

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

Phenomenological Analysis of Borderline Personality Disorder in the Light of Thomas Fuchs

Lucas Albuquerque
Paulo Evangelista

Resumo

O Transtorno de Personalidade Borderline está documentado na literatura científica com diferentes nomenclaturas desde o final do século XIX e passou por várias revisões de suas características principais até os dias de hoje. O objetivo do presente trabalho é introduzir parte das contribuições de Thomas Fuchs para a psicopatologia fenomenológica e dialogar de forma crítica com a proposta do DSM-5 de padronização dos critérios diagnósticos. Num segundo momento, segue leitura mais aprofundada do Transtorno de Personalidade Borderline em suas dimensões existenciais à luz das contribuições do referido autor. Mencionam-se também propostas de atuação na clínica psicológica.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline; fenomenologia; psicopatologia; DSM-5.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2026; vol15 (1): 0521

Published Online
XX de janeiro de 2026
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1206>

Lucas Albuquerque

É psicólogo clínico Especialista em Psicologia Clínica e graduado pela UFMG, dedicado ao estudo da teoria psicológica da Análise Existencial. Possui experiência em psicoterapia individual de adultos, em atendimentos clínicos prestados em plantão psicológico, atendimentos de pacientes em internação psiquiátrica no Hospital Espírita André Luiz (HEAL) e da realização de estágios internos da UFMG.

Contato:
lucasalbuquerque94@gmail.com

Paulo Evangelista

É professor adjunto do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG. Coordenador do Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Análise Existencial e Gestalt-Terapia da UFMG. Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Tem experiência na área de Psicologia Clínica, com ênfase em psicologia fenomenológico-existencial e Daseinsanalyse. Coordenador do GT96 da ANPEPP "Psicologia Fenomenológico-hermenêutica e questões contemporâneas.

Contato: pauloevangelista@ufmg.br

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

Phenomenological Analysis of Borderline Personality Disorder in the Light of Thomas Fuchs

Lucas Albuquerque
Paulo Evangelista

Abstract

Borderline Personality Disorder is documented in scientific literature under various terminologies since the late 19th century and has undergone different revisions of its main characteristics up to the present day. This work aims to introduce some of Thomas Fuchs' contributions to phenomenological psychopathology and to critically engage with the DSM-5's proposal to standardize diagnostic criteria. In a second step, a more in-depth analysis of Borderline Personality Disorder and its existential dimensions is taken in light of the mentioned author's contributions. Proposals for the psychological clinic are presented.

Keywords: Borderline personality disorder; phenomenology; psychopathology; DSM-5.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2026; vol15 (1): 05-21

Published Online

XX de janeiro de 2026

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1206>

Lucas Albuquerque

É psicólogo clínico Especialista em Psicologia Clínica e graduado pela UFMG, dedicado ao estudo da teoria psicológica da Análise Existencial. Possui experiência em psicoterapia individual de adultos, em atendimentos clínicos prestados em plantão psicológico, atendimentos de pacientes em internação psiquiátrica no Hospital Espírita André Luiz (HEAL) e da realização de estágios internos da UFMG.

Contato:

lucasalbuquerque94@gmail.com

Paulo Evangelista

É professor adjunto do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG. Coordenador do Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Análise Existencial e Gestalt-Terapia da UFMG. Doutor em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Tem experiência na área de Psicologia Clínica, com ênfase em psicologia fenomenológico-existencial e Daseinsanalyse. Coordenador do GT96 da ANPEPP "Psicologia Fenomenológico-hermenêutica e questões contemporâneas.

Contato: paulo evangelista@ufmg.br

Introdução

Fenomenologicamente, segundo Fuchs (2018a), reconhecemos o adoecimento psíquico como uma sensibilidade particular do indivíduo frente às questões intrínsecas do existir humano. 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. Essas semelhanças nos permitem incluí-los em grupos específicos, que reconhecemos como adoecidos, acometidos por uma psicopatologia em comum.

Este artigo visa reunir a perspectiva fenomenológica de Thomas Fuchs, eminente psicopatologista fenomenológico, sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TBP), recorrendo às suas publicações sobre o assunto em específico, e sobre psicopatologia fenomenológica em geral – quando necessário. Esperamos, assim, contribuir para a melhor compreensão desse modo de ser que desafia profissionais no diagnóstico e no tratamento clínico.

O material traduzido para o português acerca do TBP na abordagem fenomenológica é escasso. Assim, o presente trabalho se propõe ainda a contribuir para a divulgação desse tema em nosso meio, bem como para a realização de trabalhos futuros. Num primeiro momento, faremos algumas observações a respeito da psicopatologia fenomenológica em comparação com a psicopatologia que segue o modelo hegemônico criteriológico ou operacional (Neto e Messas, 2016). Em seguida, reuniremos alguns textos da obra do psiquiatra e filósofo Thomas Fuchs, apresentando-os e expondo suas contribuições à psicopatologia e ao cuidado terapêutico. Será elaborada, por fim, uma explanação da compreensão do TBP sob o ponto de vista do autor mencionado, de outras perspectivas teóricas e de contribuições de experiências próprias de prática clínica.

A psicopatologia fenomenológica e a psicopatologia hegemônica

Existem distintas formas de se identificar o adoecimento psíquico a partir de diferentes perspectivas teóricas – e, quando nos propomos a trabalhar com saúde mental, faz-se necessário se alicerçar sobre uma base 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 necessária 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 descritas 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 uma sensibilidade particular para as contradições da existência humana. Complementando:

[...] nós todos vivemos sob as condições fundamentais da existência, talvez soframos mesmo sob as contradições, por exemplo, entre autonomia e dependência, liberdade e segurança, autorrealização 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, 2018a, pp. 19-20)

Interessante apontar que o autor faz uma 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 se 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 para tal vivência social é o de que o próprio adoecimento abre espaço para uma segregação daquele sujeito. Segundo Evangelista (2017):

[...] 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 como sendo objetiva, externa e única (p. 184-185).

A *Daseinsanalyse* 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 principais abordagens que se propõem a compreender o ser humano à luz da fenomenologia.

Seguindo com a comparação proposta, a perspectiva alternativa à fenomenologia seria a proposta de uma classificação a partir de um somatório de sintomas e de uma padronização de processos, com a premissa de se avaliar, classificar, operacionalizar, tratar e quantificar.

Esse formato, que se propõe a especificar com certa previsibilidade o comportamento dos indivíduos portadores de transtornos, de certa forma limita o olhar para o paciente, colocando-o como portador de um conjunto de comportamentos isolados – e não como um indivíduo, dotado de uma história de vida, e situado socio-historicamente. Induz-se, assim, certa conduta padronizada para cada padrão

comportamental. Com isso, o chamado modelo operacional traz consigo uma massificação dos tratamentos, bem como uma despersonalização do ser humano. 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).

A limitação desse modelo se dá em função do olhar voltado exclusivamente para o tratamento de uma doença, e não de um doente. A crítica aqui se pauta no fato de que a percepção de cuidado abandona uma perspectiva pessoal, que levaria em consideração a história de um sujeito inserido em um contexto. Como descreve Messas (2008), a consequência da adoção deste modo de proceder em psiquiatria leva à simplificação da psicopatologia, que, como consequência, busca identificar sintomas e comportamentos previamente descritos e passíveis de modificação – além da limitação do fator humano em detrimento da realização do diagnóstico, suprimindo a importância da relação terapêutica, e do estreitamento da função terapêutica, então limitada a “identificar somente o ponto em que seu instrumento farmacológico pode agir” (p. 221).

Vale 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 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 investigadores. O que não exclui a possibilidade de uma crítica a como esse modelo não abarca os fundamentos filosóficos, antropológicos ou a natureza mesma da doença mental.

O Transtorno de Personalidade Borderline no DSM-5

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) é uma classificação internacional padronizada dos sintomas, manifestações, critérios para diagnóstico e características gerais de transtornos mentais, conforme documentados nos últimos 60 anos. Atualmente em sua quinta edição, ele se propõe a ser um guia prático para o auxílio ao diagnóstico dito objetivo dos transtornos descritos.

O DSM-5 lista os transtornos mentais a partir de uma classificação numérica própria e da classificação alfanumérica do diagnóstico específico contida na Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). A CID-10 é a lista de classificação médica da Organização Mundial da Saúde.

O TPB é apresentado no DSM-5 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-5, 2014, p. 663).

Seus códigos de referência no DSM-5 e na CID-10 são, respectivamente, 301.83 e F60.3. Para que o diagnóstico seja dado, o paciente deve apresentar pelo menos 5 dos 9 critérios descritos como característicos do transtorno:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
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).
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-5, 2014, p. 663).

A proposta do DSM-5 segue a direção indicada pela psiquiatria norteamericana desde o DSM-III, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) em 1980, a saber: a eliminação de conceitos psicanalíticos a favor da criação de uma arquitetura criteriológica, isto é, de listas de sintomas que compõem cada diagnóstico – reaproximando-a da medicina ao formular “uma nosologia composta de doenças específicas com critérios diagnósticos (...) que são clinicamente bem definidos, verificados com achados físicos e dados laboratoriais e validados com respostas específicas ao tratamento” (Shorter, 2015, p. 65). Como explicam Neto e Messas (2016), a lógica empirista que se inaugura no DSM-III propõe a substituição da avaliação clínica holística, considerando-a não objetiva, portanto acientífica. A hermenêutica da sintomatologia

psicopatológica à luz da história de vida, dos modos de ser e se relacionar com as coisas e com os outros, situada em um mundo histórico compartilhado, considerando modos de temporalizar-se e espacializar-se, é o modelo fenomenológico que se defende em oposição ao criteriológico. Deste modelo fenomenológico, Thomas Fuchs é um dos importantes representantes contemporâneos.

Consonante à perspectiva fenomenológica, compreendendo o TPB sob uma perspectiva sociocultural, Fuchs (2007) aponta os modos 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; o segundo, 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.

Como apontam Resende, Pontes e Calazans (2015):

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, estabelecer 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 ao mesmo tempo desqualificam – ao passo que distinguem e medicam os comportamentos que não se enquadram numa normatividade ou convenção social vigente.

A Psicopatologia Fenomenológica de Thomas Fuchs

A perspectiva fenomenológica de diagnóstico psicopatológico e tratamento proposta por Fuchs é a de que o entendimento do sofrimento humano deve ser formulado à luz da existência do paciente como um todo em seu meio – não somente identificando sintomas isolados ou condições neurológicas. Isso porque se trata de mais do que o adoecimento do cérebro, visto que as experiências do sofrimento humano não são contempladas, previsíveis ou classificáveis a partir de observações de um órgão específico. Estamos diante de “perturbações complexas, que remontam a uma interação de processos biológicos, subjetivos e sociais” (Fuchs, 2018a, p. 9), visto que o autor defende que as “doenças mentais são sempre doenças da pessoa e de suas relações com outras pessoas” (Fuchs, 2018b, p. 226). O adoecimento existencial afeta de forma significativa a lida do indivíduo com o mundo à sua volta, e pode ser assim exemplificado:

no distanciamento das relações interpessoais do sujeito com esquizofrenia, por não compartilhar suas experiências de mundo; nas mudanças na percepção e experiência de temporalidade tanto do indivíduo em depressão como em mania, que se distanciam do ritmo compartilhado pelas pessoas não adoecidas a sua volta; e no TPB, em que o sujeito tem a demanda de satisfação imediata de suas necessidades, não se afetando pelos prejuízos que é capaz de trazer ao mundo compartilhado em que está inserido. As interações sociais estão relacionadas entre subjetividades; a pessoa se relaciona com outra, e ambas possuem suas perspectivas, intenções, e buscam responder de maneira flexível às situações do ambiente social em que estão inseridas.

Temporalidade

Em sua concepção de temporalidade, Fuchs (2013) faz uma distinção entre o tempo vivido e o tempo experienciado. Com isso, introduz as percepções de tempo como fatores influentes na forma como nos relacionamos conosco 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.

O 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 o futuro. O indivíduo está tomado por aquele momento de forma fluida e desimpedida. Traduz-se pela experiência de sequer me dar conta do tempo que passa enquanto me distraio implicado em algo que me captura a atenção. O exemplo trazido por Fuchs (2010) é o de uma criança que se faz distante do mundo quando está interessada em brincar com seus brinquedos.

Já 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) 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 outros experienciados antes como o momento presente. Sendo assim, o que Fuchs (2007) afirma é que essa experiência de não ser mais o que se era tende a ser algo doloroso.

Continuidade do corpo

Sob a perspectiva da temporalidade em consonância com a corporeidade, a ser explorada mais a fundo 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 vividas, 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 todo o passado da pessoa em seu ser no presente e na potencialidade” (p. 22). 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.

A Causalidade Circular

Causalidade circular é o conceito que Fuchs (2018b) utiliza para compreender a mútua influência de pessoa, corpo e meio. Sumariamente, é a introdução da teoria de que percepção e movimento são inseparáveis. Isso implica que o que o ser vivo “sente é função de como ele se move, e como ele se move é uma função do que ele sente” (Fuchs, 2018b, p. 209). Essa é uma teoria fenomenológica que ele aplica à compreensão psicopatológica, e que se divide em dois conceitos principais: a “causalidade circular vertical” e a “causalidade circular horizontal”. O autor explica que:

[...] doenças mentais são marcadas pela ruptura 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 ruptura 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, 2018b, p. 207).

A causalidade circular vertical assume papel decisivo no TPB. Isso porque o indivíduo se torna “fragmentado” de si ou autoalienado ao adoecer – o que significa dizer que uma característica do adoecimento é a falta de controle dos aspectos manifestos no indivíduo, que não os reconhece como próprios. A fragmentação está na perda de autonomia e do encontro com algo estranho, manifesto em si mesmo, e que toma para si o controle do curso da vida daquela pessoa. Assim, os sintomas se manifestam como ausência de autonomia, produção de angústia, ausência de liberdade e invasão por reações emocionais incontroláveis. Aquele que adoecer passa a não ter mais o controle

dos seus impulsos, das manifestações corporais e do que afeta a cognição. Com isso, a imagem construída de si mesmo se torna limitada, distorcida e não tem mais a validade como descrição fidedigna de quem se é. Isso não pode ser abarcado por imagens neurológicas ou quaisquer exames que captam a atividade cerebral porque a mera percepção dos impulsos elétricos manifestos no funcionamento do órgão, frente a uma manifestação de angústia, não pode descrever como aquilo se relaciona com a história de vida de uma pessoa, como ela é afetada por isso em seu dia a dia, ou quanto aquilo a tem prejudicado em relações importantes com pessoas próximas.

Já a causalidade circular horizontal indica que não é possível definir o adoecimento mental como “disfunções puramente individuais” (Fuchs, 2018b, p. 216), assim como mencionamos 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, 2018b, 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 mediado por responsabilidade e disposição, mas um prolongamento do quadro patológico pode originar tédio no cuidador, que passa a querer se distanciar, por exemplo, da visão de mundo pessimista do depressivo ou do discurso delirante do psicótico. 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).

Assim, podemos criticar a tentativa de se reduzir o indivíduo a uma perspectiva neurobiológica, caracterizada pelo reconhecimento do ser humano enquanto produto das estruturas cerebrais e seu funcionamento. O sofrimento humano é atravessado por mais do que os marcadores biológicos são capazes de abarcar. Tem-se interações da intencionalidade, 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 um 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 modo subjetivo – e, ainda, a partir

de um trabalho difícil de elaboração.

A corporeidade

Em artigo sobre a diacronia da existência corporal (Fuchs, 2016), Fuchs critica a dicotomia cartesiana em entender o ser humano ou como uma “continuidade psicológica” de persistência das características individuais manifestas 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 a dicotomia cartesiana, afirmando que:

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

A *autopoiese* se refere ao termo utilizado pelos autores Francisco Varela e Humberto Maturana, que descrevem que o ser humano enquanto uma máquina autopoietica, caracterizado como “um sistema auto-homeostático que tem a *sua própria organização* como a variável que o mantém constante” (Maturana & Varela, 1997, p. 71). Isso se concretiza na constante busca do indivíduo pela autoprodução. Porém, não representa também um processo que se dá de forma isolada em cada organismo, visto que são componentes importantes dessa organização a abertura e a interação com o mundo. Os seres humanos são, ambigualmente, produtos e produtores de si mesmos, com modificações mútuas de si e do mundo a sua volta. Biologicamente, o corpo faz modificações constantes para a manutenção da vida, pelas quais se cura ou se morre – psicologicamente, pode-se mencionar a constante tarefa de ter de ser todos os dias uma existência que se relaciona com a dificuldade para prever qualquer futuro. Essa perspectiva está em consonância com a perspectiva fenomenológica da coexistência.

Tal questão se articula com a memória corporal. Nesse sentido, um ponto a ser destacado, como complemento ao conceito de corpo, é a exploração de Fuchs da memória que o corpo armazena a partir de suas vivências. Não como memória episódica, acessível pela consciência ou processada por um esforço mental, mas como acesso às sensações que remetem a vivências anteriores. Um exemplo é a sensação de conforto ao se entrar em um ambiente familiar, ou a tranquilidade de se estar diante de alguém com quem se construiu uma história de vida juntos, ou, ainda, do estômago que se revira com o odor de algo ingerido no passado que fez mal. Essas são manifestações de memórias a que o

próprio corpo responde rapidamente, antes mesmo de se tomar consciência, ou mesmo permanecendo inconsciente.

Nas suas palavras:

[...] o corpo vivido exibe 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)

Interessante reconhecer, portanto, que não são somente a autorreflexão e a percepção consciente de si que fornecem ao ser humano o senso de continuidade da 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 nos permite certa oposição ao modelo biológico de centralidade do cérebro. A integralidade da experiência passa não apenas pela consciência, mas pelo indivíduo em toda sua constituição. Em nosso contato com o mundo, afetamos e somos afetados como um ser integral, com corpo e consciência que acontecem ao mesmo tempo.

Self narrativo

O ser humano se relaciona constantemente com o seu passado e com o seu futuro quando busca se compreender como um indivíduo dotado de uma narrativa própria de vida. Quando objetiva se definir em termos de uma história, isto é, de uma biografia, a existência se vale de parte do que é na atualidade, resgata partes de sua história de vida e se projeta para o futuro. Com isso, ao tentar se fazer coerente consigo mesma, a existência lança mão de sua capacidade e liberdade de autocontrole frente a um desejo momentâneo – busca construir uma narrativa de si mesma e uma constância que a localiza no mundo. Procura agir de acordo com seus princípios, crenças e sua relação com o mundo, onde o meio social e as pessoas individualmente têm expectativa de que cada um seja coerente com o que já mostrou em situações anteriores.

A descrição do TPB na Psicopatologia de Thomas Fuchs

Embasado nos fundamentos apresentados até aqui, passa-se agora para a compreensão do TBP na Psicopatologia Fenomenológica de Fuchs, do ponto de vista das dimensões existenciais.

Temporalidade

Para Fuchs (2007), o TPB é um transtorno em que o indivíduo vivencia a fragmentação da própria existência no que tange à percepção de continuidade temporal – como se 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 o de ter que lidar com o que a própria defesa estabelece como relação com a temporalidade.

A pessoa com TPB vivencia a limitação no autocontrole diante do desejo momentâneo. Como lembra Fuchs (2007), “gastos impulsivos, promiscuidade, compulsão alimentar, abuso de substâncias, direção imprudente e violência são sintomas comuns do transtorno. Eles expressam a incapacidade dos pacientes de conter e regular os humores e afetos emergentes” (p. 381). Isso afeta seu “self narrativo” de modo que a definição de si 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 relação com as consequências de suas atitudes no futuro ainda não realizado. Assim, existem implicações sobre como esse modo de se temporalizar influencia o comportamento impulsivo e as dificuldades em relações interpessoais.

A fragmentação existencial característica do TBP, tal como descrito por Fuchs, produz sofrimento. A imediatidade das experiências e das relações as dota de marcada intensidade, tanto positivas quanto negativas. Paixões são arrebatadoras e as dores da separação, proporcionalmente violentas. Diferenças nos modos de ser com as pessoas da convivência tendem a irromper com força, abruptas – e, quando surgem, provocam respostas agressivas e combativas. Assim, as experiências e relações vão e vêm, entram e saem da vida da pessoa com TPB, perfazendo episódios que não se costuram como uma história, ampliando, assim, a sensação de fragmentação que tende a ser vivida como sofrimento.

Liberdade

A liberdade é um fator ontológico determinante para a compreensão da existência humana (Fuchs, 2018a). Com base nela, funda-se a possibilidade de se ceder a um desejo impulsivo – que pode até mesmo colocar em risco a sobrevivência –, ou decidir não acatar

a sobrevivência como prioridade.

No TPB, há uma tendência a não se fazer imposições restritivas frente ao desejo imediato de realização de alguma necessidade. Assim, comportamentos de risco são facilmente identificáveis – como 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 falta de percepção temporal de continuidade, uma vez que o indivíduo não se vê projetado para o futuro nem capaz de preservar uma identidade edificada sobre seu passado. O momento presente é o definidor das necessidades como início, meio e fim por si só, constituído apenas por uma faixa temporal com pequena espessura, que acompanha pouco a pouco as vivências isoladas do indivíduo e que satisfazem o desejo de se distanciar do tédio existencial. Fuchs (2007) adiciona que são pessoas “curiosas, buscando constantemente novidades e acontecimentos, mas fazendo isso de forma impaciente, procurando desesperadamente a satisfação imediata ou uma recompensa” (Fuchs, p. 381).

Intersubjetividade

O paciente com TPB, ainda, se caracteriza pelo prejuízo nas relações interpessoais. Nesse sentido, Fuchs (2007) os refere como 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 orientação sexual pode ser um fator fluido para esses indivíduos, dada sua tendência a não acompanhar necessariamente as normas sociais quando se opõem a seu ímpeto. Assim, comportamentos e relações sexuais são vividos como expressões de liberdade, mas não se costumam numa história temporal que narra uma identidade histórica.

Fuchs menciona que esses indivíduos se caracterizam pelo mecanismo de defesa da dissociação, compreendida aqui como falta de integração entre percepções, sensações, afetos, memórias e identidade. Com tamanha fragmentação, a construção da autopercepção se torna inviável. Torna-se, na prática, uma pessoa diferente conforme o estado de ânimo. 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, além de serem demandantes de constante vigilância, atenção e cuidados.

Outra característica elencada por Fuchs (2007) é a identificação projetiva, pela qual

os afetos negativos são imediatamente atribuídos à alteridade. Assim, com vistas a não assumir, defensivamente, responsabilidade por sentimentos indesejados e intoleráveis, apontam para os outros como produtores desses afetos. Os outros podem aparecer, portanto, como odiados, merecedores de combatividade. O que estão sendo combatidas, afinal, são características pessoais próprias, embora desagradáveis, vivenciadas nas relações interpessoais. Logo, identifica-se que esse movimento é característico da dificuldade da pessoa de estabelecer uma autopercepção realista que assuma as imperfeições e limitações enquanto ser humano. Com isso, observamos a consequente dificuldade de estabelecer relações duradouras e significativas, pois a autocrítica prejudicada produz constantes conflitos com outras pessoas, que podem não estar dispostas a assumir constantemente os erros não cometidos, mas a elas atribuídos.

Implicações para a clínica

A análise de Fuchs contribui para a formulação de modos de estar terapeuticamente com essas pessoas. Isto é, sua compreensão do TPB permite que se indiquem certas demandas específicas na atenção terapêutica. A primeira é a necessidade de se construir, 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. O terapeuta precisa se dispor a estar com seu paciente tal como lhe for possível a cada momento. Como as relações interpessoais são prejudicadas, com diversos episódios de contato com outros indivíduos, muito breves, a relação terapêutica é uma possibilidade de constância que contribui para a construção de uma narrativa histórica. 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, pode-se trabalhar para que o paciente construa autopercepções pautadas no reconhecimento de si próprio em cada relação. Então, a partir do reconhecimento de características pessoais, esse indivíduo constrói, ainda que de forma incipiente, uma apropriação do próprio existir.

É importante que o terapeuta se apresente na vida do paciente TBP como 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 há garantias de que o paciente não queira se machucar ou morrer, mas pode-

se dispor, dentro de certos limites, a estar ali a cada momento turbulento, como alguém disposto a lhe fazer companhia até a tempestade passar.

Na incerteza e na descontinuidade experimentada como característica do transtorno, o terapeuta é uma lembrança de que há muito que a própria pessoa dá conta de superar. O terapeuta é uma presença, não para fazer por ela o que ela não consegue, mas que se dispõe a ter a paciência de acompanhar alguém que só consegue dar pequenos passos a cada vez.

Considerações finais

A compreensão do modo de existir chamado de TPB contribui significativamente para o saber psicopatológico. Do ponto de vista epistemológico, propõe uma superação da dualidade cartesiana que tende a desumanizar os pacientes, tomando-os como efeitos de causas subjacentes. A noção de causalidade circular, que efetua essa superação, também apresenta elementos para compreendermos a ação de psicofármacos no tratamento, como apoio para a modificação no meio, retroagindo na própria existência.

A compreensão da existência como temporal, corporal e intersubjetiva, que se constitui como uma narrativa histórica, introduz avanços no campo da Psicopatologia Fenomenológica. A articulação da concepção de existência (humana), advinda da filosofia em consonância com as ciências cognitivas e a psicopatologia, realiza um importante diálogo epistemológico, fértil para o desenvolvimento de avanços nessas áreas do conhecimento. Principalmente, o entendimento do TPB como um modo histórico, narrativo, de ser e estar no mundo, convida a modos mais assertivos de se colocar em contato com pessoas que estão limitadas a existir dessa maneira, propiciando atenção e cuidado pertinentes diante do seu sofrimento.

A análise de Fuchs manifesta a importância de reconhecer que a autopercepção e a integração social são correlacionadas e inseparáveis. O adoecimento mental não pode ser compreendido, portanto, como mero desajustamento neurobiológico individualizado. Correspondendo ao entendimento de que o sofrer é situado socioculturalmente, pode-se considerar que a vivência das relações frágeis e inconstantes, experienciada no TPB, também acontece em outros tipos de relações pós-modernas que supervalorizam a individualidade em detrimento da compreensão coletiva do mundo compartilhado e que não são necessariamente psicopatológicas. Ou seja, este modo de ser característico da TPB está em consonância com as relações interpessoais contemporâneas, não podendo

ser entendido como algo individualizado ou idiossincrático.

Referências:

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (M. Inês, Trad.; 5. ed.). Artmed.
- Evangelista, P. (2017). Para uma interpretação daseinsanalítica da psicopatologia. *Daseinsanalyse*, 17, 167-188.
- Fuchs, T. (2007). Fragmented selves: Temporality and identity in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 40(6), 379-387. <https://doi.org/10.1159/000106109>
- Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenom Cogn Sci* 12, 75–104. <https://doi.org/10.1007/s11097-010-9189-4>
- Fuchs, T. (2016). Self across time: The diachronic unity of bodily existence. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 16(2), 291-315. <https://doi.org/10.1007/s11098-015-0602-4>
- Fuchs, T. (2018a). Por que há doença psíquica? *Para uma psiquiatria fenomenológica: Ensaios e conferências sobre as bases antropológicas da doença psíquica, memória corporal e si mesmo ecológico* (1ª ed., pp. 7-25). Via Verita.
- Fuchs, T. (2018b). Doenças mentais são doenças do cérebro. *Para uma psiquiatria fenomenológica: Ensaios e conferências sobre as bases antropológicas da doença psíquica, memória corporal e si mesmo ecológico* (1ª ed., pp. 207-231). Via Verita.
- Fuchs, T. (2020). Time, the body, and the other in phenomenology and psychopathology. In *Time and Body: Phenomenological and psychopathological approaches* (C. Tewes & G. Stanghellini, Eds., pp. 12-40). Cambridge University Press.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1997). *De máquinas e seres vivos: Autopoiese – A organização do vivo* (3ª ed.). Artes Médicas.
- Messas, G. (2008). Psicopatologia Fenomenológica e Psicofarmacologia: um Desafio para a Contemporaneidade. In: G. Messas (org.). *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. São Paulo: Roca.
- Neto, H., & Messas, G. (2016). O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: Um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 5(1), 22-40. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v5i1.986>
- Resende, M. S., Pontes, S., & Calazans, R. (2015). O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *Psicologia em Revista*, 21(3), 534-546. <https://doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p534>
- Shorter E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 59–67. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/eshorter>