

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA**  
**E ANÁLISE EXISTENCIAL**

**LUCAS ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**

**Análise Fenomenológica do Transtorno de Personalidade  
Borderline à luz de Thomas Fuchs**

**Belo Horizonte**

**2022**

**LUCAS ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**

**Análise Fenomenológica do Transtorno de Personalidade  
Borderline à luz de Thomas Fuchs**

**Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-Terapia e Análise Existencial da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicologia clínica.**

**Orientador: Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista**

**Belo Horizonte**

**2022**

150 Oliveira, Lucas Albuquerque de.  
O48a Análise fenomenológica do transtorno de personalidade borderline à  
2022 luz de Thomas Fuchs [recurso eletrônico] / Lucas Albuquerque de  
Oliveira. - 2022.  
1 recurso online (31 f. ) : pdf  
Orientador: Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista.  
  
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Psicologia  
Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial - Universidade Federal de  
Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia.  
  
1. Transtorno de personalidade borderline. 2. Psicopatologia.  
3. Fenomenologia. 4. Psicologia clínica. 5. Fuchs, Thomas, 1964- .  
I. Evangelista, Paulo. Eduardo Rodrigues Alves. II. Universidade  
Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Folha de Aprovação

ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE À LUZ DE THOMAS FUCHS  
**LUCAS ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA**

monografia defendida e aprovada, no dia **dez de dezembro de 2022**, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA: GESTALT-TERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista o - Orientador  
FAFICH/UFMG

Maria Madalena Magnabosc

Belo Horizonte, 13 de setembro de 2024.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista  
Coordenador do Curso



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 13/09/2024, às 11:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3550155** e o código CRC **CAA28B42**.

## **Agradecimentos**

Agradeço a toda minha família que sempre dão suporte e forças para continuar. Aos meus amigos que sempre me aliviam do peso da rotina e que sem dúvidas foram participantes importantes para a conclusão desse trabalho. E aos meus colegas de turma, por compartilharem suas histórias e por construirmos uns nas vidas dos outros esses momentos que rendem agora o resultado de todo nosso esforço.

“Eu sei como é querer morrer. Como dói sorrir.  
Como você tenta se ajustar, mas não consegue.  
Como você se machuca por fora,  
tentando matar o que tem dentro”

(Garota, interrompida, 1999)

## Resumo

O Transtorno de Personalidade Borderline está documentado na literatura científica com diferentes nomenclaturas desde o final do século 19 e passou por diferentes revisões de suas características principais até os dias de hoje. Meu objetivo com o trabalho a seguir é estruturar parte das contribuições de Thomas Fuchs para a psicopatologia fenomenológica e dialogar de forma crítica com a proposta do DSM-V de padronização dos critérios diagnósticos. Num segundo momento é feita uma leitura do Transtorno de Personalidade Borderline à luz das contribuições de Thomas Fuchs, do DSM-V e trazendo parte da minha experiência prática de atuação no acompanhamento psicológico de pessoas com hipótese diagnóstica ou diagnosticadas com o transtorno. Serão feitas descrições, algumas críticas e propostas de atuação na clínica psicológica.

**Palavras-chave:** transtorno de personalidade borderline; fenomenologia; psicopatologia; DSM-V;

## **Abstract**

Borderline Personality Disorder has been documented in the scientific literature under different nomenclatures since the late 19th century and has undergone various revisions of its main characteristics up to the present day. My objective with the following work is to structure part of Thomas Fuchs' contributions to phenomenological psychopathology and to engage critically with the DSM-V's proposal for standardization of diagnostic criteria. In a second moment, I will interpret Borderline Personality Disorder in light of Thomas Fuchs' contributions, the DSM-V, and share part of my practical experience in providing psychological support to individuals with a diagnostic hypothesis or those diagnosed with the disorder. Descriptions, some critiques, and proposals for clinical practice will be presented.

**Keywords:** borderline personality disorder; phenomenology; psychopathology; DSM-V;

## Sumário

1	Introdução .....	10
2	A psicopatologia fenomenológica e a psicopatologia hegemônica.....	12
2.2	O Transtorno de Personalidade Borderline no DSM-V .....	15
3	A Psicopatologia Fenomenológica de Thomas Fuchs .....	17
3.1	O adoecimento para além do biológico.....	18
3.2	Temporalidade .....	18
3.2.1	Tempo vivido .....	19
3.2.2	Tempo experienciado.....	19
3.2.3	Continuidade do corpo .....	19
3.3	A Causalidade Circular .....	20
3.3.1	Causalidade Circular Vertical .....	20
3.3.2	Causalidade Circular Horizontal .....	21
3.4	A corporeidade .....	22
3.4.1	A memória corporal.....	23
3.5	Self narrativo .....	25
3.6	A terapêutica .....	25
4	A descrição do Transtorno de Personalidade Borderline na psicopatologia de Thomas Fuchs.....	26
4.1	Temporalidade .....	26
4.2	Corporeidade e impulsividade .....	27
4.3	Intersubjetividade .....	28
4.4	Cuidado e terapêutica .....	29
5	Considerações finais .....	31
	Referências: .....	32

## 1 Introdução

No trabalho da psicologia clínica, enfrentamos desafios diários, sejam eles de natureza burocrática ou da própria natureza do trabalhar com as demandas de pessoas em pleno curso de suas existências. Desde o psicoterapeuta principiante ao veterano, todos encontram limites no conhecimento, na disposição e até nas próprias histórias, que fazem com que não se sintam aptos ou confortáveis para atender todos os casos que entram no consultório. O que reconhecemos como um atalho comum para identificar os certos perfis que desafiam é o uso de diagnósticos. Esclareço que chamar a categorização de atalho não é outra coisa senão uma pequena provocação, sem intenção de tom pejorativo, visto que na abordagem fenomenológica vamos lidar com o reconhecimento de patologias comuns à nosologia da psicopatologia hegemônica, com classificações padronizadas de categorizações das experiências patológicas, porém com olhar crítico. Fenomenologicamente, segundo Fuchs (2018), reconhecemos o adoecimento psíquico como uma sensibilidade particular do indivíduo frente às questões intrínsecas do existir humano. Sendo assim, conseguimos reconhecer que, dadas as vulnerabilidades existenciais inerentes ao homem, há em cada psicopatologia um conjunto de pontos comuns do modo de ser daqueles indivíduos que se manifestam de forma adoecida e semelhantes entre si. Essa semelhança nos permite incluí-los em grupos específicos que reconhecemos como adoecidos acometidos por uma psicopatologia em comum.

Dito isso, há para o terapeuta inúmeras dificuldades a serem superadas em sua prática. Dentre elas, duas em especial me chamam a atenção, que é lidar com alguma característica mais direta da história de vida do paciente a ser contada com qual ele seja pessoalmente afetado, como, por exemplo, casos de abuso ou agressões no geral, e a dificuldade em estar em relação com aquele modo de ser do paciente.

Na minha prática, reconheci alguns desafios significativos no trabalho com pacientes diagnosticados especialmente com o Transtorno de Personalidade Borderline. No ambiente da internação e na clínica particular fui colocado à prova com discursos provocativos e até bizarros da descrição detalhada de experiências sexuais pouco convencionais ou de grandiosos feitos que os colocam em posição de superioridade em relação a qualquer pessoa próxima. Certa vez sustentei por algumas sessões a postura ética e a suspensão do meu juízo ao ouvir em detalhes as crueldades que um paciente infligia aos animais de sua família apenas por diversão.

E então, com a relação de confiança estabelecida, foram se revelando as fragilidades daquela pessoa que não se abriu até que estivesse assegurado de que eu estaria ali não importando o tamanho dos desafios.

Então passaram a surgir para mim questões muito específicas sobre as expectativas daquela pessoa com a terapia e sobre como ela se realizava pessoalmente em sua vida. Sem dúvidas, as frequentes reinternações, as relações interpessoais sempre muito conturbadas e a baixa ocorrência de mudanças comportamentais significativas me fizeram questionar se eu estava sabendo o que fazer diante do cuidado dessas pessoas. Então a compreensão do modo de ser do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline vem como algo que pode contribuir de forma extensiva a minha prática clínica bem como a de outros colegas. Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral explicitar a compreensão do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) na psicopatologia fenomenológica de Thomas Fuchs. Como objetivos específicos, serão realizadas a) uma apresentação biográfica e do contexto da obra desse autor, b) uma apresentação da nosologia do TPB à luz do DSM-V, manual diagnóstico atualmente em vigor; c) uma síntese do que caracteriza a perspectiva fenomenológica na psicopatologia e d) a apresentação da concepção de TPB na obra de Thomas Fuchs. Com essa produção, poderemos observar parte dos desafios clínicos que surgem ao se tratar no acompanhamento psicológico de um paciente com o modo borderline de ser.

A escolha específica por esse adoecimento se dá por uma curiosidade surgida a partir de minha experiência pessoal de atendimento a pacientes internados em um hospital psiquiátrico e posteriores acompanhamentos psicológicos em consultório. Nesse percurso pude perceber que há diferentes reações quando se fala no diagnóstico de Borderline. Algumas pessoas, por vezes, têm histórias de casos de pessoas com quem já se relacionaram e os colegas psicólogos por vezes desconhecem como é a fundo o atendimento a um paciente com tal diagnóstico ou têm ainda um certo temor pelo desafio que se antecipa ao pensar em atender alguém diagnosticado ou que poderia ser diagnosticado como TPB. Senti que eu mesmo fazia essa preconceção de que o transtorno de personalidade seria dificilmente compreendido por mim e que não teria possibilidade de atender com qualidade e confiança à demanda psicológica daquela pessoa. Isso aponta para duas direções que me fizeram querer estudar o assunto na abordagem fenomenológica: primeiro, com esse receio a priori, se encerram as possibilidades do existir daquele paciente

para além das que são características claras e documentadas de uma pessoa diagnosticada com tal transtorno; e, segundo, quais são essas características comuns a essas pessoas que fazem existir a hesitação até mesmo numa relação profissional com os indivíduos borderline.

Existe ainda pouco material traduzido para o português que discorra sobre o Transtorno de Personalidade Borderline na abordagem fenomenológica. Assim, o presente trabalho se dispõe ainda a contribuir para que se possam ser realizados trabalhos futuros de aprofundamento nas especificidades desse tema. Num primeiro momento, farei algumas observações a respeito da psicopatologia fenomenológica em comparação com a psicopatologia da semiologia e das estruturas psíquicas hegemônicas. Em seguida a reunião de alguns textos da obra do psiquiatra e filósofo Thomas Fuchs, apresentando-o e expondo suas contribuições à psicopatologia e o cuidado terapêutico. E por fim uma explanação da compreensão do Transtorno de Personalidade Borderline sob o ponto de vista do autor mencionado, de outras perspectivas teóricas e de contribuições de experiências da minha própria prática clínica.

## **2 A psicopatologia fenomenológica e a psicopatologia hegemônica**

Existem formas de se identificar o adoecimento psíquico a partir de diferentes perspectivas teóricas. Quando nos propomos a trabalhar com saúde mental, faz-se necessário o embasamento que dê suporte a uma prática séria e comprometida com o saber científico. O direcionamento do olhar do profissional para aspectos específicos descritos por uma abordagem faz com que sua conduta seja apoiada em caminhos já consolidados, sem que se faça necessário toda uma nova elaboração teórica a respeito de cada fenômeno humano presenciado, seja no exercício de sua profissão ou na própria existência. Dito isso, serão descritos aqui duas formas distintas de se olhar para as características ditas patológicas do ser humano. Primeiramente, na psicopatologia fenomenológica, compreende-se que aquele indivíduo adoecido experiencia o que chamamos de “escuta apurada”, definida por Fuchs (2017) como uma sensibilidade particular para as contradições da existência humana. Ele ainda complementa incluindo que:

[...] nós todos vivemos sob as condições fundamentais da existência, talvez soframos mesmo sob as contradições, por exemplo, entre autonomia e dependência, liberdade e segurança, auto realização e culpa, prazer de viver e certeza da morte. Doentes psíquicos, porém, sofrem de uma maneira determinada, a saber, de tal modo que, sob certas circunstâncias, mesmo situações de conflito ou de perda cotidianas podem se tornar para eles situações limite [...] (Fuchs, 2017, p. 20)

Interessante apontar que o autor faz essa aproximação da vivência patológica com o que é intrinsecamente humano. A fenomenologia se dispõe a reconhecer no indivíduo adoecido os aspectos comuns ao existir humano que, no geral, estão em alguma medida prejudicados pelo transtorno que se diagnostica. Isso dá abertura para que o grupo possa ver esse indivíduo como alguém que ainda tem vivências passíveis de compartilhamento e que pode muito se beneficiar do suporte das pessoas a sua volta. Porém, o maior desafio nessa vivência social é que o próprio adoecimento abre espaço para uma segregação daquele ser. Segundo Evangelista (2011):

[...] o adoecimento acontece no desvio dessa norma [social] e na impossibilidade de regressar a ela, isolando o doente dos mundos compartilhados, perdendo as significatividades coletivas e a possibilidade de compartilhar e, portanto, coexistir. [...] O critério 'real' ou 'irreal', que orientou a psiquiatria clássica, cai por terra com a Daseinsanalyse, que supera a epistemologia positiva, que concebe a realidade com sendo objetiva, externa e única (p. 184-185).

A Daseinsanalyse, mencionada na citação acima, é uma disciplina proposta pelo psiquiatra Ludwig Binswanger a partir da leitura de *Ser e Tempo*, uma das mais importantes obras da fenomenologia, escrita pelo filósofo Martin Heidegger. Ela é uma das abordagens que se propõe a compreender o ser humano à luz da fenomenologia.

Com isso, a perspectiva alternativa à fenomenologia seria a proposta de uma classificação a partir de um somatório de sintomas e uma padronização de processos, com uma expectativa de se avaliar, classificar, operacionalizar, tratar e quantificar. Como descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V:

O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento (DSM5, p. 20)

Esse formato de trabalho que se propõe a especificar com certa previsibilidade o comportamento dos indivíduos com determinados transtornos, de certa forma distorce o olhar para o paciente, colocando-o como uma espécie de conjunto de comportamentos isolados e não como um indivíduo dotado de uma história de vida com especificidades. Há uma conduta padrão para cada padrão comportamental. Com isso, o chamado modelo operacional traz consigo uma massificação dos tratamentos, bem como uma despersonalização do ser humano que, a depender do cumprimento ou não dos critérios diagnósticos passa a ser passível de ser consertado. Neto e Messas (2016) explicitam que:

No modelo criteriológico/operacional, os sinais e sintomas são observados isoladamente e, então, “checados” dentro dos critérios que determinam o diagnóstico. Como não existem sintomas patognomônicos, há necessidade de se observar os critérios de exclusão, a fim de se diferenciar, ao máximo, os quadros, uns dos outros, mas é possível que o mesmo paciente receba dois ou mais diagnósticos (p. 26).

Isso é um tanto limitado, porque se usa de um olhar voltado exclusivamente para o tratamento de uma doença, e não de um doente. A pessoa que procura cuidado, encontra seu caso descrito e adicionado à estatística de mais um caso daquele tipo que deve ser ajustado com o mesmo tratamento padronizado de outros similares. A crítica aqui se pauta no quanto a percepção de cuidado sai de uma perspectiva individual, que levaria em consideração a história de um sujeito.

Vale a pena registrar que a crítica ao modelo operacional não nos faz necessariamente abdicar das contribuições que a padronização dos transtornos trouxe para que se houvesse um diálogo multidisciplinar mais coeso. Como bem pontuam Neto e Messas (2016), essa linguagem comum proporcionou que pesquisas em diferentes partes do mundo e em diversas culturas pudessem ser compartilhadas de forma acessível e compreensível a um número maior de pessoas. O que nos valemos é de uma crítica a como esse modelo não abarca os fundamentos filosóficos, antropológicos ou a natureza da doença mental.

## 2.2 O Transtorno de Personalidade Borderline no DSM-V

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é uma classificação internacional padronizada dos sintomas, manifestações, critérios para diagnóstico e características gerais de transtornos mentais documentados nos últimos 60 anos. Atualmente em sua quinta versão (DSM-V), ele se propõe a ser um guia prático para o auxílio de um diagnóstico preciso dos transtornos descritos em seu conteúdo.

O DSM-V lista os transtornos contidos em seu material a partir de uma classificação numérica própria e da classificação alfanumérica do diagnóstico específico contida no CID-10. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que está em sua décima edição (CID-10), é a lista de classificação médica da Organização Mundial da Saúde.

E além da codificação alfanumérica, o manual apresenta uma lista itens específicos que descrevem características essenciais de cada diagnóstico, onde o paciente deve ter características equivalentes a uma quantidade mínima estabelecida como critério para que o transtorno seja diagnosticado.

Por ser um manual também estatístico, guia traz informações sobre a prevalência do transtorno, outras características comumente observadas não listadas nos critérios, seu desenvolvimento ao longo da vida do paciente, os fatores de risco e prognóstico, além de questões diagnósticas referente ao gênero e à cultura. Cita por fim características de outros transtornos para que se possa fazer um diagnóstico diferencial e se conclui a sessão deste transtorno, sendo em seguida descrito o próximo com os mesmos critérios.

O Transtorno de Personalidade Borderline é apresentado no DSM-V com a característica essencial de:

um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos. (DSM V, 2014, p. 663)

Seus códigos de referência no DSM-V e no CID-10 são respectivamente 301.83 e F60.3.

Para que o diagnóstico seja dado, o paciente deve apresentar pelo menos 5 dos 9 itens descritos como característicos do transtorno. Que de acordo com o DSM-V (2014) são:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo 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 persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso e substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (DSM-V, 2014, p. 663)

Sendo assim, em poucos minutos após uma entrevista inicial, segundo o manual que se autointitula “prático, funcional e flexível”, podemos organizar as informações necessárias para se auxiliar num “diagnóstico preciso” (DSM-V, 2014, p. 41) de Transtorno de Personalidade Borderline.

Parece um tanto sedutora a possibilidade de se obter com facilidade o acesso a uma ferramenta que estruture a construção de um diagnóstico complexo em poucos tópicos de forma objetiva, trazendo ainda quais as perspectivas de cuidado e certa previsibilidade dos próximos comportamentos esperados daquele sujeito. Porém isso afasta do nosso olhar a dimensão política implicada no estabelecimento dessa expectativa de padronização comportamental com propostas de patologias associadas ao desviante.

Consonante a isso, Fuchs (2007) compreendendo o Transtorno de Personalidade Borderline sob uma perspectiva sociocultural, aponta para como dois principais aspectos da sociedade pós-moderna podem ter influência direta numa maior incidência de casos de TPB: o primeiro é a desestruturação do senso de comunidade e de família; e o segundo é o crescimento do pluralismo ideológico em detrimento dos rituais de passagem ou dos padrões obrigatórios de comportamento que ligam o indivíduo a um grupo com uma visão compartilhada de mundo. Resende, Pontes e Calazans (2015) apontam:

O que vemos na prática é um retorno das explicações organicistas de transtornos que visam a justificar o mal-estar do sujeito na sociedade moderna. Vemos as velhas e falhas tentativas de encontrar no corpo algo que justifique o sintoma, no entanto com uma nova máscara (p. 542-543).

Faz-se necessário então um olhar crítico para compreender a função que a utilização de diagnósticos pode ter para a manutenção de um discurso que busca constantemente patologias que avaliam, distinguem e medicam os comportamentos que se enquadram fora de uma norma arbitrária vigente na convenção social daquele período.

### **3 A Psicopatologia Fenomenológica de Thomas Fuchs**

Diversos autores se propuseram a explorar, a partir da filosofia de Edmund Husserl, a psicopatologia na perspectiva fenomenológica. Um desses autores é o psiquiatra e filósofo fenomenólogo Thomas Fuchs. Fuchs hoje é chefe do departamento de Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica na Universidade de Heidelberg. É membro da Sociedade Alemã de Antropologia Fenomenológica, Psiquiatria e Psicologia (DGAP). Autor de mais de 300 artigos, capítulos de livros e vários livros. É co-editor da revista internacional "Psychopathology". Como há uma extensa obra produzida, faremos uma breve descrição de alguns pontos relevantes para o presente trabalho.

### **3.1 O adoecimento para além do biológico**

Com a perspectiva do desenvolvimento de pesquisas neurocientíficas, que buscaram classificar fenômenos patológicos à luz de uma organização cartesiana, percebeu-se que não é possível se abarcar fenômenos humanos e transtornos existenciais em tal lógica. Isso porque estes são mais do que apenas adoecimentos do cérebro, visto que as experiências do sofrimento humano não são contempladas, previsíveis ou classificadas a partir de observações de um órgão específico, no caso o cérebro. O fenomenólogo Thomas Fuchs (2018) descreve que não há evidências de causas genéticas específicas para doenças psíquicas, o que pode ser descrito são sobrecargas diversas. Estamos diante de “perturbações complexas, que remontam a uma interação de processos biológicos, subjetivos e sociais” (Fuchs, 2018). O autor defende que “doenças mentais são sempre doenças da pessoa e de suas relações com outras pessoas” (Fuchs, 2018). O adoecimento existencial afeta de forma significativa a vida do indivíduo com o mundo à sua volta e pode ser exemplificado pelo distanciamento das relações interpessoais do sujeito com esquizofrenia pelo não compartilhamento de suas experiências de mundo, nas mudanças na percepção e experiência de temporalidade tanto do indivíduo com depressão quanto do que está em mania, que se distanciam do ritmo compartilhado pelas pessoas não adoecidas a sua volta e no Transtorno de Personalidade Borderline, que tem a demanda de satisfação imediata de suas necessidades, não se importando com os prejuízos que são capazes de trazer ao mundo compartilhado em que está inserido. As interações sociais estão relacionadas entre subjetividades. A pessoa se relaciona com outra e ambos possuem suas perspectivas, intenções e buscam responder de maneira flexível às situações do ambiente social que estão inseridas.

### **3.2 Temporalidade**

Na concepção do conceito de temporalidade, Fuchs (2010) faz uma distinção entre o tempo vivido e o tempo experienciado. Com isso ele introduz as percepções de tempo como fatores influentes na forma como nos relacionamos com nós mesmos e com o mundo. As próprias distorções em nossa temporalidade são processos de adoecimento caracterizados como uma dessincronização, com especificidades sobre como ela se manifesta e é experienciada por cada indivíduo em cada patologia.

### **3.2.1 Tempo vivido**

Também concebido como tempo implícito ou pré-reflexivo, diz da experiência de vivência do tempo quando se está imerso em alguma atividade. Nesse tempo não importa o passado ou futuro. Se está tomado por aquele momento de forma fluida e desimpedida. Traduz-se pela experiência de nem se dar conta do tempo que passa enquanto me distraio implicado em algo que me captura a atenção. O exemplo trazido por Fuchs (2010) para ilustrar é o de uma criança que se faz distante do mundo quando está interessada em brincar com seus brinquedos.

### **3.2.2 Tempo experienciado**

O tempo experienciado ou tempo explícito se sobrepõe ao tempo implícito. Essa sobreposição se dá quando algo inesperado interrompe o curso da experiência fluida no implícito. Alguns dos exemplos dados por Fuchs (2007) para ilustrar são a irrupção de um barulho alto, uma situação decepcionante ou de vergonha, uma quebra em um relacionamento interpessoal ou até mesmo uma perda importante. Esses acontecimentos relegam ao passado aqueles experienciados antes como o momento presente. Sendo assim, o que Fuchs (2007) afirma é que essa experiência de não ser mais o que ela, tem a tendência de ser basicamente dolorosa.

### **3.2.3 Continuidade do corpo**

Sob a perspectiva da temporalidade em consonância com a corporeidade, a ser explorada mais a fundo logo adiante, temos a contribuição de Fuchs (2016) ao dizer do reconhecimento do self a partir da continuidade do corpo. Ele menciona que a partir da apropriação das experiências vida, o ser humano tem a aquisição de uma memória não consciente que auxilia na noção de continuidade da existência ao longo do tempo. Fuchs descreve como “uma continuidade qualitativa do self que não é produzida ativamente por meio da lembrança, mas que integra o todo o passado da pessoa em seu ser no presente e na potencialidade” (Fuchs, 2016, p. 22, tradução do autor). Ou seja, é uma descrição da importância da noção de ser humano dotado de passado e futuro na integração de uma autopercepção de continuidade enquanto existência.

### 3.3 A Causalidade Circular

Causalidade circular é o conceito que Fuchs (2018) utiliza para explicar a mútua influência de pessoa, corpo e meio. Basicamente, é a introdução da sua teoria de que percepção e movimento são inseparáveis. Isso implica que o que o ser vivo, aqui especificamente o ser humano, “sente é função de como ele se move, e como ele se move é uma função do que ele sente” (Fuchs, 2018). Essa é uma teoria fenomenológica que ele aplica à compreensão da psicopatologia e que se divide em dois conceitos principais. São eles a “causalidade circular vertical” e a “causalidade circular horizontal”. Ele explica que:

[...] doenças mentais são marcadas pela disrupção da causalidade circular vertical; ou seja, a interconexão entre processos de nível baixo e faculdades mais elevadas do organismo. Isso afeta primariamente a relação de uma pessoa doente com ela mesma, o que codetermina continuamente o curso da doença. Por outro lado, doenças mentais são caracterizadas pela disrupção de uma causalidade circular horizontal; em outras palavras, das relações sociais e da capacidade de responder adequadamente às demandas e expectativas dos outros. Isso leva a saltos de feedback negativos em ciclos sócio-funcionais, saltos esses que influenciam o curso da doença desde o começo (Fuchs, 2018, p. 207).

#### 3.3.1 Causalidade Circular Vertical

A causalidade circular vertical, assume um papel decisivo na doença. Isso porque o indivíduo se torna “fragmentado” de si ou auto-alienado ao adoecer, o que significa dizer que uma característica do adoecimento é a falta de controle daqueles aspectos que estão manifestados nele mesmo, mas os quais ele não os reconhece como dele. A fragmentação está na perda de autonomia e do encontro com algo estranho manifestado em si mesmo que toma para si o controle do curso da vida daquela pessoa. Assim, os sintomas se manifestam como retirada da autonomia, produção de angústia, retirada da liberdade e invasão de reações emocionais incontroláveis. Aquele que adoecer passa a não ter mais o controle dos seus impulsos, das manifestações corporais, do que afeta a cognição e, por vezes, perde até mesmo a possibilidade de estar em um lugar silencioso. Com isso a imagem que havia

construído de si mesmo se torna limitada, distorcida e não tem mais a validade para ser vista como uma descrição fidedigna de quem se é. Isso não consegue ser abarcado por imagens neurológicas ou quaisquer exames que captam a atividade cerebral, porque a mera percepção dos impulsos elétricos manifestados durante o funcionamento do cérebro, frente a uma manifestação de angústia, não pode descrever como aquilo se relaciona com a história de vida de uma pessoa, ou como ela é afetada por isso em seu dia a dia, ou do quanto aquilo tem o prejudicado em relações importantes com as pessoas próximas.

### **3.3.2 Causalidade Circular Horizontal**

Já a causalidade circular horizontal aponta o quanto não é possível se definir o adoecimento mental como “disfunções puramente individuais” (Fuchs, 2018), assim como descrevemos não ser possível considerar a doença como pura manifestação biológica. Isso porque:

[...] independentemente de suas causas, doenças mentais são sempre distúrbios das interações e relações do paciente. Elas são acompanhadas de várias deficiências da liberdade para responder de maneira flexível e autônoma a situações, ofertas e demandas do meio ambiente social (Fuchs, 2018, p. 216).

Quando um indivíduo adoecido demanda do seu convívio interação, cuidado, amparo e atenção, isso captura a outra pessoa para um fenômeno compartilhado do sofrimento. Num primeiro momento, o suporte pode ser oferecido com bastante responsabilidade e disposição, mas um prolongamento do quadro patológico pode inserir um clima tedioso no cuidador, que passa a querer se distanciar, por exemplo, da visão de mundo pessimista do depressivo, do discurso delirante do psicótico que não é compartilhado com o outro ou da demanda constante do borderline de atenção a suas necessidades momentâneas. Porém, Fuchs (2020) sustenta que:

se a vida psíquica se estende para o mundo, então o transtorno psiquiátrico não deve ser localizado como algo “dentro” do indivíduo, na psique ou no cérebro. Ele é melhor relacionado a um distúrbio do ser-no-mundo, e da interação com os outros de acordo com suas necessidades de ressonância e respostas. Em outras palavras, a

psicopatologia muda de individualista para relacional, de uma perspectiva internalista para uma (inter)ativa (p. 32, tradução do autor).

Assim podemos estabelecer uma crítica em relação à tentativa de se observar o indivíduo por uma perspectiva neurobiológica, que estaria caracterizada pelo reconhecimento do ser humano enquanto produto das estruturas cerebrais e seus funcionamentos. O sofrimento humano é atravessado por mais do que os marcadores biológicos são capazes de abarcar. Tem-se interações da intencionalidade, personalidade, culpa, memória, angústia, relacionamentos, medos, traumas, religiosidade, desejos, arrependimentos, conquistas, anseios, expectativas e mais uma infinita lista de sutilezas próprias do existir que não cabem em nenhum modelo quantitativo ou determinista. Uma mudança na visão de si mesmo e a forma como isso influencia na relação com o mundo à volta só podem ser descritas de forma subjetiva e ainda com um trabalho difícil de elaboração. Métodos quantitativos e objetivos fazem classificações na busca por previsibilidade e padronização das formas de cuidado clínico para cada transtorno específico. Seria como esperar que, por modelos estatísticos de prevalência da ocorrência de determinados aspectos, se pudesse esperar as manifestações de comportamentos equivalentes ao da maioria naquele caso individual singular apenas por compartilhar da mesma nomenclatura atribuída ao conjunto de sintomas observados.

### **3.4 A corporeidade**

Thomas Fuchs tem um extenso trabalho que faz elaborações profundas a respeito da corporeidade, temporalidade, relações interpessoais e as influências que esses aspectos existenciais exercem uns sobre os outros. Em um artigo sobre a diacronia da existência corporal (Fuchs, 2016), ele faz uma crítica à dicotomia cartesiana de compreender o ser humano ou como uma “continuidade psicológica” de persistência das características individuais manifestadas ao longo de sua existência a partir de uma retrospectiva em primeira pessoa ou como as mudanças identitárias em uma perspectiva biológica da continuidade de um organismo como o “operador da existência pessoal” numa perspectiva em terceira pessoa.

Sendo assim, o autor faz uma construção na intenção de unificar esse pensamento, afirmando que:

[...] a experiência pessoal da subjetividade corporal e o self da autopoiese do organismo vivo deve ser considerada em última instância como dois aspectos de um único processo de vida que não pode ser reduzido a atividades cerebrais (Fuchs, 2016, p. 22, tradução do autor).

A menção da “autopoiese” se refere a um termo utilizado pelos autores Francisco Varela e Humberto Maturana que descrevem que o ser humano, enquanto uma “máquina autopoietica” é caracterizado como “um sistema homeostático que tem sua própria organização como a variável que mantém constante” (Varela & Maturana, 1997). Isso se concretiza na constante busca do indivíduo pela autoprodução. Porém não é também um processo que se dá de forma isolada em cada organismo, visto que um componente importante dessa organização se dá pela abertura e interação com o mundo. Os seres humanos são ambigualmente produtos e produtores de si mesmos, com modificações mútuas de si mesmo e do mundo a sua volta. Biologicamente, nosso corpo faz modificações constantes para a manutenção da vida, em que se cura ou morre, e, psicologicamente, podemos mencionar a constante tarefa de ter de ser todos os dias uma existência que se relaciona com a impossibilidade de qualquer previsibilidade do futuro. Essa perspectiva está em consonância com a perspectiva fenomenológica da coexistência.

### **3.4.1 A memória corporal**

Um ponto a ser destacado como um complemento ao conceito de corpo, é o que Thomas Fuchs explora da memória que o corpo armazena a partir de suas vivências. Não como uma memória episódica, acessível pela consciência ou processada por um esforço mental, mas como um acesso às sensações que remetem a vivências anteriores. Podemos exemplificar com aquela sensação de conforto ao entrar em um ambiente que lhe é familiar ou da tranquilidade de estar diante de alguém com quem se construiu uma história de vida juntos ou, ainda, do estômago que se revira com o cheiro de algo que você comeu e te fez mal. Essas são manifestações de memórias que o próprio corpo responde rapidamente, antes mesmo de se tomar consciência ou sem nem mesmo precisar chegar até ela. Nem que eu

tivesse todo o tempo, não seria capaz de definir de forma objetiva quais as memórias importantes que justifiquem o frio na barriga diante da pessoa amada.

Tomando a memória corporal como o tema desse tópico, exploraremos o texto de Thomas Fuchs, dizendo que:

[...] o corpo vivido exhibe uma forma específica de memória que resulta da contínua corporificação da existência: que consiste de todas as afinidades, capacidade e experiências que a pessoa adquiriu ao longo de sua vida. Portanto, também provê uma continuidade qualitativa do self que não é produzida ativamente através do lembrar, mas sim fazendo a integração de todo o passado da pessoa no seu presente e potencialidades (Fuchs, 2016, p. 22, tradução do autor)

Interessante reconhecer, portanto, que não somente a autorreflexão e a percepção consciente de si proveem ao ser humano o senso de continuidade da própria existência. O próprio corpo como um todo tem reverberações na percepção do indivíduo como algo que se constitui a partir de uma localização no tempo. Vale destacar que esse ponto ainda volta a nos fornecer espaço de oposição ao modelo biológico de centralidade do cérebro. A integralidade da experiência passa não só pela consciência, mas pelo indivíduo em toda sua constituição. No nosso contato com o mundo, afetamos e somos afetados como um ser integral, com corpo e consciência que acontecem ao mesmo tempo.

Essa percepção da memória corporal foi muito bem consolidada com o trabalho do autor Eugene T. Gendlin, um psicólogo de orientação humanista que desenvolveu uma potente técnica que chamou de Focalização. Em seu livro de 2006, Gendlin utiliza para seu livro chamado *Focalização* um interessante subtítulo, que é “Uma via de acesso à sabedoria corporal”. O autor elabora os passos necessários para a aplicação da técnica, mas também traz contribuições para compreender a vivência do corpo e da potente memória que ele é capaz de armazenar, como no trecho em que diz:

Onde fica armazenada essa quantidade imensa de informações? Não na sua mente, mas no seu corpo. O corpo é um computador biológico que gera esse acervo enorme de informações e o transmite instantaneamente quando você se lembra delas ou quando elas são motivadas por um acontecimento externo. Seu pensamento não é capaz de guardar todos esses detalhes nem de transmiti-los com tal velocidade” (Gendlin, 2006, p. 52-3).

### **3.5 Self narrativo**

O ser humano se relaciona constantemente com o seu passado e o seu futuro quando busca se compreender como um indivíduo dotado de uma narrativa própria de vida. Quando buscamos nos definir ou nos apresentar em qualquer situação, seja no convívio social, entrevista ou contexto acadêmico, nos valemos de parte do que somos hoje, resgatamos nossa história de vida e nos projetamos para o futuro. Só digo que sou brincalhão, ranzinza, extrovertido ou teimoso porque reconheço em minha trajetória as várias vezes em que uma característica se repete e se consolida como algo capaz de me definir em partes, além da previsão de que isso vá se repetir ainda por muitas vezes em minha história de vida, nas relações interpessoais que ainda são por vir.

Com isso, ao tentarmos nos fazer coerentes com nós mesmos, lançamos mão também da nossa capacidade e liberdade de autocontrole frente a um desejo momentâneo. Busco construir uma narrativa de mim mesmo e uma constância que me localiza no mundo. Procuro agir de acordo com meus princípios, crenças e minha relação com o mundo, onde o meio social e as pessoas individualmente têm expectativa de que estejamos coerentes com o que já nos mostramos em situações anteriores.

### **3.6 A terapêutica**

Porém, há que se considerar que a terapêutica do transtorno psicológico trabalha para que se obtenham resultados tanto do trabalho da terapia quanto dos fármacos que atuam na sintomatologia manifestada. O efeito farmacológico das drogas comerciais, como ansiolíticos ou antidepressivos, tende a produzir uma vivência diferente de afetos e cognição, com conseqüente alteração da causalidade circular vertical e horizontal, por haver percepções diferentes de si mesmo e por influenciarem nas relações interpessoais. Já os efeitos do trabalho psicológico proporcionam reflexões, apropriação da vivência e acolhimento da experiência subjetiva.

Isso corrobora com a afirmação de Fuchs (2018) quando diz que:

Não há nenhuma separação, mas antes uma interação circular entre processos psicológicos e biológicos, não há um tratamento 'meramente biológico' ou 'meramente psicológico'. Essa interação, contudo, não pode ser expressa em termos tais como 'a mente agindo sobre o corpo' ou 'o cérebro produzindo o corpo'. Ao invés disso, o cérebro age como um mediador e transformador [...] (Fuchs, 2018, p.222-223).

Portanto, quando construímos a crítica ao modelo exclusivamente biológico, estamos abrindo espaço para que esse não seja um olhar limitante do ser humano e leve em consideração somente uma de suas facetas. O tratamento farmacológico, quando necessário, é extremamente valioso. Principalmente naqueles casos em que "as disfunções neurobiológicas e endócrinas envolvidas na depressão, por exemplo, também podem estar avançadas demais para serem acessíveis a intervenções no nível psíquico" (Fuchs, 2018, p.223).

#### **4 A descrição do Transtorno de Personalidade Borderline na psicopatologia de Thomas Fuchs**

Embasado pela teoria de Thomas Fuchs apresentada até aqui, farei agora uma leitura de características específicas do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline observáveis em situações clínicas e, também, descritas pelo próprio Fuchs.

##### **4.1 Temporalidade**

Quando nos propomos a fazer a análise fenomenológica do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline, nos deparamos com especificidades da sua relação com características intrínsecas da existência humana. Para Fuchs (2007), o TPB é um transtorno em que o indivíduo tem uma fragmentação da própria existência. Aqui num sentido de fragmentação especialmente nessa percepção de continuidade temporal, como se esse fosse desprovido de passado ou futuro, existindo em constantes vivências de momentos presentes. Essa seria uma forma de defesa que, diferente da repressão, o exime de "constância, vínculo, comprometimento, responsabilidade e culpa" (Fuchs, 2007, p. 379). O desafio encontrado ao se viver

nessas condições, é exatamente lidar com o que a própria defesa estabelece como a relação com a temporalidade.

Encontramos no paciente com Transtorno de Personalidade Borderline uma limitação na característica do autocontrole diante de um desejo momentâneo, que descrevemos anteriormente como “self narrativo”. Isso porque a definição de si para esses indivíduos está ligada a um “estar sendo” naquele exato momento, sem necessariamente haver uma percepção de mudança do que já foi, ressentimento pelo passado, culpa por erros cometidos ou mesmo as consequências de suas atitudes no seu futuro ainda não realizado. Assim, existem implicações sobre como esse modo de ser influencia no comportamento impulsivo e nas dificuldades em relações interpessoais, a serem aprofundados individualmente logo abaixo.

## **4.2 Corporeidade e impulsividade**

A liberdade para fazer escolhas é sem dúvidas um fator determinante para a compreensão da existência humana. Isso porque, se nos abstermos de um desejo impulsivo, podemos estar diante de uma escolha que determina nossa própria sobrevivência. Também podemos, por fatores diversos, decidir não seguir a via da sobrevivência como prioridade.

No Transtorno de Personalidade Borderline, há uma tendência a não se fazer imposições próprias de restrições frente ao desejo imediato de realização de alguma necessidade. Assim, comportamentos de risco são facilmente identificáveis, como, por exemplo, o uso abusivo de substâncias, comportamento sexual de risco, explosões de raiva, episódios de agressividade, compulsão alimentar, automutilação e tentativas de autoextermínio (Fuchs, 2007). Tais atividades apontam para a característica da falta de percepção temporal de continuidade, uma vez que o indivíduo não se vê projetado para o futuro e nem preservando sua identidade construída com seu passado. O momento presente é o definidor das necessidades como um início, meio e fim por si só, constituído apenas por uma faixa temporal com uma pequena espessura, que acompanha pouco a pouco as vivências isoladas do indivíduo e que satisfazem o desejo de se distanciar do tédio. Fuchs (2007) complementa que são constantemente pessoas:

[...] curiosas, buscando constantemente novidades e acontecimentos, mas fazendo isso de forma impaciente, procurando desesperadamente a satisfação imediata ou uma recompensa (Fuchs, p. 381, tradução do autor).

Na experiência imediata sensorial do corpo é que se produz a realização e satisfação dos desejos superficiais e momentâneos. Pela fragmentação descrita na temporalidade, compreendemos a urgência de sentir como uma possível produtora de uma ancoragem dessa pessoa em um mundo novamente palpável.

### **4.3 Intersubjetividade**

Esse modo de ser ainda contribui para um prejuízo nas relações interpessoais. Fuchs (2007) diz que os pacientes com TPB são incapazes de sustentar relações interpessoais duradouras e com isso vivem uma sucessão de episódios desconexos com pessoas que entram e saem de suas vidas. Até mesmo a própria sexualidade pode ser um fator fluido para esses indivíduos, visto que existe uma tendência a não seguir necessariamente as normas sociais se elas se opõem a seu ímpeto. Digo isso não para soar moralista ou dizer que a fluidez da sexualidade seja algum tipo de desvio de conduta, mas sim fazendo considerações a respeito do que a normatividade impõe de obstáculos para as expressões desse tipo de liberdade. Mas, como estamos descrevendo, esse não passa pela via do constrangimento quando tratamos do Transtorno de Personalidade Borderline.

Fuchs menciona que esses indivíduos são caracterizados pelo mecanismo de defesa da dissociação, compreendida aqui como uma falta de integração entre percepções, sensações, afetos, memórias e identidade. Com tamanha fragmentação, a construção da autopercepção se torna inviável. Torna-se praticamente uma pessoa diferente a cada estado de humor para o qual se oscila. Não é raro ouvir relatos de familiares ou profissionais frustrados pela repetição constante dos comportamentos inadequados desses indivíduos, como se não fossem capazes de aprender com os próprios erros e demandam constante vigilância, atenção e cuidados.

Uma outra característica descrita por Fuchs (2007) é a de que, no Transtorno de Personalidade Borderline, o indivíduo apresenta o que ele chama de “identificação projetiva”, por qual os afetos negativos que os atravessam são logo atribuídos por eles

a outras pessoas. Assim, para que não se assuma a sua responsabilidade por sentimentos indesejados e intoleráveis, apontar para que o outro seja o produtor desses afetos dá margem para que esse outro seja odiado e combatido, como se estivesse sendo combatida a própria característica pessoal desagradável manifestada. Logo, identifica-se que esse movimento é característico da impossibilidade da pessoa de estabelecer uma autopercepção realista que assuma as imperfeições e limitações enquanto ser humano. Com isso, observamos a consequente dificuldade de se estabelecer relações interpessoais duradouras e realmente significativas, pois especificamente esse aspecto da autocrítica prejudicada produz o desconforto de constantes conflitos com outras pessoas, que podem não estar dispostas a assumir constantemente os erros não cometidos, mas atribuídos a elas.

#### **4.4 Cuidado e terapêutica**

Existem demandas específicas no cuidado com o paciente com Transtorno de Personalidade Borderline que atravessam exatamente todos os aspectos contemplados até aqui. Tomando a psicoterapia com base fenomenológica existencial, mais especificamente a Daseinsanálise, farei algumas propostas de cuidado ao paciente com o transtorno em questão, baseado na literatura e em minha experiência profissional.

De partida, acho importante ressaltar que a perspectiva fenomenológica se propõe a um método terapêutico que respeita o curso dos transtornos e não se faz pretensiosa de saber o melhor para cada paciente. Ernest Keen (1979) escreve em seu texto introdutório à psicologia fenomenológica, que quando dizemos do papel da fenomenologia, ela propõe que:

Sua tarefa é menos dar-nos novas ideias do que tornar explícitas aquelas ideias, suposições e pressuposições implícitas com base nas quais sempre nos comportamos e experienciamos a vida. Sua tarefa é revelar-nos exatamente o que já sabemos e que o sabemos, para que possamos estar menos confusos sobre nós mesmos. Fosse ela dizer-nos algo que não soubéssemos, não nos estaria dizendo qualquer coisa sobre nós mesmos, e portanto não seria importante (p. 15).

Com essa perspectiva, construímos com o paciente uma relação de confiança e cuidado. Por vezes, o terapeuta é um dos poucos que sustenta seu lugar ao lado de uma pessoa que se demonstra imprevisível e impulsiva como paciente com Transtorno de Personalidade Borderline. Fazemo-nos presentes como um elemento constante na inconstância entre uma sessão e outra. Estamos dispostos a estar com ele da forma que ele quiser e puder se apresentar naquele momento. Não demandamos uma postura específica e o que pedimos é que possamos lhes fazer companhia na caminhada da vida.

Por vezes, na clínica, vou ouvir a mesma história, perceber os mesmos comportamentos e ter a paciência de abrir um espaço para que aquilo se mostre novamente. E este pode ser um dos poucos lugares em que aquele modo de existir do paciente não é julgado, segregado, cobrado, culpado, agredido, mal falado e, principalmente, incompreendido. Percebo em muitas dessas pessoas um grande isolamento de relações interpessoais. Como trabalhei em parte do texto, as relações interpessoais são prejudicadas, com vários episódios isolados de contato com outros indivíduos e pouco duradouras.

Portanto, uma boa proposta de trabalho com o paciente borderline seria o cuidado para que este compreenda a si como parte integrante do mundo a sua volta. Suas ações têm consequências e, pelo menos por um momento, eles podem compreender os limites de sua liberdade quando invadem o espaço das pessoas próximas a seu convívio. Com isso podemos trabalhar para que o paciente construa autopercepções pautadas em que se pode reconhecer como próprio de si em cada uma das relações que construiu. Até porque, os relacionamentos estabelecidos se deram com demonstrações do paciente de quem ele é para outra pessoa. Então, a partir do reconhecimento de características pessoais, esse indivíduo constrói, ainda que de forma incipiente, uma apropriação do próprio existir.

Compreendi ser extremamente importante me tornar, enquanto terapeuta, alguém que apresentasse na vida do paciente Borderline uma proposta de continuidade. A relação terapêutica se mantém ainda que venham os pensamentos de morte, os rompantes de agressividade e as constantes mudanças de opinião. Não posso garantir que meu paciente não queira se machucar ou morrer, mas posso me dispor, dentro dos meus limites, a estar ali nesse momento certamente turbulento como alguém que está disposto a lhe fazer companhia até a tempestade passar.

Esse pode ser um importante ponto no cuidado dessa pessoa. Na incerteza e na descontinuidade experimentada como característica do transtorno, nós terapeutas somos uma lembrança de que há muito que a própria pessoa dá conta de superar. Nossa presença não serve para fazer por ela o que ela não consegue, mas sim para ter a paciência de acompanhar alguém que só consegue dar pequenos passos por vez.

Podemos não localizar o paciente borderline no tempo como alguém que foi algo que não é mais. Mas podemos trabalhar para que ele reconheça o fato de que está sempre sendo alguém no momento presente.

## **5 Considerações finais**

Compreendemos ao longo do texto a importância de reconhecer que a autopercepção e a integração social são correlacionadas e inseparáveis. O adoecimento mental não pode ser compreendido como um mero desajustamento neurobiológico individualizado. A própria vivência das relações frágeis e inconstantes experienciadas no Transtorno de Personalidade Borderline é perceptível como algo comum a outros tipos de relações pós-modernas que supervalorizam a individualidade em detrimento da compreensão coletiva do mundo compartilhado.

Importante concluir também o quanto a vivência de uma psicopatologia, ao contrário da proposta protocolar do modelo operacional, afeta o ser humano como um todo alterando sua percepção de temporalidade, sua relação com a corporeidade e suas relações interpessoais. Ainda foi possível explorar mais especificamente como cada um desses pontos é experienciado no Transtorno de Personalidade Borderline. Interessante apontar que, mesmo que exista alguma peculiaridade na vivência dessas pessoas, trabalhamos aqui com a perspectiva da possibilidade de intervenções e cuidado para que ela encontre formas de desfrutar de sua liberdade existencial.

Por fim, cabe uma exploração mais a fundo no tema da corporalidade para esse transtorno. Dentro desse tópico seria interessante um aprofundamento nas questões da automutilação e tentativas de autoextermínio. Uma outra questão que se instala aqui é a dúvida a respeito do papel da memória corporal descrita por Fuchs, quando ele descreve que nossas vivências são recordadas pelo corpo de maneira experiencial. Se essa é uma característica intrínseca do ser humano, vale a pena uma

investigação do quanto ela está preservada na vivência do paciente borderline, levando em consideração a descontinuidade e fragmentação características desses indivíduos, descrita ao longo do presente trabalho.

### **Referências:**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. INÊS, Marina. (Trad.). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Evangelista, Paulo. **Para uma interpretação deseisanalítica da psicopatologia. Congresso Brasileiro de Psicologia Existencial**. Congresso Brasileiro de Psicologia Existencial. Belo Horizonte, 2012.

FUCHS, Thomas. Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. **Psychopathology**, v. 40, nº. 6, p. 379-387, 2007.

FUCHS, Thomas. **Para uma psiquiatria fenomenológica: ensaios e conferências sobre as bases antropológicas da doença psíquica, memória corporal e si mesmo ecológico**. 1. ed. Rio de Janeiro: via Verita, 2018.

FUCHS, Thomas. Self across time: the diachronic unity of bodily existence. **Phenomenology and the Cognitive Sciences**, v. 16, n. 2, p. 291-315, 2016.

FUCHS, Thomas. **Time, the Body, and the Other in Phenomenology and Psychopathology**. In: Time and Body. Phenomenological and Psychopathological Approaches. p.12-40. Cambridge University Press: Cambridge, 2020

GENDLIN, Eugene T. **Focalização: uma via de acesso à sabedoria corporal**. São Paulo: Gaia, 2006.

NETO, Hélio e MESSAS, Guilherme. **O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: um paralelo entre os**

**modelos, através de um estudo de caso.** In: Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. p. 22-40. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

RESENDE, Marina S.; PONTES, Samira e CALAZANS, Roberto. **O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência.** In: Psicologia em Revista, v. 21, n. 3, p. 534-546, Belo Horizonte, 2015.