

# Diagnóstico e Tratamento da Criança e do Adolescente Borderline

Silvia Helena Heimbürger\*

## O Termo:

### *Borderline:*

Fronteiriço, limítrofe (Dicionário Inglês/Português Barsa).

### *Fronteiriço:*

Que vive ou fica na fronteira; Psiq. indivíduo que se encontra no limiar da psicopatia; Brasil, RS; aquele que nasce nas fronteiras com o Uruguai e Argentina (Dicionário Aurélio).

### *Limítrofe:*

Contíguo à fronteira de uma região (idem).

## O Conceito de Paciente Borderline

*Referencial:* obras e opiniões daqueles que trataram de casos borderline na situação psicanalítica, seguindo 03 linhas de pensamento: freudiano (O. KEINBERG), kleiniano (J. STEINER) e winnicottiano (A. GREEN).

Para JONH STEINER, pacientes borderline são aqueles pacientes com desordens severas de personalidade que entram em uma área fronteiriça (borderline) entre a psicose e a neurose, parecem conservar o contato com a realidade, não sendo formalmente psicóticos, mas sofrem de ansiedades de proporções psicóticas e empregam mecanismos mentais *primitivos* para manejá-las, ou seja, na estrutura da personalidade. Os mecanismos de defesa utilizados são de um tipo psicótico, embora o comportamento não o seja.

As características clínicas essenciais são difíceis de identificar, a sintomatologia é inespecífica; no grupo borderline de KEINBERG, 1967, aparecem pacientes ansiosos, fóbicos, toxicômanos etc. daí o interesse de definir os mecanismos mentais subjacentes característicos destes pacientes, pois a patologia está mais relacionada a avaliação do funcionamento psíquico do que a descrição semiológica. O sintoma representa e testemunha uma relação interiorizada e um tipo de organização mental.

M. KLEIN introduziu a idéia de duas posições evolutivas básicas nas quais predominam diferentes ansiedades e mecanismos de defesa. Na posição esquizo-paranóide a ansiedade fundamental é a persecutória e se relaciona com a sobrevivência do *self*. Os mecanismos de defesa predominantes são o *splitting* e a projeção, dando como resultado relação

## RESUMO

O autor define paciente borderline a partir das idéias de M. Klein e Steiner, procurando compreender o que acontece com crianças e adolescentes, caracterizando seus sintomas mais freqüentes.

## UNITERMOS

Criança borderline, Adolescente borderline.

\* Psiquiatra da ABENEPI - Brasília - DF.

de objetos parciais. Quando o desenvolvimento progride, a integração aumenta, surge a posição depressiva, onde a criança reconhece e se relaciona com os objetos totais (a mesma mãe que satisfaz, também frustra). A ansiedade fundamental diz respeito à preocupação pelos objetos e começam a ser experimentados sentimentos de perda, culpa e dependência. O paciente borderline para STEINER adota uma posição na borda entre estas 02 posições, sendo capazes de um grau considerável de integração que os conduz a realizar contacto consigo mesmo e com os demais e estão sobre o umbral para experimentar fatos que provoquem dor mental. Entretanto essas experiências são sentidas como intoleráveis, determinando um contacto ligeiro e conduzem à uma retração ou até a total destruição do objeto e do *self* capaz de tais sentimentos e a interação dos vínculos entre o *self* e os objetos.

O Splitting e a projeção são as principais defesas esquizóides. Podemos ver no borderline um exagero do *splitting* normal e sobretudo do *splitting* patológico, ambos acompanhados de projeção levando à identificação projetiva (projeção das partes do *self* dentro do objeto).

Uma das conseqüências do uso excessivo dessas defesas é que dá resultado a uma confusão entre o que pertence ao *self* e o que pertence ao objeto. Em nenhuma parte existe uma distinção nítida: nem entre o dentro e o fora, nem entre a realidade e a fantasia, nem entre o bom e o mau, nem entre o não e o sim. É uma questão de fronteira do que de terra de ninguém, todo um campo cujos limites são muito vagos, como diz A. GREEN, influenciado pelas idéias de WINNICOTT que escreve que o limite não é uma linha, o limite é ele próprio, um território. Cada vez que se divide um espaço em dois, atribuindo a cada um desses dois espaços propriedades contrárias, cria-se um 3º espaço na junção dos dois que é a área transicional, a área intermediária, o espaço em que se produzem fenômenos transicionais.

GREEN não mais entende os casos borderline como algo que se situe necessariamente em relação à psicose, mas compreende os casos *borderline* ou a estrutura *borderline* como uma espécie de estrutura *borderline* ou a estrutura geral que é indeterminada, mas que pode se voltar tanto para o lado da depressão como para o lado da perversão, da toxicomania, da psicose.

H. REY descreve esta situação como o dilema claustro-agorafóbico, dentro do objeto o *self* está claustrofóbico, fora está agorafóbico, não há lugar onde existir permanentemente a salvo e o paciente permanece na borda.

A aparente estabilidade do *borderline* está baseada na preservação de um núcleo central do *self*, o qual não está submergido completamente na confusão com os objetos. Este núcleo do *self* é visto e sentido como o único aliado confiável e muitas das ansiedades dos pacientes se referem à sobrevivência deste *self*, conduzindo à uma preocupação e supervalorização dele às expensas de ambos os objetos (externo e interno), o que é a característica do narcisismo, há uma inclinação do *self*

por identificações onipotentes com objetos bons e suas qualidades. Partes destrutivas do *self* também podem ser idealizadas, o que é mais evidente, quando o paciente está ameaçado pelo contato com o objeto e quando se dá conta de uma parte de si mais necessitada que deseja uma relação de dependência com o objeto.

Em relação ao objeto externo, em geral a mãe, existem falhas na criação de um espaço dual com a função dual e coexistência dos princípios de prazer e da realidade.

Pode haver uma falta de fusão por parte da mãe ou excesso de fusão.

Tudo o que foi dito até agora são observações e conclusões feitas a partir de pacientes e adultos. E na criança e no adolescente, como será?

### Quanto às Crianças:

Em primeiro lugar, não podemos esquecer a dificuldade metodológica própria da Psiquiatria Infantil, isto é, existem poucos sintomas que possam ser diretamente ligados a uma entidade nosográfica precisa correspondente a uma organização estrutural definida. O mesmo sintoma, por exemplo: fobia infantil ou terror noturno pode aparecer em um contexto normal ou em uma organização estrutural conflitual.

Em segundo lugar, pelo fato da criança estar em processo de desenvolvimento é essencial observar a harmonia ou desarmonia entre as diversas linhas de desenvolvimento (maturidade do ego, nível de exigência pulsional, tipo de relação do objeto) e avaliar o impacto econômico da desarmonia, ou seja, ela suscita um sofrimento moderado ou ao contrário atinge um grau tal a ponto de bloquear o processo maturativo, aumentando ainda mais a desarmonia já presente.

Muitas vezes, a criança apresenta um distúrbio de comportamento manifesto, mas a nível latente tem uma psicodinâmica *borderline*, baseando-se na avaliação da estrutura de personalidade e não apenas da criterização de sintomas.

### Quanto aos Adolescentes:

É importante ressaltar a existência de pontos comuns entre o período de adolescência e os estados *borderline*. Os adultos *borderline* são descritos às vezes como adolescentes tardios. Segundo o próprio KEINBERG "o adulto *borderline* não difere fundamentalmente do adolescente salvo pelo acúmulo das complicações secundárias, devido ao curso da vida (matrimônio, filhos, vicissitudes profissionais etc.)."

Os adultos *borderline* remetem a dúvidas sobre os próprios limites, a uma busca identificatória e ao problema do narcisismo como na adolescência normal.

A psicodinâmica do adolescente normal corresponde a um processo de desenvolvimento ligado à revivência do

processo de separação-individualização (2ª fase), segundo os analistas que utilizam como referência as investigações de M. MAHLER (KEINBERG). Os transtornos atuais do adolescente *borderline* remetem à 1ª fase da separação-individuação e suas dificuldades, isto é, na infância teria havido apenas separação parcial da mãe ou a separação se efetuou às custas de violentos sentimentos de abandono.

### Sintomas mais Frequentes:

- instabilidade-desinteresse pelas atividades sociais ou escolares.
- dificuldade nas relações interpessoais, relações superficiais, sem reciprocidade, dependência.
- sensibilidade a perdas ou a sentimentos de abandono
- frequência "do atuar": atuação, impulsão, compulsão, *acting out* etc.
- frequência de condutas marginais ou delinqüência: toxicomania, delinqüência, rechaço escolar.
- manifestações de angústia - difusa, centrada no corpo.

O tratamento indicado é a psicoterapia de base analítica, excetuando-se os casos com sintomatologia mais grave que necessitam antes de uma internação com o uso de medicação.

Não são tratamentos fáceis, pois são muito comuns as atuações no sentido de descarga motora, *acting out*, manifestações agressivas etc.

Em relação à transferência, a idealização inicial do analista facilmente se transforma numa transferência persecutória, podendo haver também uma transferência erótica. Estes pacientes são invasivos, investigam sobre a vida particular do analista etc. Pode haver uma

transferência persecutória desde o início, havendo até o desenvolvimento de uma "psicose de transferência" (ROSENFELD, KEINBERG).

Os analistas inicialmente precisam clarificar e identificar as figuras atuais mais do que interpretar, pois os pacientes no começo não são capazes de aceitar dentro de si os objetos projetados no analista.

### SUMMARY

This article deals with the concept of the borderline patient according to three different psychoanalysts: Freud, Melanie Klein and Winnicott. It also discusses the peculiarities and difficulties of this diagnosis in children and adolescents.

### KEY WORDS

Borderline child, Borderline adolescent.

### Bibliografia

1. FROSCH, J. - **Caracter Psicótico VS Fronterizo (Borderline)**, INT, J. Psycho - Anal. (1988) 69, 347, 357, 443-456 trad. Eleonora Falco, Libro anual de Psicoanálisis, Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago SRC 1988.
2. GREEN, A - **Sobre a Loucura Pessoal**, trad. de Carlos Alberto Pavanelli, Rio de Janeiro, Imago Editora, 1988.
3. MARCELLI, D.; BRACONNIER, A.; AJURIAGUERRA, J - **Psicopatología del Adolescente**, Barcelona - México, Masson, 1986.
4. REY, J.H. - Fenômenos Esquizóides no Paciente Fronteirizo (Borderline), **Melani Klein Hoje**, Vol. 1, trad. Belinda Haber Mandelbaum, Rio de Janeiro, Imago Editora.
5. STEINER, J - **Transtornos Borderline de la Personalidad**, Psicoanálisis - vol. XII, nº 2-3, 1990.