



Revista PsiPro
PsiPro Journal
2(6): 147-157, 2023
ISSN: 2763-8200

O VAZIO EXISTENCIAL EM PACIENTES EM ESTADOS LIMITES: O BODERLINE SOBRE A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA WINNICOTTIANA

THE EXISTENTIAL EMPTINESS IN PATIENTS IN LIMIT STATES: THE BODERLINE FROM THE WINNICOTTIAN PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

Recebimento do original: 05/11/2023
Aceitação para publicação: 16/12/2023

Nizaneia Nascimento de Matos

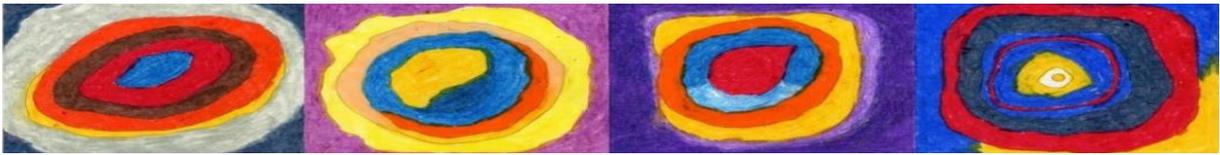
Bacharel em Psicologia. Espec. Clínica (BAHIANA) Mestre em Educação (UFRB)
Doutoranda em educação (UFBA). E-mail: nizmtt@hotmail.com

RESUMO: O presente artigo objetiva compreender o vazio existencial característico dos pacientes *boderline*, a forte demanda de amor que se assemelha a uma dependência emocional que fazem recorrer a objetos externos na busca de preenchimento desse vazio e a tentativa de organizar as funções psíquicas que se apresentam em estado-limite.

PALAVRAS CHAVE: borderline. Winicott. Psicanalise. Vazio existencial.

ABSTRACT: This article aims to understand the existential void characteristic of borderline patients, the strong demand for love that resembles an emotional dependence that makes them resort to external objects in the search to fill this void and the attempt to organize the psychic functions that present themselves in a state -limit.

KEYWORDS: borderline. Winicott. Psychoanalysis. Existential void.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Este artigo emergiu do atendimento de uma paciente diagnosticada como Transtorno de Personalidade Borderline, ou mais precisamente, como aponta a CID – 11 - Classificação Internacional de Doenças: F60.3 que é o código para Transtorno de personalidade com instabilidade emocional. Conforme a Classificação, o transtorno indica um transtorno de personalidade caracterizado pela tendência a agir de modo imprevisível.

O tema proposto tem relevância para a psicologia por tratar-se de pacientes *borderlines* que são considerados na literatura como pacientes complexos, de difícil manejo. Este estudo justifica-se por contribuir para a compreensão e investigação de pacientes que parecem se dividem entre “duas estruturas de personalidade”.

Para tanto, o objetivo geral desse artigo é analisar como se apresenta a complexa relação dos sujeitos que transitam por duas estruturas de personalidade, quais os principais sintomas, e qual a relação do vazio existencial com a demanda de amor. Foram traçados ainda, objetivos específicos, demonstrar como se apresenta o sujeito fronteiriço na vida psíquica; apresentar as características e os sintomas relacionados aos *boderline*; analisar a relação do vazio existencial com a demanda de amor, com a finalidade de nortear o pensamento deste trabalho.

Segundo D. Winnicott (1975), ao postular sobre o desenvolvimento psicológico da criança, defende que à formação do self, está relacionada ao suprimento das necessidades básicas da vida da criança desde os primeiros meses. Com isso, o autor aborda a relação do par, mãe e filho que quando funciona bem, o ego passa por um processo de maturação



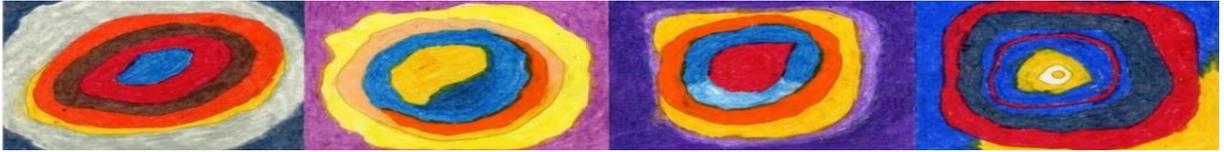
adequado, o que possibilita o desenvolvimento do self, ou seja, do Eu capaz de enfrentar e conduzir as necessidades do ambiente onde será inserido.

Porém, quando ocorre uma falha nesta relação e o ambiente não é suficientemente bom para criança, ela na tentativa de lidar com as falhas maternas constitui um *falso self*, ou um *falso si mesmo* (GRYNER,2013). Cabe aqui, uma breve explicação sobre os conceitos, *falso e verdadeiro Self* em Winnicott, para que a pessoa leitora compreenda melhor o postulado do autor. Compreendemos como *falso self*, como um verão social do self, a condição que insere o sujeito no campo social, sendo então, parte do indivíduo que está relacionada ao mundo, no entanto, quando nos referimos ao verdadeiro self, o autor busca o aporte freudiano quando aponta para a conjunção dos instintos, ou de características que são impulsionadas por eles. WINNICOTT (1940).

A partir desta premissa, é possível compreender que desde sempre, o indivíduo possui uma Cisão e que é, justamente na relação materna que o manejo dessa cisão será realizado para uma adaptação entre as demandas internas e externas ao sujeito. Quando esta Cisão se torna significativa então, o *Falso Self* poderá se tornar patológico, promovendo um rompimento, e então, o vazio como sentimento consequente. WINNICOTT (1996).

Neste sentido, apontamos para um norte na tentativa de delimitar o conceito em Winnicott para o termo "borderline". Então veremos:

Pelo termo "caso *borderline*" pretendo significar um tipo de caso no qual o centro do distúrbio é psicótico, mas o paciente possui suficiente organização psiconeurótica para sempre apresentar desordens psiconeuróticas ou psicossomáticas quando a ansiedade psicótica central ameaça irromper de forma crua (Winnicott, 1997, pp. 219-220).



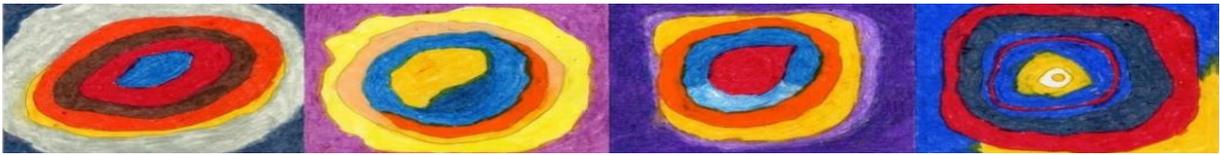
Dessa forma, compreendermos que o paciente *borderline* se encontra no hiato da psicose, e assim, se sente incompleto. Nesse sentido na tentativa de suprir esse vazio existencial, ocorre uma dependência emocional apresentada como uma forte demanda de amor.

A busca pelo objeto de amor e suprimento faz o sujeito buscar sempre no exterior algo que ele não tem, na tentativa de reparação. Ribeiro et al. (2016) aborda que esses sujeitos valem-se da realidade externa para tentar suprir esse vazio e, assim, acabam ficando dependentes COIMPRA (1994 apud RIBEIRO et al, 2016).

O sujeito *boderline* se apresenta no estado limite, ou seja, ele transita por duas estruturas de personalidade, a neurose e a psicose. Cardoso (2007) refere-se a um complexo problema do limite, que oscila entre a realidade externa e a realidade psíquica. Winnicott (1969b) considera o *boderline* como uma psicose que o distúrbio do paciente é psicótico, mas o paciente apresenta defesas neuróticas. Entendemos o limite do *boderline* como, a apresentação de sintomas das duas estruturas que retratam instabilidade entre o ideal e o real e instabilidade com a sua própria imagem.

Diante do contexto apresentado que engloba a busca exterior de algo que preencha o vazio existencial nos pacientes que se apresenta em estado limite, esse projeto possui como questão norteadora. Como se apresenta a complexa relação dos sujeitos que transitam por duas estruturas de personalidade, quais os principais sintomas, e qual a relação do vazio existencial com a demanda de amor?

Os estados limites na visão psicanalítica: O boderline

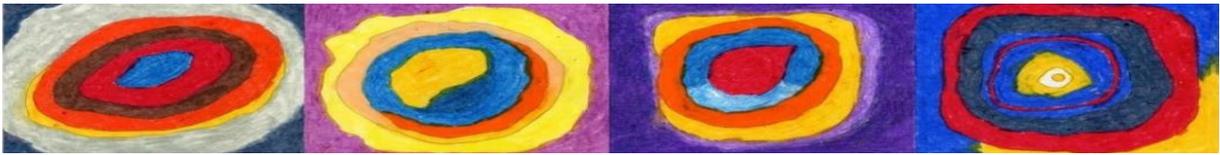


Os casos de pacientes *boderline* na literatura também são chamados de pacientes limítrofes e fronteirços e são conhecidos como quadros que apresentam complexidade e dificuldade no manejo clínico. A dificuldade dar-se por o sujeito *boderline* dividir-se entre a fronteira da neurose e da psicose. O termo *boderline* para alguns autores apresenta algumas divergências. Kernberg (1967) propõe a ideia de o quadro borderline ser uma estrutura específica com característica próprias e não uma estrutura de fronteira. Para Winnicott (1975) o distúrbio é definido como tendo seu centro na psicose, mas o paciente apresenta uma organização psiconeurótica quando a ansiedade psicótica o ameaça.

Destarte, a neurose surge como uma defesa em momentos de ansiedade. Matiolei et al (2014) afirma ser difícil definir o paciente *boderline* e alerta para o cuidado em generalizar esses sujeitos, mesmo se encaixando em um quadro complexo é necessário respeitar a singularidade de cada um.

Freud em suas obras não faz nenhuma referência ao termo *boderline*, mas a ideia de estados limites está presentes em seus trabalhos. Hegenberg (2009) diz que nas obras de Freud ele não faz alusão ao termo *boderline*, mas que vários outros psicanalistas utilizaram suas contribuições teóricas para explicar os casos de pacientes.

O autor ainda afirma que uma das questões complicadas para Freud compreender o *boderline* é que este precisa de um analista presente por encontrar-se imerso na relação com o outro, dependente, buscando uma relação a dois e angustiado com separações. Ou seja, a sua demanda difere das exigências da dos demais pacientes neuróticos, assim, não necessita só da figura do analista para transferência, ele precisa de alguém que o acolha e que faça o lugar da mãe suficientemente boa, para auxiliá-lo na função de construção do *verdadeiro self*. O mesmo autor fala



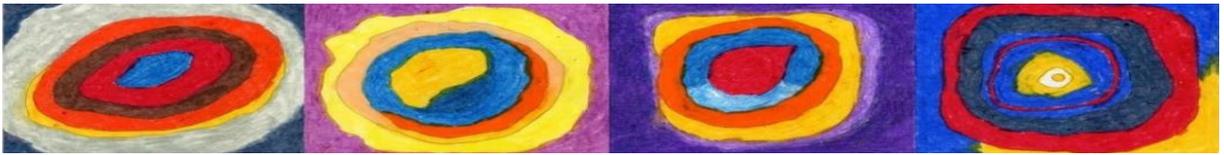
que esses sujeitos precisam de um terapeuta enquanto objeto subjetivo para, a partir dessa relação o sujeito experienciar o reconhecimento de si.

Segundo Naffh (2007 apud JACQUES, 2015) os pacientes *boderline* se comportam como pessoas que vivem nas bordas da neurose e da psicose, e, ainda evidencia que uma estrutura se sobrepõe a outra quando em momentos mais saudáveis o paciente a partir do *falso self* apresenta uma dinâmica neurótica e, em períodos mais críticos o *falso self* erra e apresenta uma dinâmica psicótica.

Nesse sentido, diante as divergências de alguns teóricos podemos compreender que o quadro *boderline* é visto de dois modos: um que entende o *boderline* como um paciente fronteiroço que vive na borda entre a neurose e a psicose e, outro que coloca o sujeito *boderline* como alguém que possui características das duas estruturas e que oscilam entre si, estrado o paciente “dentro” de uma, ora de outra.

No setting analítico esses pacientes segundo Jacques (2015) apresentam um modo particular de transferência que é característico de sujeitos com grande dependência emocional. Ou seja, o paciente desenvolve com a figura do analista uma relação muito intensa, essa relação ocorre, pois ele auxilia o sujeito à construção do self. É importante que o analista compreenda as necessidades do paciente em receber total atenção e ele saiba manejar essa questão, quando o acolhimento total não acontece, isso contribui para gerar uma quebra de confiança (MATIOLI, 2014).

Esses pacientes se sentem incompletos, com isso surgem conflitos e questionamentos sobre o sentido da vida e eles vivenciam o sentimento de vazio, de solidão e abandono. O setting analítico vai possibilitar a eles vivenciarem a sensação de acolhimento e a experiência da construção do seu self.



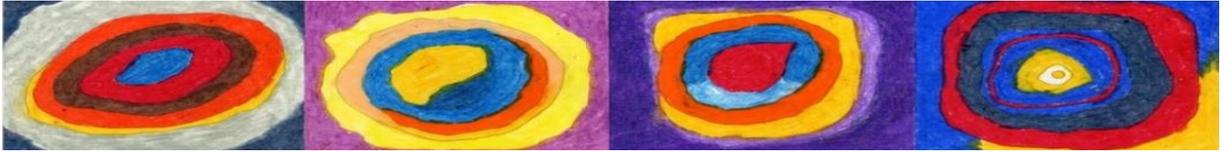
Principais características dos pacientes

O paciente *boderline* de acordo com o ponto de vista psicanalítico apresenta algumas características que são manifestadas nas suas relações e que também estão presentes no ambiente onde acontece a análise. Alguns sintomas são dirigidos a ele e outros as relações que ele estabelece inclusive com o analista. A angústia, a clivagem, a agressividade, a falta de autonomia, a impulsividade, o narcisismo.

Nos estados limites as relações que o sujeito tende a estabelecer com os objetos externos são relações angustiantes, ele se angústia na ideia de perda do objeto do qual eles são dependentes e com a ideia de separação. Segundo Matioli et al., (2014) o paciente *boderline* estabelece uma relação anaclítica, ou seja, ele constrói relações de apoio e a angústia que ele sente é devido a ideia de ausência ou de perder essas figuras de apoio. WINNICOTT (1975)

A figura do analista pode gerar uma relação de dependência muito forte para o paciente, isso ocorre devido em seus anos iniciais de vida, o seu ambiente de desenvolvimento pode não lhe suprido todas as suas necessidades básicas, tanto fisiológicas (comer, sono, etc,), quanto afetivas. Como o terapeuta no ambiente analítico vai desenvolver a função de facilitador na construção do sujeito enquanto, qualquer sinal de distanciamento pode fazer sentir-se desamparado (HENGENBERG, 2009).

A dificuldade de simbolização, característica da psicose, nestes pacientes gera a sensação do vazio existencial que parece ser constante. É simbolicamente que o sujeito define suas perspectivas de vida, se apresenta para a sociedade e constrói o jeito singular de pertencimento de si e do mundo. Como o paciente *borderline* não tem essa capacidade

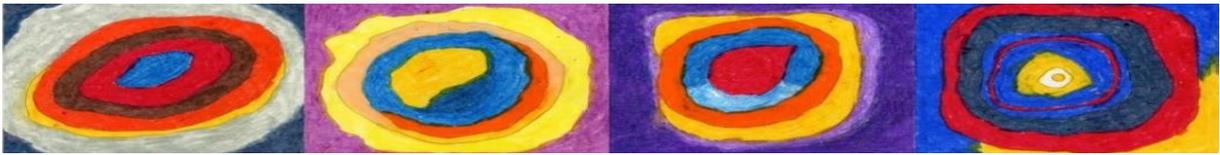


simbólica bem desenvolvida, ele parece sempre está em busca de algo, que constantemente o preencha, mas ele não sabe ao certo o que ele tanto busca.

O paciente *boderline* estabelece relações clivadas da ideia entre bem e mau, marcadas por muita agressividade que ora é exteriorizada e ora é voltada para si mesmo. Kernberg (1989) afirma existir uma clivagem tanto dos objetos externos quanto no self, Widlöcher (1999) por sua vez discorda da nossa ideia e diz não se tratar de uma clivagem do ego e sim de uma fixação pulsional arcaica. Quem também traz a ideia de clivagem em seus textos é a psicanalista Melanie Klein (1986). A estudiosa afirma que o desenvolvimento psicológico dos bebês começa muito cedo e partir das relações com os primeiros objetos com os quais ele tem contato, entre eles, o seio materno.

Justamente com este objeto, o bebê experimenta o início de suas relações objetais assumindo a posição esquizo-paranóide, onde o bom e o mau representam modos primitivos de separação e, a mãe é dividida em boa e má através da representação do seio. No lastro do pensamento Kleiniano, compreendemos que a criança ainda bebê cliva o objeto de desejo – O seio materno - em bom e mau e não consegue compreender que o objeto integrado pode ser ora bom e ora mau.

O objeto anaclítico que é a figura de apoio do *boderline* é sempre bom, mas quando eles se sentem invadidos, desafiados ou contrariados eles acabam reagindo contra o objeto, ainda que se sintam posteriormente muito angustiados. Hegenberg (2009) salienta que o *super ego*- uma instância psíquica postulada por Freud na segunda tópica sobre o aparelho psíquico - do *boderline* não está construído e é o ideal de ego que assume essa função, esse por sua vez, submete o sujeito a ter

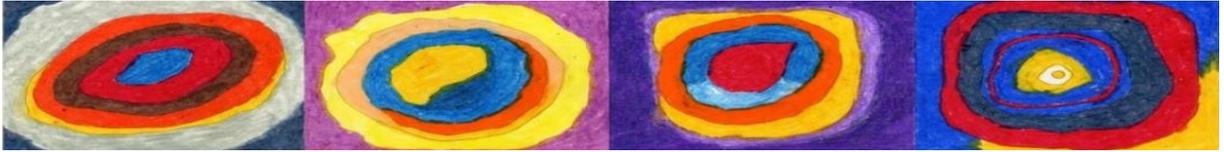


uma relação de idealização com o outro, porém em alguns momentos ele o venera e em outros ele o odeia.

O analista precisa compreender as necessidades do borderline, isso significa que depois de um período de análise será preciso frustrar o borderline para que com isso, ele consiga experienciar a ideia de odiar o objeto e perceber que não o destruiu e, assim, entender que o objeto pode ser bom e mau.

Quanto à agressividade, ela é comum nesses pacientes. Hengenberg (2009) atribui à raiva sentida por eles à fragilidade das funções do ego, do id do ego e do superego. Essa fragilidade dificulta a administração de sentimentos, dentre eles a raiva, por não conseguir controlar acabam tendo comportamentos impulsivos e sendo violentos consigo mesmo. O mesmo autor atribui a impulsividade ao medo da perda do objeto de apoio e, ao vazio de sentido da vida. Por medo de perder esse objeto eles acabam sendo passionais e apresentam muita dificuldade de se posicionarem perante eles, dificuldade esta que os levam a se submeterem, por vezes a situações de perigo pelo medo da perda diante da própria negativa perante o objeto. No entanto, este comportamento tende a não perdurar e com o incômodo se transforma em comportamentos impulsivos, em explosões e ao limite de tolerância. Isto no mostra a dificuldade do paciente borderline em realizar uma leitura adequada das suas emoções e das emoções dos outros, e assim, por conseguinte, efetivar uma leitura adequada do mundo, desenvolvendo, portanto, um comportamento não adaptativo.

Portanto, os pacientes *boderlines* apresentam ausência de autonomia e isso faz com que esses pacientes estabeleçam relações de dependência e dificuldade em tolerar perdas e separações, então, costumam se sentir inferiorizados, pouco tolerantes, o delírio que Quinet



(2011) descreve como a formação imaginária que permite ao próprio sujeito elaborar, no sentido de viver em uma realidade mais suportável.

Desse modo foi possível compreender de acordo com a visão Winicotiana, com aporte de outros autores que o sujeito *boderline* encontra-se em uma fronteira, pois possivelmente, ele não foi exposto a um ambiente suficientemente bom, ou seja, sem privações que serviram como marcadores em sua estrutura de personalidade e formação, na sua fase inicial de desenvolvimento.

Assim, se faz necessário uma reflexão constante a despeito do papel do analista e da psicanálise frente a estes pacientes e a produção de conhecimento sobre este assunto, pois, no setting analítico o psicólogo pode proporcionar ao paciente um ambiente menos rígido e mais acolhedor.

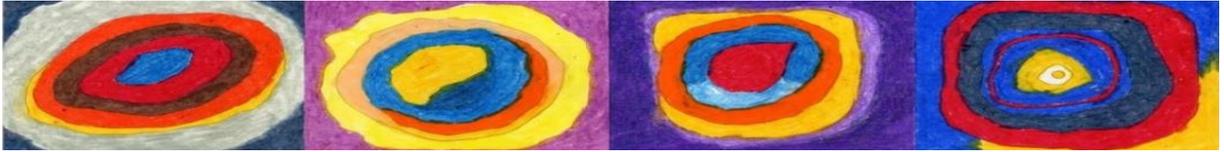
REFERÊNCIAS

CARDOSO. **A impossível "perda" do outro nos estados limites:** explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte v.13, n. 2, p. 325-338, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682007000200008. Acesso em 13 de dezembro de 2019.

GRYNER, Joana. **A capacidade simbólica dos pacientes boderline:** prejuízos no espaço potencial. 2013.109 f. Trabalho de conclusão de curso(Mestrado em Psicologia) – Pontifca Universidade católica do Rio de Janeiro, 2013.

HEGENBERG, Mauro. **Boderline:** Clínica psicanalítica. São Paulo SP: Casapsi, 2009.

JACQUES, Sabrina. **O lugar do boderline em Winnicott.** 2015. 82f. Trabalho de conclusão de curso(Pós graduação em Psicologia do centro da vivência da vida)- Puc Campinas, 2015.



KLEIN, M.(1986a). **Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê.** In M. Klein (Org.), Os progressos da psicanálise (4a. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

KERNBERG. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MATIOLI, R.M, et al. **O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogos com formação em psicanálise.** 2014. 8f. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009. Acesso em 17 de dezembro de 2018.

RIBEIRO et al. **Um insuportável vazio- falso self e a organização borderline da personalidade, a partir de um caso clínico.** Rev Bras. Psicoter. 18(3):45-54, 2016. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=212. Acesso em 17 de dezembro de 2019.

QUINET, Antonio. **Teoria e clinica da psicose.** Rio de Janeiro, RJ: Forense, 2011

WINNICOOT, Donald **A família e o desenvolvimento individual** Rio de Janeiro, RJ: Martins Fontes, 1996.

WINNICOOT, Donald **O brincar & a realidade** Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1975.