

O *borderline* tem de lidar com uma severa crítica em relação aos outros e a si próprio. Exigente, percebe-se insuficiente, fazendo comparações contínuas com imagens idealizadas de si e dos outros. Como não é possível atingir esse nível de idealização, o *borderline* está sempre insatisfeito, ocupando o polo da arrogância defensiva ou da humilhação. Em relação ao narcisismo, tem dificuldade de considerar o lado do outro, visualizando apenas suas próprias necessidades. Kernberg (1991) esclarece que isso se dá devido à difusão de identidade e à percepção empobrecida dos outros.

Agressividade é um fator comum, em geral fruto de explosões contornáveis aos olhos dos outros, mas que para esses pacientes não é possível evitar. É frequente o arrependimento e a sensação de humilhação após o episódio agressivo. Ao ser contrariado, pode recusar-se a admitir limites e até se tornar violento. É característico que essas pessoas não controlem seus impulsos, demonstrando intensa dificuldade para lidar com sua raiva e seus temores. Tornam-se vítimas de seus impulsos, frequentemente manifestados como autoagressão. Quanto à impulsividade, Hegenberg (2000) considera que o *borderline* tem reações explosivas e impulsivas devido justamente ao medo de perder o objeto de apoio. Por isso, não é capaz de opor-se aos seus objetos anaclíticos e necessita aprender a atacá-los para livrar-se de algumas amarras. O autor considera que o ódio do *borderline* surge na relação com suas figuras de

apoio quando não obtém o amparo esperado ou quando se sente invadido por exigências muito intrusivas para sua subjetividade.

Bollas (2003) complementa essa compreensão acerca do estatuto do objeto para o *borderline*. O autor afirma que, em geral, os objetos que constituem o mundo interno têm um caráter figurativo, ou seja, um objeto bom, mau ou bizarro remete de alguma forma a um outro especular. O objeto primário, paradigmático de todos os outros e constituído no início da vida, pode ser experimentado pelo *borderline* como disruptivo. Mais do que isso, pode ter sido vivido como a própria disrupção, sendo, portanto, representado por um tumulto emocional, observa Bollas. Assim, o estatuto do objeto primário está menos fundado em seu caráter especular do que na turbulência emocional ocorrida em seu *self*. Portanto, há a drástica consequência de um afeto ocupar o lugar da representação, ou seja, os sentimentos tornam-se os próprios objetos, os afetos ganham estatuto de coisa. As crises ou colapsos do *borderline*, compostos por fragmentação do ego, causam uma relação paradoxal com o objeto, que, apesar de temido, permanece como objeto primário e, assim, inevitavelmente desejado.

Acerca da infância, momento de constituição dos objetos primários, Bollas (2003) defende que essas pessoas foram crianças essencialmente perturbadas e desorganizadas e seu objeto primário não se constituiu por uma introjeção. Em um desenvolvimento menos conturbado, esse processo consiste em um acontecimento de natureza especular que permite revisões progressivas, e que no *borderline* não se dá satisfatoriamente. Dessa forma, qualquer emoção anuncia a presença desse objeto e o *borderline* se vê tentado a buscá-lo por uma amplificação de um sentimento comum, que ganha intensidade e se torna uma poderosa experiência emocional. Essa característica se aproxima da adicção, pois a presença do outro se dá mais pela intensidade emocional e sensorial do que pela relação.

Para o autor, a turbulência não consiste meramente em um afeto, e esse estado emocional é dotado de uma violenta intensidade mental que transforma o objeto num “redemoinho de pensamento” (BOLLAS, 2003, p. 7), impedindo qualquer contenção. Desse modo, falar ou pensar não revertem em alívio, como poderia acontecer para um paciente neurótico; ocorre justamente o oposto, uma intensificação da dor que provocou a reação inicial. Segundo o autor, há uma busca por atacar e perturbar a mente ao criar tal turbulência em sua vida psíquica ou impingir esse estado na mente do outro com falas angustiadas e sem fim. Há, portanto, a constituição de um outro que é tomado como objeto primário, porque crê inconscientemente que isso possa constituir uma relação de intimidade verdadeira, uma relação de fato, apesar de extremamente perturbadora. Com essa forma de contato e demanda,

porém, o outro (não *borderline*) experimenta a vivência de invasão e provavelmente buscará uma saída evasiva frente a esse contato.

A turbulência ocupa, portanto, o lugar do objeto primário, porém o *borderline* também constitui objetos terciários, criados para existirem fora da ação e influência do objeto primário. Tais objetos carregam a tonalidade de um falso *self* e, segundo Bollas (2003), são frágeis, gerados com o fim de evitar que o *self* seja invadido por estados de opressão muito arriscados para essa organização. É possível considerar então que o *borderline* cria “objetos encobridores” ou protetores que viabilizam a esses pacientes uma condição mínima de atravessar a infância e sobreviver a ela.

Como já foi exposto, esses pacientes são frágeis e propensos ao desmoronamento emocional. Parecem vulneráveis a acidentes, brigas, violências, mesmo que essa busca se dê pela reação à sensação de insensibilidade do outro. Bollas (2003) indica que o objeto primário opera através desses “acidentes”, pois a criança ou bebê experimentou a mãe como um movimento disruptivo. Dessa forma, o objeto de apego é constituído e tingido pela perturbação extrema do outro, como o terror e a raiva. As intensidades e turbulência emocional, portanto, constituem um particular objeto de desejo e esse traço psíquico chama a atenção para uma possível relação com as adições, porém tal objeto consistiria em algo *inerte* (FUKS, 2000) e desobjetalizado (GREEN, 1988c). Segundo Bollas (2003), esse “desejo *borderline*” se expressa na manutenção do outro dentro de si através da união com parceiros que continuamente os excitam, não por uma via pulsional, mas pelo impacto perturbador no *self*. Uma consideração acerca dos limites e fronteiras do *borderline* em relação ao objeto é feita por Bollas (2003). Ele aponta que o fato de o objeto *borderline* estar localizado na fronteira entre o externo e o interno indica o lugar desse objeto primário para tais pacientes. Trata-se de um fora que é ao mesmo tempo dentro, mas não é intermediário. Há um fracasso na constituição do “entre”, do transicional.

A tendência do *borderline* de provocar o máximo impacto emocional em suas relações está vinculada à busca, mesmo que por um breve momento, de um estado de fusão, propiciado pela angústia compartilhada, porém é esperado que a personalidade não *borderline* rejeite essa relação. Se para essas pessoas a turbulência é sinônimo de presença do objeto, sua ausência é também uma representação afetiva desse mesmo objeto primário, como nos casos dos traumas brancos e da mãe morta conceitualizados por Green (1988b). Segundo Bollas (2003, p. 10):

O vazio psíquico é parte da morada do outro no *self*, uma consequência inevitável do efeito provocador deste objeto sobre o *self*: cutucado e depois

abandonado. Preenchido por uma angústia enfiada e depois esvaziado. Completude e vazio: estados do *self* que exprimem o contato com esse objeto.

Portanto esse “desejo *borderline*” consiste em uma busca de preenchimento do vazio, de encontro com uma verdade profunda, momento de estranha comunhão na qual o paciente sente estar em contato com um objeto familiar que habita o *self* e torna-se indistinto dele. Perturbação e turbulência tornam-se sinônimos de presença, ligação e vida.

Green (1990) também considera a angústia de separação (perda do objeto) e a de intrusão como as principais angústias do indivíduo *borderline*. Embora a angústia da castração também esteja presente no *borderline*, essa referência não é estruturante da sua personalidade, como acontece no caso da neurose. Para esse autor, a angústia de castração na neurose corresponde à angústia de separação para os casos-limite. Green, que reputa o *borderline* como um novo paradigma para a psicanálise, destaca dois mecanismos centrais para os casos-limite, a clivagem (no sentido kleiniano) e a “depressão”, manifestada pela perda do gosto pela vida e do tônus vital. A elaboração psíquica cede lugar à ação, aspecto que guarda semelhança com as adições.

Numa construção da etiologia desses casos, o autor retoma a problemática da divisão do ego. Em tal percurso, enfatiza o cuidado materno, considerando que a intensidade pulsional do bebê imaturo e dependente requer um outro dedicado a agir como um objeto capaz de satisfazer suas necessidades, como um substituto do ego inicial da criança. Este ganha autonomia quando há a constatação de uma separação entre o seio e a própria criança. O processo é gradual e comporta um “vai e vem”, oscilações entre estados de discriminação e estados de integração ou de fusão com o seio ou objeto materno. Green (1990) observa que frustrações são inevitáveis nesse processo e um recurso da criança é separar o bom do mau, o prazeroso do desprazeroso – disso decorre a distinção entre o *self* e o objeto. Esse caminho de discriminação delimita as primeiras fronteiras da experiência humana e comporta as referências de dentro e fora, somático e psíquico, fantasia e realidade, bom e mau.

Em casos de perturbação grave, Green menciona a divisão como operadora de uma exclusão radical. Considera que o trabalho de divisão é importante para o psiquismo, que não deve ser sobrecarregado pela tensão e necessita de mecanismos para se defender e sobreviver. Nos casos radicais, porém, em vez de a divisão funcionar como uma delimitação necessária e útil, ela causa uma “amputação no ego” (GREEN, 1988, p. 82).

Essas divisões comportam sentidos diferentes, dependendo do referencial teórico em psicanálise. Para Freud e Klein, segundo Green (1988), são decorrência da pulsão de morte.

Winnicott (1975), por sua vez, segue em outra direção. Embora concorde com a existência de uma relação entre a divisão e a destrutividade, considera que essa destrutividade inicial não pode ser percebida como tal por conta da imaturidade do ego. Para o autor, as experiências destrutivas consistem em agonias impensáveis e o ambiente é de fundamental importância na contenção desses estados desintegrados.

Green (1988) menciona a confusão, que ocorre em dois sentidos, advinda da divisão: há uma falta de fusão da parte da mãe, nas quais a criança se depara com “seios em branco”, ausentes, e existe por outro lado um excesso de fusão, manifestado pela incapacidade materna de renunciar ao êxtase da experiência de gravidez em favor do crescimento do filho. Desse processo surgem angústias de intrusão e de separação simultaneamente, características próprias dos pacientes fronteirios. Segundo Green (1988), a separação criança-seio se liga a um duplo acordo, um contrato de duas partes que relacionam mãe e filho com referência a uma terceira parte potencial (o pai) que está presente desde o começo na mente da mãe. O resultado paradoxal da divisão nesse caso é que alguma coisa será excluída ou dispensada. Isso se torna impensável, daí decorrendo uma polarização “perda-intrusão”.

O drama *borderline* está às voltas com dentro e fora, exclusão, inclusão, divisões internas incomunicáveis, a separação do corpo e a mente, etc. Para ampliar a compreensão dessas divisões, Green (1988) vai além do interno e externo. Afirma que há uma divisão psique-soma e, conseqüentemente, dissociação entre sensações corporais e afetos, que pode tomar formas sutis como o processo de isolamento entre afeto e pensamento. Outra modalidade de divisão ocorre entre o psíquico e o não psíquico, além de uma divisão dentro da esfera psíquica. A diferenciação entre recalque e divisão nesse contexto torna-se fundamental. O retorno do recalado ocasiona a ansiedade, enquanto o retorno dos elementos cindidos e dissociados acarreta sentimentos de intensa ameaça, desamparo, aniquilação e agonias impensáveis.

Green (1988) demonstra que a especificidade do fronteiro está justamente na coexistência dos dois níveis de ocorrência da divisão. O primeiro entre o psíquico e o não psíquico, ou seja, soma e mundo externo, e o segundo de natureza intrapsíquica. A divisão entre dentro e fora se dá pela constituição de um continente do ego no qual os limites são bem estabelecidos, porém não funcionam como um “escudo protetor”. Conforme o autor, os limites do ego são bastante elásticos, porém tal flexibilidade não produz um efeito adaptativo para o *borderline*. Este se ocupa com um trabalho de flutuação da expansão e retração simultaneamente para enfrentar a angústia de separação ou perda e a angústia de intrusão ou de implosão, ou as duas ao mesmo tempo.

Um diferencial dessa mobilidade egoica nesses pacientes é o fato de tal variabilidade de fronteiras não ser percebida como um enriquecimento da experiência, mas, na verdade, como confusão e perda de controle, como medida radical contra a implosão, desintegração ou perda. Tal escudo egoico insuficiente protege o ego vulnerável que é “tanto rígido como carente de coesão” (GREEN, 1988, p. 85). O autor menciona que a divisão interna revela que o ego é composto de núcleos diferentes, separados, e que não se comunicam, os quais denomina de arquipélagos.

A coexistência de núcleos que não se comunicam gera uma experiência de confusão e falta de coerência do *self*, além de uma falta de identidade por essa fragmentação. Isso se expressa em pensamentos e afetos contraditórios. Tal falha da integração egoica gera a impressão, em quem observa, de um sentimento de indiferença, ausência de vitalidade, como se tais núcleos do ego separados, assim como relações de objeto também separadas, não conseguissem criar uma pessoa individual, integrada. Consequências desse estado psíquico se expressam também na sensação de futilidade, falta de consciência de presença, contato limitado, dificuldade de formar representações mentais, prejuízo na concentração e dificuldade de pensar decorrentes de uma descatexia e desobjetalização (GREEN, 1988c). Esses estados de “mente em branco” são desligados da vivência de afetos e da dor, estados de dissociação. A esse conjunto de sintomas, Green (1988) chama de depressão primária, na qual o autor compreende que todos os mecanismos de defesa, ou seja, identificação projetiva, negação, onipotência e outros são derivados dessas divisões.

Ao abordar a história das relações objetais desses pacientes, o autor afirma que estas são constituídas por fixações e regressões pré-genitais em uma sequência de fases do desenvolvimento tanto pré-edípicas quanto edípicas. Explica que essa configuração é semelhante ao Édipo, pois há uma relação triangular, porém com a diferença de as duas figuras, mãe e pai, serem experienciadas como polos afetivos opostos. Os pacientes *borderline* experimentam uma separação entre os dois pais, ligada à conotação de bom e mau, persecutório e idealizado. Assim, um dos pais é tomado como totalmente mau e o outro como totalmente bom, e o objeto bom é percebido como fraco e ineficaz. A hipertrofia da idealização do bom não protege essas pessoas contra a maldade grandiosa e onipotente do outro, pai ou mãe. Entretanto, o sujeito teme a separação mais do que as qualidades do objeto, de acordo com o autor, de modo que o medo de ser abandonado pelo objeto intrusor mau lança esse sujeito em um desamparo desértico, no qual o objeto bom idealizado está distante, indisponível demais e incerto.

Outro elemento importante destacado por Green (1988) é uma forma paradoxal de elaboração, que se dá pela indistinção entre pensamentos, representações e afetos. O pensamento racional torna-se complicado porque os processos do pensar estão contaminados e sobrecarregados de afetos intensos, que não podem ser discriminados das intensidades pulsionais. Alguma discriminação é possível através de um severo processo de divisão, que pode vir acompanhado de crenças mágicas e de uma onipotência de caráter narcísico. Há uma falta de simbolização da atuação, no sentido de que os *acting outs* podem comportar algum sentido para o analista e nenhum para o paciente, constituindo para ele mera descarga.

Frente a esse colapso do pensar (GREEN, 1988) e do sonhar (GURFINKEL, 2001), é possível concluir que o verdadeiro modelo da mente do fronteiro é o da atuação. Dirigida para dentro, ela produz sintomas psicossomáticos, e voltada para fora, os *acting outs* propriamente ditos. Essas atuações não se limitam a ações, pois, de forma peculiar, fantasias, sonhos e palavras assumem a função da ação. O autor frisa que essas atuações servem para preencher o espaço, pelo fato de o sujeito não tolerar a suspensão da experiência. Essa incapacidade de suportar a ausência de sensação se dá pela crença de que nada (criação ou conhecimento) pode surgir ou existir sem a experiência. A passividade, o descanso, o espaço transicional são fundados na capacidade de confiança. Sem isso, portanto, não é possível aceitar a passividade. Um estado passivo é vivido por esse sujeito como ameaça iminente, que o expõe à tirania do objeto mau onipotente. É possível inferir que a busca pela droga, observada em alguns desses pacientes, talvez constitua uma medicação paradoxal, uma tentativa de evitar a morte, um estado insuportável. Kernberg (2010, informação verbal)² e Diamond (2011, informação verbal)³, em resposta a essa questão, concordam que a busca desses pacientes pelo consumo de substâncias consiste numa tentativa de medicação para que possam se sentir vivos.

Ou seja, o *borderline* é um sujeito que não pode descansar, para o qual calmaria e morte estão lado a lado. Intensidade sensorial, turbulência e perturbação são buscadas por sua positividade e valor de evocar a presença do outro, mas falham por lançá-lo num circuito de permanente falta, vazio e incompletude. Segundo a teoria winnicottiana, essa condição está ligada ao espaço potencial, região na qual a pessoa que constituiu essa terceira área da experiência humana, área de descanso, pode vivenciar estados de não integração e não

² Informação verbal fornecida por Otto Kernberg em aula proferida em 15 e 16 de abril de 2010 no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

³ Informação verbal fornecida por Diana Diamond, integrante da equipe do Dr. Kernberg, em curso realizado no Instituto de Transtornos de Personalidade da Universidade de Cornell / New York-Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell, em 28 de abril de 2011.

comunicação (WINNICOTT, 1965) e é capaz de ficar só (WINNICOTT, 1958). Com seu olhar voltado à constituição do indivíduo e às possibilidades de formação do *self*, o psicanalista inglês considera que nessas pessoas o *self* não está constituído, o que gera experiências de vazio, falta de sentido da vida e, conseqüentemente, sensação de tédio e depressão. Necessitam de uma experiência com alguém capaz de acompanhá-los na constituição de seu *self*, que não pode se integrar satisfatoriamente devido a um ambiente desfavorável na infância.

Segundo Winnicott (1969/1989, p.172), *borderline* pode ser compreendido como:

[...] pela expressão *borderline* quero significar o tipo de caso em que o cerne do distúrbio do paciente é psicótico, mas onde o paciente está de posse de uma organização psiconeurótica suficiente para apresentar uma psicose, ou um distúrbio psicossomático, quando a ansiedade central psicótica ameaçar irromper de forma grosseira.

Para o autor, o *borderline* sofre de angústias essencialmente psicóticas, contudo é capaz de adaptar-se através de defesas como o falso *self*, por exemplo. Há também defesas contra as agonias impensáveis, como a perda de contato com a realidade, a perda do conluio psicossomático e a incapacidade de vivenciar a não integração devido ao registro da vivência de desintegração precoce. A defesa de um falso *self* surge com o objetivo de proteger o sujeito contra a invasão já experimentada em momentos precoces e por não ter contato com seu verdadeiro *self*, não saber muito sobre si e por isso submeter-se ao externo.

Winnicott (1963, 1963b, 1969) oferece uma perspectiva importantíssima para a compreensão psicanalítica acerca da personalidade *borderline*. No relato da célebre análise de sua paciente Margareth Little (LITTLE, 1990), é possível constatar o cuidado devotado pelo psicanalista inglês a seus pacientes, pois a própria vida deles estaria em jogo. Estados de fúria, agressividade, paranoia e confusão foram atravessados e sustentados por Winnicott, e, em uma passagem desse percurso, a paciente contou com a ajuda de dois objetos transicionais, um lenço dado por Winnicott e um cachecol de lã azul. Isso sugere, a partir das intervenções em forma de *holding*, que a constituição de objetos e fenômenos transicionais tem importância central nesses estados emocionais.

Acerca da problemática dos fenômenos transicionais, conceito criado por Winnicott (1975), Green (1988) aponta que o paciente *borderline* é caracterizado por uma dificuldade de manifestar fenômenos transicionais. Embora sejam capazes de criar objetos ou fenômenos transicionais precários e parciais, criam sintomas para preencher e ocupar a função dos fenômenos transicionais, ou seja, estes não assumem para eles o valor funcional que têm para

outras pessoas. A droga pode ser pensada como uma tentativa de constituição desse objeto intermediário, que não cumpre sua função e, portanto, não pode ser abandonado.

Para finalizar esta breve apresentação das contribuições de Winnicott para a compreensão e tratamento da personalidade *borderline*, uma citação de Green (1988, p. 74) pode ser útil:

[...] é Winnicott (1965, 1971a, 1971b, 1975) que, especificamente, em minha opinião, é o *analista do fronteiro*. Seu inimitável estilo e sua original conceituação não se prestam a uma fácil sumarização. A nitidez aparente de Winnicott é desnorteadora e, com frequência, se lêem autores inspirados por suas contribuições, que não fazem jus à sutil e rica complexidade de suas ideias.

Outro autor da psicanálise que oferece uma contribuição fundamental para o tema é Jean Bergeret (1998). Ele faz uma distinção entre três tipos diferentes de personalidade: a neurótica, a psicótica e a estado-limite. Para o autor, as personalidades neuróticas e psicóticas são “estruturas”, enquanto a personalidade estado-limite é uma “organização”. Ele define que a estrutura é algo estável e irreversível, enquanto a organização é provisória, porém pode se prolongar no tempo indefinidamente. Dentro das estruturas propostas por Bergeret, o indivíduo varia (dentro da mesma estrutura) de um espectro que vai da normalidade para a patologia, em que é possível encontrar a personalidade neurótica normal e a patológica, e a personalidade psicótica normal e a patológica; tais distinções são peculiares a Bergeret. O autor apresenta os critérios de classificação para os três tipos de personalidade: “instância dominante na organização; natureza do conflito; natureza da angústia; defesas principais; relação de objeto”.

Segue-se a comparação entre estruturas neurótica, psicótica e organização limítrofe, segundo Bergeret (1998, p. 125, figura 4.2):

Quadro: Comparação entre estruturas neurótica, psicótica e organização limítrofe.

	Instância dominante na organização	Natureza do Conflito	Natureza da Angústia	Principais Defesas	Relação de Objeto
Estruturas Neuróticas	Superego	Superego com o id	De castração	Recalque	Genital
Estruturas Psicóticas	Id	Id com a realidade	De fragmentação	Negação da realidade Desdobramento do Ego	Fusional
Estruturas Limítrofes	Ideal de ego	Ideal de ego com: - Id - Realidade	De perda do objeto	Clivagem dos objetos Forclusão	Anaclítica

Esse autor considera que, na estrutura neurótica, o superego está constituído, a principal angústia é de castração e o típico mecanismo de defesa é o recalçamento. Pontua que a relação com os pais é triangular. Em relação à linguagem do neurótico, afirma que esta é simbólica, há expressão simbólica do desejo e coesão entre conteúdo e continente. Observa que a estrutura neurótica comporta as estruturas histérica e obsessiva e mostra que, em relação à estrutura histérica, os dois pais operam uma excitação e uma interdição sexuais. No caso da estrutura obsessiva, há interdição das pulsões sexual e agressiva por parte dos pais.

Em relação à estrutura psicótica, considera que a natureza da angústia é de fragmentação, o ego não é completo e o superego não cumpre a função organizadora. Aponta que a organização dominante é do id, o que acarreta um conflito com a realidade e consequentemente a recusa desta como mecanismo de defesa.

Já nos casos limítrofes, a relação de objeto é anaclítica (de apoio), com uma relação de dependência, afirma Bergeret (1998). Os dois pais não são sexuados, porém são grandiosos, há necessidade de afeto, apoio e compreensão, pois o ego é frágil. O objeto anaclítico tem o papel de superego e ego auxiliar, que ora protege e ora interdita, e a instância dominante é o ideal de ego, em que o sujeito se espelha. A angústia é a de perda do objeto, do qual o indivíduo se torna dependente para se defender da angústia depressiva, que surge no momento em que o objeto anaclítico ameaça escapar. Para este autor, a depressão é neurótica e não melancólica, e o transtorno de personalidade *borderline* seria um dos casos graves da organização-limite.

Adler (1985) complementa a discussão sobre a personalidade *borderline* com base no modelo de déficit ou de insuficiência. Considera que uma maternagem inconsistente contribui para que os pacientes *borderline* não criem um objeto interno “continente – tranquilizador”. Constatou que, aproximadamente aos 18 meses de idade, a criança normal é capaz de evocar uma imagem interna de uma figura materna, mesmo que a mãe esteja fisicamente ausente. Em consonância com Green (1988), essa “memória evocativa” está presente de forma tênue no paciente *borderline*. Em situações de estresse, ou sob intensa transferência, estes pacientes tendem a regredir até não serem capazes de evocar figuras importantes, que não estejam presentes fisicamente, a não ser que haja um objeto físico como lembrança, como uma foto. Isso tem implicações técnicas no tratamento psicanalítico, como, por exemplo, a angústia mobilizada pelo uso do divã. Adler relacionou essa observação com a regressão a uma etapa do desenvolvimento entre 8 e 18 meses, antes da aquisição dessa memória evocativa.

O autor menciona que a falta de um objeto interno continente – tranquilizador no paciente *borderline* é responsável por diversos traços da sua psicopatologia, e essa falta

acarreta sentimentos de vazio e tendências depressivas. Ela também é responsável pela intensa dependência característica destes pacientes, afirma Adler. Em situações de ausência de respostas de objeto do *self* de pessoas significativas, esses pacientes não apresentam recursos para sustentação do próprio *self*, e a tendência é sua fragmentação. A dissolução do *self* é acompanhada por um vazio profundo, descrito como “pânico de aniquilação”, e a ausência de uma introjeção continente – tranquilizadora desperta uma raiva oral crônica ligada ao sentimento de que a figura materna não estava emocionalmente disponível na infância (ADLER, 1985).

Para finalizar, cabe apresentar a visão do professor Otto Kernberg, autor fundamental para o desenvolvimento desse conceito (Green, 1988), pois sua circunscrição será utilizada na discussão desse trabalho. Kernberg (1991, 1995, 2006) realiza uma delimitação mais clara do paciente *borderline*, que compreende a concepção de outros autores, mas apresenta maior precisão (HEGENBERG, 2000), característica útil para a articulação aqui pretendida. O quadro descrito pelo autor apresenta, de forma organizada, características e funcionamento dinâmico próprios desses pacientes, além de estabelecer o que ele chama de “organização *borderline* de personalidade”. De acordo com o autor, o diagnóstico da “organização *borderline* de personalidade” baseia-se em três critérios estruturais, que são: “difusão de identidade”, “nível de operações defensivas” e “capacidade de teste de realidade”.

A difusão de identidade consiste na falta de integração do conceito de *self* e outros significativos, outras pessoas. Kernberg assinala, ainda, que na experiência subjetiva do paciente revela-se um vazio crônico, autopercepções e comportamentos contraditórios e empobrecidos, incapacidade de mostrar-se e também de mostrar suas interações significativas com outros ao terapeuta.

Quanto ao segundo critério, o nível de operações defensivas, o autor observa que na organização neurótica as operações defensivas se baseiam no recalçamento e demais defesas de alto nível, ao passo que a organização *borderline* e a psicótica caracterizam-se pela predominância de defesas primitivas fundadas no mecanismo de clivagem (KERNBERG, 1991). Esta e os demais mecanismos a ela associados, como idealização primitiva, identificação projetiva, negação, controle onipotente e desvalorização, têm a função de proteger o ego de conflitos, por dissociarem experiências contraditórias do *self*. O autor define clivagem como a divisão do *self* e de objetos externos em “totalmente bons” e “totalmente maus”. Considera que disso resulta uma reversão completa e abrupta de todos os sentimentos e conceitualizações sobre o *self* ou sobre visões a respeito de uma pessoa em particular. O mecanismo de idealização primitiva exagera a tendência a ver os objetos externos como bons.

A bondade nos outros é extremamente acentuada ou exagerada, a ponto de se excluírem falhas humanas comuns. O paciente não é capaz de tolerar nenhuma imperfeição na pessoa idealizada; em contrapartida, ocorre uma intensa e completa desvalorização dos outros, ou a percepção dos outros como persecutórios ou ameaçadores (KERNBERG, 1991, 1995, 2006).

O autor também aponta nesses pacientes a presença do mecanismo de identificação projetiva. Ela se caracteriza pela tendência a invadir o outro e a percebê-lo como se fosse controlado pelo impulso projetado, havendo mesmo a necessidade de controlar de fato e provocar um comportamento que pareça confirmar a projeção. Para Kernberg (1991), pacientes *borderline* estão conscientes de suas percepções, pensamentos e sentimentos a respeito de si mesmos ou dos outros. Porém, algumas vezes, tais percepções, pensamentos e sentimentos são completamente opostos àqueles expressos; outras vezes, esse reconhecimento não tem importância emocional e, desta forma, não influencia o estado mental atual. Portanto, a negação ocorre através da presença de áreas emocionalmente independentes de consciência.

A onipotência e desvalorização são derivadas da clivagem e manifestadas pela ativação de estados egoicos que refletem um *self* inflado, grandioso e onipotente dos pacientes *borderline*. Esses estados se relacionam com representações desvalorizadas dos outros, incluindo a projeção de aspectos desvalorizados do *self*.

Acerca do terceiro critério, o autor pondera que, no paciente *borderline*, diferentemente do psicótico, mantém-se preservado o teste de realidade, visto como capacidade de diferenciação entre *self* e não-*self*, e entre as origens intrapsíquica e externa das percepções e estímulos (KERNBERG, 1991, 1995, 2006).

Como se vê-, os dois primeiros critérios estruturais distinguem as estruturas *borderline* das neuroses sintomáticas e do falso *self*. Já o terceiro auxilia no diagnóstico diferencial entre *borderline* e psicose. Esse mesmo autor considera que uma das tarefas essenciais para o desenvolvimento da integração do ego é a síntese das introjeções e identificações, primitivas e posteriores, em uma identidade egoica estável. O autor observa que a “organização *borderline* de personalidade” também se mostra em “características estruturais secundárias”, tais como manifestações inespecíficas de fraqueza do ego (falta de controle de impulso, falta de tolerância à frustração e à ansiedade e falta de canais desenvolvidos de sublimação), na patologia do superego (sistemas de valores imaturos, exigências morais internas contraditórias ou, até mesmo, características antissociais) e nas relações objetais crônicas e caóticas, que são consequência direta da difusão de identidade e da predominância de operações defensivas primitivas. Apesar de importantes, ressalva Kernberg, esses aspectos não estão relacionados ao seu diagnóstico. Ele acrescenta ainda que a falta de constância objetal é um importante

fator da organização psíquica do paciente *borderline*, que ao longo do período de separação e individuação na infância não foi capaz de integrar aspectos bons e maus de si próprio e de sua mãe. Essas imagens contraditórias se mantêm dissociadas, de forma que tanto a mãe quanto o *self* são percebidos como alternando entre totalmente bons e totalmente maus. Os pacientes *borderline* não conseguiram solidificar suficientemente a constância objetal após os três anos de idade. Assim, não conseguem conter uma visão total da mãe e do *self*, não possuem essa imagem interna capaz de tranquilizá-los nos períodos de ausência do objeto, e vivenciam uma intolerância em relação à separação e à solidão. O resultado desse processo é uma condição caracterizada pela predominância de objetos maus introjetados (KERNBERG, 1991, 1995, 2006).

Kernberg (1991) enfatizou a importância de um excesso constitucional de agressão oral nos pacientes *borderline*. Devido a isso, há uma redução da capacidade de integrar imagens boas e más do *self* e dos outros, além de serem convictos de que uma intensa maldade irá destruir qualquer aspecto bom neles ou em outros. Quando esses introjetos maus são projetados, tais pacientes se sentem vulneráveis a perseguidores maus. E ainda, quando reintrojetados, as introjeções más os fazem sentir indignos e desprezíveis, fato que ocasionalmente os leva a pensamentos suicidas. Essa agressão inata acaba impedindo a transição do paciente *borderline* pela fase edípica, portanto os conflitos edípicos desses pacientes aparecem com frequência de forma mais crua e primitiva em comparação com os conflitos dos pacientes neuróticos.

Green (1988) faz uma interessante aproximação dos posicionamentos de Kernberg e Bergeret, autores que se destacam pela importância de suas contribuições para o tema e que aparentemente se opõem acerca da estruturação ou anestruturação do *borderline*. Mostra, porém, que esses dois autores se afinam com a perspectiva freudiana, observação que destaca uma coerência e linhagem comum das concepções desses autores, apesar de tais divergências. Bergeret descreve dois tipos de traumas desorganizadores. O primeiro é um trauma infantil precoce que gera importantes frustrações e ameaça de perda do objeto. Ele também pode ocorrer no final da adolescência, prolongando essa fase para além de sua resolução normal. Acompanhado por uma ansiedade disruptiva, ocasiona uma reorganização do ego provisório que consiste na neurose, psicose ou regressão psicossomática. Duas outras formas de negociação são encontradas nesse ego cercado, a perversão e a desordem de caráter. Conforme mencionado, Green equipara a obra de Kernberg à de Bergeret, considerando ambas de desenvolvimento freudiano. Reconhece o vasto conhecimento e experiência clínica de Kernberg, além da sua interpretação e integração da literatura de forma original e

imaginativa para a delimitação desse conceito. Destaca a contribuição de Kernberg acerca da clivagem dos objetos internos e da incapacidade do indivíduo de sintetizar as introjeções positivas e negativas e, portanto, de utilizar as identificações como forma de constituição.

A partir desse panorama é possível constatar a variedade de olhares para esses pacientes que desafiam os modelos clássicos da psicopatologia psicanalítica. Ora visto como uma condição transitória, ora como estrutura, o *borderline* é um desafio do ponto de vista da teorização e da clínica. Torna-se pertinente, contudo, reiterar que não há aqui pretensão de solucionar tal dispersão e diversidade. Cabe ressaltar que o objetivo desta pesquisa consiste em estudar a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções, portanto, o capítulo seguinte irá apresentar alguns aspectos históricos e conceituais da adicção.

5 ADICÇÕES

5.1 Um antigo *affair*

O consumo de drogas remonta aos ancestrais do homem. De acordo com Araújo e Moreira (2006), o tema polêmico dos tempos modernos é na verdade um assunto corriqueiro e frequente na história da humanidade. Utilizadas em outras épocas principalmente em rituais religiosos, como medicamentos ou em caráter festivo, as drogas têm se tornado cada vez mais proeminentes, assim como os problemas decorrentes do seu uso. Ao se abordar a adicção e o consumo de substâncias psicoativas, convém refletir um pouco sobre a forma como sua função e sentido variam de acordo com as características culturais de cada tempo.

A fome perseguia constantemente o homem pré-histórico. Os povos primitivos eram nômades e dependiam das forças da natureza, da coleta e da caça para sobreviver. Com a subsistência frequentemente ameaçada pela falta de alimento e privação, ocorria uma carência de substâncias essenciais para o funcionamento do organismo. Nesse momento, as plantas psicoativas significavam alívio para o sofrimento frente à desnutrição e ajudavam a suportar as adversidades do ambiente. É interessante notar que, segundo esses autores, o surgimento da relação do homem com as substâncias psicoativas se deve à vivência de um sofrimento e à busca por seu alívio.

Há também referências às drogas nas mitologias mais antigas, como a Suméria (4000 a.C.) e a grega, na Bíblia e em diversas outras (ESCOHOTADO, 1996), assim como ao uso de diversas plantas e preparações na grande maioria dos povos. Escotado (1996) e Araújo e Moreira (2006) apresentam a história das drogas intimamente ligada à do homem, pois uma substância em si é apenas algo inerte e inanimado. É preciso o encontro de uma pessoa, com sua história pessoal, inserida na história da humanidade, para que essa substância adquira a força de promover uma experiência, que pode ser boa, má, sublime, aterrorizante, de ausência, de vazio, de prazer ou de alívio dos mal-estares. Podemos acrescentar quantos adjetivos quisermos, em consonância com a vastidão e complexidade da experiência humana. Certamente, as substâncias carregam um potencial químico, porém a qualidade e o impacto do uso sempre comportam um sentido humano. Como afirma Bleger (1963), toda conduta humana é sempre dotada de sentido emocional humano, e o consumo de droga é uma

manifestação humana, pois sempre envolve alguém em uma relação com determinada substância. A droga como potencial químico isolado só existe em laboratório.

Ao longo da história da humanidade ocorreram momentos de experimentação livre, que se alternaram com outros marcadamente repressivos, em que a proibição de uso às vezes se restringia a substâncias específicas ou então era generalizada para todos os psicoativos. Na atualidade, as drogas são consideradas por muitas pessoas substâncias demoníacas, e seu consumo está intimamente ligado à degradação dos valores sociais e morais. Essas conotações se contrapõem ao uso festivo, religioso e sagrado dos primeiros tempos das civilizações, assim como à busca pela medicação do sofrimento (ESCOHOTADO, 1996).

O Romantismo do século XIX, com seu espírito contestador, contribuiu para maior tolerância em relação ao consumo de substâncias psicoativas, que passaram a ser utilizadas com fins estritamente recreativos. Nesse período surgiram vinhos à base de folhas de coca, salões de ópio (*fumeries*) e o consumo de maconha na Europa. Foi em 1842 que o psiquiatra J. J. Moreau de Tours fundou o Clube dos Haxixins, do qual participaram intelectuais como Victor Hugo, Charles Baudelaire, Eugene Delacroix, entre outros (ESCOHOTADO, 1996). Esse médico francês, além do consumo recreativo, utilizava o haxixe também para o tratamento da insanidade mental.

A partir desse ponto da história no Ocidente, as drogas apareceram como medicamentos promissores, que atraíram a atenção e interesse da comunidade científica. O entusiasmo da academia chamou a atenção do público leigo e essas drogas acabaram atravessando os muros das universidades e laboratórios, afastando-se do discurso e controle médico. A utilização dos novos produtos voltou-se para uma perspectiva de prazer e recreação. Na realidade, essas substâncias, que por milhares de anos foram usadas com fins enteógenos⁴ e culturais, já haviam começado a ser consumidas fora de seu contexto original muitos séculos antes. A partir do intercâmbio entre continentes promovido pelas grandes navegações, iniciaram-se novas formas e padrões de uso, com o surgimento de complicações físicas, psicológicas e sociais. Essa nova realidade motivou, em muitas sociedades, a necessidade de criar mecanismos de controle e proteção frente aos relatos de uso patológico.

De acordo com Araújo e Moreira (2006) e Escotado (1996), nesse novo contexto, as substâncias psicoativas passaram de instrumento ritual a produto de consumo, e por isso perderam o lastro cultural e os rituais de controle. Anteriormente, elas permaneceram restritas por milênios a determinadas culturas, de forma estável e inseridas nos rituais e na cultura.

⁴ Que contêm ou promovem ligação com os deuses.

Essa perda de lastro cultural ou religioso, fatores que preenchem de sentido uma experiência de intoxicação potencialmente prazerosa, expõe o sujeito a um uso desprovido de sentido, que tende à repetição visando simplesmente o prazer pelo prazer ou a automedicação de um sofrimento preexistente.

Para o psicanalista Jesus Santiago (2001), o que delimita o consumo de drogas na contemporaneidade é o surgimento da ciência e, por conseguinte, do discurso científico. Nas sociedades primitivas, antigas e medievais, o conhecimento estava vinculado a determinadas crenças: ora em entidades mágicas, como acontecia nas sociedades primitivas, ora em deuses antropomórficos, característicos da Grécia antiga, ora em um deus uno, tal como ocorreu após o advento do cristianismo. Em comum, essas diferentes crenças, bem como os conhecimentos delas oriundos, eram permeados por um caráter essencialmente mítico, o que lhes conferia o estatuto de quase inquestionáveis.

A partir da Idade Moderna, no entanto, o conhecimento desvinculou-se do misticismo e da religião e emergiu sob o *status* científico, passando a ser regido por um ideal de racionalidade pura, em contraposição aos períodos anteriores. Assim, é possível afirmar que até por volta do século XVI, enquanto o saber que estava em questão era pleno de sentido, incontestável, legitimado através da crença em entidades revestidas de poderes divinos, havia uma prevalência da tradição: as crenças, hábitos e relações interpessoais eram transmitidos através das gerações e representavam um conhecimento que caracterizava e unia uma determinada sociedade. Ou seja, a tradição designava o deus a ser reverenciado, os senhores feudais, os escravos, os nobres, os reis e assim por diante.

Com o advento do saber científico na Idade Moderna, houve, porém, uma ruptura com as convicções de fundo mítico e religioso que forneciam as explicações sobre o mundo nos momentos históricos anteriores. A partir desse período, alguns estudiosos passaram a duvidar de todos os conhecimentos existentes, até que fosse possível, pelo uso da razão, chegar a alguma certeza indiscutível e incontestável, que pudesse fundamentar o conhecimento científico, considerado a única forma de conhecimento verdadeiro. Portanto, a ciência moderna se propôs a substituir as formas de conhecimento dos séculos precedentes e, assim, provocou um forte abalo nas crenças fundamentadas pela tradição. Nesse momento, o homem foi convocado pela ciência a assumir seu próprio destino, a fazer valer sua condição de sujeito: estava inaugurada a noção de subjetividade, a partir da qual o homem passará a exercer seu domínio não mais pela força da linhagem, da tradição, mas sim de acordo com os atributos pessoais (SANTIAGO, 2001).

Para esse autor, é importante lembrar que, paralelamente ao surgimento da ciência, houve a transição do feudalismo para o modo de produção capitalista. Nesse momento, em prol de um desenvolvimento técnico que pudesse maximizar a produção industrial e potencializar as trocas comerciais, ocorreu uma associação entre o capitalismo e a recém-instaurada ciência moderna – no sentido de o primeiro poder utilizar-se dos conhecimentos produzidos pela segunda para desenvolver-se cada vez mais. A partir daí, começou a delinear-se uma relação estreita entre a ciência e o capitalismo, a qual permanece até os dias de hoje.

Desse modo, o psicanalista Marcus do Rio Teixeira (2005, p. 193) afirma que, se a modernidade foi “o período em que a subjetividade tomou uma dimensão sem precedentes na história”, representou também “uma época de apagamento do sujeito, por meio da burocratização do conhecimento científico e da promoção das funções técnicas”. Em outras palavras, em seu início a ciência convocou o sujeito para o centro da produção de conhecimento e, em um segundo momento, promoveu sua total exclusão quando se uniu ao capitalismo, o que trouxe sérias consequências para o sujeito da ciência.

Os movimentos de repressão e intolerância que emergiram a partir daí marcaram um novo estatuto para a droga nas sociedades ocidentais, não mais definida por uma relação entre a pessoa que faz uso e a droga consumida, mas caracterizada pela força maligna inerente à substância. Esse novo olhar para o produto retira o sentido da relação e experiência humana presentes na busca pelo uso e ignoram a dimensão subjetiva intrínseca ao encontro com a droga. Esse sentido maniqueísta a torna um ente capaz de destruir famílias, pessoas e vidas, sem que se considere a outra ponta dessa relação, a pessoa que a consome. As substâncias passaram a ser definidas pelos valores morais a elas atribuídos, não mais pelo sentido da experiência ou suas características farmacológicas.

Segundo Escohotado (1996), são as atitudes sociais que determinam quais as drogas admissíveis e atribuem qualidades éticas aos produtos químicos. O consumo de quase todas as substâncias psicoativas foi proibido no Ocidente, inclusive o álcool, mais notadamente nos Estados Unidos, onde foi mantido na ilegalidade de 1919 a 1933. A partir da proibição, as drogas passaram a ocupar o plano da marginalidade. A natureza farmacológica dessas substâncias foi se misturando aos valores sociais e morais de cada sociedade. Esses valores, por sua vez, vêm determinando o relacionamento entre o homem e os psicoativos. Apesar desta relação tão antiga, problemas a eles relacionados começaram a ser relatados principalmente a partir do século XVIII.

Mais recentemente, nas décadas de 1960 e 70, em vários países, houve um período de acentuado uso, com impacto nas produções artísticas e em políticas ligadas aos ideais de

contracultura e de uma nova ordem social. Nesse período, o uso de substâncias passou a ser agente de questionamentos e mudanças sociais (OLIEVENSTEIN, 2003). Desde a década de 1980, percebe-se que essa relação adquiriu novas características. Mesmo comportando vários dos sentidos de outras épocas aqui expostos, o que predomina é um problema social e de saúde pública cada vez mais significativo. Esse fenômeno reflete o individualismo e consumo desprovido de significação compartilhada, presentes em nossa cultura. Apesar de representar um problema há mais tempo, o uso desmedido de drogas ganhou *status* de doença somente na década de 1970 pela psiquiatria (EDWARDS, 1995). Passou de “defeito” de caráter para uma síndrome de dependência química, numa tentativa de desvinculá-lo da conotação moral presente no olhar médico e leigo anterior a essa nova formulação. Situar o fenômeno no campo da saúde é certamente um fator positivo, porém nessa transição a substância psicoativa ocupou o lugar central na abordagem médica das adicções (ou da doença), numa tentativa de descrição objetiva e classificatória do fenômeno, fato que tende a afastar os fatores subjetivos da pessoa do adicto na compreensão dessa manifestação clínica.

A droga, nessa perspectiva inserida dentro de uma lógica capitalista, torna-se o produto de máxima eficiência por prometer o preenchimento de um vazio e uma experiência efêmera de completude, que condena o usuário ao reencontro com o vazio que o levou a buscar tal efeito de preenchimento. Isto gera um círculo vicioso e uma dependência bastante grande, pretensão de todo produto de consumo. Um tênis da moda, um carro ou a margarina na mesa de uma família feliz prometem uma experiência de completude, de identidade, e visam produzir uma dependência do consumidor em relação a esses objetos. O *crack*, o álcool, um ansiolítico e as demais drogas psicoativas talvez consigam a dependência que qualquer campanha publicitária almeje atingir.

Birman (1999, 2001, 2003) apresenta a importância do contexto social contemporâneo para a compreensão do aumento expressivo das adicções a partir do século XX. Destaca o impacto causado pela psicofarmacologia, desde a segunda metade do século passado. Surge com isto uma nova direção da intervenção psiquiátrica, que visa mais uma “regulação” do que a “cura” de um mal-estar. Essa proposta da psicofarmacologia está afinada com os valores da sociedade atual, segundo os quais o importante é o que as pessoas exibem de si e não o que realmente são. Pautada por esses valores, a sociedade contemporânea exige essa regulação de seus membros, que lançam mão de drogas lícitas e ilícitas para suportar um sofrimento que não encontra abrigo.

É nesse contexto e momento histórico, segundo Ancona (2006), que vários tipos de dependência de substâncias estão relacionados de maneira significativa com os pacientes

borderline, os quais frequentemente fazem uso abusivo ou são dependentes de drogas. De acordo com a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (2006), estudos apontam para uma elevada prevalência de transtornos da personalidade associados à dependência de álcool e outras drogas – o abuso de uma ou mais substâncias foi relatado por 76% de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. Esse uso pode se dar de várias formas, de maneira eventual, impulsivamente, em momentos de extrema ansiedade, em padrões altos de consumo flutuantes ao longo da vida e quadros de dependência estabelecidos.

5.2 Veneno ou escravidão?

Nesta pesquisa, o termo *adicção* será adotado para designar o fenômeno estudado. Trata-se de uma nomenclatura que marca uma distinção do olhar biológico, enfatiza sua origem psicodinâmica e melhor caracteriza o drama emocional envolvido. A visão psiquiátrica clássica compreende a dependência química principalmente como consequência de alterações promovidas no funcionamento do sistema nervoso central e retira sentido do drama, de um corpo com história vivida.

Winnicott (1990) apresenta uma compreensão de corpo que se diferencia de organismo. O organismo, conjunto de células, tecidos e sistemas, no caso dos humanos, necessita de um outro e de um percurso para se constituir como unidade a partir de seu próprio ponto de vista. O bebê humano precisa que o corpo-coisa seja significado pela relação com a mãe ambiente e pelos cuidados que ela lhe dispensa, de modo que passe a ser um corpo vivido, através da humanização do orgânico.

O termo *adicção* é aqui escolhido por referir-se a esse corpo, que é dotado de experiência subjetiva e se relaciona com objetos do mundo. A abrangência do termo possibilita uma ampliação da dependência a objetos diversos da vida cotidiana. De acordo com Gurfinkel (2011), a toxicomania, diferentemente, consiste em um tipo específico de *adicção* às drogas. Neste caso, há uma restrição ao objeto de compulsão, que se refere unicamente à droga. Diversos autores (GURFINKEL, 1995; KALLAS, 2009; OLIEVENSTEIN, 1985; YAZIGI, 2006) mencionam a alimentação, o álcool, o tabaco, medicamentos e sexo como recursos em momentos difíceis, quando eventos internos ou externos ocorrem e rompem a capacidade de contenção e elaboração. Mais recentemente,

trabalho, esportes, jogos, internet, telefones celulares podem tornar-se meios de alívio para esses estados (GURFINKEL, 2011).

Outra manifestação importantíssima das adicções, descrita por Mcdougall (1992), expressa-se na dependência de relações, ou em relações adictivas, nas quais o outro se torna objeto da adicção. Nessa forma de adicção, surge uma angústia intensa entre necessidade de fusão com o outro e o medo de perder a própria identidade. A busca subjacente é uma tentativa de reparar falhas na constituição da identidade e se caracteriza por ser uma solução precária que necessita ser repetida compulsivamente. De acordo com Kallas (2009), isso não se torna um problema, exceto nos casos em que a busca por esses expedientes torna-se a única maneira de suportar o sofrimento emocional. A adicção, portanto, pode se dar a diversos objetos da vida, e a droga é uma das possibilidades. Gurfinkel (2011, p.50), parafraseando Winnicott, afirma: “o que caracteriza uma adicção não é o objeto usado, mas o uso que se faz do objeto”. O autor define adicção como um uso compulsivo, de caráter irrefreável, de um objeto pré-determinado. A relação se estabelece de tal maneira que a pessoa se sente impelida a fazer uso desse objeto, sem conseguir estabelecer uma relação de escolha, ou seja, o que se dá é uma relação de escravidão.

Terminologias como vício, abuso, uso nocivo, toxicomania, toxicotimia e toxicofilia, presentes na literatura e no senso comum, enfatizam aspectos negativos envolvidos na motivação primária da relação usuário-droga. O termo toxicomania (*toxicomanie*, em francês), por exemplo, carrega o sentido de uma loucura ou desejo de envenenamento, olhar que atribui à busca pela droga um sentido predominantemente de autodestruição. Diferentemente, o termo adicção (*addiction*, em inglês), de acordo com Mcdougall (1992), designa a escravização a um objeto. Segundo o dicionário Houaiss, a etimologia dessa palavra latina (*addictus*) significa a submissão a um credor por estar em dívida ou inadimplente, e por isso escravizado. Gurfinkel (2011) complementa a compreensão acerca da raiz etimológica do termo ao apresentar a lenda romana do indivíduo que vendeu sua alma para o diabo e ficou aprisionado, refém daquele que o salva e tortura paradoxalmente. Há, portanto, uma inversão a partir dessa imagem. O sujeito, que ao exercer sua liberdade escolhia e desfrutava de seu objeto, movido por seu desejo, passa a ser objeto de seu objeto, ou seja, passa a estar submetido a ele.

Essa terminologia remete à luta desigual do indivíduo com uma parte de si mesmo, através da droga ou outros objetos possíveis, como forma única de alívio da dor emocional e como maneira de dar significado à vida do sujeito. De acordo com McDougall (1992), o adicto não busca o psicoativo necessariamente com a intenção de tornar-se escravo ou

destruir-se. Pelo contrário, investe a substância de qualidades positivas, pela capacidade que ela demonstra de afastar a dor emocional e aliviar estados psíquicos insuportáveis. Portanto, escravização e outras consequências negativas são fatores secundários que decorrem de uma busca inicialmente esperançosa.

Na literatura psicanalítica, a terminologia mais corrente é adicção e toxicomania, que, como já abordado, carregam sentidos distintos. É importante destacar que essas palavras designam um uso desmedido, impulsivo, compulsivo, que se afasta da utilização recreativa ou dos contextos culturalmente permeados pelo uso de drogas, nos quais o consumo fica circunscrito à experiência socialmente construída e compartilhada. Como destaca Gurfinkel (1995, p.39):

O que se passa com o sujeito que “não pode mais parar”, que se sente enganado pelo objeto em que buscou prazer e pelo qual agora se sente escravizado? O poder sinistro de escravização está no sujeito, no objeto, ou em algum “espaço intermediário” entre os dois? Ora, se fosse apenas o poder mágico da droga o responsável por isto ela provocaria em todos igualmente a escravidão, o que não é absolutamente verdadeiro. Existiria então uma diferença qualitativa entre o usuário e o dependente? Qual seria? Na prática, encontramos ainda uma grande série de “usos intermediários”, o que torna de certa forma insatisfatória e reducionista a polaridade usuário-dependente.

A citação acima enfatiza a importância de considerar o sujeito que consome a droga, assim como a relação que se estabelece entre as características e necessidades dessa pessoa e seu objeto de adicção. É comum observar na vida cotidiana a hipervalorização do psicoativo como agente patológico e nocivo, elemento demoníaco que deve ser combatido, enquanto a pessoa que a consome é vista ora como vítima, ora como criminoso. Essa é uma tendência da nossa sociedade, de olhar apenas para um dos polos dessa relação e de retirar os aspectos subjetivos, históricos e culturais estabelecidos entre usuário e substância. A toxicomania, portanto, pode ser vista como um tipo particular de adicção e não apenas como uma forma particular de consumo de drogas.

Uma das marcas dessa relação é a coisificação alienante dos objetos de investimento humanos e sua transformação em coisas inumanas e concretas. Uma pedra de *crack*, por exemplo, que é um objeto inanimado e inumano, pode se tornar prioridade, alvo máximo do investimento libidinal do adicto, (des)organizar toda rotina e espaços de circulação. De forma radical, as pessoas envolvidas, “amigos”, colegas de uso, intermediários, potenciais fontes de dinheiro surgem e desaparecem em função da obtenção da droga e constituem papel meramente coadjuvante nesse roteiro da adicção. O protagonista se torna essa entidade-coisa inanimada e sacralizada, nos moldes dos totens para os povos primitivos, de importância e

ascendência incomparáveis. Gurfinkel (2011) utiliza o termo coisificação para designar essa desobjetalização do humano, tendência de degradação da qualidade da relação objetal.

Nesse contexto de importância radical do objeto para o sujeito, a adicção torna-se uma *neonecessidade* (McDOUGALL, 1997; GURFINKEL, 2011). Esse termo, criado por Denise Braunschweig e Michel Fain, segundo Gurfinkel (2011), revela que o uso do objeto para o adicto tornou-se uma nova necessidade como aquelas vitais, fome, sede, etc. Portanto, o sujeito perde sua liberdade de escolha nesse circuito de escravidão. Inicialmente, as drogas e demais objetos de adicção não constituem uma necessidade, e essa passagem de desejo para necessidade ocorre por conta do processo adictivo, que eleva o objeto ao estatuto de fonte de alívio exclusivo e necessário.

Em suma, o termo adicção guarda uma autonomia em relação ao objeto que pode variar amplamente, enquanto toxicomania refere-se exclusivamente ao objeto droga. É interessante notar que cada terminologia carrega uma visão de homem e uma visão do que é patologia ou patológico. Essas nomenclaturas, com as respectivas visões de homem, podem apresentar vantagens ou desvantagens, porém, genericamente, referem-se ao mesmo fenômeno abordado de distintos pontos de vista.

Conforme mencionado, o termo adicção apresenta-se mais afinado com a proposta da presente pesquisa, pois possibilita a articulação entre esse fenômeno e a personalidade *borderline*, seja a adicção relativa a uma substância ou a uma pessoa.

5.2.1 Alguns olhares da psicanálise

Apesar da atenção atual sobre o tema das drogas em diversos âmbitos, devido à importância da adicção como fenômeno clínico e social, o assunto tem sido alvo de interesse da psicanálise desde Freud. Conforme Cesarotto (1989), Freud foi um entusiasta das propriedades medicinais da cocaína para o tratamento de diversas afecções orgânicas no final do século XIX e, de acordo com Gurfinkel (2011), almejou encontrar na ação estimulante da cocaína um medicamento para o tratamento da histeria, melancolia e neurastenia. Em 1917, Freud compreende a intoxicação por álcool como um estado de mania, e, em 1930, formula a ideia de que as drogas podem ser usadas como meio de alívio do mal-estar intrínseco às dificuldades da vida.

Dentre os psicanalistas clássicos, Abraham (1915/1977) apresenta as adições como consequência de uma afeição oral. Aproxima os pacientes obcecados por alimentos dos dependentes de morfina e de álcool por obterem prazer a partir do ato de ingeri-los e não por sua ação psicoativa. Em 1933, o psicanalista Sandor Rádo (1933/1997) aponta um componente narcísico como traço dos pacientes toxicômanos, por não suportarem frustrações e entrarem em estados depressivos como consequência. Submetido ao princípio de prazer, o usuário encontra na droga alívio por algum período através da euforia, tornando a procura-la repetidamente por causa de sua ação efêmera. Essa busca constante produz variações do humor que vão da depressão à mania, o que deflagra os aspectos maníacos e depressivos envolvidos nessa dinâmica psíquica, além da solução do mal-estar pela ação. Assim como outros psicanalistas (SIMMEL, 1929; GLOVER, 1932; KNIGHT, 1937), Rosenfeld (1968) inclui a adicção no rol dos estados maníaco-depressivos. Para este autor, a origem do anseio pela droga como um meio artificial de ingresso em estados maníacos advém da dificuldade que um ego frágil encontra de suportar a depressão. Decorrem dessa dinâmica maníaca a idealização, a identificação com o objeto ideal, o controle onipotente dos objetos e a negação da ansiedade através de fantasias alucinatórias. Rosenfeld relaciona a adicção com o mecanismo de divisão do ego, por conta da dificuldade do paciente adicto em lutar contra o sofrimento e a frustração que acarretam a divisão de seu ego e de seus objetos internos.

Em perspectiva mais atual, Bergeret (1991) apresenta contribuições fundamentais acerca da existência de uma organização de personalidade ou estrutura toxicomaníaca. Sobre a classificação da personalidade do toxicômano ou sua relação com determinada estrutura de personalidade, o autor aponta que não poderia haver uma categoria única de toxicômanos e propõe três formas de personalidade: a primeira mais próxima de uma organização psicótica, a segunda neurótica e a terceira depressiva.

Dentre as três, a segunda forma possivelmente não acrescentaria muito ao estudo da relação proposta neste trabalho, pois se refere a personalidades não ruidosas ou inquietantes, capazes de manter a persistência de contato objetal e permanecer por algum tempo relativamente bem adaptadas às condições gerais da vida de relacionamento na qual se encontram. Quanto à forma psicótica, o autor aponta uma perda do domínio da personalidade (fragilidade egoica) frente à violência, voltada tanto para o exterior quanto para o interior do indivíduo, provocando episódios psicóticos. Sobre tal ameaça de ruptura e desorganização, Bergeret menciona que estes indivíduos podem encontrar, como forma de evitar ou aliviar surtos delirantes, manifestações comportamentais de ordem toxicomaníaca. Também podem procurar justificar ou aliviar suas representações delirantes pelo uso da droga.

A respeito da terceira forma, Bergeret (1991) assinala que esse tipo de constituição depressiva tem se tornado mais proeminente, devido à evolução de modelos de relacionamento nos quais um certo afrouxamento dos laços afetivos no interior das relações familiares tem sido marcante. O autor descreve essa personalidade como caracterizada por uma importante imaturidade afetiva, que impede o indivíduo de se estruturar solidamente, seja segundo o modo neurótico, seja segundo o psicótico, pois esses indivíduos, de acordo com Bergeret, não conseguem sair de uma crise de adolescência mal estruturada que se prolonga até uma idade muito avançada. Certamente, o primeiro e principalmente o terceiro tipos guardam maior proximidade com o distúrbio *borderline* e apontam uma direção de pesquisa.

O autor ainda menciona as carências identificatórias e a questão da violência na constituição da toxicomania, questões também abordadas por outros estudiosos, como Kernberg (1991), Green (1988) e Winnicott (1971), acerca da personalidade *borderline*. Os pacientes mais próximos da forma depressiva, descrita por Bergeret (1991), apresentam importante dificuldade de pensar ou de adiar e, como consequência, vivem sob o predomínio de atuações. Segundo o autor, há uma submissão ao princípio do prazer e, como para uma criança, o desprazer é totalmente insuportável. Nessa condição de predomínio da ação há uma importante intolerância à frustração, tendência a fugas e à delinquência. Prevalece uma violência fundamental, presente em todos os seres humanos de maneira integrada, mas que no caso não foi elaborada e impede o indivíduo de manifestar-se de forma criativa. Esse tipo de personalidade aproxima-se da noção de Green (1990) de casos-limite, considerados como uma estrutura que oscila entre depressão, perversão, toxicomania e psicose. Trata-se de uma batalha entre os aspectos psicopáticos, perversos, toxicomânicos, depressivos e delirantes na tentativa de tomar a totalidade da estrutura psíquica.

Assim como nos pacientes *borderline*, há um prejuízo que impede essas pessoas de integrar as imagens parentais que poderiam servir de modelos positivos ou negativos de identificação. Isso impede a capacidade desses indivíduos de realizar identificações posteriores e os condena a repetir compulsivamente relações sempre do mesmo tipo. Conforme Green (1988), surge um vazio central no lugar onde deveria haver uma representação de um objeto parental significativo e não há como encontrar objetos substitutos. Assim, objetos parciais e vagos surgem como única opção – principalmente a droga, com suas qualidades psicoativas –, em um ciclo de repetição infinita, no qual o sujeito realiza ligações e desligamentos compulsivamente. Pela incapacidade de obter os objetos em seus devidos lugares e com qualidades estruturantes, as relações tornam-se distantes, efêmeras e superficiais, o que lança essa pessoa em um enorme vazio.

Acerca da personalidade do toxicômano, Olievenstein (1985, 2003) estabelece uma importante distinção entre os usuários de drogas e toxicômanos verdadeiros. Os simples usuários não possuem uma história pessoal, infância específica ou traços comuns. Todos podem experimentar algum tipo de droga e não se tornar necessariamente dependentes. A manifestação ou a construção da toxicomania reside na equação de diversos fatores: o encontro de um produto (inerte e inanimado em si), de uma personalidade e de um momento sociocultural, afirma ele. Aponta, ainda, que a toxicomania é um fenômeno complexo e não pode haver dependência sem que haja uma relação estreita, permanente e transcendente entre os três parâmetros mencionados. Além desses fatores, ele frisa o papel da vivência da falta no ser humano, que sempre remete à falta arcaica e determina a especificidade da dependência humana.

Concomitantemente ao fenômeno físico-químico, inscreve-se um fenômeno ativo e voluntário. Este se torna uma forma de existência e permite esvaziar tudo que chega ao sujeito depois do estágio do espelho quebrado (OLIVENSTEIN, 2003), buscado por ele de maneira desmedida e encontrado na relação fusional com o produto. A experiência da falta para estas pessoas, aponta o autor, é ao mesmo tempo individual, incomunicável e verdade do mundo. É requintadamente dolorosa, mas nem por isso melancólica, pois, mesmo que sejam expostos à incompletude, à solidão e à inelutabilidade da morte, tais indivíduos participam de maneira fusional do produto e não de um trabalho de luto. É essa experiência que traça o destino do toxicômano e o restitui a um estado de dependência humana que na realidade é totalmente irreduzível a seu embasamento psicoquímico. Também é essa experiência que explica em parte a diferença entre toxicômanos e usuários recreativos.

Para os primeiros, a experiência de unidade chega a ser alcançada, porém isso logo se desfaz e ocorre um movimento contínuo, surgindo uma identidade vacilante e oscilante. Para Olievenstein (1985), a partir desse momento, o indivíduo passa a ser concomitantemente normal e psicótico, normal e perverso. A memória do momento em que ainda havia a fusão mantém-se muito forte e acarreta a idílica busca de uma revivescência desse momento. É esse esforço de reencontro que o autor denominou de estágio do excesso, por conta de uma busca infantilizada de apagamento de uma realidade dolorosa através de intensidades exageradas e o repúdio ao sentido. A masturbação, práticas prazerosas grosseiramente irresponsáveis, a oscilação entre mania e depressão são buscadas para o sujeito reencontrar a experiência de unidade, mesmo que efêmera. Nesse estágio do excesso, desde criança o indivíduo procura substitutos para seu enorme vazio existencial. Tal importância nasceu em idades precoces, em que a identidade se faz e desfaz nas mesmas condições. Olivenstein (2003) frisa que uma

identidade não é uma personalidade. Uma identidade revela tanto da intensidade quanto da causalidade: ela é sentida, afetiva, pouco intelectualizada, apreensível em seus vínculos viscerais e instintiva com a família. É por isso, afirma o autor, que os terapeutas se perdem na semiologia das toxicomanias.

Neste sentido ele apresenta indícios de uma proximidade entre o toxicômano e o paciente *borderline*. Apesar de não considerar que haja uma estrutura psíquica estável e profunda específica dos comportamentos de dependência, assim como Bergeret (1991), caracteriza eventos comuns à infância dos toxicômanos. Na toxicomania não há perda total do objeto e desestruturação do eu, mas sim uma partida de pingue-pongue em perpétuo suspense, rejeição-possessão, e antes de tudo ao lado da mãe, primeiro equivalente do *high e down* que ele viverá com a droga. Desde o início, a história do futuro toxicômano é arremessada em qualquer parte do processo de estruturação-desestruturação. Ela é lançada e se lança numa sucessão de equilíbrios instáveis, ainda mais instáveis que no *borderline* ou nos estados-limite, segundo Bergeret (1998). Nesses equilíbrios precários, o clima e a atmosfera são tão importantes quanto os relatos de causalidade. É nesse sentido que, desde a infância, o sofrimento da falta não é apreensível senão em sua conexão com o prazer, o que seria trivial segundo Olievenstein, mas com um diferencial entre os dois totalmente desmesurado. É na repetição e na procura ao longo de toda sua história, que o toxicômano inscreve em sua memória a imagem idealizada e superestimada do prazer e busca mascarar a decepção de tudo o que encontra em seu caminho e que o impelirá a transgredir cada vez mais. Mesmo antes de seu encontro com a droga, ele tenta encontrar, na dupla face de todos os caminhos da sexualidade, uma complementação à sua identidade estilhaçada (OLIVENSTEIN, 2003).

Kallas (2007) apresenta as considerações de Le Poulichet, que, da mesma forma que Bergeret (1991) e Olievenstein (1985), considera que toxicomania não constitui uma estrutura psíquica específica. Le Poulichet evidencia semelhanças entre diferentes “realidades psíquicas”: a existência de um circuito repetitivo que dirige toda a libido à tentativa de sanar o sofrimento corporal. A autora francesa relaciona a toxicomania a um modo de automedicação paradoxal, e não a um movimento de autodestruição. A droga funciona como uma tentativa de alívio de um sofrimento intolerável. É como se a própria presença do corpo e o pensamento se tornassem insuportáveis, como se houvesse um prejuízo ou doença que unicamente fossem aliviados em uma busca de restauração desse corpo, mediante tratamento sempre idêntico. Kallas (2007) expõe também as ideias de outros autores franceses, chamados Chauvet e Brusset.

Menciona que Chauvet considera as condutas adictivas, seja a um produto, seja a uma situação ou a um objeto, expressão de ausência de simbolização ligada a uma falência traumática do ambiente primitivo. Isso se expressa por uma dependência à realidade do objeto externo e estaria vinculado ao recurso às defesas primitivas como incorporação, projeção, clivagem, idealização e onipotência, concepções muito próximas da compreensão dos pacientes *borderline* apresentadas anteriormente. Segundo a autora, o ponto de vista de Brusset coincide com o de Chauvet, pois o primeiro postula que a adicção funciona como uma busca de libertação da dependência afetiva frente aos objetos internos e externos e leva a um outro tipo de dependência, que a substitui e reforça paradoxalmente. Segundo Kallas (2007), Brusset aproxima a personalidade *borderline* da adicção, que é explicada pelos problemas de identidade, pelo falso *self* adaptativo, dificuldades de relação afetiva, depressividade, angústia, vazio, variedade e ineficácia dos mecanismos de defesa, que não poupam o sujeito da angústia, desespero e desamparo.

A partir de vasta revisão da literatura acerca das adicções, podem-se reunir características frequentemente destacadas na compreensão desses pacientes, entre elas, incapacidade de pensar, refletir, adiar e a substituição dessas habilidades pela ação. De acordo com a vasta revisão de Kallas (2007), tais pessoas são sensíveis às tensões decorrentes das necessidades, porém são incapazes de transformá-las em termos verbais para satisfazê-las. Só conseguem se livrar de seu desconforto através da ação. Para a autora, a evitação do pensamento e a impulsividade relacionam-se ao vazio existencial, com o qual não podem se deparar, por conta da fragilidade de sua constituição emocional. Apresentam comportamentos radicais, do tipo “tudo ou nada”, e buscam a todo momento um “objeto mágico” para amenizar sua angústia. Mas que objeto perdido é esse? Seria o objeto transicional? Seria objeto similar ao que perdeu o paciente *borderline*?

McDougall (1992, 1997) traz elementos para pensar essa questão. Fundamentada em um referencial winnicottiano, relaciona a busca de objetos adictivos às relações precoces entre mãe e bebê, desde a fase de dependência absoluta. A forma como essa relação mãe-bebê ocorre deixa marcas fundamentais na crença da criança em sua capacidade para estar só em presença do outro e no desenvolvimento dos fenômenos transicionais, e também nos caminhos da libido. Para a autora, características dessa relação inicial podem favorecer o surgimento de uma relação adictiva em relação aos cuidados maternos, assim como a presença concreta da mãe, pois a criança não conta com a garantia da constância dessa presença. Isso pode acarretar a impossibilidade, por parte do bebê, de criar uma experiência e uma representação de presença materna cuidadosa com que possa se identificar e que o

ajudaria a suportar estados de sofrimento emocional. Em outras palavras, a criança não pode viver a experiência de ilusão necessária para criar esse objeto intermediário e uma representação consistente dele.

Por conta dessa falta, como alternativa ao vazio deixado pela ausência dessa mãe morta (GREEN, 1988), objetos de adicção, tais como drogas, alimentos ou outros produtos podem surgir como promessa provisória de alívio. Esses objetos surgem devido à falha na constituição do objeto transicional, que se perverte e lança a criança em um mundo de invasão e isolamento. Pacientes gravemente adictos apresentam angústias neuróticas e psicóticas concomitantes que impedem o prazer sexual e narcísico, o sentido de identidade, de integridade corporal e pessoal. Os objetos de adicção também podem consistir em pessoas ou relações, fora do campo da transicionalidade ou do que McDougall (1992) denominou de teatro transicional.

A adicção, por decorrer desse fracasso da transicionalidade e, portanto, da simbolização, pode ser considerada uma patologia do ato ou do agir, segundo Gurfinkel (2011). Uma perspectiva possível para a abordagem do agir compulsivo da adicção é o modelo da compulsão à repetição. Essa descoberta freudiana compreende que a compulsão é fruto da ação da pulsão de morte e resulta da ação da energia livre, desligada das representações e da difusão relacionada à pulsão de vida. Por um prisma relacional e diferente de Freud, Winnicott (1971) compreende essa compulsão à repetição como produto de falhas precoces da provisão ambiental, falhas de um contexto de sustentação em momentos iniciais do desenvolvimento. De qualquer forma, segundo afirma Gurfinkel (2011, p. 58), “a compulsão à repetição é uma evidência e a adicção talvez seja sua manifestação clínica mais clara”.

De acordo com o autor, a ação consiste em uma via de escoamento e alívio para tensões psíquicas para todas as pessoas, com a diferença que, para alguns, a utilização desse recurso torna-se proeminente, sistemática e frequente. Essas características compõem um sujeito impulsivo e constituem quase um tipo de caráter (GURFINKEL, 2011). Nesse caso, há uma ausência ou prejuízo dos recursos mediadores da pulsão como, no caso das psiconeuroses, a ação da censura, o superego normatizador e as formações de compromisso entre as pulsões do id, superego e as imposições da realidade. No caso da adicção, falhou a capacidade simbolizante, que torna o sujeito apto a transformar a brutalidade da pulsão em fantasia, sonho, poesia ou gesto com a finalidade de ação na realidade. O conceito de colapso do sonhar (GURFINKEL, 2011) designa essa falha nas mediações e na transicionalidade, pois o sonhar é um paradigma da atividade simbolizante derivado do espaço potencial.

Nessa primazia da ação, sintoma emblemático da adicção, o uso compulsivo do objeto toma o lugar do processamento psíquico das intensidades pulsionais e mediações como o pensamento. Gurfinkel (2011) caracteriza essa impulsividade como uma zona de não simbolização ou uma região psíquica na qual há um prejuízo na capacidade de transformar o pulsional em elemento pensável, representável e capaz de ser integrado e articulado pelo trabalho da figurabilidade. Nesse sentido, a construção e o desenvolvimento do psíquico permanecem ameaçados pelo ato impulsivo e pela incapacidade de pensar. Decorre dessa condição um sujeito que mantém uma conduta repetitiva, aprisionada em uma espécie de “loop”, por conta da falência simbólica e do consequente entrave para o bom desenvolvimento psíquico e emocional.

O automatismo do ato impulsivo comporta uma função de descarga distante da expressão teatral, como no caso dos *acting outs* próprios da histeria ou de outras formações de compromisso neuróticas. No caso da adicção, o agir é uma manifestação que pouco se articula com cenas infantis, perspectiva mais próxima da neurose, que permite o desdobramento em diversos sentidos simbólicos. Gurfinkel (2011, p. 56) exemplifica metaforicamente essa condição na adicção: “um soco no estômago é um soco no estômago e um tapa na cara é um tapa na cara”. Essa imagem ilustra um mundo árido e empobrecido, no qual a poesia, o brincar, os diversos registros de uma experiência encontram-se falidos, há um colapso da transicionalidade.

Essa perspectiva abre um caminho de compreensão da relação entre a personalidade *borderline* e as adicções, pois o fenômeno do uso compulsivo de substâncias psicoativas parecem compartilhar traços marcantes com suas diversas implicações quanto à turbulência e a gravidade das atuações no distúrbio *borderline*. Questões como prejuízo da atividade simbolizante, vazio, solidão, dificuldades relacionadas ao pensar, impulsividade, atos com consequências danosas, uma grande angústia de separação e relações intensamente “adesivas” (com uma substância, pessoa ou qualquer outro objeto) ou indiferença, além da intensidade do sofrimento embutido na vida cotidiana dessas pessoas, verificam-se nessas duas manifestações clínicas.

A presente exposição apresenta o caráter ambíguo do uso de drogas, ou quaisquer objetos de adicção que atenuam esses estados de intenso sofrimento como uma automedicação. Esse caminho tem seu custo, pois escraviza esses sujeitos a uma única forma de solucionar os mal-estares vivenciados e pode acarretar diversas consequências bastante graves ou limitantes.

A partir de todo esse panorama, realizado a fim de delimitar o objeto de estudo, foi trilhado um percurso conceitual. Contudo, conceitos em psicanálise são inertes e só ganham vida ao provirem da clínica e a ela retornarem. *Borderline* e adicções são condições psicopatológicas cercadas de polêmica do ponto de vista conceitual. Dessa maneira, como passo seguinte dessa exposição, pretende-se apresentar uma ilustração clínica com o objetivo de iluminar, vitalizar e articular alguns aspectos desse tortuoso cenário.

6 ILUSTRAÇÃO CLÍNICA

Vou aqui apresentar como ilustração clínica⁵ um acompanhamento terapêutico (AT) realizado com um rapaz, dos seus dezessete aos dezenove anos de idade, que chamarei de Fábio⁶. Farei nesta parte do trabalho a construção do texto em primeira pessoa, com o propósito de preservar, para o leitor, o impacto emocional vivido por mim. Tenho como objetivo transmitir neste texto toda vida que habitou esse encontro, pois foi uma experiência marcante, na qual o acompanhante terapêutico (at) desempenhou função privilegiada. Muito do colorido deve-se à mobilidade do acompanhamento terapêutico, pois minha entrada no mundo desse rapaz promoveu o impacto necessário em mim para compreendê-lo e acompanhá-lo, de forma diferente daquela que o *setting* de atendimento em consultório, em moldes mais tradicionais, poderia oferecer. A definição do *setting* decorreu do contato inicial com a família, que durou cerca de três meses em encontros semanais em meu consultório. A partir da percepção da necessidade dessa família, o sofrimento de Fábio ressoou em mim como urgência, pois não seria possível atender a todos. A opção pelo AT como atendimento clínico possibilitou aproximação das necessidades emocionais do paciente e também de sua família, característica privilegiada desse enquadre clínico diferenciado.

Ao tentar relatar esse caso de AT deparei-me com uma grande dificuldade em recordar cenas e criar um texto coerente. Pensando sobre os dois anos e meio de nosso percurso juntos, nesse esforço de recordação, o que predomina é a tensão e as imagens ficam em segundo plano. Creio que uma marca desse processo foi o fato de que as experiências e lembranças estavam muito mais inscritas no campo das intensidades do que no dos sentidos.

O encaminhamento de Fábio ocorreu por indicação da escola na qual ele estudava, porém os primeiros contatos foram feitos pelos próprios pais, que logo ao entrarem na sala na primeira entrevista contaram que o rapaz fora adotado. Esse foi o primeiro assunto trazido pelo casal, para em seguida enumerarem uma extensa lista de reclamações. Queixavam-se da falta de rumo do filho: reprovação e mau rendimento escolar, necessidade e desinteresse de construir urgentemente um projeto profissional, pedidos descabidos muito frequentes, rompantes de agressividade, frustrações irreparáveis, dificuldades extremas de relacionamento

⁵ Parte do material desse caso clínico foi tema de outro trabalho, publicado em: CRUZ, M. S. Vazio e presença viva: reflexões sobre a experiência de um acompanhamento terapêutico. In: *Acompanhamento terapêutico: casos clínicos e teorias*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

⁶ Nome fictício. Todas as informações e dados pessoais foram alterados a fim de evitar a identificação do paciente, que foi atendido ciente da possibilidade de ter o material usado em trabalho científico.

familiar, amizades estranhas e efêmeras, raros momentos de paz, falta de ordem e limites, nenhuma adesão a regras e principalmente um uso inadmissível de maconha.

Tratavam tais manifestações do filho como uma questão pedagógica. Achavam que havia má vontade de Fábio para cumprir as condições colocadas por eles para uma vida “nos eixos”. Demonstravam crer que ele necessitava de uma perda, um susto, para que valorizasse o que tinha, achavam que tinha de aprender as condições necessárias para a vida em sociedade. Apresentavam Fábio como alguém que não “entendeu” algo, alguém com uma falha de aprendizagem ou déficit cognitivo. Talvez tais condutas tenham sido reforçadas pelo fato de terem frequentado, por um tempo, um grupo de ajuda mútua para familiares de toxicômanos. Tal grupo prega basicamente que a pessoa deve chegar ao “fundo do poço” para que consiga se recuperar, deve passar fome, frio, dormir ao relento, etc. Deixaram claro nas entrelinhas que Fábio não correspondia ao que desejaram ou idealizaram como filho, que o projeto de um filho que recompensasse o nobre gesto que realizaram no passado ruiu. Esse primeiro contato foi marcado pelo vazio radical e pela impossibilidade de Fábio ser abrigado em um outro, reconhecido em sua singularidade e suas necessidades.

O comportamento do casal chamou minha atenção desde o início dos encontros. Sempre distanciados um do outro, tratavam-se de maneira formal porém afetiva, e eventualmente usavam apelidos bastante particulares e infantilizados. Ao longo do acompanhamento ficou claro para mim que o que estranhei inicialmente foi o fato de essa dupla não ser um casal no sentido erótico. Não se tocavam em público, dormiam em quartos separados e, segundo Fábio, havia mais de dez anos não mantinham relações sexuais, fato confirmado em reunião familiar.

A história da adoção nunca ficou clara, apesar de tê-la ouvido diversas vezes. A mãe dizia ter optado pela adoção devido à dimensão diminuta de seus órgãos reprodutores, semelhante à de um corpo de menina, condição que impossibilitaria a gestação. Essa história sempre soou bastante vaga e era motivo de revolta para Fábio.

Apesar de haver pequenas mudanças na compreensão dos pais acerca do que ocorria com o rapaz, chamava a atenção a forma impessoal como eles expunham as questões relacionadas ao filho nestas conversas que precederam o atendimento. Falavam sobre o que a sociedade impunha atualmente, teorias e mais teorias. Conversas muito distanciadas da realidade do rapaz e bastante desprovidas de afeto, mas que apresentavam o sofrimento vivido pelo casal. Demonstraram, de fato, adesão aos nossos encontros, esperança e uma busca de alívio com nossas conversas. Porém, ficou patente a dificuldade de integrar o filho à história do casal, reconhecer a relação entre o desatino e sofrimento dele e a história de encontro e

desencontro familiar, assim como reconhecer qualquer condição subjetiva anterior e/ou independente do consumo de maconha.

Em relação à adoção, ao longo das conversas preliminares que ocorreram por três meses e ao longo do acompanhamento de Fábio, seus pais foram me comunicando um forte sentimento de injustiça. Algo como uma recompensa que não chegou pela boa ação. Cada vez mais, as queixas pareciam estar relacionadas a um “tempo zero” que teve início com o ato da adoção, mais do que com situações atuais. O tom de arrependimento e culpa sempre permeou as conversas com a família. Eu tinha a impressão de que brigavam mais por não se conformarem com o “abacaxi” que tinham aceitado, do que propriamente pelo bem-estar de Fábio, apesar de estarem visivelmente preocupados.

Desde o início tive a sensação de que Fábio não era de fato visto pelos pais. Suas falas me transmitiam a imagem de um jovem com muita vida e potencial apesar de tanto sofrimento, porém eles não reconheciam absolutamente nada de positivo. O Fábio idealizado não deixava nos pais nenhum espaço para o Fábio real. No dia a dia, o rapaz sofria uma série de imposições um tanto descabidas. Além de cobranças mais naturais como bom desempenho escolar, tinha de arrumar o quarto segundo a concepção – bastante particular – de ordem da mãe, seguir horários rígidos de saída e retorno, comer sempre exatamente no horário previsto e não podia levar a namorada para casa, pois a mãe não a aprovava, apesar de namorarem havia três anos. Enfim, Fábio tinha de ser exemplar!

Ele também era constantemente criticado por seus gostos: leituras, filmes, tarô, amigos, tempo dedicado às atividades – mergulhava em algumas leituras ou jogos de computador – e horários – gostava de ficar acordado à noite para não encontrar com os pais, sentia-se mais livre. O casal não parecia suportar o cotidiano de um adolescente, e o rapaz sempre se manteve resistente à maioria das imposições e críticas. Em geral reforçava suas atividades e gostos para que pudesse se reconhecer em meio a essas situações. É claro que frequentemente lançava mão de atuações terríveis e o convívio com ele não era fácil. Porém, para os pais, ele era somente transtorno e decepção.

Em nossas conversas, o casal manifestava ímpetos frequentes, ora de expulsar Fábio de suas vidas para que tocasse a dele, ora de protegê-lo e dar-lhe o que fosse para confortá-lo. Fui apreendendo com o tempo certa fantasia de “devolução”: a vontade de se livrar dele, a culpa e o medo que disso decorria. Fui me dando conta, logo no início do contato com os pais, que a adoção não tinha ocorrido verdadeiramente, apesar de estar concretizada no plano burocrático. Na dimensão afetiva e simbólica, Fábio ainda estava por ser adotado e por adotar os pais.

Em um dos encontros com eles, cometi um ato falho emblemático. Ao conversarmos a respeito de algum aspecto da adoção de Fábio, troquei a palavra “adoção” por “aluguel”. A reação foi fortíssima. A mãe, ofendida, desconcertou-se, resmungou e fechou a cara. Tal lapso, deixou mais clara para mim a ideia anterior: aluguel é um investimento, um gasto sem retorno. Pode-se pagá-lo para sempre e o imóvel nunca será seu. Não há a apropriação legítima do objeto no qual se investe.

Após três meses conversando com os pais, iniciei os encontros com Fábio, pois ainda não havia definido se prosseguiria em um atendimento do casal ou do filho, por ter apreendido a importância da compreensão e construção da história familiar no sofrimento dele.

No início de nossos contatos, Fábio mostrou-se bastante enigmático. Parecia estar constantemente delirando e apresentava ideias mágicas de poder e sucesso. Parecia incomodar-se com o fato de eu poder “descobrir” seus pontos fracos, sua dor. Desde o início pedia para que permanecesse ao seu lado enquanto estudava ou jogava. Passou a me ensinar diversas coisas, principalmente informática. Estudava assuntos complicadíssimos por conta própria. Embarquei nos estudos. Ouvia horas de explicações, fazia equações, programas, pegávamos textos e líamos juntos para discutir. Parecia que iria dominar o mundo com seus conhecimentos. Queria ser um grande doutor por conta própria, achava que teria um grande emprego no momento em que quisesse, no qual, sem dúvida, ganharia “acima de setenta mil reais”. Passei meses estudando e discutindo. Fábio se esforçava bastante para que eu compreendesse as matérias e gostava muito de mostrar seus conhecimentos. Eu sempre perguntava em que ponto estava dos textos, sugeria coisas, perguntava a aplicação do que estudava. Esforcei-me para mergulhar e me interessar. Os estudos permaneceram por todos os meses de atendimento, porém mudando de temas: tarô, autores místicos, sociedades secretas, ocultismo.

Muitas vezes era difícil permanecer com ele. Em momentos nos quais os afetos eram indiscrimináveis, de medo sem ameaça, de longas meditações em silêncio profundo, de pedidos impossíveis de realizar, fatos bastante frequentes. Eram comuns pedidos e demandas praticamente inviáveis. Solicitava sempre algo. Pedia aos pais que o levassem a diversos lugares imediatamente, não importava a disponibilidade. Solicitava atenção total, roupas, dinheiro, carinho, opiniões, disposição para acompanhá-lo madrugadas adentro. Obviamente, frustrava-se constantemente. A cada solicitação não atendida, seu mundo desabava. Vivia como se não o amassem, não ligassem para ele. Sofria muito, revoltava-se, agredia. A mim, transmitia a impressão de que preparava constantes provas de amor para todos, testes para

(des)comprovar seu lugar no mundo. Deixar de ter algum pedido atendido significava não ser amado ou não ter algum lugar razoável na vida do outro, frustrava-se sempre. Atuava constantemente e suas atuações e reações sempre eram dramáticas e violentas.

Passou a me contar que estava estudando técnicas *hackers*, que não atuavam somente em computadores, assunto que o fascinava. Gostava muito da arte de burlar, driblar, ganhar em esperteza. Pregava que o mundo funcionava através desse modo de agir, portanto todos enganam e agem em função de vantagens pessoais. Parecia muito descrente da sinceridade e da ligação verdadeira entre as pessoas. Certo dia, introduzidas por mim ou por ele, as técnicas *hackers* entraram em questão, relacionadas ao nosso contato. Conforme me disse, ele achava que eu também utilizava esses meios para obter respostas, manobrá-lo. Manifestou a ideia de que ninguém fazia algo por ele, mas em favor próprio. Não se sentia objeto de interesse ou admiração, desconfiava da amizade ou aproximação dos outros. Sentia-se incapaz de ser amado ou querido e para isso teria que se esforçar muito, ser alguém extremamente especial, com dotes inigualáveis.

Conversamos diversas vezes sobre a questão da adoção. Ele sempre mencionava a ideia de sair de casa, trabalhar e ganhar a própria vida. Sentia que seus pais não o aceitavam como ele era e não queria ou podia mudar seu jeito de ser ao ponto necessário para satisfazê-los. Sabia da decepção de seus pais em relação ao seu jeito de ser e seu mundo, não tinha muita esperança de ser de fato adotado. Certa vez eu disse a ele que, para sair de casa, primeiro teria que entrar. Isto foi na época em que resolvemos introduzir as reuniões familiares com o objetivo de expor seus sentimentos, conhecer sua história e a história de sua adoção, pois ele ainda não a conhecia. Reconheceu essa condição e apesar da desesperança investiu nessa entrada. Tinha necessidade de enfrentar os pais, expressar suas emoções e o que esperava deles. Sentia-se minoria, havia muito medo e geralmente optava por evitar qualquer contato nesse sentido. Mostrava-se desesperançoso em relação à possibilidade de ser ouvido ou de mudar a relação, porém havia uma parte de Fábio que sempre buscava algo. Suas queixas, revoltas e apelos eram comumente rechaçados pelos pais no convívio rotineiro da família.

Ao ouvir pela primeira vez a história de sua adoção, ficou transtornado, quase agrediu os pais. Soube que sua mãe biológica era uma empregada doméstica muito pobre. Ela não era casada e havia engravidado em uma aventura amorosa. Foi entregue para a adoção de forma clandestina. O fato o desconcertou, sentiu-se uma “mercadoria”, uma coisa. Berrava “por quê?”, “por quê?”, “por quê?”. Queria entender os motivos do casal e repetia que a família tinha sérios problemas sexuais. Não acreditava nos argumentos da mãe sobre a

impossibilidade de gravidez. Eventualmente, perguntava aos pais se o amavam. Ficavam desconcertados e comovidos. Às vezes, ia dormir com a mãe e chorava, pedia para ela ficar em seu quarto também. Em relação ao pai, era mais duro, queria mostrar força e competência. Os pais sempre mencionavam seus percursos de vida como exemplo, pois ambos tinham origem pobre e, de fato, venceram na vida profissional. Fábio idealizava seus pais e, ao mesmo tempo em que os considerava “o máximo”, sentia que não chegava aos seus pés em termos de determinação e que teria direito a algum reconhecimento se atingisse o nível intelectual e cultural deles.

Apresentava sérias queixas relativas à sobrevivência e à identidade. Mostrava-se confuso em relação aos interesses, sentia-se superficial, obrigava-se a estudar alguns temas que não lhe agradavam. Frequentemente manifestava angústias de invasão e abandono, sentia que o cuidado poderia ser invasivo, e a falta dele, desamparadora. Nem eu nem ele tínhamos lugar, eu experimentava contratransferencialmente durante os atendimentos tais afetos que o afligiam. Sentia-me desamparado, ameaçado, perturbado. Ele dizia sentir-se uma “alma perdida”, vagava pela cidade sem muita ligação com o mundo. Expunha seu enorme vazio, a experiência mais dolorosamente comunicada por ele e a que parecia ser a mais sofrida. Por fim, diariamente, Fábio questionava-se, e a mim também, sobre a origem de tanto vazio e a urgência de preenchimento. Dizia sentir-se “frio por dentro”, ter um “fio desligado” dentro de si. Era extremamente inconstante e reativo, ora doce, ora hostil, ora amigo, ora inimigo. Tinha facilidade para fazer amigos, porém identificava-se com sujeitos mais pobres e suspeitos. Conhecia as pessoas em botecos e logo os levava para casa. Não duravam mais de uma semana, exceto dois ou três amigos de longa data. Seus pais ficavam apavorados com o risco ao qual Fábio expunha sua casa e sua família. Muitos dos amigos também eram eleitos pelo fato de usarem maconha. Rejeitava pessoas da classe social dos pais ou alguém que se aproximasse disso.

Desde o início, os pais mencionavam histórias de problemas escolares relacionados ao comportamento. A partir dos doze anos, fora expulso duas vezes, creio que uma por agressão a um colega e outra por ser acusado de traficar maconha. Foi parar numa “escola terapêutica”, único lugar que o aceitou. Fábio sempre se metia em brigas. Era comum chegar em casa arrebatado. Já brigou fisicamente em favelas, em bocas de tráfico, danceterias, na rua, em casa. Muito impulsivo, raramente suportava provocações ou desafios.

Passou a interessar-se por temas místicos. Nesses assuntos, Fábio se perdia. Criava teorias incompreensíveis e sentia-se superior e invencível. Em meio à confusão, valorizava as ideias libertárias, de não submissão a dogmas ou imposições. Adorava um mandamento de

um desses gurus que dizia “faz o que tu queres, pois tudo é da lei”, “amor sobre vontade”. Acreditava que nada deveria impedir o homem de realizar seus desejos e vislumbrava o desprendimento e independência afetiva pregados nessas teorias com a esperança de não mais sofrer.

Em relação ao desenvolvimento de trabalhos profissionais, era totalmente desacreditado pelos pais e por ele próprio. Tinha bastante habilidade em informática e eventualmente conseguia algumas oportunidades. Após dezenas de frustrações, conseguiu implantar um sistema em uma escola de informática. Foi uma vitória! Sabíamos o que isso representava para ele. Já os pais emitiram um pálido parabéns quando souberam, e comentaram que já estava na hora de algum projeto engrenar.

Um capítulo muito importante de sua história é seu envolvimento com drogas. No início, referiu usar maconha desde os quinze anos. Inicialmente sentia-se muito ameaçado ao relatar suas experiências, mas com o tempo foi se abrindo. Iniciou o consumo já num padrão bastante alto e fumava aproximadamente cinco baseados por dia. Era muito identificado com a “cultura da maconha”, músicas, roupas, etc. Depois de um tempo, afirmou ter passado a consumir inúmeras vezes por dia, mais de dez baseados. Contava não se sentir bem em nenhum contexto caso não usasse. Tentou a abstinência por alguns períodos e reconheceu alguns pontos positivos. Apesar dessas iniciativas, dizia usar maconha para conseguir suportar sua vida. Contou que experimentava momentos de alegria na intoxicação e abrir mão desse “suporte” seria difícil. Uma tentativa fracassada de *holding* gélido advindo de um objeto morto, ou melhor, inanimado. Em termos de custo-benefício, para ele a interrupção não compensaria. Por diversas vezes comentou sobre o medo de suicidar-se. Achava que sem a droga não conseguiria suportar a angústia, o vazio e a falta de sentido que experimentava; com a maconha, sentia que eram significativamente amenizados, explicava. Dizia querer parar por saber que esse não é um hábito saudável, porém nada suplantava o medo de encarar, “limpo”, tamanho vazio.

Para os pais, pensar em um Fábio prejudicado por algo além da droga era muito doloroso. Insistiam em supervalorizar em sua história a droga, cujo uso era de fato bem grave. Recusavam a ideia de que esse filho tinha traços, uma organização, uma base e um percurso bastante problemáticos anteriores ao consumo de psicoativos e que foi justamente essa condição emocional anterior precária que o levou ao uso. Tomar a droga como etiologia de todos os mal-estares “dessubjetiviza” o problema. Pensar nela como um problema externo, uma contingência da vida sem a influência determinante de uma história anterior servia como alívio precário para a dor narcísica vivida pelo casal. A dor pela ferida narcísica “originada”

por Fábio parecia tamanha que o grande esforço era enquadrá-lo em seus modelos, no que gostariam que ele fosse. Fábio sofria as consequências por não ser esse filho.

Sempre desconfiei que usasse alguma outra substância e, após um ano e meio de atendimento, ele conseguiu revelar suas experiências com *crack* e cocaína. Fiquei estarrecido. Passamos a tratar do assunto com bastante frequência e, apesar da vergonha e da sensação de “fim de linha”, começou a mostrar maior preocupação e pedir instruções para interromper o uso. Um passo importante foi conseguirmos incluir os pais nessa questão. Fábio contou que se sentiu aliviado. Relatou seu envolvimento após ter usado numa noite. A partir de diversas conversas em nossos encontros, chegou intoxicado e desesperado em casa, entregou pedras e cachimbo para a mãe e afirmou precisar de ajuda. Os pais ficaram em frangalhos. Minimamente orientados, os três começaram a praticar algumas estratégias para a interrupção do uso de drogas. Fábio conseguiu manter seis meses de abstinência e apresentou síndrome de abstinência bastante grave. Determinado dia, os pais resolveram vasculhar seu quarto e encontraram *crack*. Chamaram o resgate, mas Fábio conseguiu fugir.

Sua situação estava ficando cada vez mais grave. Fui atendê-lo no dia seguinte e tentei propor o encaminhamento para um ambulatório especializado na droga. Preocupado e acuado, aceitou. Preparei o encaminhamento com a ajuda dos amigos desse serviço e surpreendentemente ele conseguiu ingressar no tratamento.

Muitas coisas ocorreram desde então. Resumidamente, Fábio resolveu sair de casa e foi morar com a namorada. Arrumou um emprego, espantosamente. Sua saída foi traumática para ele e para os pais. Estava satisfeito com a atitude, porém começou a se desorganizar demais. Acabou por ser internado compulsoriamente em uma comunidade terapêutica em outro estado e nossos encontros foram interrompidos.

Nunca houve paz, com Fábio sempre pairou um clima de urgência, de algo iminente que certamente não poderia para esperar, e ele expunha sua turbulência emocional interna constantemente. Creio que o atendimento operou uma função de presença, de reconhecimento e de validação de suas demandas, fato que possivelmente o retirou um pouco da experiência de estar louco, de desligamento e vazio. Fábio era frequentemente chamado de louco, vulgarmente. Para ele, as coisas não duravam e parte de meu trabalho foi simplesmente – tarefa na verdade nada simples – permanecer em contato com ele.

6.1 Contextualização teórica

Esta breve reflexão teórica tem a intenção de apresentar alguns conceitos e utilizá-los como suporte inicial para iluminar a experiência clínica, antes de se adentrar o capítulo de discussão. Desse modo, para pensar a condição emocional e as vivências com Fábio, lançarei mão do conceito de mãe morta criado por Green (1980/1988), para quem esse “complexo” está presente em diversas patologias, inclusive adições e estados-limite. O complexo de mãe morta pode ser entendido como uma metáfora independente do luto pela morte real de um objeto. Essa condição ocorre quando a criança, após ter recebido por um período os primeiros cuidados suficientemente bons, depara-se com o luto e o desinvestimento brutal da mãe. Isso é vivido pela criança como uma catástrofe e provoca, além da perda do amor, uma perda de sentido, pois ela não dispõe dos recursos para entender o que aconteceu. Muito facilmente, por considerar-se como o centro do universo materno, a criança poderá atribuir a decepção materna às consequências de suas próprias pulsões dirigidas à mãe. A criança, após sentir a medida de sua importância, por não conseguir tirar a mãe de seu luto, e depois de ter lutado contra a angústia por meio de maneiras ativas como a agitação, a insônia ou os terrores noturnos, o eu da criança vai colocar em ação uma série de defesas de outra ordem.

A primeira, e mais importante delas, é um movimento que tem duas direções: o desinvestimento do objeto materno e a identificação inconsciente com a mãe morta. O desinvestimento, afetivo e representacional, constitui, segundo Green, um assassinato psíquico do objeto, realizado sem ódio. Seu resultado é a constituição de um buraco na trama de relações objetais com a mãe, que não impede os investimentos periféricos, os quais ocorrem, da mesma maneira que os cuidados maternos, de forma gelada, “sem que o coração esteja presente” (GREEN, 1980/1988, p. 249). É a relação com a morte que ocorreu pelas ausências da mãe nas primeiras atividades – da criança – de conservação do objeto, que leva à formação de uma representação da ausência de representação. Nesse contexto, algumas mães desempenham bem suas tarefas e cuidados, do ponto de vista técnico⁷. Porém é necessário enfatizar que a técnica não é primordial para a constituição psíquica e emocional de uma criança. É possível realizar tecnicamente tarefas de forma adequada, sem que haja uma presença singular e implicada nesse cuidado.

⁷ Técnica é um bem-fazer que independe de quem faz. Duas pessoas realizando a mesma tarefa, utilizando a técnica corretamente, chegarão ao mesmo resultado. Isso pode ser útil em outros campos, quando não são necessidades emocionais que estão em jogo.

Outra vertente do desinvestimento é uma identificação com o objeto segundo um modo primitivo. Essa identificação em espelho, numa espécie de mimetismo, garante a posse do objeto, que se transforma em uma parte do Eu da criança, impedido de constituir-se por identificação. É como se ele mesmo se tornasse uma fusão com o objeto pela impossibilidade de vivenciar o luto. Ou seja, a criança não pode se constituir por meio de identificações e adquirir maior discriminação e autonomia do objeto, e assim permanece patologicamente ligada a ele. No desinvestimento, ocorre um enquistamento do objeto e um apagamento de suas marcas, do que lhe é próprio. O autor aponta que nos pacientes nos quais identifica o complexo da mãe morta, por trás de queixas que eles trazem sobre suas mães, o que se perfila implicitamente é a sombra de sua ausência. E sugere que a atitude clássica do terapeuta corre o risco de repetir, por meio do silêncio, a frieza e o vazio da relação que tiveram com a mãe morta. Ele propõe, ao contrário, que o analista funcione como um objeto vivo e interessado, acordado e testemunhando sua vitalidade por meio dos laços associativos que comunica ao analisando, possibilidades privilegiadas no trabalho de AT. É a experiência viva, sentir-se vivo e real, atuante no mundo com sua singularidade, que possibilitam viver uma experiência criativa. Em contraposição à mãe morta, encontrar um at presente com sua pessoalidade pode favorecer, em algum nível, uma experiência de onipotência que, na concepção winnicottiana (1975), corresponde à ilusão do bebê de encontrar aquilo que criou.

Ao pensar em Fábio, a experiência de onipotência, que não pôde ser vivida precocemente com sua mãe biológica e em sua adoção, impossibilitou-o de encontrar /criar seu lugar no mundo. Creio que ele perdeu duas mães. Com o at, ele tentou (re)viver uma experiência de ilusão e onipotência (WINNICOTT, 1975) em diversos momentos. Entre eles, seu interesse por temas místicos, jogos, leituras, andanças pela cidade, pedidos e a convocação do at como participante ativo e interessado. Por outro lado, seu envolvimento desmesurado e seus mergulhos no estudo em assuntos quase incompreensíveis e de alta complexidade marcavam sua impossibilidade de brincar (WINNICOTT, 1975), e um aprisionamento na obrigação de pensar, que Winnicott (1960/1983) nomeou de intelecto dissociado. Essa atividade intelectual supervalorizada corresponde também a uma tentativa de dominar a situação traumática tendo, dessa forma, uma posição ativa frente ao trauma. Fábio esforçava-se em seu desempenho intelectual numa atitude autorreparadora e visava, segundo Green (1980/1988, p. 151), “superar o desespero da perda do seio pela criação de um seio remendado, pedaço de tecido cognitivo destinado a mascarar o buraco do desinvestimento, enquanto o ódio secundário e a excitação erótica formigam na borda do abismo vazio”.

Penso que a primeira e fundamental tarefa do trabalho clínico com Fábio foi tentar refazer, na relação transferencial, o delicado caminho do investimento narcísico traumáticamente interrompido. A partir da proposta clínica de Green e Winnicott, podemos afirmar que a presença balizada pelas necessidades e fragilidades do paciente oferece a condição para que haja uma gradual desidentificação com o vazio. É apenas com a presença e a constância de alguém devotado que um encontro verdadeiro e significativo pode ser inaugurado.

Como consequências dessa marca inicial, impressa pelo complexo da mãe morta e a consequente experiência de vazio, Green (1980/1988) apresenta a perda de sentido, o desencadeamento de um ódio secundário, a excitação autoerótica e, por fim, a busca de um sentido perdido que estrutura o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu.

Em Fábio, podemos perceber a presença do complexo da mãe morta em suas queixas ligadas à sobrevivência e à identidade, sua confusão em relação aos interesses, seu sentimento de superficialidade. Ele era inconstante, visitando emoções opostas com muita rapidez e velocidade; sentia-se uma “alma perdida”, mencionava um enorme vazio, vagava pela cidade sem muita ligação com o mundo e sem muita esperança de ser encontrado. A busca de um sentido perdido que estrutura o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do eu é justamente a consequência para essa falta de sentido.

As intensidades vividas pelo paciente não podiam ser contidas por representações ou pensamentos. O sentido era algo almejado, porém bastante distante para Fábio, apesar de ter muita capacidade intelectual. Contratransferencialmente, o terapeuta vivenciava a falta de sentido e de referências: era difícil lembrar detalhes dos acontecimentos e as histórias vividas com o paciente, o que ficava eram as sensações e afetos intensos. Embora a necessidade de fantasiar e intelectualizar sejam recursos defensivos típicos da adolescência (TARDIVO, 2007), Fábio apresentava soluções megalomaniacas para suas limitações e impossibilidades frente à impermeabilidade e aos ideais dos pais. Green (1980/1988, p. 250) aborda essa solução megalomaniaca decorrente do complexo de mãe morta:

Mesmo imaginando a inversão da situação pelo sujeito que se atribui, numa megalomania negativa, a responsabilidade da mutação, há uma distância impreenchível entre a falta que o sujeito se recriminaria de ter cometido e a intensidade da reação materna. No máximo, ele poderia pensar que essa falta está ligada à sua maneira de ser mais do que a algum desejo interdito; de fato, lhe é interdito ser.

No caso de Fábio, a megalomania buscava compensar – com feitos grandiosos, valores inalcançáveis e um falso *self* relacionado a “gostos” e traços distantes de si – a falha supostamente cometida. Tentava apresentar-se como alguém com valor suficiente para ser aceito e amado pelos pais, uma correção do que ele era. Isso pode ser compreendido como uma tentativa de reanimar a mãe morta, tornar-se interessante para ela, fazê-la sorrir, distraí-la e, assim, ter algum valor reconhecido nesse interjogo narcísico. Mas, justamente por serem valores inalcançáveis, Fábio confirmava sua insuficiência. Agredia constantemente, reagindo à experiência de desprezo dos pais, ao mesmo tempo em que procurava incorporá-los e também atingi-los. Essa manifestação do ódio secundário não era mais apenas um pedido de socorro, era também uma tentativa de dominar os pais e vingar-se deles.

A partir das características expostas nessa narrativa, é possível estabelecer uma relação da condição de Fábio com a organização *borderline* de personalidade. Um vazio insuportável, relações turbulentas, uma identidade e experiência de integridade vacilantes, idealizações, agressividade, compulsão e o ato como meio de descarga, a busca por alguém ou algo que o alivie, além das demais características mencionadas acima, que decorrem desse objeto primário vago e inconsistente, são expressões do sofrimento *borderline* presente em Fábio. Para essa articulação se faz útil a retomada dos elementos estabelecidos por Kernberg (1991, 1995, 2006) como centrais no *borderline*, tais como difusão de identidade, nível de operações defensivas e capacidade de teste de realidade. No caso desse paciente, o que Kernberg estabeleceu como características estruturais é evidente.

Acerca da difusão de identidade em Fábio, sua concepção de si existia somente em função de sua conduta imediata, ele não percebia aspectos permanentes da personalidade ou identidade, de si ou do outro. Fábio sofria, se perdia e empenhava esforço enorme na tentativa de ser, de existir. O resultado geralmente era efêmero e o devolvia para o abismo de onde tentava sair. Experiências desesperadoras para ele e para quem o acompanhava. Suas amizades e alvos de seu apelo não eram bem conhecidas ou eleitas por uma relação (entre pessoas inteiras), mas figuras contingentes vagas com quem esbarrava por alguns dias e se desfaziam a seguir. Fábio apresentava capacidade prejudicada de integrar os aspectos positivos e negativos do outro, que pareciam caricaturas simplificadas, ora com predomínio de aspectos bons, ora maus, como se se tratassem de pessoas diferentes a cada encontro, sem continuidade e contraditórias (inclusive o terapeuta). Em sua busca por preenchimento, alívio, contenção, parecia vagar na noite, perdido em um espaço onde um outro monstruoso, estranho, surpreendente poderia saltar a sua frente, mesmo os velhos conhecidos. Isto o

deixava dramaticamente desorientado. Tais características são próprias do que Kernberg (1991) nomeou de difusão de identidade.

Com relação às operações defensivas, estas se mostravam bastante primitivas em Fábio, centradas na dissociação, clivagem, na qual experimenta uma ruptura do *self*, dividindo a experiência interna entre ódio absoluto ou amor incondicional. A relação de Fábio com seus pais deixava claro esse aspecto. Em questão de minutos, seus relatos pareciam dizer respeito a quatro, oito ou doze pessoas, tamanho o vaivém entre aspectos incompatíveis e opostos, de figuras exemplares e admiráveis a monstros maus e seres omissos. Lançava mão, ainda, da identificação projetiva, o que pode ser constatado nas vivências contratransferenciais do terapeuta, nas quais as intensidades brutas sempre sobrepujaram o sentido. Experimentava também a onipotência e o controle onipotente, como já mencionado na narrativa, com relação a sua megalomania, para logo vivenciar desvalorização, defesas secundárias à clivagem.

Sobre a preservação do teste de realidade, isto é, a capacidade para diferenciar eu / não-eu, Fábio era capaz de empatia com os aspectos sociais vigentes nas relações interpessoais. Em muitos encontros isso era evidente, tanto em nosso contato como na busca do rapaz de se ligar a algum grupo, de adquirir produtos, roupas que pudessem fazê-lo se sentir integrante de algum grupo. Este critério ajuda no diagnóstico diferencial entre estrutura *borderline* e psicótica, de acordo Kernberg (1995). De qualquer maneira, Fábio por diversas vezes manifestou nos encontros ideias deliroides, mas sempre transitórias, em momentos de muito sofrimento, como quando seu quarto era modificado bruscamente sem sua autorização.

Apesar de evidente, é fundamental ressaltar, como angústia sempre presente, o pavor relacionado à perda do objeto, do outro. Fábio lançava apelos direcionados para alguém e paradoxalmente esperançosos. Tinha um movimento de ratificar e buscar transformar sua condição de excluído e desligado da vida dos outros. Invasão e desespero o acompanhavam a cada encontro. Circulava por ambientes que não o protegiam da dor, não havia refúgio. Dos contextos das classes mais baixas e seus elementos identificatórios até os “*playboys* da laia de seus pais”, ele estava exposto a uma sensação de exclusão e desenraizamento. Circulou por diversas religiões, diversas tribos junto com o acompanhante e trilhou inclusive uma busca por suas origens culturais e religiosas, no mesmo momento em que procurou sua mãe biológica.

Fábio era portador de uma lucidez assustadora sobre sua condição, conhecia de forma radical o funcionamento do mundo, suas faltas, sua dor. Tinha interesse em entrar no mundo humano, em uma relação, um grupo, independentemente de qual fosse a porta, seja se relacionando com os “manos” que traficavam e roubavam, seja sendo reconhecido por suas

posses e seu conhecimento sobre coisas luxuosas e sofisticadas. O que ele buscava era ser abrigado, sentir-se alguém, encontrar um lugar num mundo em que a velocidade, as exigências e a polissemia de valores e referências o deixavam paralisado em um lugar de expectador, não de protagonista. Nem coadjuvante se sentia; alcançar essa condição era motivo de intensa felicidade e vitória. Os valores da cultura contemporânea atravessaram esse rapaz sem dar sustentação mínima para sua entrada em algum dos diversos circuitos possíveis de existência social. Isso sempre foi precário, limitado e temporário.

No limite de sua esperança durante essa busca por preenchimento, por ligação, Fábio encontrou a droga, objeto inerte. O outro que ameaça ser perdido ou que já foi perdido em sua experiência era buscado sempre, mas a droga se apresentava com uma potência incomparável de alívio, completude, mesmo que por cinco minutos. Essa manifestação autoerótica é vivida pelo anseio de um prazer sensorial puro, de acordo com Green (1980/1988, p. 250), um prazer de órgão no limite, sem ternura, “sem piedade, que não necessariamente é acompanhado de fantasias sádicas, mas permanece marcado por uma reticência a amar o objeto”. O autor refere que há uma dissociação precoce entre o corpo e a psique, da mesma forma que entre a sensualidade e a ternura, um bloqueio do amor. Aponta que o objeto é procurado pela sua capacidade de desencadear o gozo isolado de uma zona erógena ou de várias, sem confluência num gozo compartilhado por dois objetos mais ou menos totalizados. Fábio adere a um objeto inerte, inanimado, uma experiência solitária e sem interferência de um outro vivo numa relação.

Segundo Gurfinkel (2001), acerca da questão do vazio em relação à adicção, o elemento a ser destacado é a transformação de um objeto destinado a ser um meio de comunicação em um objeto que expressa a negação da separação. Este último necessita ser hiperinvestido e continuamente reiterado, já que do outro lado da relação se encontra o vazio e a ausência de um objeto vivo e significativo, ou seja, lá se encontra uma mãe morta. O olhar precisa ser incessantemente desviado dessa ponta vazia da relação e enfatizar a ligação em si mesmo, ou no objeto transicional tomado como objeto em si. Isso pode ocorrer para sustentar a negação que defende a pessoa de uma queda no vazio e no que Winnicott (1963/1994) chamou de angústias impensáveis.

Certamente a adicção às drogas é um aspecto da vida emocional de Fábio, mas sua experiência não pode ser reduzida a isso. Creio que seu vazio, sua busca são anteriores ao encontro com a droga. A partir de Winnicott (1975), é possível tomar a adicção como um modelo fetichista que pode ser visto na perspectiva de uma patologia na área dos fenômenos transicionais, patologia na qual o uso estruturante do objeto (transicional) se perverte. A

psicanálise anterior a Winnicott propunha apenas duas áreas da existência humana, a realidade interna e a externa. Assim, uma terceira área, que não é inteiramente subjetiva nem objetiva, passou a ser considerada. De acordo com essa teoria, no início, o bebê está num mundo subjetivo, sem diferenciação de eu / não-eu. Com o passar do tempo e com o cuidado oferecido pela mãe suficientemente boa e as experiências que esse cuidado propicia, o bebê vai adquirindo repertório de que tudo o que ele vive, todas as suas experiências, estejam localizadas em uma unidade. Sente-se cada vez mais uma unidade – isso é integração – e, ao mesmo tempo, adquire a noção de tempo e espaço. Isso vai acontecendo gradativamente e todo o tempo. Os objetos e os fenômenos transicionais trazem a possibilidade de simbolização. Para Winnicott, o símbolo é e não é, pois carrega tanto aspectos do subjetivo como da realidade compartilhada, ou seja, de uma parte objetivamente percebida da realidade externa.

Creio que a história de adoção do paciente e a suposta falta de investimento pelos pais em um momento muito precoce possam ter instaurado a experiência de vazio. Infelizmente, boa parte de seu percurso posterior confirma que o paciente teve suas necessidades emocionais pouco reconhecidas ou atendidas devido à dificuldade dos pais de se apropriarem do filho “parcialmente adotado”. Fábio sentia não ser o objeto investido pelos pais; tal objeto seria um filho idealizado que o rapaz percebia não dizer respeito a ele. Certamente, havia afetos positivos e esperança de ambos os lados, porém uma constituição subjetiva permeada por marcas como as expostas neste capítulo implica necessidades bastante difíceis de serem supridas, principalmente num percurso com tantos desencontros como o dessa família. É sobre o tema do fracasso da transicionalidade que o trabalho seguirá no próximo capítulo, condição que permite relacionar a organização *borderline* de personalidade e as adições em uma raiz etiológica aproximada.

7 DISCUSSÃO

7.1 O colapso da transicionalidade

Neste capítulo torna-se útil retomar a condição dos tempos atuais, marcado pela perda ou transformação rápida de códigos e referências de valor, desestruturação de laços comunitários, o isolamento e solidão que contribuem para a formação de egos frágeis, incapacitados de suportar a tensão e sofrimento e que não podem contar com um outro. De acordo Fuks (2003), essa condição social gera desequilíbrios e emergências que levam o sujeito a perdas afetivas e narcísicas. Um destaque desse sofrimento é o mecanismo de recusa da realidade, interna ou externa, de aspectos da realidade social e do corpo. Isso pode se expressar de maneira mais radical ainda na incapacidade de reconhecer a necessidade do outro e a complexidade intrínseca às relações intersubjetivas. É nesse mundo que pessoas acometidas por graves sofrimentos emocionais, como adicção e organização *borderline* de personalidade, são constituídas. Pessoas que costumam cercar-se de objetos-fetichê, muito parecidos com objetos de consumo, e que mantêm com eles relações adictivas. Segundo Fuks (2000, 2003), tais relações, com objetos inertes ou não, decorrem do esvaziamento da fantasia, sendo a imaginação e o sonho sobrepujados pelo domínio da sensação sobre a experiência. Apartados por um isolamento social, essas pessoas sofrem em solidão. Muitas das relações sociais e afetivas se configuram de forma funcional para suprir necessidades de sobrevivência, e no campo erótico tornam-se meros geradores de sensação. Assim, tais relações tendem a ser ao mesmo tempo múltiplas e substituíveis.

Fábio pode ser visto, de forma emblemática, como um sujeito contemporâneo adoecido, isto é, como uma lente de aumento radicalizada de muitos dos padecimentos que se podem viver na atualidade. É um candidato a estados de perda e exclusão encerrados em um círculo vicioso. O paciente e também seus pais foram submetidos às exigências de autonomia e sucesso coincidentes com nossa época. O sofrimento dos três está inserido num dramático circuito narcísico, numa lógica de consumo que transforma tanto o outro quanto os bens de consumo em suprimentos narcísicos (FUKS, 2003). Os pais, possivelmente movidos por esperança e por uma promessa de restituição narcísica, acabaram por encontrar um filho que não foi exatamente adotado, foi “adquirido” com a exigência prévia de uma retribuição. Fábio teria que realizar um percurso e atingir metas para que tal aquisição fosse compensatória. Essa

condição dos pais, inseridos nas exigências do mundo contemporâneo e portadores de fragilidades e dores pessoais, levou-se a buscar um filho que atendesse a suas necessidades, não um filho sonhado e com margens suficientes para trilhar uma existência própria.

Dessa forma Fábio, apesar de toda a ambivalência e a presença de afetos bons e verdadeiros dos pais, foi adotado para suprir uma falta, na qual esse filho, com características próprias, com um rosto diferente do deles e uma origem também diferente, foi mais um “objeto de consumo” para aplacar um sofrimento do que uma criação gestada a dois. A concretude dessas necessidades não permitiu espaço para que a relação com esse filho se desse na área da ilusão, região da vida humana onde é possível encontrar aquilo que se cria, ou vice-versa. Área onde o filho sonhado, e portanto criado, pode ser encontrado em suas particularidades, com espaço para que as diferenças afluam, criem encanto e surpresa. Tal conquista impede que a vida siga em um *script*, roteiro traçado para remendar buracos vazios, necessidades que condenam à impossibilidade, avesso da criação e da criatividade. Há um colapso da transicionalidade.

A partir da experiência de Fábio é possível pensar que tanto a organização *borderline* de personalidade quanto as adições decorrem de falhas na constituição do que Winnicott (1975) chamou de espaço potencial. A transicionalidade é uma ampliação do conceito winnicottiano de objeto transicional. Ela se dá em uma terceira área da experiência humana, que não é totalmente subjetiva nem objetiva. É nessa área onde acontece o brincar como posição existencial que a capacidade criadora surge como uma transição que pode evoluir para as experiências culturais, religiosas e a possibilidade de uma vivência autêntica e ao mesmo tempo compartilhada.

Nesse processo, tanto a mãe intrusiva como a mãe que abandona impedem a criação desse espaço potencial. A mãe intrusiva pode impedir o bebê de ter experiências por sufocá-lo; a mãe que abandona impede a criança, por falta de *holding*, de criar meios para tolerar o afastamento ou usar⁸ objetos como recursos provisórios. Acerca desse impacto, Paulina Kernberg, citada por Outeiral (1993, p. 71), afirma:

Não é surpreendente que crianças *borderline* que não desenvolveram um sentido positivo de *self* em relação a um objeto positivo (no contexto de uma experiência de conforto e prazer com a mãe) não adotem um objeto transicional na fase dos oito aos vinte e quatro meses, ou um de qualidade apropriada, isto é, um objeto experimentado na *gestalt* da experiência materna (como a ponta do lençol, fralda ou brinquedo macio). Pelo

⁸ O termo uso de objeto em Winnicott significa criar e encontrar. Só pode ser usado aquilo que foi criado e encontrado pelo bebê.

contrário, estas crianças tendem a continuar “penduradas” na sua mãe, procurando experiências simbióticas positivas ou reabastecimentos positivos. Tendem também a representar suas relações com “a mãe má da separação”, vinculando-se a objetos inanimados, como uma criança que tinha como objeto transicional um telefone, que levava consigo onde quer que fosse. Além disso, os objetos transicionais das crianças *borderline* reproduzem caracteristicamente as imagens do *self* ou imagens e ideias semelhantes ao companheiro imaginário, em contraste com os objetos transicionais que refletem uma interação mãe-filho positiva.

Essas falhas excessivas do ambiente podem ocasionar uma dificuldade da criança de representar objetos internamente. Nesse colapso do espaço transicional emergem um vazio angustiante e a tendência a ocupá-lo. Diversos estados patológicos na área dos objetos e fenômenos transicionais são descritos por Winnicott (1975). Em contextos de perda e separação o autor chama a atenção para o modo como a separação pode influenciar os fenômenos transicionais. Falhas como a ausência materna excessiva podem acarretar a impossibilidade de representação interna da mãe, sua figura se esmaece.

É nesse ponto que os conceitos aqui estudados articulam-se: tanto o paciente *borderline* quanto o adicto padecem pela perda do objeto e vão em busca de preenchimento e reencontro de forma excessiva através da ação. Esse agir – que surge no lugar e na impossibilidade de representar, criar, fantasiar e sonhar, capacidades viabilizadas pelo espaço potencial – foi conceitualizado por Gurfinkel (2001) como colapso do sonhar, aspecto da falência desse espaço intermediário. Para o autor (2006), nessa situação, o sonho, a fantasia, a criação e o brincar perdem lugar para uma tendência de “coisificação” (GURFINKEL, 1995, 2001) da experiência subjetiva.

Um sonhar pleno, no qual a função onírica/ transicional está preservada, comporta a atividade simbolizante, um sono povoado por objetos oníricos, no qual a realidade externa passa a fazer parte da vida onírica. Sono pleno descrito como aquele preenchido de experiência psíquica, que dá sustentação ao espaço potencial do criar e do viver. De acordo com o autor, a presença de objetos não constitui, no momento da criação desse espaço potencial, um “alimento para o desejo”, mas uma presença fundamental para a sustentação desse espaço, descrito por Winnicott (1975) em seu livro *O brincar e a realidade*. Trata-se de um momento anterior na constituição da subjetividade, no qual o que está em jogo não é o desejo, e sim a constituição de alguém, a partir do seu próprio ponto de vista. Fábio, tanto no sentido concreto quanto metafórico, tinha dificuldades de sonhar, brincar. Segundo Winnicott (1975, p. 151-152):

Existe em muitos um fracasso de confiança que restringe a capacidade lúdica, devido às limitações do espaço potencial; do mesmo modo, existe para muitos pobreza de brincadeiras e de vida cultural, porque, embora encontrem lugar para a erudição, houve um relativo fracasso por parte daqueles que, fazendo parte do mundo da criança, falharam em fornecer a ela elementos culturais nas fases apropriadas do desenvolvimento da personalidade.

O apelo nos atendimentos de Fábio era por isso, por brincar, mesmo que por vezes estivesse tomado por um falso *self* que o afastava justamente dessa possibilidade. Tinha vontade de sonhar, mas não encontrava um terreno sustentável para isso. A possibilidade de contar com o sonho e com o outro como forma de produzir maneiras intermediárias de significação e “proteção” estão relacionadas ao que Winnicott (1963) nomeou como “angústias impensáveis”. No caso de Fábio, essa possibilidade falhou ou entrou em colapso. O termo diz respeito, como já mencionado, a uma defesa contra o impensável, falha na organização do Eu, ou desmoronamento dessa organização. O medo do colapso é na verdade o medo de algo que já aconteceu, mas que não pôde ser experimentado, simplesmente porque não havia alguém constituído a partir de seu próprio ponto de vista. Para ser possível viver uma experiência é preciso que haja uma pessoa inteira, um “*self* unitário”.

Essa concepção possui um aspecto interessante, que é possível relacionar com a vivência de Fábio: algo (invasão de *self*) não pôde ser vivido, por ter acontecido em um momento precoce de não discriminação eu / não-eu, e nenhum “aparato” ou recurso psíquico pode ser desenvolvido como forma de conter ou “elaborar” as angústias que surgem com acontecimentos radicais nesses momentos iniciais da constituição do Eu. Um sonho, por exemplo, não ocorre, porque não são angústias representáveis que estão em jogo, mas angústias impensáveis que remetem ao medo de cair para sempre, não habitar o próprio corpo, não sentir-se vivo e real, não ser capaz de relacionar-se com objetos.

Assim, o termo colapso do sonhar (GURFINKEL, 2001) diz respeito a um estado que se instala quando a função onírica deixa de operar ou ocorre de forma insuficiente. É possível relacionar essa falha com a “série branca” apresentada por Green (1988) em seu texto sobre o complexo da mãe morta. A angústia, o luto ou a psicose “branca” (ou em branco) dizem respeito aos buracos deixados no psiquismo por uma perda objetual irreparável e impossibilitada de elaboração, uma representação da negatividade. O “sono branco” descrito por Gurfinkel, sono sem sonhos decorrente dessas falhas, não serve de *setting* para o sonhar, configurando um lugar de ausência no qual o espaço potencial deixa de existir.

O sonho é campo necessário e função essencial para que se opere o trabalho de luto positivo, condição prejudicada no sujeito *borderline* e no adicto. O que parece estar em questão no caso deste paciente não é uma condição unicamente marcada pela perda de um objeto, mas principalmente algo anterior, a constituição de um Eu capaz de abarcar e simbolizar a experiência da perda. Isso não se verifica na noção de colapso descrita anteriormente. Como a perda não pode ser vivida como privação ou destruição de um objeto, o trabalho de luto, assim como de elaboração e separação, tornam-se impossíveis, de modo que a perda atinge o sentimento de si e a “continuidade do ser”. Um *setting* que reedite a ausência para pacientes como Fábio pode reproduzir a relação primária com uma mãe morta, adverte Green (1988). Conforme já foi dito, o autor sustenta que o luto e o desinvestimento brutal da mãe são vividos como uma catástrofe pela criança e provocam, além da perda do amor, uma perda de sentido, pois ela não dispõe dos recursos para entender o que aconteceu. Ou seja, a criança vivencia a invasão ambiental pela ausência emocional de uma mãe viva e real, o que produz efeitos mortíferos para o paciente.

Não é possível saber o que ocorreu de fato na vida precoce de Fábio, porém as marcas emocionais apresentadas por ele dão elementos para inferir uma falta profunda, algo essencial que não aconteceu. Possivelmente Fábio não foi sonhado. Na relação com a mãe biológica, talvez tenha sido oferecido à adoção por uma concretude extrema das adversidades da vida, clandestinidade da gestação, entre outras limitações que não permitem lugar ao subjetivo face a uma realidade externa imperativa. Com a adoção, sua nova mãe possivelmente fantasiou ou devaneou (WINNICOTT, 1975) esse filho que não foi sonhado. O sonho não é totalmente mundo subjetivo, pois se constitui a partir de elementos da realidade, do vivido, uma visita transicional da realidade ao dormir. Talvez a mãe adotiva tenha se relacionado com um filho totalmente (objeto) subjetivo. Um filho sonhado carrega a experiência subjetiva da mãe, a história de sua família, mas considera o filho encontrado, cria e encontra, ou seja, sonha com essa pessoa. Sua história pessoal apresenta o abandono concreto e simbólico, presença e ausência de duas mães. Viveu primeiramente um abandono da mãe biológica, foi adotado, porém continuou sem um lugar que pudesse suprir suficientemente sua necessidade. Essa ausência leva ao prejuízo da simbolização, oscilações extremas na vida pulsional, nas organizações do *self* e nas relações de objeto, além das características estruturais da organização *borderline* de personalidade (KERNBERG, 1991), que podem ter relação com um colapso dos fenômenos transicionais. Para contextualizar esse colapso e sua relação com a personalidade *borderline* e as adições, torna-se necessário retomar o caminho percorrido por uma pessoa para se constituir.

Conforme mencionado, há teóricos como Bergeret (1998) que não concebem o *borderline* como uma estrutura propriamente, mas como uma nova forma de organização com elementos que se encontram em outras estruturas, pois a personalidade *borderline* possui uma organização cuja marca particular é precisamente a falta de estruturação psíquica. Por outro lado, há outra corrente que compreende o *borderline* como uma *singularidade estrutural*. Para Kernberg (1975, 1991, 1995, 2006), esses pacientes apresentam uma dinâmica instável, com oscilações dos sentimentos de amor e ódio, euforia e desânimo. Essa turbulência e inconstância são decorrências de suas angústias centrais: de abandono e de invasão.

Pela falta de fronteiras bem estabelecidas, o limite entre a realidade externa e interna tem seus contornos esfumados. Esse limite precisa ser suficientemente investido e habitado para que se constitua o senso de realidade (FIGUEIREDO, 2003), pois sua falta ou inconsistência não promove a coesão do eu. É justamente a falta de coesão do eu ou a difusão de identidade (KERNBERG, 1991) um dos principais elementos da organização *borderline* de personalidade. Isso se dá em decorrência da inconstância na relação precoce entre a mãe e seu bebê, uma perturbação na transição da relação fusional de indiferenciação para o estágio em que o bebê vai aos poucos conquistando a capacidade de discriminar dentro e fora, eu / não-eu. Há, portanto, uma impossibilidade de preenchimento do vazio com fenômenos e objetos transicionais (WINNICOTT, 1975). Essas sucessivas falhas acarretam uma dificuldade de trânsito pelos espaços psíquicos, pelos limites eu / não-eu, e a ausência do “entre” prejudica a constituição do *self*. Dessa condição decorre a inconstância objetal que gera uma relação instável com o objeto, por vezes experimentado como excessivo e com presença insuportável. Outras vezes, é sentido como ausente e excessivamente distante, muito idealizado e grandioso ou muito desvalorizado e depreciado. Essa condição emocional se traduz em grande turbulência “tudo ou nada”, com oscilação afetiva e pulsional (FIGUEIREDO, 2003), atuações violentas e uma organização que pode gerar um Eu grandioso ou enfraquecido e diminuído.

É a constituição e o uso do objeto transicional que permitem vivenciar a mãe como presente e ausente ao mesmo tempo. A conquista dessa capacidade fornece à criança a condição de abrigar as ambivalências de uma relação com o outro. Essa falha na relação mãe-bebê prejudica a transição da criança de um estado em que está indiferenciado para outro no qual há experiência possível de separação. Tal dificuldade pode ser compreendida como origem do sofrimento *borderline* em se relacionar com o outro. Com o colapso dessa passagem, o *self* pode ficar congelado pelo olhar de uma mãe “morta ou morta-viva”, cuja ausência e presença se alternam de forma imprevisível e assustadora, o que pode ser ainda

mais perturbador. Tal perturbação impede que representações, simbolizações e relações intersubjetivas sejam inauguradas. A impossibilidade de transição de um estado indiferenciado para outro de separação impede a constituição do espaço potencial, com a importante consequência do colapso e impossibilidade da simbolização. Essa incapacidade de simbolização impede o eu de se separar dos objetos, principalmente dos primários, tornando esse sujeito escravo da angústia de perda ou de ser tomado pela presença excessiva do outro.

A perda do objeto primário, assim como a incapacidade de habitar o espaço intermediário da experiência humana, pode levar essa pessoa a viver uma descontinuidade de seu existir e resultar na incapacidade de estar só (WINNICOTT, 1982). O vazio e o medo do abandono podem gerar uma relação de dependência anaclítica, que pode sufocar e afastar os objetos. Essa dependência, uma adicção ao outro que sempre escapa, condena esse sujeito a uma relação desesperada de consumo, uma adesão maciça ao objeto e o impede, em geral, de ter uma experiência completa (WINNICOTT, 1975).

Fábio mostrava constantemente essa adesão desesperada, a busca por um outro, algo ou alguém que sempre escapava. Seus desatinos em direção às presenças, olhares, provas de amor e existência não cumpriam a promessa de garantir um outro presente, passível de ser usado e minimamente constante. Ele não constituía encontros de fato, nos quais o uso do objeto se faz possível, mas mantinha contatos transitórios e efêmeros, sentia-se quilometricamente afastado de seus pais. Winnicott (1975) oferece um exemplo de duas situações em que é possível diferenciar a capacidade de usar ou não uma relação no desenvolvimento inicial de uma pessoa. Na primeira situação, um bebê se relaciona com um seio que é objeto subjetivo⁹; na outra, outro bebê faz uso do seio como alteridade. Nas palavras do autor (1975, p. 124):

Em termos clínicos: dois bebês estão sendo amamentados ao seio. Um deles se alimenta do eu (*self*), visto que o seio e o bebê ainda não se tornaram (para o bebê) fenômenos separados. O outro se alimenta de uma fonte diferente-de-mim, ou de um objeto que pode receber um tratamento desdenhoso, sem efeito para o bebê, a menos que ocorra a retaliação. As mães, como os analistas, podem ser boas, ou não suficientemente boas; algumas podem fazer o bebê passar do relacionamento ao uso, ao passo que outras não o conseguem.

Fábio parece não ter atingido a capacidade de usar objetos e pessoas do mundo satisfatoriamente, nesse sentido. Devido a sua desestruturação e necessidades pungentes,

⁹ “O termo objeto subjetivo foi utilizado para descrever o primeiro objeto, o objeto ainda não repudiado como um fenômeno não-eu” (WINNICOTT, 1975, p. 114).

encontrava nos encontros com a namorada e com o at uma resposta minimamente viva aos seus apelos, porém sua angústia era aplacada apenas momentaneamente. ele sofria com o medo da perda dessas figuras também, em momentos de separação, na ausência experimentada como inexistência do outro, parecia não poder contar com nada, tamanha a radicalidade de seu vazio.

A busca pelo outro e pela droga parecem ter a mesma função, porém a droga não é uma pessoa, não tem rosto, não responde a apelo algum. É uma presença pela intensidade, porém não humana. Nessa passagem, o paradoxo alívio / desesperança o lançava em um labirinto, círculo vicioso que o afastava ainda mais do objetivo / objeto inicial, a busca pelo outro – no caso da droga, objeto que se coisifica. Essa procura por algo ou alguém interna e externamente indisponível falha justamente pela ausência de um registro intermediário da experiência e é acompanhada por um sofrimento no qual a adicção torna-se clara.

No caso das adicções, o que se observa é a existência de um laço adictivo precoce como expressão do colapso do objeto e dos fenômenos transicionais. De acordo com Winnicott (1975), quando tudo corre bem, o uso de objetos como fralda, cobertor, urso de pelúcia, chupeta permite que a criança suporte a separação gradual da mãe. Quando algo falha com mais gravidade do que o bebê tem capacidade de suportar, não há como conter intensidades afetivas extremas e excitantes. Com isso, não é atingida a capacidade para estar só na presença de outro e, dessa forma, a presença física e concreta da mãe é reiteradamente exigida. Como no caso dos pacientes *borderline*, há uma impossibilidade de contar com um recurso intermediário que possibilite a experiência da presença na ausência. Se há uma mãe ou ambiente que falha, uma mãe morta (GREEN, 1988) ou inconstante demais, o objeto subjetivo não pode ganhar vitalidade e passar da relação de objeto ao uso deste. Segundo Winnicott (1975, p. 24), o uso do objeto transicional só ocorre quando o objeto subjetivo está vivo, é real, suficientemente bom e não muito persecutório. Tal objeto “depende, quanto às suas qualidades, da existência, vitalidade e comportamento do objeto externo”. A ausência dessas condições tem como consequência a transformação do objeto transicional em objeto-fetichismo e permanece como marca na vida erótica no adulto (WINNICOTT, 1975, p. 24), podendo inclusive manifestar-se como adicção.

Nesse percurso, o autor apresenta tipos de falhas do ambiente, como a ausência – excessiva para o bebê – do objeto externo, a forma como a separação do objeto transicional é promovida e o caso de a mãe se tornar o próprio objeto transicional. Essas falhas ambientais podem acarretar a constituição de um ego frágil com enorme dependência da presença da mãe ou do outro, problemas na personalização, ou seja, a experiência de habitar o próprio corpo,

cisões que ocorrem internamente ou mais radicalmente na ruptura da integridade psicossomática. Essa compreensão do desenvolvimento emocional evidencia que o fenômeno da adicção não se define pelo objeto droga ou qualquer outro nesse lugar, mas por uma constituição inicial de precariedade e falta de algo que não se formou suficientemente bem. Essa constituição, no encontro com o objeto de adicção, leva a uma relação adictiva pela busca inicialmente esperançosa por algo que deveria ter acontecido e não ocorreu. Uma busca de cura que pode ser pervertida e nunca completada, constituindo uma patologia. No caso de Fábio, ele parecia viver a relação esperança / desesperança de forma paradoxal, pois ambos os sentimentos coexistiam dolorosamente em sua busca. A cada novo contato com possíveis amigos, a cada uso de maconha ou *crack*, novo interesse ou atividade, vivia uma alegria, mas parecia já saber que tal experiência seria descartada e que não poderia contar com ela como permanência.

Novamente é possível traçar um paralelo entre as características da organização *borderline* de personalidade com esse processo de constituição. Os conceitos de difusão de identidade, as operações defensivas e a angústia de separação ou perda do objeto apresentadas por Kernberg (1991, 1995, 2006) se aproximam da condição dos pacientes em casos de adicção. Em Winnicott (1975, p. 30-31), ao apresentar a psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais, cuja angústia que se destaca também é a ameaça de perda do objeto e separação, encontra-se:

Dei bastante ênfase à normalidade dos fenômenos transicionais. Não obstante, existe uma psicopatologia a ser discernida no curso do exame clínico dos casos. Como exemplo do manejo pela criança da separação e da perda, chamo a atenção para o modo como a separação pode influenciar os fenômenos transicionais. Como se sabe, quando a mãe, ou alguma outra pessoa de quem o bebê depende, está ausente, não há uma modificação imediata, de vez que o bebê possui uma lembrança ou imagem mental da mãe, ou aquilo que podemos chamar uma representação interna dela, a qual permanece viva durante certo tempo. Se a mãe ficar longe por um período de tempo além de certo limite medido em minutos, horas ou dias, então a lembrança, ou a representação interna, se esmaece. À medida que isso ocorre, os fenômenos transicionais se tornam gradativamente sem sentido e o bebê não pode experimentá-los. Podemos observar o objeto sendo descatexizado. Exatamente antes da perda, podemos, às vezes, perceber o exagero do uso do objeto transicional como parte da *negação* de que haja ameaça de ele se tornar sem sentido.

Uma possível discriminação dessas falhas na transicionalidade entre os pacientes *borderline* e adictos consiste justamente na negação da perda do objeto no caso da adicção. Um uso extremado do objeto tende a surgir como defesa contra a ameaça de perda e de vazio.

Há assim um distanciamento entre o objeto e sua finalidade na adicção, o bebê ou o adulto adicto já não sabe mais o que lhe falta. A droga ou outro objeto pode perpetuar uma busca e aplacar provisoriamente uma falta, mas condena o sujeito a não preencher esse espaço intermediário vazio. O paciente *borderline* possivelmente não vive uma negação tão extrema da falta do outro. Nesse caso, permanece em contato com a dor e a busca é relativamente mais próxima do objeto que faltou, porém não se trata só de uma falta do objeto. Trata-se da falta de um registro de experiência intermediária em que o outro possa ser abrigado, retido, criado e encontrado. Outro que é tanto realidade externa quanto objeto subjetivo, conciliação que permite o uso, a presença criativa, a vivência de compartilhar e estar em comunidade (BOSI, 1994; SAFRA, 2004). De qualquer maneira, na busca pelo objeto, o outro pode ser tomado como coisa, objeto de consumo, em um movimento que pouco considera a alteridade e a dimensão intersubjetiva do encontro. Conforme mencionado, isso leva o *borderline* a uma procura frenética por um outro, mas que não é alteridade buscada por suas características subjetivas. Pode ser mais um objeto transitório tomado para aplacar um desespero de perda e desestruturação, ou podem ser vários objetos, sucessivamente substituídos pelo não cumprimento da necessidade original. Nesse ponto, apesar das diferenças apontadas, essas duas condições psicopatológicas podem ter ponto comum no traço adictivo da relação com os objetos. Mesmo no caso *borderline*, que busca uma pessoa e não necessariamente uma coisa inanimada, o paciente pode tomar pessoas como coisas. Aliás, como no caso de Fábio, essas duas formas parecem coexistir. Por caminhos diferentes, tanto o paciente *borderline* quanto o adicto parecem estabelecer relações adictivas como tentativa de amenizar uma falta dolorosa. De acordo com Gurfinkel (2007, p. 18):

Ora, na toxicomania e nas adicções em geral observamos justamente uma fixação exacerbada a um objeto, que é buscado incessantemente como única fonte de prazer para o indivíduo. A droga, para o toxicômano, é uma espécie de objeto-fetichismo. Essa aderência da libido é tanto mais enigmática quando se nota que o objeto da adicção é dificilmente associável a qualquer outro da história do indivíduo, sendo questionável supor aqui um simples mecanismo de deslocamento – vale lembrar que o adicto, de tempos em tempos, pode trocar seu objeto de “consumo”, e que nessa troca em geral não encontramos qualquer nexo significante. Podemos arriscar a hipótese que a adicção é um fetichismo em sua forma mais pura, destituído de sentido simbólico, como se qualquer conexão significante tivesse sido desligada. Sobreviveu apenas o ato e a repetição compulsiva que o anima; sobrou o ato sem sentido dramático, sem cenário nem enredo.

Segundo esse autor, Winnicott, em sua teoria dos objetos transicionais, compreende o fetichismo como modelo para pensar as adicções sob um novo paradigma. Em suas palavras:

O que me parece ainda mais importante neste modelo de Winnicott é a possibilidade de pensar não apenas o fetichismo ou a toxicomania, mas uma “doença” fundamental da relação do sujeito com a realidade – patologia na área dos fenômenos transicionais –, que conduz ao uso fetichizado dos objetos e à inversão potencial entre sujeito e objeto, tornando-se o primeiro um sujeito quase, semimorto ou semivivo, escravo de um objeto metamorfoseado em coisa, portadora esta de atributos que seriam próprios do homem (GURFINKEL, 2007, p. 21).

Para ilustrar essa patologia no campo da transicionalidade, Winnicott (1975) apresenta o caso de um menino de sete anos no Departamento de Psicologia do Hospital Paddington Green em 1955, conhecido como “o menino do cordão”, que desenvolveu adicção às drogas na adolescência. Após entrevista inicial com os pais, Winnicott atendeu o garoto em consulta terapêutica com o jogo do rabisco (WINNICOTT, 1964), na qual o menino desenhou cordões, chicotes, ioiô, nós, laços. Isto chamou a atenção do psicanalista, que em entrevista posterior com os pais soube que esse curioso interesse vinha ocorrendo com frequência, e que sempre encontravam mesas e cadeiras amarradas pelo filho. Certa vez encontraram sua irmã menor com o cordão amarrado ao pescoço, fato que os preocupou. Os pais haviam relatado as várias separações pelas quais o menino passara, relacionadas inclusive ao nascimento dessa irmã e à ausência da mãe, por depressão e internação. Pode-se compreender que o menino sofreu as consequências de uma mãe emocionalmente morta por um período de sua vida, fato que deixou suas marcas na constituição emocional da criança.

A família residia no interior da Inglaterra e por isso o garoto não teria possibilidade de seguir um tratamento psicanalítico convencional. Winnicott (1975, p. 33-34) acreditou na condição dessa família de empreender o cuidado do filho e orientou:

[...] expliquei à mãe que o menino estava lidando com um temor de separação, tentando negá-la através do uso de cordões, tal como, através do uso do telefone, se negaria à separação de um amigo. Ela se mostrou cética; disse-lhe, porém, que, se viesse a encontrar algum sentido no que eu estava dizendo, gostaria que debatesse o assunto com o menino em alguma ocasião conveniente, comunicando-lhe o que eu dissera e depois desenvolvendo o tema da reparação de acordo com a reação dele.

A mãe retornou após seis meses e contou o que havia acontecido. Certa noite, apesar de ter achado ridículo o que Winnicott havia proposto, abordou o tema com seu filho e o descobriu ávido por falar desse assunto, seu relacionamento com a mãe e seu medo de que ela viesse a faltar. Recordaram juntos as várias separações pelas quais passaram e, depois disso, o

“brincar” com cordões parou. Semelhante conversa ocorreu em outras ocasiões e a mãe pôde perceber que a separação mais importante foi a perda dela, durante sua depressão. Há diversos outros detalhes nesse caso que podem ser facilmente acessados na obra de Winnicott (1975, p. 31-37). No presente contexto, porém, torna-se importante abordar sobretudo os comentários do psicanalista sobre esse atendimento, que apresentam elementos sobre a etiologia da perversão e do uso de objetos-fetice, pertinentes para abordar o tema das adições e da personalidade *borderline*.

O autor (1975, p. 36) considera o cordão “como uma extensão de todas as outras técnicas de comunicação”. Quando sua utilização é excessiva, pode indicar tanto sentimentos de insegurança ou de uma falta de comunicação. Nesse caso, a função do cordão se perverte, e modifica-se de “comunicação para negação da separação. Como negação, o cordão se torna uma coisa em si, algo que possui propriedades perigosas e necessidades que precisam ser dominadas”. É importante frisar que no início essa utilização do cordão continha esperança. Nas palavras do próprio Winnicott (1975, p. 36):

Quando a esperança está ausente e o cordão representa uma negação da separação, surge então um estado de coisas muito mais complexo, um estado que se torna difícil de curar, por causa dos ganhos secundários oriundos da perícia que se desenvolve sempre que um objeto tem de ser manuseado a fim de ser dominado.

De acordo com Gurfinkel (2007), nesse processo o objeto passa a ter propriedades mágicas e se torna uma “coisa em si”, como defesa frente à ameaça de aniquilamento. Quando tudo ocorre bem no desenvolvimento infantil e há uma experiência positiva na área dos fenômenos transicionais, o mundo da criança ganha um colorido no qual é possível sentir-se vivo, real e capaz de imprimir seu gesto singular. Quando essa condição é conquistada, torna-se possível fazer uso de fato dos objetos, ou seja, há a passagem da relação para o uso de objeto. Dito de outra forma, há uma experiência transicional na qual se pode criar / encontrar a realidade e seus objetos. Essa conquista oferece uma base de sustentação que permite ao sujeito habitar a área da ilusão. Quando essa conquista não se completa, há uma iminência de quebra do *self* e uma adesão maciça ao objeto. Nas palavras de Gurfinkel (2007, p. 20):

Trata-se de uma integridade reativamente mantida por uma espécie de respiração artificial por sobre o objeto, já que no estágio de dependência não há sobrevivência do sujeito sem a realidade do objeto. Esta estratégia de sobrevivência cristaliza o indivíduo no instante da iminência do colapso, e com uma eficácia defensiva de uma verdadeira couraça, que merece

admiração. O passo seguinte que é assim evitado – daí o mecanismo de negação – é a queda no vazio do desinvestimento, tanto do objeto como do *self*. E Winnicott conclui: “esse caso, portanto, será de interesse especial se tornar possível a observação do desenvolvimento de uma perversão”.

O “brincar” com cordões, barbantes, chicotes, ioiôs, relaciona-se com ligação / separação, como forma de comunicação esperançosa, mas no caso desse garoto, o exagero apresentava a falta de comunicação, o medo, a angústia de separação que era negada pelo exagero compulsivo. Como já foi dito, nesse caso o objeto tem seu uso pervertido e torna-se objeto-fetice. Gurfinkel (2007) apresenta a análise de uma patologia derivada da “relação de objeto” e do colapso do objeto transicional, que ajuda a compreender a gênese da adicção e seu desenvolvimento. Há portanto, nessa compreensão, uma teoria que permite conceber uma condição emocional que predispõe o sujeito às adicções de forma geral, como consequência do colapso da transicionalidade.

Nesse momento vale a pena lembrar a condição de Fábio. Ele dedicava horas extenuantes ao estudo de assuntos incompreensíveis, meditações e rituais religiosos noite adentro, solicitava a presença dos pais (a mãe principalmente) para que ela ficasse abraçada a noite toda a ele, ligava compulsivamente para a namorada, buscava por sexo com prostitutas ou estranhas em momentos de maior angústia, consumia maconha praticamente de hora em hora. Havia um aparente hiperinvestimento nos objetos, mas não um uso de objeto de fato.

É pertinente retomar o conceito de adicção, definido acima pelo uso que se faz do objeto e não pelo objeto que se usa. Assim sendo, uma toxicomania ou a organização *borderline* de personalidade podem constituir formas adictivas decorrentes desse colapso, nas quais o objeto varia de uma pessoa até uma pedra, porém seu uso parece ser muito próximo em ambos os casos. É interessante observar que, nas adicções, a variação se dá em um gradiente que vai do mais humanizado (pessoas de fato) para o mais coisificado (como a pedra de *crack*). Quando o cordão quebra é possível surgir pedra-cordão, jogo-cordão, compra-cordão, sexo-cordão, comida-cordão, internet-cordão e pessoa-cordão. Na tentativa de integração, aproximação da organização *borderline* de personalidade e adicções, torna-se importante evocar o conceito de relação adictiva (McDOUGALL, 1992) como elo de compreensão possível da dor e da psicodinâmica nesses casos.

7.2 Relações adictivas

Para traçar uma aproximação entre organização *borderline* de personalidade e a adicção, vale inicialmente apresentar a ideia de relação adictiva para compreender a necessidade das condutas adictivas em determinadas pessoas. Esse conceito, criado por McDougall (1992), diz respeito à adicção a um objeto específico, adicção ao outro. Para a autora, o vício no outro consiste em uma forma de relação compulsiva, um modelo para pensar as adicções. Segundo Gurfinkel (2011), este é um fenômeno clínico comum, que consiste em uma dependência patológica em relação ao outro, que vai além de um “tipo de caráter” (FREUD, 1931; McDOUGALL, 1992; GURFINKEL, 2011) e constitui um modo patológico de relação, comparável à perversão. Nesses casos, o outro pode ser desesperadamente tratado de forma violenta, sem que seja reconhecida sua alteridade. Porém, no caso das relações adictivas, não há necessariamente uma sexualidade de caráter perverso, parcializada, dissociada e excessiva. É fundamental ressaltar que se trata, nesses casos, de uma problemática que se relaciona à perda do objeto e se manifesta em relacionamentos adictivos (GURFINKEL, 2011), condição dos quadros estudados nesta pesquisa. Como abordado anteriormente, trata-se de uma impossibilidade de luto e elaboração da perda, estado próximo da melancolia. Contudo, diferentemente do melancólico, nas relações adictivas não ocorre uma identificação com o objeto perdido para retê-lo internamente, mas uma perda de fato. Com isso, a qualidade subjetiva do objeto se torna vaga e distante. No caso desse tipo de relação, não é a “sombra do objeto” (FREUD, 1917/1996) que cai sobre o ego, mas a sombra do vazio. Segundo Gurfinkel (2011, p. 386-387):

Diante da perda do objeto, a tendência a um refluxo da libido para o Eu é considerável, e a impossibilidade de um reinvestimento em outros objetos e no mundo fica bastante reduzida. Na paixão adictiva, observamos este mesmo ponto vulnerável: há também um caráter narcisista neste amor, já que ele é em grande parte alimentado pela necessidade de sustentar quase que alucinatoriamente – e a qualquer custo – o ideal que o Eu se sente tão incapaz de alcançar. Nos bastidores do amor tóxico, se encontra uma grande precariedade do amor-próprio [...]. A adicção pode ser descrita, pois, sob este ponto de vista, como uma doença do difícil equilíbrio entre investimento no objeto e investimento no Eu; nela, o Eu fica devastado e esvaziado pela paixão.

Assim, nessa modalidade de relacionamento, o sujeito se encontra à beira da desestruturação, diminuído e dependente, ao passo que o objeto se torna ao mesmo tempo

vital, grandioso, esvaziado de personalidade e, portanto, inalcançável. Não seria esse o estatuto do sujeito / objeto nas adicções às drogas (entre outras) e na organização *borderline* de personalidade? As relações de Fábio com amigos estranhos de um dia, pais, maconha, *crack*, livros e religiões ilustram essa condição em que o outro (coisa, droga, pessoa ou coisa-pessoa-droga) é dotado de tais propriedades. É possível entender que essa condição do sujeito / objeto marca a impossibilidade de “uso do objeto” e a condenação a um “vício” ao outro, mais ou menos coisificado. A partir de todo percurso aqui trilhado, torna-se possível compreender que as psicopatologias, objeto deste estudo, pertencem a uma organização comum, cuja dinâmica psíquica e vivências compartilham componentes centrais de uma mesma constituição.

Nessa característica adictiva de relação é imputado ao outro a responsabilidade de restituição e completude, traumáticamente impedidas no passado da história pessoal do sujeito. Tal grandiosidade confere ao objeto um poder quase absoluto, e ele também é tomado como causador de todos os males e faltas. Isso poderia ser visto, *grosso modo*, como capacidade de trânsito nas relações; contudo, mais de perto, revela uma ambiguidade que pode ser pensada como rigidez e decorrência de falha da transicionalidade. Trata-se de um outro que é realidade subjetiva (buscado externamente) e, quando se revela como alteridade, fere e frustra de forma fatal, promovendo uma experiência de perda e aniquilamento.

Assim, esse modo de relação de objeto que dá suporte para uma possível aproximação entre a adicção e a organização *borderline* de personalidade é vista por McDougall (1992) como patologia na constituição de objetos e fenômenos transicionais. Na relação adictiva, diferentemente do que se dá na transicionalidade, há um predomínio de objetos transitórios que permanecem como exterioridade na qual a introjeção não é concluída. Esses objetos – pessoas, no caso das relações adictivas e na personalidade *borderline*, ou drogas e outras “coisas”, nas demais adicções – revelam possíveis falhas na constituição do objeto transicional e do espaço potencial. Esse objeto posição da adicção consiste em uma tentativa de cumprir a função transicional (McDOUGALL, 1992), mas falha no preenchimento das “lacunas do Eu”, que permanece dependente de um objeto externo como promessa de alcançar o sentimento de ser real, vivo e verdadeiro.

A experiência de Fábio ajuda a compreender o colapso dessa tentativa de cura buscada nesses objetos de adicção anaclíticos e transitórios, pois não são verdadeiramente introjetados. Permanecem no mundo exterior e precisam ser reiterados e reinventados sucessivamente. O paciente “investia” em dezenas de objetos diariamente, de forma intensa e transitória, com os quais amargava o fracasso da promessa de cura contida nesses encontros. Os pedidos e apelos lançados aos outros pelo paciente não eram satisfeitos, tamanha sua desproporção e

inviabilidade, que geravam reações intensas de agressividade e desesperança, circuito realizado sempre numa busca exterior. Fábio ficava perdido e confuso em relação a sua identidade, perdia seus pontos de apoio e identificação em seus pedidos ao outro. Solicitações aos objetos que comportavam valor fundamental, próximos em importância ao de uma mãe – mesmo os mais efêmeros –, pois eram figuras tingidas de um poder salvador absoluto e, em outros momentos, tornavam-se malfeitores capazes de maus tratos cruéis.

Esse aspecto, descrito por McDougall (1992), consiste em característica central do *borderline*: objetos sentidos como excessivamente bons e excessivamente maus, mistura de hostilidade e dependência, que é ao mesmo tempo objeto-coisa a ser controlado. Essa coisificação pode ser compreendida como tentativa de formar um todo fundindo-se com o outro, principalmente por decorrência das idealizações. Por outro lado, há um terror persecutório relacionado aos aspectos maléficos do objeto. Tal impasse – ora busca de fusão, ora medo de indiscriminação e destruição – também é apresentado por Kernberg (1991), Bergeret (1998), Hegemberg (2000) e Green (1988) acerca dos pacientes *borderline*. Da mesma maneira, a tendência ao agir e o prejuízo da simbolização são pontos de convergência nessas construções psicopatológicas, conforme assinala McDougall (1992) ao abordar as relações adictivas. Gurfinkel (2011) relaciona essa tendência à ação – uma patologia do afeto – a um desapego paradoxal aos objetos, pessoas e coisas. Fábio tinha um movimento de se desprender dos outros, tentativa de desvencilhar-se da posição de refém, justamente por conta da intensidade enorme de sua necessidade nunca atendida satisfatoriamente.

É possível, a partir das contribuições de Kernberg (1991, 1995, 2006) e McDougall (1989, 1992, 1997), articular a concepção de organização *borderline* de personalidade com o conceito de adicção e relação adictiva. Ambos os autores apresentam características fundamentais e mecanismos de defesa primitivos e centrais dessas patologias, tais como a impossibilidade de separação e perda do objeto, clivagem, idealização, projeção, identificação projetiva, difusão de identidade e capacidade de teste de realidade.

A clivagem, para McDougall (1992), ocorre da falha do objeto transicional. O *self* é dividido e uma parte se fecha sobre o mundo subjetivo interno, enquanto a outra se volta ao exterior. Isso se dá sobre uma adaptação ao externo que pode ser vivida como “não real”, como vazio, manifesta-se como distanciamento do *self* e preserva o teste de realidade. Essa clivagem cria uma potencialidade adictiva e, em lugar do objeto transicional, o *self* se liga a objetos transitórios, drogas ou pessoa utilizada como droga. Conforme mencionado, esse ser-droga é buscado com a função de ocupar o lugar do objeto transicional e carrega a promessa de restituir ao indivíduo o sentimento de ser real e vivo. Esse objeto visa preencher lacunas do

self, lacunas de sentido deixadas por uma difusão da identidade. Projeções e identificações projetivas nas quais o outro será encarregado do dever de atender toda e qualquer necessidade, sendo o responsável por tudo de bom ou ruim que ocorrer de forma idealizada. Na medida em que o objeto se revela insuficiente para atender essa expectativa, o sujeito o acusa de omissão e indiferença, e de ser responsável por suas desgraças. “Inconscientemente, ele tem a prova de que o outro deseja que ele exista e deseja que ele tenha desejos próprios” (McDOUGALL, 1992, p. 61). Há uma idealização que leva o indivíduo a crer que tudo o que acontece a ele é um produto da grandiosidade do outro.

Kernberg focaliza essas características e mecanismos na compreensão da organização *borderline* de personalidade; já McDougall ocupa-se desse estudo enfatizando o aspecto da adicção. Porém, a partir do exame da obra desses importantes autores, é possível encontrar uma proximidade em suas leituras sobre seus objetos de estudo. Nessas obras há uma preocupação com delimitações conceituais e tradições que compõem determinados campos da produção sobre psicopatologia psicanalítica, conceitos inseridos em um paradigma e na história, que encerram sentidos e fronteiras do saber. De fundamental importância para a produção de conhecimento, evolução e transformação da teoria psicanalítica, os recortes conceituais têm função didática e delimitações próprias. Contudo, ao considerarmos as duas obras, é possível ler Kernberg falando implicitamente de relações adictivas e McDougall de pacientes *borderline*, sem que esses termos sejam explicitados.

As adicções podem também ser relacionadas à organização *borderline* de personalidade na tendência ao agir, a partir de McDougall (1991). A autora afirma que os comportamentos adictivos visam afastar da consciência as intensidades psíquicas insuportáveis, pois as qualidades conflituosas dos afetos tendem a causar confusão, e o ato adictivo apresenta-se como possibilidade de alívio de estados de excitação afetiva que não ganham outros destinos mais integrados, função buscada em qualquer objeto de adicção. Esta pode funcionar como uma tentativa de proteção da precária integração do *self*, experiência marcadamente dolorosa na personalidade *borderline*. Em suma, as condutas adictivas, que na presente proposta o paciente *borderline* / adicto manifestam, buscam um outro que permaneça com alguma constância, mesmo que coisificado, além de almejar a descarga da tensão psíquica em variadas ocasiões da vida cotidiana. É importante ressaltar que essa necessidade do outro e de descarga pela ação pode ser um recurso transitório e presente em todas as pessoas com diferentes níveis de intensidade, diferentemente do contexto aqui pesquisado, que corresponde a uma fixidez patológica.

Neste cenário de relações adictivas, o objeto do *borderline* / adicto consiste em um objeto transicional patológico, que não consegue proporcionar, além de certo tempo, o conforto esperado. Segundo Gurfinkel (2011, p. 406), esse objeto transicional patológico consiste “mais de um objeto que proporciona um consolo compensatório (*comforter*) do que um acalmador curativo (*soother*) [...]”. Assim, como nenhum objeto real é capaz de substituir o objeto fantasmal no mundo interno, a presença de uma mãe interna capaz de tranquilizar tem que ser intensa e repetidamente procurada no exterior (McDougall, 1991). Essa falta dolorosa decorre da incapacidade de introjeção das figuras parentais, o que lança o *borderline* / adicto em uma repetição sem fim pela busca desse objeto não constituído. Portanto, o objeto da adicção-*borderline* é um falso objeto transicional que, pelo risco de perda, produz defensivamente um uso extremado de si. Por isso, esses pacientes padecem de uma dificuldade de cuidar-se, em situações difíceis, por falta de estabilidade de objetos introjetados consistentemente, um esvaziamento identificatório e a conseqüente difusão de identidade.

A título de curiosidade e ilustração, vale lembrar que a dificuldade desses pacientes no autocuidado e na relação com o outro é “tratada” pelos grupos de ajuda mútua, comuns nas adicções ao álcool, drogas em geral, entre outros (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, etc.), com a orientação de cuidar de uma planta por certo tempo antes de buscar relacionamento amoroso. Se ela sobreviver, o passo seguinte consiste em cuidar de um animal de estimação e, só então, caso ele também sobreviva, o adicto poderá investir em uma relação. Essa orientação simplória denota a preocupação com a dificuldade de acesso a esse registro interno de um “cuidador” que possa agir em relação a si ou, empaticamente, ao outro. Como abordado anteriormente, o *borderline* / adicto, na ausência de um objeto bom internalizado, irá procurá-lo no mundo externo; assim, drogas, álcool, jogo, compras e pessoas podem ser utilizados para suprir essa função materna ausente de continência, cuidado e preocupação. De acordo com McDougall (1997), a mãe desses pacientes carrega uma marca de sua própria maternagem, falha da preocupação materna primária que é repetida com seu filho. São mães que viveram uma relação de dependência com seu bebê, por causa de suas angústias, e por isso talvez tenham favorecido o processo de serem tomadas como objeto transicional patológico, capazes de estabelecer um relacionamento adictivo com o bebê.

Há portanto, nessa problemática das relações adictivas, uma dinâmica relacional em jogo, como aponta Gurfinkel (2011). A partir de uma revisão da obra de importantes psicanalistas como Bollas, McDougall, Green, Winnicott e Bion, o autor insere as adicções

fundamentalmente no campo das relações de objeto. Nas palavras de Gurfinkel (2011, p. 418-419):

A adicção é um uso do objeto derivado de algum descaminho, ruptura, ou quebra na “busca de objeto” (Fairbairn) inerente ao humano; a solução adictiva tenta, assim, contornar algum tipo de fracasso na relação de objeto, mas está ela mesma fadada ao fracasso, já que luta com as mesmas armas que, desde o início, se mostraram ineficazes.

As contribuições desse autor ajudam a ampliar esta problemática da relação de objeto no caso das adicções para os pacientes *borderline*. A partir dos autores e da ilustração clínica, o caminho traçado nesta pesquisa fornece elementos para uma aproximação entre a patologia das relações de objeto vivida no adicto e no *borderline*. Nessa perspectiva relacional da psicanálise, a constituição subjetiva, desde os primórdios da história pessoal de alguém, comporta marcas constituídas através de um outro primordial, mãe-ambiente e seus possíveis substitutos (avó, tia, irmãos, etc.). Tais marcas serão dinamicamente reeditadas em relações posteriores, com outras pessoas e com os diversos objetos do mundo. Além da droga como consequência adictiva dessas falhas iniciais, é possível ampliar essa relação para adicção às pessoas, numa busca de constituição de algo que não aconteceu, mas deveria ter ocorrido. Essa consideração inclui o *borderline* na problemática de relação de objeto, muito próxima à vivência e à dinâmica do adicto, se não coincidente com elas.

8 PALAVRAS FINAIS

A partir do caminho percorrido ao longo dos capítulos desta dissertação, reflexões sobre a relação entre a personalidade *borderline* e as adicções foram construídas e guardam importância mais em seu percurso de elaboração do que na pretensão de conclusões que encerrem a indagação aqui proposta. A pesquisa procurou criar e encontrar sentido, ir além de descrições e lançar alguma luz a um terreno enorme, porém ainda um tanto obscuro. Luz à compreensão de uma comunidade na organização e dinâmica psíquica da personalidade *borderline* e das adicções, ou das relações adictivas.

O ponto de partida desta investigação foi a clínica, o contato com pessoas e sofrimentos que provocou a busca por compreensão da relação entre esses quadros psicopatológicos. Acerca da personalidade *borderline* e das adicções foi encontrada uma vasta literatura, impossível de ser esgotada em um único trabalho, e também algumas obras que poderiam indicar a relação almejada. É um campo que apresenta multiplicidade de sentidos e concepções diversas, porém a mera classificação, seja qual for, não é capaz de abarcar a polissemia e a singularidade desses sofrimentos.

Frente à enorme variedade de caminhos possíveis para abordar o tema, o recorte deste trabalho foi escolhido e delimitado a partir de um impacto e olhar pessoal para o objeto de estudo e as teorias elencadas. Assim, a produção consistiu em apenas um ponto de vista dentre muitos possíveis. Fiel ao seu enunciado, o de refletir sobre essa relação, o trabalho seguiu o caminho de construção que nasceu do impacto contratransferencial do pesquisador. Nesse sentido, cumpriu sua busca, proporcionou ao pesquisador / psicanalista crescimento e amadurecimento em seu arcabouço teórico e abriu portas para novos questionamentos e olhares sobre o tema.

O modelo da adicção foi estudado aqui em relação à personalidade *borderline*, porém comporta potencial para iluminar pesquisa de outras relações, próximas à proposta do presente trabalho. Como derivação desse caminho, relações com objetos específicos que pertencem a nossa cultura como celulares e internet, por exemplo, e que comportam a busca por um outro, mas com particularidades distintas, poderiam ser melhor pesquisados. Outra indagação suscitada trata da pertinência de um estudo mais aprofundado das relações adictivas relacionadas à sociedade contemporânea, mais especificamente a partir da óptica proposta nesta pesquisa. O uso de objetos que surge na atualidade com característica de desproporção talvez não constitua necessariamente adicções e pode favorecer pesquisas sobre

novas modalidades de relação. Muitas outras questões poderiam ser levantadas como possibilidade através das construções aqui realizadas e há a expectativa de que sirvam de inspiração a outros pesquisadores.

Na presente pesquisa, a escrita, articulação e teorização fluante, construídas necessariamente a partir de uma relação intersubjetiva com pares – colegas, autores, professores –, com a teoria e a clínica, promoveram encontro com sentidos possíveis, mesmo que parciais e inacabados, sobre fenômenos tão complexos e dolorosos. Essa é a vocação da psicanálise, que carrega a premissa de haver sentido em qualquer manifestação ou relação humana.

As relações adictivas, elo aqui proposto para abarcar a relação do *borderline* com a adicção, ajudam na compreensão de sentidos de um sofrimento que pode estar presente em qualquer pessoa, pois pertencem ao acontecer humano, talvez radicalmente humano. Nesse grupo específico de pessoas estudado, possivelmente haja uma intensificação de dramas que podem ser conhecidos, em diferentes níveis, por todos. A necessidade de um outro fundamental para a constituição de um *self* minimamente integrado, a dor e desestruturação pela ameaça de perda desse outro e os arremedos adictivos como supressão desse objeto revelam dramas que o ser humano está desafiado a superar, embora nem todos contem com condições de sustentação para isso.

Além da contextualização histórica e conceitual dos quadros estudados, uma abordagem do contexto contemporâneo permaneceu como preocupação por conta das marcas de um colapso da transicionalidade em vários níveis, pessoal e coletivo, numa inter-relação dialética do social com o individual. Um contexto atravessado pelo consumo, em que subjetividades colapsadas se esvaziam e consomem através de relações adictivas, pode replicar transgeracionalmente essas marcas. A sociedade constrói subjetividades e é por elas construída, assim o recorte escolhido procurou manter essa dimensão, relativizada e como pano de fundo, para pensar em singularidades que sofrem de maneira específica. É importante considerar que o *borderline* / adicto pode se constituir no encontro de um objeto – pessoa ou coisa – com uma condição emocional (e suas relações de objeto) e um contexto sociocultural.

Assim, o conceito de relação adictiva, como tentativa de resposta à indagação fundamental desta dissertação, abriga elementos centrais da dinâmica psíquica própria das adicções e da personalidade *borderline* e expõe o componente adictivo presente na busca por um outro, quando a possibilidade de luto, introjeção e identificação estão comprometidas. Impasses na constituição do objeto transicional e do registro intermediário podem impedir a aquisição do recurso de simbolização e da experiência de presença do outro em sua ausência.

A falência dessa mediação simbólica e transicional leva o *borderline* / adicto a um agir compulsivo e o torna dependente do externo, de objetos sempre necessários como recurso vital e precariamente tranquilizador. A perspectiva ora apresentada propõe uma possível leitura da organização *borderline* de personalidade como uma modalidade de adicção, cujo objeto é uma pessoa, mesmo que coisificada, pelo menos em alguns pacientes.

O verdadeiro valor dessa produção reside no convite a um olhar, para que clínicos e pesquisadores possam considerar essa aproximação como uma possibilidade, seja no campo acadêmico, seja frente a pacientes e impasses clínicos. Essa perspectiva comporta como intenção que pessoas possam ser beneficiadas, tanto os que cuidam como os que necessitam desse cuidado.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, K. *Contribuições do erotismo oral na formação do caráter*. Rio de Janeiro: Imago, 1977. Publicado originalmente em 1915.

ADLER, G. *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson, 1985.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso do objeto teoria. In: *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004. p. 185-203. Publicado originalmente em 1999.

_____. Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. In: AIELLO-VAISBERG T. M. J.; AMBROSIO F. F. (Org.). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004. p. 23-58.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 fev. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000100003>.

ALVES-MAZOTTI, A. J. Usos e abusos de estudos de caso. *Cadernos de pesquisa*, São Paulo, n. 36, p. 637-651, set./dez. 2006.

ANCONA, A. Transtorno de personalidade borderline. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo, Atheneu, 2006. p. 84-89.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo, Atheneu, 2006. p. 9-14.

ARÓS, A. C. S. P. C. *Irrealidade, futilidade e vazio: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea*. 216 f. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA NORTE-AMERICANA. *DSM IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4a. ed. Lisboa, Climepsi, 1996.

AYOUCHE, T. Violência na clínica contemporânea: a novilíngua. In: TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A. (Org.). VI JORNADA APOIAR: Saúde mental e violência: contribuições no campo da psicologia clínica social, 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008. p. 98-116.

BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

_____. *Tempos líquidos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. *Vida para consumo: a transformação de pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BECK, A.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Art Med, 1993. Cap. 9, p. 134-157.

BERESIN, E. V.; FALK, W. E.; GORDON C. Personalidade limítrofe e outros distúrbios da personalidade. In: HYMAN, S. E.; TESAR, G. E. (Coord.). *Manual de emergências psiquiátricas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. Cap. 22, p. 265-287.

BERGERET, J. *A personalidade normal e patológica*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 1991.

BIRMAN, J. A psicopatologia da pós-modernidade: as alquimias no mal-estar na atualidade. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 35-49, 1999.

_____. Subjetividades contemporâneas. *Psychê*, São Paulo, v. 7, n. 5, p. 151-159, 2001.

_____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BLEGER, J. *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós, 1963.

BOLLAS, C. *Hysteria*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. O desejo borderline. *Percurso*, Local, n. 30, p. 5-12, 2003.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CAMPOS, R. B. V.; COELHO JÚNIOR, N. E. Incidências da hermenêutica para a metodologia da pesquisa teórica em psicanálise. *Estudos em psicologia*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 247-257, 2010.

CASTELLO-BRANCO, I. Corpo e destrutividade: a construção de um limite. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.7, n. 4, p. 44-58, 2004.

CESAROTTO, O. *Um affair freudiano*. São Paulo: Iluminuras, 1989.

CRUZ, M. S.; TARDIVO, L. S. L. P. C. Encuentros terapêuticos en salud mental: una nueva propuesta en la formación de psicología. In: TRIMBOLI, A. et al. (Org.). *Trauma, história y subjetividad*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, 2010. p. 523-524.

- EAGLETON, T. *Depois da teoria: um olhar sobre os estudos culturais e o pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- ECO, U. *Interpretação e superinterpretação*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Artmed, 1995.
- ESCOHOTADO, A. *Historia de las drogas*. Alianza editorial: Madrid, 1996.
- FIGUEIREDO, L. C. A clínica borderline. In: *Elementos para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003. p. 109-126.
- FIGUEIREDO, L. C. Sense of reality, reality testing and reality processing in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, Londres, v. 87, n. 3, p. 769-787, 2006.
- FÉDIDA, P. *Nome, figura e memória: a linguagem na situação analítica*. São Paulo: Escuta, 1991.
- FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. V. 3, p. 49-65. Publicado originalmente em 1894.
- _____. Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 20, p. 93-201. Publicado originalmente em 1913.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 14, p. 75-108. Publicado originalmente em 1917.
- _____. Neurose e psicose. In: *edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 19, p. 189-193. Publicado originalmente em 1924 [1923].
- _____. Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 3, p. 311-316. Publicado originalmente em 1896.
- _____. Sobre o início do tratamento. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 11, p. 163-187. Publicado originalmente em 1913.
- _____. Sobre psicoterapia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 7, p. 7-43. Publicado originalmente em 1904.
- FREUD, S. Tipos libidinais. In: *Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1992. CD-ROM. Publicado originalmente em 1931.
- _____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 7, p. 123-252. Publicado originalmente em 1905.

FUKS, M. P. Questões teóricas na psicopatologia contemporânea. In: FUKS, L. B.; FERRAZ, F. C. (Org.). *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. Nos domínios das neuroses narcísicas e em suas proximidades. In: FUKS, L. B.; FERRAZ, F. C. (Org.). *Desafios para a psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

GABBARD, G. O. *Psiquiatria psicodinâmica*: baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1998. Cap. 15, p. 296-324.

GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de tipo teórico. *Psicanálise e Universidade*, São Paulo, v.1, p. 9-32, 1994.

GLOVER, E. On an aetiology of drug-addiction. In: *Essential papers on addiction*. New York: NY University Press, 1997. p. 24-51.

GREEN, A. Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. São Paulo, Escuta, 1988a.

_____. O conceito de fronteiroço. In: *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago, 1988b. p. 66-89.

_____. Pulsão de morte, narcisismo negativo e função desobjetalizante. In: YORKE, C. et al. *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988c. p. 57-68.

GRINKER, R. R. *The borderline syndrome*. New York: Basic Books, 1968.

GUNDERSON, J. G.; KERR, J.; WOODS, D. Families of borderlines. *Archives of General Psychiatry*, Nova York, v. 17, p. 27-33, 1980.

GURFINKEL, D. *Pulsão e seu objeto-droga*: estudo psicanalítico sobre as toxicomanias. São Paulo: Vozes, 1995.

_____. *Do Sonho ao trauma*: psicossoma e adicções. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

_____. *Adicções*: paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HEGENBERG, M. *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

HERRMANN, F. *O método da psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

KALLAS, R. G. M. *Do psicodiagnóstico à intervenção em adictos: contribuições do Rorschach e do atendimento clínico*. 2007. 306 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Transtornos de personalidade. In: *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 26, p. 686-706.

KERNBERG, O. F. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.

_____. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artmed, 1991.

_____. *Transtornos graves de personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 1995a.

_____. *A agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995b.

KERNBERG, O. F.; YEOMANS, F. E.; CLARKIN, J. F. *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington: APP, 2006.

KNIGHT, R. P. Borderline states in psychoanalytic psychiatry and psychology. *Bull Menninger*, n. 17, p. 1-12, 1953.

KNIGHT, R. P. The psychodynamics of chronic alcoholism. In: *Essential papers on addiction*. New York, NY University Press, 1997. p. 72-86.

KON, N. M. *Freud e seu duplo*. São Paulo, EDUSP; FAPESP, 1996.

LAPLANCHE, J. . *Problemáticas I: a angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de sicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCH, C. *A cultura do narcisismo*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

SILVA, M. E. L. da Pensar em psicanálise. In: _____. (Org.). *Investigação e psicanálise*. São Paulo: Papirus, 1993. p. 11-25.

LITTLE, M. I. Psychotic anxieties and containment: a personal record of an analysis with Winnicott. Northvale, N. J.: Jason Aronson, 1990.

MANNA, R. E.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Oficina psicoterapêutica de tapeçaria e outros bordados: bordando a vida ponto a ponto. In: *Cadernos ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006. p. 95-115.

MCDUGALL, J. *As múltiplas faces de Eros*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

_____. *Teatros do corpo: psicossoma em psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

MENCARELLI, V. L. *Em defesa de uma clínica psicanalítica não-convencional: oficina de velas ornamentais com pacientes soropositivos*. 2003. 101 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MEZAN, R. Pesquisa teórica em psicanálise. *Psicanálise e Universidade*, São Paulo, v. 2, p. 51-76, 1994.

_____. O que significa pesquisa em psicanálise? In: *A sombra de Dom Juan e outros ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 85-118.

MISHIMA, F. K. T. *Obesidade feminina: considerações a partir do psicodiagnóstico interventivo*. Tese (Doutorado) em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MOURA, A.; NIKOS, I. Estudos de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, São Paulo, n. 13, p. 69-76, 2000.

NEUBERN, M. S. Três obstáculos epistemológicos para o reconhecimento da subjetividade na psicologia clínica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 241-252, 2001.

OLIEVENSTEIN, C. *O destino do toxicômano*. São Paulo: Artmed, 1985.

_____. Uma interrogação sobre a dependência. In: *Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. V. 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAZ, R. *Psicopatologia: sus fundamentos dinamicos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1976.

PEREIRA, M. E. C. A Introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, Local*, v. 2, n. 2, p.153-158, 1999.

_____. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: PACHECO, R. A.; COELHO JÚNIOR, N.; ROSA, M. D. (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 119-152.

POSSANI, T. *A experiência de “sentir com” (Einfühlung) no acompanhamento terapêutico: a clínica do acontecimento*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PRADO, A. O coração disparado. In: *Poesia reunida*. São Paulo: Siciliano, 1992. p. 199.

ROSENFELD, H. A. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

- SAFRA, G. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.
- SANDOR, R. The psychoanalysis of pharmacothymia. In: *Essential papers on addiction*. New York: NY University Press, 1997. p. 52-68. Publicado originalmente em 1933.
- SANTI, P. L. R. *Desejo e adição nas relações de consumo*. São Paulo: Zagodoni, 2011.
- SANTIAGO, J. *A droga do toxicômano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- SIMMEL, E. From psychoanalytic treatment in a sanatorium. In: *Essential papers on addiction*. New York: NY University Press, 1997. p. 69-71. Publicado originalmente em 1933.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas: Encontros e viagens. 2004. 213 f. Tese (Livre-docência em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- _____. *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo, Vetor, 2007.
- TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A. *APOIAR: novas propostas em psicologia clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008.
- TARDIVO, L. S. L. P. C.; GIL, C. A.; VAGOSTELLO, L.; RABELLO, I. Evaluación proyectiva en adultos mayores: estudio de la precisión y validez del SAT (Senior Aperception Test). In: TRIMBOLI, A. et al. (Org.). *Trauma, história y subjetividade*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, 2010. p. 97-99.
- TARDIVO, L. S. L. P. C.; VAISBERG, T. A. Natureza e esportes ou violência e drogas? A juventude no imaginário de jovens indígenas aculturados. *Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 26-37, 2002.
- TEIXEIRA, M. R. *Vicissitudes do objeto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Tradução de Irineo Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 31-37. Publicado originalmente em 1958.
- _____. A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 77-82. Publicado originalmente em 1956.
- _____. Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p. 156-162. Publicado originalmente em 1965.
- _____. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 102-115.

WINNICOTT, D. W. (1964) O Jogo do Rabisco. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 230-243.

_____. O medo do colapso. In: *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76. Publicado originalmente em 1963.

_____. Os doentes mentais na prática clínica. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 196-206. Publicado originalmente em 1963.

YAZIGI, L.; AMARAL, A. E. Psicodiagnóstico e dependência. In: *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 205-211.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.