

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A ESTRUTURAÇÃO DO  
SELF**

**André Alvares Usevicius e Marília Caixeta de Souza  
Núbia Gonçalves da Paixão Enetério  
Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA**

**Nota do Autor**

Estudante concluinte do curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA;

Estudante concluinte do curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA;

Psicóloga e bióloga, mestra em Tecnologias Ambientais e especialista em Neuropsicologia Clínica, professora orientadora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA.

Contato:                    andreusevicius@gmail.com;                    mariliamaj@hotmail.com;  
nubiapsiambiental@gmail.com.

### Resumo

A presente pesquisa aborda a temática de saúde mental, em específico o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Apesar de haver diversos traços que podem se mostrar em um indivíduo com este transtorno, o foco desta investigação se limita ao vazio existencial e dificuldade em se constituir uma personalidade, comumente relatado pelos estudos realizados sobre o assunto. Nessa perspectiva, verifica-se, através de revisão sistemática, a existência da correlação entre o TPB e o Self do sujeito, em uma perspectiva winnicottiana, a interferência em sua estruturação, e como isto ocorre. Conclui-se que há relação entre o TPB e o Self do indivíduo, ainda que alguns autores defendam outros pontos de vista acerca do assunto, não foi encontrada pesquisa alguma que desconsidere a relação entre as variáveis deste construto.

**Palavras-Chave:** transtorno de personalidade borderline, self, falso self, dissociação, estruturação.

### **Transtorno de Personalidade Borderline e a Estruturação do Self**

A sociedade se encontra em constante mudança, adequando-se ao contexto no qual se encontra. Freud considerava que a sociedade de sua época era majoritariamente neurótica, tendo em seus alicerces os mecanismos de repressão e recalque, assim como mecanismos de socialização e de regulação social, como por exemplo, o casamento (Marinho & Ratto, 2016).

Marinho e Ratto (2016) explicam que valores que norteiam a sociedade, como o casamento - baseado na religião, honra, honestidade e amor - tornam-se mutáveis, o que colabora no aumento da solidão individual, fazendo com que a dúvida sobre quem se é de fato se torne algo corriqueiro. Portanto, em uma sociedade onde a busca pelo gozo se sobressai à vontade de segurança, não existem mais papéis pré-estabelecidos, fazendo com que os indivíduos busquem constantemente a satisfação e realização dos próprios desejos.

Acrescenta-se, ainda, segundo Marinho e Ratto (2016), que um indivíduo com um perfil de personalidade estritamente neurótico, teria dificuldades em se adaptar à essa sociedade contemporânea, especialmente em relação ao mundo do trabalho, pois se faz necessária a capacidade de flexibilidade e de adaptação, que se tornam exigências diárias.

Por este motivo, este tipo de cobrança vem a contribuir para uma personalidade mais próxima de um indivíduo borderline, tal como é defendido por Marinho & Ratto (2016), pois seu superego influenciável o torna apto a acompanhar as constantes mudanças da sociedade, que acaba por auxiliar em uma possível transformação de indivíduos neuróticos em futuros borderline.

Em uma revisão sistemática de estudos psicanalíticos, Macedo e Silveira (2012) inferem que o conceito de Self, em uma perspectiva winnicottiana, é essencialmente dualista, referindo-se ao Ego como uma estrutura mental, assim como a uma experiência subjetiva e individual de si mesmo, constituindo a subjetividade e o psiquismo humano, pressupondo uma oposição entre o mundo interno e externo. Marinho e Ratto (2016) defendem que a construção do Self ocorre devido à memória autobiográfica, alegando que as experiências vividas ao longo da vida de um sujeito interferem diretamente sobre este.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2014) apresenta diversos critérios quanto à classificação do TPB, tais como: esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado; padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; perturbação da identidade; impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas; recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de autoagressão; instabilidade

afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada, ou dificuldade em controlá-la; e ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014). Além disso, são vistos como extremamente inseguros, a ponto de se sentirem completos apenas com ajuda de terceiros (Whitbourne & Halgin, 2015).

Neste contexto, a questão principal se dá através da possibilidade de haver uma relação entre o TPB e a forma como o Self de um indivíduo se constitui. Este assunto, entretanto, ainda foi pouco difundido e pesquisado pela literatura, e, por isso, não se encontra completamente claro para os estudantes e profissionais da área da saúde mental. Desta maneira, faz-se pertinente a seguinte questão: se existe, de fato, uma relação entre o TPB e a constituição do Self, de que forma isso ocorre?

Objetiva-se com este trabalho verificar de que forma o TPB interfere na estruturação do Self de uma pessoa, caso a mesma ocorra. Tem-se ainda como propósitos identificar os aspectos teóricos relacionados ao TPB; apresentar os aspectos teóricos relacionados à estruturação do Self, a partir da visão winnicottiana; e apontar a concordância entre estes.

Esta investigação se reveste de importância uma vez que pretende trazer à luz da ciência, de forma clara, a relação entre dois fatores que podem vir a ajudar a tornar mais esclarecido um transtorno que ainda é motivo de muitas dúvidas aos seus pesquisadores. A explicação sobre esta suposta relação poderá vir a beneficiar a sociedade como um todo, elucidando características antes obscuras sobre o transtorno, aumentando seu entendimento e assim possibilitando novas formas de tratamento terapêutico e médico. Elucida ainda como as instabilidades nas relações primárias contribuem para o surgimento dos transtornos fronteiraços.

A vigente elaboração será dividida em cinco seções. No primeiro, será abordada a metodologia realizada para a composição do artigo. A segunda sessão tratará sobre o TPB, explicitando suas características. Na terceira, será exposta uma conceituação acerca do termo Self, definido inicialmente por Winnicott. Na quarta sessão, será discorrida a relação entre os termos analisados anteriormente. E, por fim, a quinta consistirá na conclusão dos autores acerca de todo o trabalho realizado.

### **Metodologia**

O presente trabalho elaborado trata-se de uma pesquisa teórica, baseada na descrição do TPB apresentada pelo DSM-V e sua relação com a estruturação do Self descrita por Donald Winnicott (1983), e é instrumentalizada por uma revisão sistemática dos dois temas e suas relações.

A revisão sistemática se constitui de uma síntese profunda de tudo aquilo que se mostra pertinente para a pesquisa, de acordo com sua questão inerente, pois demanda a superação de vieses em todas as etapas, seguindo um método rigoroso de busca e seleção de pesquisas, faz uma avaliação da relevância e da validade das apurações encontradas e visa, ainda, um resumo e interpretação dos dados provenientes dos resultados encontrados. É uma súmula das informações disponíveis em um recorte específico de tempo, sobre um problema apresentado de forma objetiva e reproduzível, através de método científico, de acordo com Galvão, Sawada e Trevizan (2004).

Por fundamentos tem o esgotamento na procura dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004). É um recurso que envolve aplicação de estratégias científicas, limitando quaisquer vieses, avaliando criticamente e sintetizando todos os estudos relevantes que respondam à pergunta específica e promova, ainda, a atualização dos profissionais da área.

### **Transtorno de Personalidade Borderline**

Dalgalarrondo e Vilela (1999) fizeram um breve histórico sobre o surgimento do termo TPB. De acordo com os autores, este foi reconhecido na década de 1980, pelo DSM-III, embora Kahlbaum tenha nomeado os sintomas referentes a este transtorno pela primeira vez em 1890, o chamando de Heboidofrenia. Tal nomenclatura evoluiu com o passar do tempo, Bleuler (1911) e Rorschach (1921), por exemplo, se referiam ao transtorno como Esquizofrenia Latente. Da mesma forma, Deutsch (1942), utilizou o termo personalidade “Como Se”. Na década de 1976, o CID-9 o nomeou como esquizofrenia latente ou borderline, dentre outros autores que vierem a nomear este transtorno posteriormente, até chegar ao consenso do termo TPB.

Embora os diagnósticos de transtorno de personalidade tenham surgido com a finalidade de facilitar na classificação e identificação dos mesmos, se faz necessário pontuar que tais diagnósticos muitas vezes apresentam falta de validade discriminatória, sendo comum, portanto, que muitos destes transtornos possuam características semelhantes (Gabbard, 2016). Essa semelhança se mostra ainda mais presente nos transtornos de personalidade do Cluster B, referentes a pacientes que apresentam aspectos dramáticos, emocionais e de pensamento e comportamento imprevisível, que engloba, além do TPB, os transtornos Histriônico, Narcisista e Antissocial, segundo o DSM V, Seção II (Araújo & Lotufo, 2014), no qual muitos pacientes apresentam características que pertencem a dois ou mais transtornos.

Um estudo revisado por Gabbard (2016) de um experimento realizado com aproximadamente sessenta pacientes hospitalizados em Chicago, sugeriu quatro possíveis

subgrupos existentes em pacientes borderline, sendo que nos dois extremos se encontrava a chamada “fronteira psicótica”, e a “fronteira neurótica”. Entre esses dois extremos, havia também um grupo com afetos predominantemente negativos, além de dificuldades em manter relações interpessoais estáveis; e outro grupo definido pela falta generalizada de identidade, o que os impulsionam a agirem de forma a tomar para si a identidade de terceiros.

Graças a esta análise, foi identificado também quatro aspectos principais que, independentemente de qual subgrupo o indivíduo se encontre, mostraram-se presentes caso este possua a “síndrome borderline”, como fora nomeada até aquele momento. Essas quatro características podem ser definidas em: sentimento de raiva como principal e/ou único afeto; déficits nas relações interpessoais; ausência de identidade consistente do Self; e depressão generalizada. Esse estudo contribuiu para o esclarecimento de que a chamada síndrome borderline se diferenciava da esquizofrenia, pois, ao contrário desta última, os mesmos apresentam uma instabilidade estável (termo que já vinha sendo usado por alguns autores, como Schmeiderberg, caracterizado não por uma estabilidade provisória, mas uma instabilidade permanente). Tal descoberta serviu para refutar a crítica de alguns céticos em cima da chamada síndrome borderline, que acreditavam que esta não se diferenciava da esquizofrenia (Gabbard, 2016).

Este autor (2016), traz também em sua revisão alguns aspectos discriminatórios em pacientes borderline, sendo estes: pensamentos próximos ao psicótico, automutilação, comportamentos suicidas manipulativos, preocupações com abandono/aniquiração, exigências irrealistas, regressões no tratamento e dificuldades contra transferências encontradas pelos terapeutas que os atendem, o que dificulta o tratamento destes pacientes.

Em um estudo revisado pelo autor, foi constatado que pacientes do sexo feminino tendem a ser frequentemente mais diagnosticadas com TPB do que pacientes do sexo masculino, em uma porcentagem de 71 a 73%. Embora não seja algo relatado tão frequentemente em pesquisas sobre o transtorno, o abuso sexual infantil aparentemente se mostra como um fator etiológico relevante, tendo se mostrado presente em cerca de 60% dos pacientes (Gabbard, 2016).

Lopes (2017) sugere algumas visões psicanalíticas sobre o TPB, defendidas por alguns estudiosos da área. Primeiramente, existem aqueles que o negam como uma nova estrutura psíquica, sendo defendido como um estado do psiquismo humano no qual o indivíduo se encontra em uma fronteira entre a neurose e a psicose. Outras visões teóricas sugerem que esta psicopatologia se encontra diluída entre as estruturas neuróticas, psicóticas e perversas.

Entretanto, outros estudiosos defendem este transtorno como uma nova estrutura psíquica, possuindo suas próprias características e demandas específicas e peculiares.

Revisando a literatura, também é possível perceber que existem diferenças na manifestação da sintomatologia entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Observa-se que pacientes masculinos possuem maior tendência a apresentar maior probabilidade de transtorno de abuso de substância, preenchendo alguns critérios do Transtorno de Personalidade Antissocial, sendo, muitas vezes, rotulado como antissociais, ao invés de borderline. Pacientes do sexo feminino, por sua vez, apresentam maior probabilidade de transtornos alimentares (Gabbard, 2016).

Tomando esses autores como base, um estudo constatou que, da mesma forma como ocorre em diversos outros transtornos de personalidade, o fato de a criança ter sido negligenciada em sua infância está intimamente relacionado ao aumento de sintomas do TPB. Em outro estudo posterior, foram vinculados os sintomas borderline que ocorrem na idade adulta com o fato de o sujeito ter sido negligenciado e sofrido abuso sexual na infância. Entretanto, em seus estudos, não foram constatados a relevância do abuso físico neste processo (Gabbard, 2016).

O já citado autor (2016) afirma que uma das consequências de o sujeito vivenciar interações traumáticas precoces com genitores ou cuidadores na infância, é que as mesmas podem resultar em uma hipervigilância persistente, fazendo com que este sinta a necessidade de avaliar de forma minuciosa o ambiente em que se encontra, acreditando haver possibilidades de terceiros possuírem intenções maliciosas para consigo, comportamento que pode ser observado em pacientes com TPB.

Lopes (2017) afirma ainda que há convergência entre diversos autores quando se referem aos possíveis problemas de identidade do sujeito borderline. Os mesmos alegam que pessoas com TPB demonstram constante angústia, o que os impede de transmitir uma imagem integrada de si mesmos, trazendo dicotomia e ambiguidade em relação à própria identidade.

O autor citado acima (2017) também se refere ao critério de “Sentimentos crônicos de vazio” (APA, 2014, p. 663), o definindo como um sentimento que tende a levar o sujeito borderline a experimentar angústia e frustração constante, o motivando a apresentar comportamentos impulsivos e autodestrutivos, visando preencher este vazio. A persistência e cronicidade do sentimento de vazio faz com que o indivíduo borderline transforme sua personalidade em uma cópia da personalidade das pessoas que lhe são próximas, segundo Whitbourne e Halgin (2015).

Além disso, nessa constante busca por “algo a mais”, idealizada pelo mesmo, e temendo um abandono imaginário, o indivíduo está sujeito a satisfazer os desejos do outro, apoiando-se no mesmo, o que demonstra que sua personalidade se encontra fragilizada, devido a tais influências externas. Em um estudo realizado por Matioli, Rovani e Noce (2014), com um enfoque na visão psicanalítica, foi demonstrado que pessoas com TPB costumam lidar constantemente com a falta de uma personalidade bem constituída, sentindo medo de ser “invadido” por ideias dos outros, deixando de se tornarem elas mesmas.

Neto (2007), em seus estudos e experiências clínicas, relata que um sujeito borderline é caracterizado pelo vazio e pela falta de individualidade que sente, características que se mostram evidentes na vida emocional, assim como em sua estrutura moral. Tornam-se sujeitos sem caráter e princípios, com seus ideais e convicções se limitando a simples reflexos de outra pessoa, assim como falhas na memória, sendo incapazes de constituir uma história de vida.

Outro estudo demonstra, através de pesquisas, que sujeitos com personalidade borderline costumam sentir quantidades elevadas de vergonha, seguidas por um sentimento de estarem sendo expostos e/ou desvalorizados. Muitas vezes, esse sofrimento vivenciado é disfarçado pela raiva demonstrada por estes, pois a mesma está fortemente relacionada à vergonha, assim como alta impulsividade e a baixa autoestima (Gabbard, 2016).

A partir de uma revisão de estudos sobre o TPB realizados anteriormente, Gabbard (2016) percebeu que os pacientes borderline possuem tendência a se distanciar da realidade, devido à ausência de estrutura ou pressão de afetos intensos, e que seu mecanismo de defesa mais utilizado é a cisão, um processo ativo de separação de introjeções e afetos contraditórios entre si.

Dessa forma, a cisão age como uma forma de determinar o “objeto” em “totalmente bom” ou “totalmente mau”, em uma visão polarizada no que se refere a terceiros, ao invés de enxergá-las como um misto de qualidades positivas e negativas. Dessa forma, indivíduos com organização borderline de personalidade não possuem a capacidade de reconhecer as experiências internas de outra pessoa, o que resulta em alterações entre idealização e desvalorização do mesmo por parte do indivíduo (Gabbard, 2016).

Um estudo definiu três fatores abrangentes que se relacionam à etiologia multifatorial do TPB, sendo estes: ambiente doméstico traumático e caótico, que envolve separações precoces prolongadas, negligência, desarmonia emocional na família, e insensibilidade aos sentimentos e às necessidades da criança e trauma em graus variados; temperamento vulnerável devido à base biológica; e eventos desencadeadores, como a tentativa de estabelecer uma



relação íntima, sair de casa ou vivenciar um estupro (ou qualquer situação traumática), servindo como um catalisador para produzir os sintomas do transtorno (Gabbard, 2016).

Segundo o mesmo autor (2016), pacientes com transtorno borderline tendem a apresentar padrões característicos de fragilidade do ego, além de operações defensivas primitivas e relações objetais problemáticas (que se refere à relação do sujeito com o “objeto” amado e idealizado, que, neste caso, pode ser definido por outra pessoa).

Este autor (2016) enfatiza que muitos pacientes borderline apresentam dificuldades para apreciar e reconhecer que os estados percebidos em si mesmos e nos outros são subjetivos e passíveis de falha, além de não representarem uma verdade absoluta, mas apenas uma das inúmeras perspectivas possíveis. Devido à ausência de um apego seguro na infância, se torna dificultoso para uma criança discernir os próprios estados mentais, assim como os de outros, algo que se assemelha ao que ocorre com sujeitos borderline.

Muitas vezes, o comportamento suicida e de autoagressão de pacientes borderline pode ser usado para manipular seus familiares e controlar a equipe responsável pelo tratamento. Entretanto, estudos alertam que a probabilidade de um paciente que tentou suicídio se suicidar de fato é de 140 vezes maior do que a dos pacientes que jamais tentaram. Outros estudos corroboram esses dados afirmando que cerca de 10 a 20% dos pacientes que tentaram tirar a própria vida acabam tendo êxito, posteriormente (Gabbard, 2016).

Gabbard (2016) conscientiza sobre a importância de um trabalho complementar de psicoeducação com a família do paciente, que, muitas vezes, pode ser tão essencial quanto o processo de psicoterapia individual intensivo. Esta psicoeducação pode vir a levar os indivíduos ao aconselhamento ou grupos de apoio, se assemelhando até mesmo a uma terapia familiar, com sessões conjuntas entre o paciente e seus familiares, envolvendo a resolução de problemas, que podem vir a ser valiosas para todos os envolvidos.

Embora não exista uma única abordagem terapêutica efetiva para todos os tipos de pacientes, alguns princípios e técnicas se mostram efetivas à maioria dos sujeitos com diagnóstico de TPB, como exposto pelo já citado autor (2016), e que funcionam como uma sugestão de como tratar tais pacientes. Tais métodos podem ser resumidos em: manter a flexibilidade; estabelecer condições que tornem a psicoterapia viável; evitar uma posição passível; permitir a transformação em objeto mau; empatizar com a dor por trás da raiva; promover a mentalização; estabelecer limites quando necessário; ajudar o paciente a assimilar novamente aspectos do Self que foram rejeitados ou projetados em outros; estabelecer e manter a aliança terapêutica; e monitorar os sentimentos contra transferenciais.

## **Self**

Consoante a Outeiral et al. (2001), Winnicott esclarece sobre o conceito de Self, alegando que este pode ser definido, em sua totalidade, como o próprio sujeito, que foi determinada através do processo maturacional, que se refere a experiências adquiridas ao longo da vida. Embora Winnicott estabeleça uma diferença entre os conceitos de Self e de Ego, nem sempre estes ficam esclarecidos em seus textos, mas torna-se claro que o Self surge como uma potencialidade no sujeito quando este ainda é um bebê, e que, caso o mesmo se encontre em um ambiente favorável, este se desenvolverá ao ponto do indivíduo conseguir entender quem ele realmente é (Outeiral et al., 2001).

Macedo e Silveira (2012), citando autores como Guanes, Japur e Nelson, trazem a ideia de que o conceito de Self é tanto uma estrutura mental como uma experiência subjetiva e individual de si mesmo, constituindo a subjetividade e o psiquismo humano. Dessa forma, a construção deste ocorre devido à memória autobiográfica, e as experiências vividas ao longo da vida de um sujeito interferem diretamente sobre o mesmo.

Outeiral (2001), em uma síntese dos estudos de Winnicott, chegou à conclusão de que o Self se faz presente desde o início da vida do sujeito, e que se faz perceptível a partir do gesto espontâneo da criança. Entretanto, esta estrutura só receberá significado a partir das idas e vindas da mãe, que representa a projeção das necessidades do indivíduo, assim como a introjeção dos cuidados ambientais.

Em outras palavras, segundo Winnicott (1983), sempre que se fala sobre o Self no processo de desenvolvimento, é necessário considerar o comportamento e a atitude da mãe, uma vez que a dependência do lactente é real e quase absoluta, o que impossibilita que o foco seja unicamente a criança.

Ao ir de encontro ao fundamento do Self, deve-se iniciar pela origem do Falso Self, que é melhor observável na fase das relações objetais (relações entre o indivíduo e o objeto amado), na qual o lactente se encontra na coesão entre os vários elementos sensório-motores resultantes do envolvimento materno, de modo contínuo, simbolicamente e fisicamente (Winnicott, 1983). Frequentemente a criança expressa um impulso espontâneo, o que se origina do Verdadeiro Self, indicando a existência de sua existência em potencial.

Em contrapartida, em um ambiente desfavorável, que pode ocorrer devido à incapacidade materna em nutrir as necessidades da criança, ou à ausência da função paterna, o Verdadeiro Self é forçado a se desenvolver, visando proteger-se, a partir de mecanismos de defesa, vindo a gerar o Falso Self, nomeado como Self Adaptativo, por alguns autores (Outeiral, 2001).

A mãe não-suficientemente boa não tem a capacidade de satisfazer a onipotência da criança, falhando repetidamente em atender o gesto espontâneo da criança, que ela vem a substituir pelo seu, deixando o lactente em posição submissa (Winnicott, 1983). Essa submissão da criança é o momento inicial do Falso Self, que é ocasionado pela inabilidade da mãe de perceber as necessidades da criança.

Nos casos extremos do desenvolvimento do Falso Self, o Verdadeiro Self permanece encoberto, tornando a espontaneidade algo que não fora experienciado pelo lactente, fazendo com que a submissão se torne a referência primordial e a imitação uma propriedade, tal qual afirmado por Winnicott (1983). Podendo, ainda, ser visto como uma defesa contra a exploração ou aniquilação do Verdadeiro Self. Portanto, o Falso Self teria função de defender, proteger e ocultar o Verdadeiro Self. De acordo com Silva, Lima e Pinheiro (2014), o Falso Self faz parte da organização do sujeito e tem papel de mediador entre o Verdadeiro Self e o mundo externo.

Segundo Neto (2007), em uma revisão do conceito de Falso Self nos estudos de Winnicott, o fato de um sujeito crescer em ambiente tóxico faz com que o mesmo se torne seu principal componente de defesa, de uma proteção necessária para a sobrevivência do Verdadeiro Self. O Falso Self vem então com o papel de garantir a existência do Verdadeiro Self. Nesse sentido, este sempre se forma como uma barreira, ora mediante o ambiente, ora mediante os impulsos vitais ameaçadores, caso o indivíduo tenha se visto desamparado, muitas vezes perante uma situação intimidadora que o levaria ao colapso iminente.

Esse caráter defensivo pode ser classificado em níveis do Falso Self, categorizados por Winnicott em 1983, sendo a primeira organização “um extremo”, no qual o Falso Self se executa como real, enganando observadores, mas que se mostra insuficiente no que diz respeito aos relacionamentos interpessoais, falhando em situações que é necessário a presença de uma pessoa integral. Aqui, o Verdadeiro Self é mantido como algo secreto.

A segunda categoria do Falso Self é a “menos extrema”, na qual ele resguarda o Verdadeiro Self, que é captado como potencial e lhe consentido ter uma vida oculta, sem se revelar. Nesta organização é comum acontecerem doenças clínicas, uma vez que essa organização garante a preservação do sujeito mediante aos impulsos ambientais anormais, ocasionando no surgimento de sintomas (Winnicott, 1983).

A terceira composição do Falso Self é a “mais para o lado da normalidade”, no qual o mesmo tem como disposição central a busca por circunstâncias que possibilitem a emergência do Verdadeiro Self. Caso essas circunstâncias não sejam encontradas, esta composição do Falso Self reorganiza novas defesas contra a exposição do Verdadeiro Self e, se houver qualquer

dúvida, o resultado é o suicídio – destruição do Self em sua totalidade para evitar o aniquilamento do Verdadeiro Self (Winnicott, 1983).

A quarta organização do Falso Self é a “ainda mais para o lado da normalidade”, na qual o falso é constituído de identificações. A quinta e última posição é a “na normalidade”, representada pela organização integral da atitude social polida e amável, significando que o Verdadeiro Self não é mantido isolado (Winnicott, 1983).

No que se refere ao Verdadeiro Self, Outeiral (2001) o classifica como uma forma de potencializar o desenvolvimento físico e psíquico com o qual a criança nasce. Tal potencial é definido de acordo com o ambiente no qual o sujeito se encontra. Em um ambiente facilitador, caracterizado por uma mãe suficientemente boa, o gesto espontâneo da criança é estimulado, manifestando o Verdadeiro Self.

Conforme Winnicott (1983), a mãe suficientemente boa estimula a onipotência da criança, a partir de suas funções maternas, e, encontrando propósito nisso, o repete várias vezes. Com isso, um Verdadeiro Self surge mediante ao auxílio complementador vindo da mãe ao Ego da criança, ocasionado pelo suprimimento da onipotência do lactente. A princípio, então, este é o ponto abstrato que proporciona o gesto espontâneo e a ideia pessoal. O gesto espontâneo é o Verdadeiro Self em prática, sendo criativo e real, como apenas ele pode ser, uma vez que o Falso Self proporciona a sensação de irrealidade e insignificância.

O Verdadeiro Self decorre da vitalidade presente nos tecidos corporais e da execução das funções do corpo, englobando batimento cardíaco e respiração. Desta forma, é fundamentalmente primário e não-reativo aos estímulos ambientais. Portanto, a função deste consiste em reunir os pormenores da experiência que é viver e, em segundo plano, tentar compreender o Falso Self (Winnicott, 1983).

De acordo com Winnicott (1983), há a manifestação do Verdadeiro Self de imediato após o despontamento de qualquer organização mental que pertença ao sujeito, indo além da reunião do viver sensório-motor. O mesmo evolui em direção à complexidade, se relacionando com a realidade extrínseca através de processos naturais, desenvolvidos no lactente com o decorrer do tempo. Assim, a criança tem a capacidade de interagir e reagir aos impulsos exteriores sem perturbações, pois o impulso tem uma compensação na realidade interna/psíquica do indivíduo.

De acordo com a análise referente às controvérsias entre autores da Psicanálise, realizada por Fernandes (2002), foi possível perceber que, enquanto Winnicott utiliza o termo “objeto transicional” de forma a explicar a relação entre a criança e sua genitora, ocasionando

em Verdadeiro ou Falso Self, Lacan, em contrapartida, conclui que há a ausência completa deste objeto.

### **Discussão**

O TPB consiste em características como o medo do abandono real ou imaginado; instabilidade e sentimentos exorbitantes nos relacionamentos interpessoais; conflito de identidade; impulsividade e tendências autodestrutivas; pensamentos ou comportamentos suicidas ou de autoagressão; labilidade de humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada, ou dificuldade em controlá-la; paranoia devido ao estresse e dissociações (APA, 2014). Entretanto, Gabbard (2016) adverte que, devido às características semelhantes, os transtornos de personalidade apresentam falha de validação discriminatória.

Pesquisadores como Lopes (2017), Whitbourne e Halgin (2015), e Mattioli, Rovani e Noce (2014) se focaram em estudar a questão do sentimento de vazio que indivíduos com TPB costumam sentir, argumentando que ao mesmo tempo que esta sensação interfere na construção da personalidade dos mesmos, fazendo com que possuam a tendência de copiar personalidades alheias, estes também temem serem expostos e “invadidos” por ideias dos outros, perdendo sua individualidade.

Gabbard (2016), revisando estudos realizados acerca do TPB, afirma que a incidência de negligência e abuso sexual durante a infância está associado à ocorrência de sintomas do TPB na idade adulta. O autor acrescenta que o fato do sujeito ter sido exposto à traumas precoces na infância resulta em um quadro de hipervigilância persistente, o tornando uma pessoa apreensiva.

Estudos concluem que um paciente que passou pela tentativa de suicídio terá maior probabilidade de cometê-lo de fato. Essa afirmação é confirmada através de uma pesquisa que demonstra que aproximadamente 10 a 20% dos pacientes que tentaram cometer suicídio, acabam tendo êxito posteriormente. Em contrapartida, Gabbard (2016) alerta para a possibilidade de pacientes borderline se utilizarem de seu comportamento suicida e de autoagressão com a finalidade de manipular seus familiares e a equipe que os atende.

Outerlial et al. (2001) define Self como sendo o próprio sujeito, determinado através das experiências adquiridas ao longo da vida, conceito este que foi exposto anteriormente por Winnicott. Macedo e Silveira (2012), em concordância com autores como Guanes, Japur e Nelson, trazem a proposta de que o Self se firma como uma estrutura mental, assim como uma experiência subjetiva e individual do próprio sujeito, o que constrói sua subjetividade e psiquismo.

Novamente corroborando com os estudos de Winnicott, Outeiral (2001) alega que o Self se constitui desde o começo da vida humana, se revelando a partir do gesto espontâneo da criança. Ambos os autores chegam à conclusão de que o Self se consolida no sujeito dependendo da forma como os desejos da criança serão atendidos pelo seu responsável. Nesse aspecto, tanto Winnicott (1983) quanto Outeiral (2001) argumentam que o Verdadeiro Self surge devido à estimulação da onipotência na criança, e que este pode ser caracterizado pelo gesto espontâneo da mesma.

Winnicott (1983) traz também a definição do Falso Self, como uma forma de defender o Verdadeiro Self, impedindo sua aniquilação. Essa forma de proteção surge em ambientes desfavoráveis para o sujeito, onde sua espontaneidade não tenha sido explorada. Neto (2007) posteriormente surge com estudos que reafirmam a definição exposta por Winnicott, de que a vivência de um indivíduo em um ambiente tóxico torna o Falso Self seu principal mecanismo de defesa, ou seja, uma forma de manter o Verdadeiro Self protegido, servindo como uma barreira contra situações intimidantes, que poderiam vir a levar ao colapso deste Self.

Gabbard (2016) chegou à conclusão que sujeitos TPB frequentemente sofrem de perda de contato com a realidade, e possuem a tendência de polarizar seu ponto de vista sobre determinadas pessoas, as definindo como “totalmente boas” ou “totalmente más”. Estudos posteriores demonstram que essa polarização também se faz presente na própria integração de self do sujeito, o que dá origem, muitas vezes, a uma personalidade contraditória.

Em um estudo realizado por Matioli, Rovani e Noce (2014), com um enfoque na visão psicanalítica, foi demonstrado que uma das principais características de uma pessoa com o TPB se define pela falta de um Self constituído, tendo que lidar constantemente com esta falta, sentindo medo de ser “invadido” por ideias dos outros, deixando de se tornar si mesmo. A persistência e cronicidade do sentimento de vazio faz com que o indivíduo borderline transforme sua personalidade na das pessoas que lhe são próximas, segundo Whitbourne e Halgin (2015), se colocando em uma posição submissa, como pode ser visto desde o surgimento do Falso Self.

Falso Self este, que, de acordo com Silva, Lima e Pinheiro (2014) faz parte da organização do sujeito e tem papel de mediador entre o Verdadeiro Self e o mundo externo. Questão essa que também foi abordada nos estudos de Gabbard (2016), no qual foi identificado que a ausência de identidade consistente do Self se caracteriza como um dos aspectos principais do TPB. Neste sentido, a falta de um Self bem estruturado pode vir a ocasionar o uso do Falso Self como uma defesa por parte de sujeitos com este transtorno de personalidade, apresentando

assim características e comportamentos contraditórios ou copiados dos de familiares e amigos próximos, de forma a proteger seu Verdadeiro Self.

Há partir dos estudos realizados por Gabbard (2016), assim como por Neto (2007), pode-se perceber uma correlação entre o surgimento do TPB e do Falso Self, pois ambos são potencializados a partir de um ambiente tóxico e de negligência, tendo nele o seu possível surgimento e desenvolvimento.

No que diz respeito a um contraponto, nada foi encontrado diferente sobre a teoria do Self e a forma como sua estruturação, ou falta dela, se relaciona com o TPB. Quanto ao TPB, encontrou-se apenas linhas teóricas que não o consideram como um transtorno. Mas há a perspectiva neurobiológica, que segundo Carneiro (2004), afirma existir uma conexão deficiente em várias áreas cerebrais associadas aos sintomas de TPB, que, através de uma ressonância magnética funcional, demonstra uma hiperativação da amígdala relativa às expressões faciais e emoções negativas. Enquanto Dornelles (2009) completa afirmando que a dificuldade de controle inibitório, ou seja, o comportamento impulsivo do TPB é ocasionado pela carência em uma porção dorsolateral do córtex pré-frontal.

### **Considerações Finais**

Portanto, a partir do que foi exposto anteriormente, pode-se considerar o TPB como um transtorno multicausal e difícil de ser reconhecido devido às intersecções que se relacionam com outros transtornos. É caracterizado por inúmeros fatores, contudo, nesta revisão sistemática, ressalta-se a dissoação, os sentimentos crônicos de vazio e os conflitos de personalidade. Alguns autores presumem que estas características agem de forma a diferenciar a construção da personalidade dos indivíduos, ocasionando em uma constituição não-saudável do Self.

O Self, em síntese, se refere à reestruturação mental do sujeito, constituindo-se através das vivências do mesmo, especialmente na infância, época em que depende de um responsável para adquirir sua espontaneidade. A formação do sujeito ocorrendo conforme a expectativa resulta no desenvolvimento do Verdadeiro Self, que é estimulado pela sensação de onipotência experimentada pela criança. Caso não seja estimulado como esperado, há o surgimento do Falso Self, como uma forma de impedir que as ameaças externas extingam o Verdadeiro Self do sujeito.

Retomando, assim, o objetivo geral desta pesquisa, a saber, verificar se há uma relação entre o TPB e a estruturação do Self, assim como explicitá-la, pode-se chegar à conclusão que, de acordo com todo o estudo que foi apresentado até o momento, há de fato uma relação entre o TPB e o Self de um indivíduo, relação esta que se mostra através de sintomas específicos do

transtorno, que se correlacionam com a definição de Falso Self. Em outras palavras, a pesquisa demonstrou que um sujeito com TPB, caso possua sintomas específicos como o vazio existencial e conflitos de personalidade, provavelmente também passou pelo processo inconsciente de estruturação de um Falso Self.

Faz-se necessário também ressaltar que, embora tenham sido encontrados autores que defendem pontos contrários aos daqueles usados para embasar cientificamente este artigo, não foi encontrada nenhuma pesquisa que de fato descartasse ou argumentasse contra a relação existente entre o transtorno e o Self. Não é possível também ter a dimensão sobre até onde um fator exerce influência sobre o outro. Ou seja, não se sabe qual dos fatores pode ter contribuído para originar o outro em um sujeito, embora a relação entre os dois tenha se mostrado presente no estudo realizado.

Sendo assim, ressalta-se a importância de que futuras pesquisas possam vir a se focar nesta questão paradoxal, pois, como demonstrado em nossa introdução, a necessidade de se compreender o TPB se mostra cada vez mais presente, devido à uma possível potencialização deste tipo de personalidade a partir de uma sociedade contemporânea cada vez mais mutável e que exige uma maior capacidade adaptativa do indivíduo.

### Referências

- APA. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição. *Editora Artmed*. Recuperado de <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf/>
- Araújo, A.C. & Lotufo, F. N. (2014). *A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais – o DSM-V*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v.16, n.1. São Paulo. Resgatado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007)
- Carneiro, L. L. F. (2004). Borderline – No Limite entre a Loucura e a Razão. *Ciência & Cognição*, v.03, pág. 66-68, Rio de Janeiro – RJ. Recuperado de <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/469/256>
- Dalgalarrondo, P., & Vilela, W. A. (1991). Transtorno borderline: história e atualidade. *Scielo*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0052.pdf>
- Dornelles, V. G. (2009). Avaliação Neuropsicológica em Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline. *Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – PUCRS*. Porto Alegre –RS. Recuperado de <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/672#preview-link0>
- Fernandes, A.H. (2002). *A Relação Mãe-Criança: Controvérsias e Perspectivas na Psicanálise. Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Recuperado de <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7706/5570>

- Gabbard, G. O. (2016). Transtornos da Personalidade do Grupo B – Borderline, *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica, Editora Artmed, 5ª Edição, pág. 427-470.*
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan, M. A. (2004). Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação de Evidências na Prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.12, n.3, pg. 549-556. Ribeirão Preto – SP.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14>
- Lopes, Y. J. (2017). A Psicopatologia do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e suas Características Diagnósticas. *O Portal dos Psicólogos.* Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1154.pdf>
- Macedo, L.S.R., & Silveira, A.C. (2012). Self: Um Conceito em desenvolvimento. *Scielo.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v22n52/14.pdf>
- Marinho, K.F., & Ratto, C.G. (2016). Modo Borderline e o Mundo do Trabalho: um ensaio sobre implicações e perspectivas atuais. *Scielo.* Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00171.pdf>
- Matioli, M. R., Rovani, E.A., & Noce, M.A. (2014). O Transtorno de Personalidade Borderline a partir da visão de Psicólogas com Formação em Psicanálise. *Pepsi.* Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-70852014000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009)
- Neto, A. F. (2007). A Problemática do Falso Self em Pacientes do Tipo Borderline: Revisando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise, v.41, n.4, pg. 77-88. São Paulo – SP.* Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v41n4/v41n4a08.pdf>
- Silva, G.V., Lima, A.A., & Pinheiro, N.N.B. (2014). Sobre os conceitos de verdadeiro self e falso self: reflexões a partir de um caso clínico. *Círculo de Psicanálise do Rio de Janeiro.* Recuperado de [http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30\\_pdf/08\\_Sobre\\_os\\_conceitos\\_de\\_verdadeiro\\_self\\_e\\_falso\\_self.pdf](http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30_pdf/08_Sobre_os_conceitos_de_verdadeiro_self_e_falso_self.pdf)
- Outeiral, J., Hisada, S., & Gabriades, R. (2001). As Origens do Self: Uma Bricollage, Winnicott Seminários Paulistas, *Casa do Psicólogo Editora,* pág. 14-25. Recuperado de [https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=\\_eNzHb1VIR8C&oi=fnd&pg=PA13&dq=surgimento+do+verdadeiro+e+falso+self&ots=F7kvrmpSWF&sig=jZUNRs7f\\_0Izt9IS8Y4IOaeKU#v=onepage&q=surgimento%20do%20verdadeiro%20e%20falso%20self&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=_eNzHb1VIR8C&oi=fnd&pg=PA13&dq=surgimento+do+verdadeiro+e+falso+self&ots=F7kvrmpSWF&sig=jZUNRs7f_0Izt9IS8Y4IOaeKU#v=onepage&q=surgimento%20do%20verdadeiro%20e%20falso%20self&f=false)
- Winnicott, D. W. (1983). Distorções do Ego em termos de Falso e Verdadeiro Self, O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional. *Artmed Editora, Porto Alegre – RS,* pág. 128-136. Recuperado de <https://pt.slideshare.net/lucimariarangel/winnicott-d-w-o-ambiente-e-os-processos-de-maturao>

Whitbourne, S. K., & Halgin, R. P. (2015). *Psicopatologia – Perspectivas Clínicas dos Transtornos Psicológicos*. Editora Artmed, 7ª edição. Porto Alegre – RS.