

**AVM - FACULDADE INTEGRADA**

**Ivana Cézar Hendges**

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E A SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE**

**Pós Graduação em Investigação Criminal e Psicologia Forense**

**Brasília-DF  
2014**

TD  
343.91-056.34  
H495t

**Ivana Cézar Hendges**

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E A SUA RELAÇÃO COM A CRIMINALIDADE**

Monografia apresentada à AVM – Faculdade Integrada, como requisito parcial para aprovação na Pós-graduação em Investigação Criminal e Psicologia Forense. Orientador: Ronaldo Balestra Choze

**Brasília-DF  
2014**

## RESUMO

Esta monografia tem como objetivo estudar de forma detalhada e profunda o Transtorno de Personalidade *Borderline*, segundo o entendimento de diversos autores da linha psicanalítica e a relação deste transtorno com a criminalidade. Entender e analisar, de forma ampla, a etiopatogenia e a sintomatologia do transtorno *borderline*, assim como os tratamentos mais indicados e eficazes aos pacientes que sofrem com o mesmo, especificando como funciona o transtorno também nos adolescentes, e, em particular, destacar a importância do papel do analista no *setting* terapêutico. E, mais adiante, considerar os graus de agressão e violência demonstradas pelos pacientes *borderlines* e as suas tendências para o cometimento de crimes, em especial, os passionais. Descrever e avaliar como é o tratamento clínico e jurídico-penal oferecido a esta fração “doente” da sociedade, segundo o Código Penal Brasileiro e a jurisprudência em vigor e como se estabelece o diálogo entre as Ciências Médicas e o Direito, tendo como foco o portador do transtorno de personalidade *borderline*.

**Palavras-chaves:** Transtorno de Personalidade *Borderline*. Analista. Criminalidade. Tratamento Jurídico-Penal.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	6
1.1. TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO .....	6
1.2. JUSTIFICATIVA .....	7
1.3. OBJETIVOS .....	8
1.4. METODOLOGIA DA PESQUISA .....	8
<b>2. CAPÍTULO I .....</b>	10
2.1. CONCEITOS E REFLEXÕES .....	10
<b>2.1.1. Violência e Criminalidade .....</b>	10
<b>2.1.2. Agressividade e Impulsividade .....</b>	15
<b>2.1.3. Criminologia e Medicina Legal .....</b>	17
<b>3. CAPÍTULO II .....</b>	19
3.1. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE .....	19
<b>3.1.1 Conceito .....</b>	19
<b>3.1.2 Perfil Psicológico .....</b>	21
<b>3.1.3 Traços do Paciente <i>Borderline</i> .....</b>	23
<b>3.1.4 Etiopatogenia .....</b>	24
<b>3.1.5 O Adolescente <i>Borderline</i> .....</b>	27
<b>3.1.6 Tratamento .....</b>	33
<b>3.1.7 Aplicação das Ideias Winnicott na Clínica de Pacientes</b> <b>Fronteiriços .....</b>	36
<b>4. CAPÍTULO III .....</b>	39
<b>4.1. TRATAMENTO JURÍDICO-PENAL AOS FRONTEIRIÇOS-BORDERLINE</b> .....	39

<b>4.1.1. Da Culpabilidade e da Aplicação da Lei Penal .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.2. Da Imputabilidade e da Inimputabilidade .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.3. Das Medidas de Segurança .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1.4. Dos Crimes Passionais e o Transtorno <i>Borderline</i> .....</b>	<b>42</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>51</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO

Este estudo visa descrever e caracterizar, com a finalidade de análise e reflexão sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline* e a sua relação com a criminalidade. Ou seja, avaliar até que ponto uma pessoa que é portadora desse transtorno pode ser capaz de cometer atos danosos a si mesmo e à sociedade.

E, além disso, ver como os crimes cometidos por tais pessoas são tratados e enquadrados pelo Direito Penal Brasileiro, e quais seriam os melhores métodos de tratamento e abordagens oferecidos a estas pessoas.

A melhor descrição da Personalidade *Borderline* está no DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais, da Associação Norte-Americana de Psiquiatria). Pelo DSM-IV, vê-se que a característica essencial do transtorno é um padrão de comportamento de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na auto-imagem e nos afetos.

Há uma acentuada impulsividade, a qual começa no início da idade adulta e persiste indefinidamente. O paciente com este transtorno se esforça excessivamente para evitar o abandono, podendo haver quanto a isso uma série de ameaças de suicídio ou atos de autolesão.

O Transtorno *Borderline* da Personalidade é considerado um transtorno fronteiriço ou limítrofe entre uma modalidade não-normal da personalidade em relacionar-se com o mundo e um estado que pode ser considerado francamente patológico.

Esta patologia, hoje em dia é, sem dúvida, uma problemática psicossocial importante, já que frequentemente se associam a quadros de drogadição, alcoolismo e violência.

O paciente *borderline* pode ser objeto de apreciação jurídica e legal quando a gravidade de seu transtorno de personalidade é importante o suficiente para produzir um sério transtorno psíquico de insanidade e incapacidade de autodeterminar-se. A capacidade civil de uma pessoa deve estar condicionada à sua maturidade mental.

Fica então o questionamento: Qual a complexidade de se atestar o grau de responsabilidade de uma pessoa com o transtorno de personalidade *borderline*? Que tipos de penas seriam adequadas e em que circunstâncias? Quais as dificuldades médicas e psicológicas para um preciso diagnóstico desse transtorno?

Esta pesquisa constará de 03 (três) capítulos, sendo que no primeiro será abordada uma visão histórica sobre a violência e a criminalidade. Depois, no segundo capítulo, será caracterizado o transtorno, a pessoa *borderline*, fazendo uma análise psicológica-comportamental e, também, as tendências ao cometimento de crimes.

Finalmente, no terceiro e último, será feita uma análise reflexiva do ponto de vista médico e jurídico sobre os tratamentos e aplicação de penas adequadas aos criminosos fronteiriços.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Dentre os transtornos de personalidade catalogados pela Organização Mundial de Saúde, poucos geram tanto interesse quanto o *Borderline*. Apesar disso, os estudos direcionados para a descrição desse transtorno ainda não evoluíram satisfatoriamente para apresentar processos de diagnóstico e tratamento tão adequados.

Além disso, as relações entre a psiquiatria e o direito exigem ainda o desenvolvimento de um forte diálogo capaz de apurar as arestas e críticas simultâneas das duas ciências.

Desta forma, fica cada vez mais evidente a complexidade do conflito entre a área médica e jurídica, em face das dificuldades trazidas pelas consequências sociais geradas pelo transtorno de personalidade *borderline*, e a busca de soluções justas e mediadoras para a nossa sociedade.

Sendo assim, se faz notável a importância do estudo aqui proposto, com o entendimento teórico minucioso e aprofundado desta patologia, já que é observada a grande dificuldade em se alocar o portador da mesma, entre os imputáveis ou inimputáveis e, assim, sujeitá-lo a penas ou medidas de segurança, tendo em vista a sua condição de fronteiriço entre a normalidade e a anormalidade.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

O objetivo deste estudo é caracterizar e entender de forma minuciosa e profunda a patologia *borderline*, assim como abordar e discutir o tratamento jurídico penal dispensado aos agentes portadores desse transtorno, que sejam autores de fatos tipificados no ordenamento jurídico como ilícitos penais.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- a) Pesquisar na literatura conceitos e reflexões históricas sobre agressividade, impulsividade e violência;
- b) Verificar na literatura características e compreender o funcionamento minucioso e detalhado do transtorno de personalidade *borderline*;
- c) Apresentar algumas aplicações das idéias de Winnicott na clínica de pacientes *borderline*;
- d) Discorrer sobre os aspectos médico-legais do *borderline* e seu difícil diagnóstico;
- e) Identificar qual o tratamento jurídico-penal dado aos fronteiriços-*borderline* – imputabilidade e inimputabilidade;
- f) Analisar a integração do Direito e da Medicina (psiquiatria) para a melhoria da abordagem do fenômeno criminal em tela.

### **4 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Este trabalho será elaborado com uma pesquisa do tipo descritiva e analítica, abordando uma investigação psicológica e jurídica sobre o transtorno de personalidade *borderline*.

Será feita uma pesquisa tipo revisão bibliográfica para a análise médica (psiquiátrica) e jurídica, onde serão utilizados livros, artigos científicos, revistas, periódicos e doutrinas.

Inicialmente, será feita uma dissertação histórica sobre conceitos e reflexões sobre violência, criminalidade, agressividade, impulsividade e alguns aspectos da criminologia e medicina legal.

Depois, uma revisão narrativa sobre o transtorno, a pessoa *borderline*, fazendo uma análise psicológica-comportamental e as tendências ao cometimento de crimes.

Finalmente, uma análise reflexiva do ponto de vista jurídico sobre os tratamentos e aplicação de penas adequadas aos criminosos fronteiriços.

## 2 CAPÍTULO I

### 2.1 CONCEITOS E REFLEXÕES

#### 2.1.1 Violência e Criminalidade

Segundo a Medicina Legal, a violência é definida como a manifestação coletiva de uma agressão que une a impulsividade, a agressão de cada um dos integrantes do grupo. Desencadeada por ameaças. No entanto, esta violência, muitas vezes é individual e tem uma intencionalidade que trabalha com impulso e força, o que é feito de forma abrupta. De gênio arrebatado, o impetuoso se deixa levar facilmente pela raiva.

Podemos dizer que a violência é a agressividade desprovida de controle. Ou seja, é um comportamento destrutivo dirigido contra membros da mesma espécie (humana), em situações e circunstâncias nas quais alternativas para o comportamento adaptativo podem ocorrer. Sendo assim, um ato de violência pode invadir a autonomia, integridade física ou psicológica e até mesmo a vida de outro indivíduo.

Existe violência explícita quando há ruptura da moral e/ou de normas sociais estabelecidas. Podemos citar alguns tipos de violência: física, psicológica, verbal, sexual, negligência, bullying.

Uma das maiores fontes de medo dentre a população brasileira, especialmente entre os jovens, é a violência. Segundo dados do IPEA, em 2010, 85% das brasileiras tem muito medo de assassinato, contra 71% dos brasileiros.

Segundo o autor Covelli (2010), afirma-se que em nossa sociedade prevalece a violência estimulada por alguns fatores como:

- Profunda deterioração ética da sociedade;
- Condições de extrema pobreza de uma boa proporção da sociedade;
- Decadência e ineficiência do sistema;
- Inexistência de política criminal;
- Impunidade;
- Desprezo pelo outro.

Sociologicamente, a violência é um produto da sociedade, de qualquer sociedade, em qualquer época. Enquanto fato sociológico, ela não é vista como um comportamento inato do homem, mas como um fenômeno histórico e social, estando ligado à própria socialização das pessoas em determinados espaços sociais e culturais, sejam grupos ou totalidades mais amplas.

Dentro do arcabouço teórico sociológico têm-se três níveis de explicação para a violência: o nível macro de explicação da violência que trata das condições gerais, a estrutura e a cultura; o nível micro de explicação da violência que é o nível psicológico ou das motivações, os indivíduos e as interações; e o nível intermediário dessa explicação que dá visibilidade ao funcionamento dos grupos e as instituições, as interações “estabilizadas” em que os indivíduos estão conectados.

A violência é uma forma de afirmação, de controle e de poder. Grande parte dos atos de violência, mais precisamente no caso do homicídio, as pessoas que os cometem, agem por impulsos e são consideradas normais (STRÜBER, MONIKA E ROTH, 2006).

Entretanto, por razões subjetivas, num dado momento, que lhes parecem justificáveis, muitos tomam consciência da gravidade e da irreversibilidade do ato somente depois de cometê-lo. (ABDALA, 2006). Fica explícita a imprevisibilidade da violência, assim como características comuns do agente agressor: baixa tolerância à frustração, capacidade reduzida de compreensão e instantaneidade no ato.

Podemos observar que a violência é multifacetada, não se restringindo somente aos atos de grandes proporções, causando nas vítimas sérios danos físicos, psíquicos e sociais. Às vezes, a mesma se utiliza de subterfúgios, situações não explícitas, mas que causam danos significativos para o funcionamento psíquico e social da vítima, incluindo-se aqui: o racismo, preconceito, ofensa, calúnia e difamação.

Segundo o psicanalista Francisco Ramos de Farias (2007, p. 24-29), basta ser humano para ser potencialmente assassino. Partindo daí, pesquisadores chegaram à conclusão da multifatoriedade causal para o impulso à violência, não bastando apenas as condições biológicas, mas também as condições sociais em que está inserido o agente agressor.

O autor relata que os crimes de homicídio estão mais relacionados com a instabilidade sócio-familiar, enquanto a desvantagem econômica a todas as categorias de crimes.

As questões sociais não podem isoladamente serem causa do ato criminoso, a indicação simplesmente da miséria como causa da violência, minimiza todas as outras questões envolvidas com a violência e criminalidade, parecendo haver uma exclusão das classes sociais mais beneficiadas para o crime.

Stüber, Monika e Roth (2006) apontam níveis do hormônio masculino (testosterona) elevados, que ultrapassando a barreira hemato-encefálica se conecta a receptores no hipotálamo e amígdala, desencadeando mecanismos competitivos relacionados com a agressividade, podendo deixar o sexo masculino mais suscetível a atos de violência.

Violência e criminalidade são fenômenos complexos, pois várias causas estão ligadas a eles. As investigações científicas sobre a criminalidade dão visibilidade a fenômenos multicausais, pois são vários os fatores que interferem nas manifestações de atos violentos.

Uma possível classificação dos principais determinantes destas manifestações são: fatores estruturais, fatores culturais, a influências das agências de controle da criminalidade e os fatores psicológicos.

A partir da década de 80, com o destaque na mídia e a produção de pesquisas científicas que identificam o aumento da criminalidade que a violência é tema de pesquisas sociológicas sobre o crime, “quebrando a exclusividade de juristas e psiquiatras”.

Entre alguns conceitos, pode-se definir a violência de uma forma genérica como:

Há violência quando, numa situação de interação, um ou vários atores agem de maneira direta ou indireta, maciça ou esparsa, causando danos a uma ou mais pessoas em graus variáveis, seja em sua integridade física, seja em sua integridade moral, em suas posses ou em suas participações simbólicas e culturais. (MICHAUD, 1989, p.11).

As manifestações de violência são heterogêneas, variam de acordo com os grupos e os espaços sociais.

Segundo o sociólogo José Vicente Tavares dos Santos (1993), em seu artigo “A cidadania dilacerada”, existem inúmeros tipos de violência, dentre as quais destaco: a) Violência política e do Estado; que é a violência dirigida pelo Estado ou contra o estado, presente em ditaduras, movimentos revolucionários, terrorismos, guerrilhas; b) Violência costumeira ou difusa enquanto relação de estranhamento e esgarçamento das relações sociais, com quebra das regras de sociabilidade. Trata-

se da violência cotidiana ou ordinária, do crime doméstico; c) Violência simbólica exercida através dos diversos discursos que negam o lugar do outro; d) Violência como negação da condição humana e restrição dos direitos do cidadão, evidenciadas em situações como a fome, a miséria, a exclusão social e política.

Violência e criminalidade são fatos distintos. Nem todos os atos violentos são considerados crimes e nem todos os delitos se utilizam da ameaça ou concretização da agressão contra a vida ou a integridade física da pessoa.

A criminalidade está presente em todas as sociedades e civilizações, integra o mundo atual, tanto nas grandes cidades, quanto em lugares mais isolados, sabendo-se que, crime é, antes de tudo, um conceito legal, podendo definir-se por todo o comportamento humano punível, segundo o Direito Criminal. Ele é, no entanto, muito mais do que um mero fenômeno legal.

Sendo o crime obra do homem, passou-se a considerar várias ciências que contribuem para o conhecimento da personalidade humana (sociologia, antropologia, psicologia, psiquiatria, etc), sendo assim estudados e pesquisados os fenômenos criminosos como manifestação das características sociais humanas.

As expressões *crime* e *delito* são utilizadas no Direito Penal Brasileiro como sinônimas, ao contrário do que acontece em outros países que adotam a classificação denominada tripartite, dividindo as infrações em crimes, delitos e contravenções.

A legislação brasileira apenas distingue os crimes das contravenções, adotando a teoria bipartida, o que também ocorre nas legislações vigentes na Itália, Peru, Suíça, Dinamarca, Noruega, Finlândia e Holanda.

O crime pode ser considerado como uma manifestação da tendência antissocial, derivando da transgressão das normas jurídico-legais estabelecidas para uma determinada sociedade e numa determinada época.

Assim, definido pela lei processual penal (cfr. art. 1º, alínea “a” do CPP) como “o conjunto de pressupostos de que depende a aplicação ao agente de uma pena ou medida de segurança”, crime é todo o fato voluntário declarado punível pela lei penal, excluindo-se os atos reflexos e os cometidos no estado de inconsciência, bem como os levados a cabo com carência total de vontade.

Os elementos do conceito de crime comuns a todo fato punível são a tipicidade, a ilicitude (a antijuricidade) e a culpa. Por isso, se diz do comportamento criminal que ele é típico, ilícito e culposo.

Sendo assim, é necessário para a existência do crime, o pleno estado de sanidade mental e vontade em cometer o ato antijurídico, portanto intencionalidade (dolo) ou execução de um ato que poderia e deveria ser previsto e que, por falta de previsão do agente, produz um dano.

Aquele que praticou a ação que resulta em dano deve suportar as consequências do seu procedimento, isto é, ter responsabilidade. (COHEN, FERRAZ E SEGRE, 2006).

A apreciação do crime é essencialmente jurídica e é vista sob dois aspectos que, para Julio Fabbrini Mirabete, “existe o aspecto formal e material, sendo que o primeiro vê o crime como sendo fato humano contrário à Lei.” (MIRABETE, 2001a, p. 95).

No segundo aspecto, o material, se faz “indagar as razões que levou o legislador a prever a punição dos autores de certos fatos e não de outros, critérios para distinção de ilícitos penais de outras condutas lesivas”.

No que tange às peculiaridades do crime sobre a aparência formal “se faz jus uma conduta positiva (ação em sentido estrito) ou negativa (omissão), sendo necessário que esta conduta seja típica e antijurídica” (MIRABETE, 2001a, p. 97).

Em referência ao crime doloso, existem três teorias: a da vontade, da representação e a do assentimento.

Segundo Julio Fabbrini Mirabete (2001b, p. 139), a teoria da vontade é:

Age dolosamente quem pratica a ação consciente e voluntariamente, já a da representação afirma que o dolo é a simples previsão do resultado e, em última análise, na teoria do assentimento (consentimento), existe dolo, simplesmente quando o indivíduo consente em causar o resultado ao praticar a conduta.

Assim, para que se tenha o dolo, o agente tem que agir de forma consciente para concorrer à prática de um resultado. Existem outras classificações de dolo, tais como: dolo direto (o agente quer o resultado); indireto ou indeterminado (o dolo não é preciso), podendo existir dolo alternativo (o indivíduo quer entre dois ou mais resultados) ou dolo eventual.

Falando agora de crime culposo, tem-se alguns elementos: a conduta, a inobservância do dever de cuidado objetivo, o resultado lesivo involuntário, a previsibilidade e a atipicidade.

Existem, também, algumas modalidades de culpa: imprudência, negligência e imperícia. Em relação às espécies, a culpa pode ser: consciente (o agente prevê o resultado), inconsciente (não prevê o resultado que é previsível), culpa própria (o agente não que o resultado nem assume o risco de produzi-lo) e imprópria (o sujeito quer o resultado, mas sua vontade está viciada por um erro que poderia ter evitado), culpa presumida (ele é punido por determinação legal que presume a ocorrência dela).

A culpa pode ser, ainda, no que se refere ao seu grau: "grave, leve e levíssima" (MIRABETE, 2001b, p. 145-152).

Fica então visível que para que haja a distinção de um crime, é indispensável que exista perfeita adaptação do fato concreto ao tipo penal.

Existem alguns principais grupos de crimes:

- Contra a pessoa;
- Crimes contra a honra;
- Crimes contra o patrimônio;
- Crimes contra a administração pública;
- Crimes contra a dignidade sexual;
- Crimes contra a incolumidade pública;
- Crimes contra o patrimônio histórico;
- Crimes contra a administração da justiça;
- Crimes econômicos.

### **2.1.2 Agressividade e Impulsividade**

Estes foram elementos originados e, ao mesmo tempo, determinantes para a superação do próprio homem em seu estágio evolutivo, quando exposto ao perigo.

Segundo a medicina legal, são definidas como:

Agressividade é o aumento da tensão originada pelo impulso agressivo que é controlada por sistemas cerebrais inibitórios e sociais. Isso faz vivenciar o outro como uma ameaça e como depredador do seu espaço vital, dos valores individuais ou mesmo da vida.

A agressão e a violência não podem ser colocadas como sinônimos, sendo que o “(...) agresivo nace pero el violento se hace”. (COVELLI, 2010, p. 43).

Pode-se dizer que a agressão é um comportamento adaptativo intenso que não implica em raciocínio, é uma forma de enfrentar as condições ambientais, com o intuito de resistir às suas pressões, através da luta, do combate. Assim, podem-se considerar os fatores instintivos do ser humano como um dos que compõem o comportamento agressivo do indivíduo.

A agressividade designa uma tendência especificamente humana marcada pelo caráter ou vontade de cometer um ato violento sobre outrem.

Esta reproduz-se de forma transgeracional (de pais para filhos) e do agressor para a vítima (que se torna, por sua vez, agressor, sendo um outro a nova vítima).

Em outro sentido, a agressividade vincula-se diretamente ao contexto social e histórico em que está inserido o indivíduo, sendo em várias oportunidades incentivada pelo comportamento social que é exigido para eficiência e competência.

É também derivada de fatores biológicos que serão condicionados pelo ambiente psicossocial onde estiver inserido o indivíduo, sendo possível que elementos educacionais e culturais exerçam função de controle sobre o mesmo, limitando suas ações agressivas.

Em relação à impulsividade, esta manifesta-se de forma imediata, sem medir consequências e qualidade de impulso. É uma ação, um efeito de aumentar. Força que leva um corpo em movimento ou crescimento. Desejo ou motivo afetivo que induz a fazer algo de maneira súbita, sem reflexão, que impulsiona ou pode impulsionar. Uma pessoa que costuma falar ou proceder sem reflexão ou cautela, deixando-se levar pela impressão do momento.

É uma conduta que demonstra um déficit biológico, psíquico e social.

Em se falando um pouco da questão biológica, existem alterações no sistema límbico e no córtex pré-frontal ou lesões cerebrais ainda em vida embrionária modificando circuitos das aminas biogênicas. (STRÜBER, MONIKA E ROTHER, 2006).

Em especial, a impulsividade está relacionada à conduta com ausência de reflexão quanto às consequências de sua ação, estando ligada também às condições sociais.

O traço importante da personalidade impulsiva está relacionado a busca de riscos, preferência por recompensas imediatas, diminuição da capacidade de análise de seus atos, com frequente necessidade de prazer e agressividade. Ou seja, é mostrada a consequência imediata da conduta violenta, agressiva ou impulsiva, que é ocasionar o dano.

O ato impulsivo tem implícita a ação de impelir, gerando um ato involuntário e incoercível realizado com total, parcial ou nenhuma consciência, podendo acrescer a inexistência de juízo crítico. Clinicamente, a atividade médica indica os seguintes elementos:

- Com ideia diretriz e motivação;

- Com consciência lúcida, crepuscular ou confusional;

- São involuntários, impossíveis de inibir, violentos, súbitos, imperiosos, irreprimíveis, que escapam ao controle;

- São irreflexivos, não pensativos;

- Não têm angústia de atuar ou não atuar, não têm lutas internas;

- Pode existir ou não o arrependimento;

- Sem compromisso ou não da consciência, e em consequência com integridade mnésica, fragmentação mnésica, hipomnésia e amnésia.

- Atos violentos contra pessoas ou coisas, na maioria das vezes desproporcionado.

Desta forma, a impulsividade pode estar relacionada à personalidade do sujeito onde atuam aspectos emocionais, sociais, de aprendizagem, frustração e biológico, sendo insuficiente a aplicação isolada de uma dessas teorias já que é considerada pluricausal.

### **2.1.3 Criminologia e Medicina Legal**

A criminologia estuda o crime como realidade social e humana, o conhecimento de sua estrutura interna e seu mecanismo de ação. Assim, ela é que

analisa o criminoso, realizando o estudo sobre a sua personalidade, o crime por ele praticado e, também, sua reintegração na sociedade.

Segundo Newton Fernandes e Valter Fernandes (1995, p. 9), “a criminologia clínica se distingue da criminologia criminal que somente se volta para a perícia psiquiátrica e para a avaliação da responsabilidade delinquencial.”

É ela quem realiza os exames, as perícias que identificam as descrições psicológicas da personalidade criminosa psicótica, para depois auxiliar o juiz na hora da Sentença.

O exame psicológico tem como função descrever o perfil do analisado, independendo, muitas vezes, se existe uma suspeita de que ele possui ou não uma personalidade patológica mental. (MARANHÃO, 2000).

No que se refere ao exame psiquiátrico, “ele almeja alcançar os vários tipos de doenças mentais que existem nos agentes criminosos” (FERNANDES; FERNANDO, 1995, p. 230), e então se identifica se o mesmo possui a personalidade psicótica, é ele que influencia a aplicação da pena, identificando se o indivíduo é imputável ou inimputável.

A medicina legal diagnostica o tipo de transtorno de personalidade que o indivíduo possa ter.

### 3 CAPÍTULO II

#### 3.1 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

##### 3.1.1 Conceito

Primeiramente, faz-se necessário conceituar o que é transtorno de personalidade. Segundo Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006), estes autores descrevem o transtorno de personalidade como uma perturbação grave da constituição caracteriológica e das tendências comportamentais do indivíduo, havendo uma anomalia do desenvolvimento psíquico.

Estes indivíduos apresentam uma desarmonia da afetividade, do controle dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se desarmônica no relacionamento interpessoal. Ficando sujeitos, principalmente aqueles com características antissociais, a toda espécie de crime.

Segundo Schmideberg (1959), em se tratando de transtorno de personalidade *borderline*, este pode ser traduzido como linha divisória, fronteira ou limítrofe, é uma síndrome que margeia a normalidade, a neurose, a psicose e a sociopatia. Contém elementos de uma ou outra dessas entidades e, muitas vezes, de todas.

A resultante da combinação permite um equilíbrio instável, capacitando o paciente a ter um razoável senso da realidade e a testá-la aceitavelmente. Esse paciente é curiosamente estável em sua instabilidade e permanece o mesmo, durante toda a vida, porém, poderá ter altos ou baixos.

Isto é, poderá cruzar a linha divisória e, de neurótico, passar a psicótico ou anti-social e vice-versa. Ou então, “estabilizar-se” como normal. Isso ocorrerá, quase sempre, de forma flutuante, dependendo das facilitações ou pressões sociais.

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, conhecida como CID 10, disposta pela Organização Mundial de Saúde, relata que o distúrbio denominado de personalidade *Borderline* está introduzido no capítulo dos transtornos de personalidade emocionalmente instável, sob o código F60.3, que é assim descrito:

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas consequências; humor

imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, p. 200-1).

Pode-se observar certos comportamentos ou atitudes denunciadores para o transtorno, como: a) uma posição de indigência e menos valia orgulhosa; b) hipersensibilidade à frustração; c) reação desproporcional a pequenos estresses, apresentando-se como vítima de enormes lesões psíquicas; d) masoquismo, pena de si mesmo e depressão; e) pseudo-sexualidade e pseudo-agressividade; f) exagerada tendência à atuação (*acting out*) e à querelância; g) pseudo-indiferença, como alternativa aos aspectos acima.

Frequentemente associam-se a estes comportamentos, manifestações polissintomáticas, como fobias, obsessões, conversões, dissociações, hipocondrias, que variam de um momento para outro e quase nunca são consistentes.

Os primeiros relatos históricos do transtorno *borderline*, ainda não com essa classificação, datam de 1801, quando Phillippe Pinel relatou um sério distúrbio de comportamento, a **mania sem delírio**. Em sua análise, os acometidos desta patologia eram completamente tomados por um "instinto furioso" e uma "sanguinária crueldade", porém mantinham preservadas as condições no plano intelectual.

Deutsch (1942), descreveu o *borderline* como uma personalidade "como se". O paciente não tem uma identidade própria e não é capaz de criar laços genuínos com outras pessoas. Seu comportamento parece artificial, como se brincasse de "faz-de-conta".

Esta característica que está relacionada a uma falta de sentimentos comuns às pessoas ditas normais, permite ao paciente um variável número de papéis, geralmente condenáveis pela sociedade. Assim, podemos encontrar perversos sexuais, prostitutas, homossexuais, traficantes ou aditos a drogas, alcoólatras, excêntricos, etc. Os papéis são facilmente intercambiáveis.

Às vezes, por trás de uma normalidade convencional, descobre-se uma ausência total de consistência psicológica.

Uma das características do paciente *borderline* é sua resposta negativa a propostas de ajuda. Reage com raiva, ansiedade e depressão ou, então, tenta inverter os papéis acusando o interlocutor de ter problemas iguais aos seus.

### **3.1.2 Perfil Psicológico**

O *borderline* sofre de distúrbios que afetam praticamente todas as áreas da personalidade. As capacidades de identificação e empatia estão prejudicadas, assim como a de experimentar e controlar emoções, de ter ideias, valores e objetivos na vida, de estabelecer relações de objeto seguras e duradouras, de sentir prazer vital, de ter sentimentos profundos, de sublimar frustrações, de trabalhar e construir.

Muitos sofrem de despersonalização. Sua incapacidade para experimentar emoções e sentimentos genuínos resulta frequentemente em reações histeriformes e escandalosas, que são formas de ostentação de sentimentos que gostaria de ter, mas não tem.

O paciente *borderline* é basicamente associal e, em determinadas circunstâncias, francamente anti-social. É hostil e negativista, sendo que estes traços, às vezes, são mascarados por atitudes reivindicatórias de justiça e luta por direitos, o que geralmente causa perturbação nos outros. São pessoas explosivas, intolerantes, agressivas, que têm intenção de manipular seus demais.

O Manual de Diagnóstico da Sociedade Americana de Psiquiatria – DSM IV aponta que o predicado essencial do transtorno da personalidade *borderline* equivale a um padrão comportamental de volubilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos (BALLONE, 2011). Tendo uma exacerbada impulsividade, a qual se inicia na idade adulta e permanece vagamente, tendo relação com o comportamento.

Este transtorno é diagnosticado de forma preponderante em seres femininos, que compõe cerca de 75% dos casos. No que se refere à sociedade em geral, um índice de 2%, incidindo em cerca de 10% dos pacientes de clínicas psiquiátricas e em cerca de 20% dos doentes psiquiátricos internados (BALLONE, 2011).

Segundo D'Andrea (1987), os indivíduos *borderlines* que tendem mais à depressão e à esquizoidia ficam à deriva, não conseguindo se sentir úteis e ficam parados grande parte do tempo. Aqueles que tendem à sociopatia costumam ferir os outros com palavras ou atos ofensivos. Os que tendem às reações paranóides podem ficar agressivos, porém o comportamento mais comum é o de fuga.

Em geral, os *borderlines* são muito inteligentes, chegando a serem brilhantes. Porém, sua baixa tolerância à frustração, sua dificuldade de concentração e perseverança, sensibilidade à crítica, inabilidade para enfrentar os obstáculos realisticamente, incapacidade de submeter-se a regras e rotinas, e suas relações insatisfatórias com as pessoas, não permitem levar adiante seus objetivos e metas.

Como exemplo, podem estar empregados e abandonar o emprego por motivos aparentemente fúteis. Em contrapartida, têm ideias de grandeza, julgam-se melhores que a maioria e são excessivamente críticos em relação aos outros.

O indivíduo com personalidade *borderline* idealiza excessivamente o outro, essencialmente nas relações amorosas. Porém, basta um pequeno gesto que o desgrade para que toda idealização construída, desabe. Tende a terminar as relações pelo medo de ser rejeitado, procurando antigos relacionamentos, devido à sensação de conforto e acomodação que estes oferecem.

São pessoas tipicamente simpáticas e agradáveis aos outros, mas comportam-se de maneira totalmente diferente com as pessoas da sua intimidade.

Segundo Maranga, 2002, p. 220, ele destaca:

Constituindo o modelo de relação agressiva aquele com o qual cresceu e com o qual se sente mais familiarizado, porque pouco amado desde sempre por quem mais importava sê-lo, conduz o *borderline* a distanciar-se do ciclo relacional amoroso. (...) Deste modo, tal como no caso dos indivíduos psicóticos, assiste-se no *borderline* a um predomínio da agressividade sobre o amor e a uma dominância das forças destrutivas sobre o poder construtivo e criativo.

Também são narcisicamente autocentrados, não conseguem identificar-se com os outros, mas manejam, com facilidade, técnicas de sedução. Conseguem estabelecer relacionamentos sexuais, homo ou hetero, geralmente de curta duração e sem obter autêntico prazer.

No desempenho sexual, são acometidos, frequentemente, de impotência e frigidez e, como compensação, podem tornar-se promíscuos. A busca de sexo,

drogas, álcool e de outras excitações serve para ressarcir sua incapacidade de ter sentimentos de afeição.

O autor D'Andrea (1987) aponta uma característica peculiar ao *borderline* que é seu comportamento contrastante, sua oscilação entre os extremos. Estes contrastes são devidos à falta de integração e às dificuldades de síntese do ego.

Em virtude dessa falta de integração, podemos ver comportamentos que vão do mais completo ceticismo à extrema religiosidade, de uma obediência exagerada às leis à franca delinquência, do cuidado excessivo com a aparência ao total desleixo.

### **3.1.3 Traços do paciente *borderline***

- Estabelecem relações interpessoais intensas e instáveis, alternando entre a idealização e a desvalorização.

- Impulsividade
- Instabilidade afetiva
- Dependência afetiva
- Cólera inapropriada
- Falta de controle
- Falta de limite, as emoções transbordam
- Compulsão
- Condutas suicidas e de automutilação
- Indefinição de identidade, gênero, objetivos de vida, valores e lealdade
- Sentimentos crônicos de vazio ou aborrecimento
- Autopercepção negativa, visão distorcida, baixa autoestima
- Sentimentos de raiva, fúria, humilhação
- Utilizam muito a ironia e têm atitudes infantis
- Medo de abandono, de rejeição, com tentativas de compensação
- Insegurança

- Carência, ciúme e sentimentos de posse excessivos
- Instabilidade de humor (reatividade)
- Cognição alterada, pois verifica-se uma redução no volume da amígdala e do hipocampo.

### 3.1.4 Etiopatogenia

O Transtorno de Personalidade *Borderline* tem uma base genética, mas também pode ser provocado por traumas na infância (abuso sexual e negligência parental). Segundo Stern (1938, *apud* BRADLEY...*et al*), 2010), é descrito que:

“crueldade, negligência e brutalidade pelos pais, com muito tempo de duração, são fatores encontrados nesses pacientes. Estes fatores são constantes ao longo de muitos anos a partir da infância precoce. Ele não são experiências únicas”.

Algumas pesquisas mostram que a taxa desses abusos pode chegar a 70% (PARIS, 2010). Van Der Kolk (1994) aponta que mais da metade de todos os pacientes *borderlines* tiveram histórias de abuso físico ou sexual severo, antes dos seis anos de idade.

O abuso sexual normalmente não ocorre sozinho, mas vem vinculado ao abuso físico, verbal e à negligência. A separação ou a perda precoce dos pais e a violência também são fatores encontrados neste contexto. Ou seja, o abuso sexual pode predispor ao Transtorno de Personalidade *Borderline*, mas parte do seu impacto é reflexo de um ambiente familiar instável, não acolhedor e não educativo.

O transtorno está relacionado a uma hiperatividade do sistema límbico, a região do cérebro que regula as emoções.

Os estudos psicodinâmicos têm sido a melhor contribuição para a compreensão do paciente *borderline*.

Grinker (1968), reportando estudos feitos, fala em “parada no desenvolvimento” como fator subjacente ao transtorno. Isto provocaria um narcisismo excessivo, carências das funções essenciais do ego, uma fixação pré-genital.

As carências das funções do ego impediriam o paciente de mecanismos para dominar as pressões interiores e do meio externo. Fantasias narcisistas, mágicas e

onipotentes tentam compensar estas carências e proteger o paciente contra evocações dolorosas provenientes de uma infância e adolescência traumáticas; entretanto, não o ajudam a enfrentar a realidade.

Em relação a esse “defeito do ego”, os trabalhos psicodinâmicos mais significativos se dirigem para os traumas de abandono e para as relações patológicas mãe-criança.

O paciente *borderline* desenvolve o tipo de pensamento mágico na tenra infância, em função de cuidados maternos inadequados, que não lhe permitiriam criar um senso positivo de identidade, de reasseguramento interno.

Segundo Masterson (1971), a mãe de um futuro *borderline* é, também, ela mesma, *borderline*. Suas necessidades patológicas a impedem de encorajar a separação e a individuação do filho; ao contrário, ela o retém para evitar a separação, desencorajando as tendências à individuação, recusando-lhe o apoio.

Entre um ano e meio a três anos, cria-se um conflito na criança: seu desejo de evolução através da individuação e autonomia, e a retirada do apoio emocional da mãe, necessário a essa evolução. Surge, então, o sentimento de abandono.

O *borderline* pode ultrapassar o estado simbiótico, mas a separação da mãe ou é parcial ou se efetua à custa de violentos sentimentos de abandono, manifestados por medo e depressão, que geralmente são negados. A negação do abandono leva-o a agarrar-se à mãe (fixação masoquista à frustração).

E isso é reforçado por diversos mecanismos como determinadas situações, dependência exagerada, formações reativas, obsessões e compulsões.

Os sentimentos de abandono do *borderline*, submersos no inconsciente, exercem sua força enorme, porém disfarçada por meio da intensidade dos mecanismos de defesa. Mas estes impedem a criança de desenvolver-se plenamente durante a fase de separação-individuação.

Destaca-se aí, então, a parada no desenvolvimento, ou seja, a criança sai da fase simbiótica, mas não atinge a sua autonomia (MASTERSON, 1971).

Tem-se como mecanismos de defesa mais utilizados no sujeito *borderline*, principalmente, a clivagem, que é a separação entre extremos – aspectos bons e

maus do eu e dos objetos, o que proporciona uma defesa à contradição e à ambivalência emocional, que representa um conflito intrapsíquico intolerável.

Além desta, observa-se: a) a *ideação primitiva*, que é a tendência a criar imagens irreais do outro como totalmente bom ou totalmente mau, acentuando de forma patológica e artificial suas qualidades ou defeitos; b) a *onipotência e desvalorização*, que afetam tanto ao eu quanto ao objeto, comportando-se de forma grandiosa e desqualificando os sujeitos a sua volta, que podem ser alvos de projeções de partes más do eu; c) *identificação projetiva*, que tem como propósito executar a externalização de aspectos agressivos e maus de si mesmo, o que resulta na aparição de objetos perigosos e vingativos, dos quais o sujeito precisa defender-se; d) a *denegação*, que pode ser descrita como um funcionamento em que o sujeito anula uma percepção ou sentimento que, mesmo quando defrontado com a experiência denegada, esta perde seu conteúdo emocional, tratando a situação com indiferença (KERNBERG et al, 1991; KERNBERG, s/d).

Green, citado por Figueiredo (2000, p. 67), aponta duas angústias básicas que caracterizam os quadros *borderline*: primeiro, a angústia de abandono, perda ou separação; e a segunda, referente à angústia de invasão ou engolfamento pelo objeto. “Ambas, abandono e perda ou engolfamento, seriam ‘doenças da fronteira do ser’ e implicariam possibilidades aterrorizadoras de morte e dissolução”.

Pode-se dizer que a personalidade dos pais tem enorme importância na etiologia do transtorno *borderline*. Foi dito que a mãe é, ela própria, *borderline* e também não teve uma boa mãe. Então, considera seus filhos como pais, como iguais ou como objetos, sendo incapaz de suprir as suas necessidades de afeto.

O pai, muitas vezes, é passivo e submisso, vive na dependência da esposa e negligencia seu papel paterno. Assim, o casal exerce sobre a criança uma disciplina incoerente. Ao mesmo tempo indulgentes e severos, permissivos e punitivos, favorecem as atuações do filho.

Segundo Chessick (1974), as características da mãe do *borderline* são vistas como sendo pseudodoadora, mascarando a pobreza emocional de sua personalidade. Esta pseudodoação vem com uma grande expectativa de respostas do filho, frequentemente, de uma forma não-verbal.

Há então, uma combinação de superproteção e pseudodoação, acompanhada por altas exigências, porém, disfarçadas, produzindo um verdadeiro caos na mente da criança, levando-a a ter fantasias compensatórias.

O *borderline* vive uma confusão de papéis que leva a uma perda da identidade. Externaliza porções de papéis mal introjetados e mal integrados, por causa da incoerência dos modelos externos, sejam pais, professores, líderes religiosos, etc.

### 3.1.5 O adolescente *borderline*

No adolescente, o quadro clínico representa uma repetição do drama infantil: as defesas apresentadas visam a negar a depressão de abandono e o desespero da segunda fase da reação de separação.

A sequência mais comum das atuações do adolescente *borderline* é o tédio, agitação, dificuldades escolares, hipocondria, excessos físicos e sexuais. Depois, começam a agravar, apresentando comportamentos como: fugas, delinquências, toxicomanias, acidentes de carro, roubos, etc.

De acordo com o autor D'Andrea (1987), as manifestações clínicas do *borderline* costumam aparecer com mais frequência no início da adolescência, porque nessa época ocorre uma segunda fase do desenvolvimento do ego. Por volta dos 12 anos, o indivíduo tem uma grande necessidade de viver a realidade e exercer muitas atividades.

A pré-puberdade é uma repetição da fase pré-edípica. O indivíduo almeja tornar-se independente da mãe, mas deseja permanecer sob sua proteção. Alguns *borderlines*, porém, podem aparecer quando entram para a universidade, ou quando se empregam ou se casam.

Segundo Outeiral (1993), os autores têm um consenso quanto à conceituação de que o adolescente *borderline* apresenta um transtorno estrutural devido a uma detenção no desenvolvimento, com sintomas específicos observáveis, falhas na organização do ego (e do *self*) e dificuldades na capacidade de estabelecer relações de objeto.

O desenvolvimento dos estudos psicanalíticos sobre a Síndrome *Borderline*, foi, na verdade, o que criou um estatuto cientificamente pertinente e operacional para estes pacientes.

Freud (1940), ao comentar sobre os pacientes que estavam em uma área limítrofe entre a neurose e a psicose, se referiu em *An outline of psychoanalysis*:

... essa imensa maioria de neuróticos graves, estreitamente aparentados aos psicóticos, cuja etiologia e mecanismos patológicos são muito similares ou idênticos aos mesmos, e dos quais se diferenciam por haver conservado um ego mais integrado.

É considerado, dentro do meio psicanalítico, que a essência do transtorno de personalidade *borderline* nos adultos em geral, e nos adolescentes em particular, não são os sintomas apresentados, mas sim, como diz Masterson (1972), “uma forma específica e estável de uma estrutura patológica do ego, isto é, uma detenção no desenvolvimento”. Assim:

ansiedade, sexualidade perverso-polimorfa, personalidades pré-psicóticas: esquizóides ou hipomaníacas, impulsões neuróticas e adições, problemas de caráter: narcisista, infantil, anti-social e muitos problemas polissintomáticos, tais como: fobias, obsessões, conversões, dissociação, hipocondria e paranóia. Todos estes estavam presentes ocasionalmente, em combinações variadas, sem diferenciar a Síndrome.

Apesar de haver graves danos nas funções do ego, a adaptação do paciente às exigências ambientais poderá ser razoavelmente adequada e as relações superficiais com os objetos permanecer intacta. Poderão, entretanto, sugerir episódios psicóticos passageiros quando o paciente se encontrar sob tensão persistente e/ou intensa.

Existe um espectro amplo que vai dos casos mais perturbados, próximos aos psicóticos, até os menos prejudicados, mais próximos aos neuróticos. A maioria se localiza no meio deste espectro. Estes são menos estáveis, mais erráticos e mais ativamente perturbados. Tendem, também, mais ao *acting out*, tentando preencher seu “vazio interno” com álcool ou drogas, com uma excessiva indulgência sexual ou qualquer outro tipo de atividade que propicie uma descarga imediata das excitações.

Os que se encontram mais próximos aos psicóticos são bem mais perturbados, têm uma considerável ideação paranoide, intensos sentimentos de vazio e abandono, relações muito instáveis com os objetos e uma adaptação social precária (MASTERSON, 1975).

Anna Freud (1966), em “Normaty and pathology in childhood”, se refere ao Estado *Borderline* como: “... regressões dos impulsos... mais regressões simultâneas do ego e do super-ego que conduzem a transtornos e condições *borderline*...”

Para esta autora, “a condição *borderline* implica uma regressão libidinal e tópica” e coloca estes pacientes como sofrendo da desestruturação de um aparelho psíquico que havia alcançado um determinado nível de organização intersistêmica e que, ao não poder resolver os conflitos com os impulsos, por meio de uma neurose, torna o destino de uma alteração geral das funções do ego.

Segundo Masterson (1975), destaca-se que:

a base dinâmica do quadro clínico é uma detenção no desenvolvimento que resula em um narcisismo excessivo, que vai mais além do encontrado nos casos normais ou neurótico; deficiências nas funções básicas do ego, tais como as de percepção e execução e, por fim, uma fixação pré-genital. Os defeitos do ego privam os pacientes das técnicas de controle que necessitam para manejar seu mundo interno e externo. As fantasias narcísicas – magicamente onipotentes – construídas por estes pacientes para lutar com estes problemas e proteger-se das dolorosas “marcas mnêmicas” de uma infância traumática, são insuficientes para fazer frente às realidades do mundo adulto. Apesar de sua falta de valor adaptativo estas fantasias são fantasias são apreciadas pelos pacientes que, inclusive, vivem suas vidas em torno delas, talvez em um esforço de controle tardio.

Otto Kernberg, citado por Litvin (1992), estabeleceu a psicodinâmica da Síndrome *Borderline* como uma falta constitucional de autonomia primária, baixa tolerância à ansiedade, excessivo desenvolvimento dos impulsos agressivos e vivência de uma realidade que produz um excesso de frustração.

Este autor esclarece que o conceito de *borderline* é um espectro amplo e se refere à importância das peculiaridades destes pacientes no tratamento, como:

- aspectos dinâmicos – transferências rápidas e prematuras; graves regressões transferenciais e predomínio ou condensação dos conflitos pré-edípicos;
- aspectos genéticos – a origem destes conflitos se localiza, especialmente, entre o 2º e 4º anos de vida, na etapa de desenvolvimento de separação-individuação.

Ainda para o autor, estes aspectos dinâmicos e genéticos não são suficientes para a descrição e compreensão destes pacientes, sendo assim, aponta uma

conceituação de estrutura ou de organização *borderline* da personalidade, que inclui, também, uma conceitualização de estruturas infrapsíquicas.

Ele estabelece três critérios estruturais (de organização intrapsíquica), que permite fazer o diagnóstico diferencial entre: a) Organização *Borderline* de Personalidade (caracterologia grave); b) Organização Neurótica de Personalidade (patologia de caráter menos grave) e c) Organização Psicótica de Personalidade (quadros psicóticos atípicos).

Seguem os três critérios:

- 1) **Difusão de identidade:** Que seria a falta de integração dos conceitos do *self* e das representações do *self* ou imagens de si mesmo e do objeto. Para Kernberg, este é o aspecto principal no diagnóstico da Organização *Borderline* de Personalidade.
- 2) **Predomínio de defesas primitivas baseadas na dissociação:** Nas estruturas *borderline* encontramos o predomínio da dissociação primitiva, ou seja, a clivagem onde o indivíduo experimenta uma clivagem do *self*.
- 3) **Conservação da prova de realidade:** É a capacidade para diferenciar o *self* do não-*self*, o *self* do mundo externo, os estímulos de origem intrapsíquica dos estímulos externos. Este critério é importante para permitir o diagnóstico diferencial entre estrutura *borderline* e psicótica.

Ainda, segundo Kernberg (1989), este refere alguns critérios secundários, como:

- manifestações não específicas de debilidade do ego (falta de controle dos impulsos, falta de tolerância à angústia e falta de capacidade sublimatória);
- graves perturbações nas relações de objeto;
- sintomas neuróticos múltiplos e crônicos (como fobias, obsessões e ansiedade);
- falta de integração do superego com tendências anti-sociais;
- predomínio de processo primário, que se evidencia nos testes psicológicos projetivos;
- condensação de conflitos edípicos e pré-edípicos.

Percebe-se, assim, que os critérios 1 e 2 distinguem as estruturas *borderline* das neuroses sintomáticas e da patologia caracterológica e o critério número 3 diferencia a estrutura *borderline* da psicótica.

O autor citado acima considera que uma das tarefas essenciais para o desenvolvimento é a integração do ego, ou seja, é a síntese das introjeções e identificações, primitivas e posteriores, em uma identidade egoica estável. E sabe-se que essa é uma das características do processo adolescente.

Falando agora sobre a mãe de um paciente com esta Síndrome, em Masterson (1972), é explicitado que no tocante à detenção do desenvolvimento na Síndrome *Borderline* como uma falha no processo de separação-individuação, essa mãe sofre também do mesmo problema.

Vê-se que suas necessidades patológicas a levam a não apoiar e estimular a separação e individuação do filho, apegando-se a ele para impedir a separação e desestimulando os progressos que ele faça para a sua individuação. Desta forma, entre um ano e meio e três anos, surge na criança um conflito com a mãe que lhe determina o surgimento de sentimentos de vazio e abandono.

Já, quando ocorre o estímulo materno adequado, as novas funções do ego impulsionam a criança para a autonomia através dos processos de separação-individuação.

Ao contrário da criança autista ou psicótica, a criança “borderline” evolui através da etapa simbiótica, mas a separação e individuação de sua mãe é apenas parcial, ocasionando sentimentos que são reprimidos (medo, caos, vazio, abandono, etc).

A repressão não é suficiente e/ou eficaz e, então, é complementada por outros mecanismos, como *acting out*, formação reativa, mecanismos obsessivo-compulsivos, projeção, negação, isolamento, perda de afeto, dentre outros.

Pode-se dizer que ela utiliza mecanismos de defesa primitivos, próprios da Posição Esquizoparanóide, tais como a cisão (Splitting), identificação projetiva e introjetiva e defesas maníacas (triunfo, controle e desprezo). Há, assim, momentos de prevalência de relações com objetos parciais, pelo predomínio da cisão no ego e no objeto e ansiedade paranoide.

Estas defesas primitivas detém o desenvolvimento e a maturação das funções do ego, conforme já foi dito. Ocorre, então, uma fixação em “nível oral” e algumas das características desta estrutura egoica foram apresentadas por Masterson (1972):

- 1) fracasso de uma repressão normal;
- 2) persistência de mecanismos de defesa primitivos;
- 3) falta de “confiança básica”;

- 4) persistência da dissociação do objeto, com a deteriorização conseqüente das relações objetais;
- 5) regressão e negação;
- 6) deterioração da função sintética do ego;
- 7) fracasso da sublimação dos impulsos instintivos primitivos;
- 8) sérias dificuldades com a identidade pré-edípica e sexual.

Masterson (1972), no livro acima citado, diz:

"Estou postulando que a causa da Síndrome *Borderline* (na adolescência) é a depressão por abandono, causado pela retirada dos estímulos maternos ante as tentativas do paciente de se separar e se individualizar."

Desta forma, para o autor, as defesas da criança a habilitam para funcionar até a pré-puberdade, que ele situa entre 10 e 12 anos, quando ocorre um segundo e intenso desenvolvimento na maturação do ego que representa uma segunda fase de separação-individuação, como que uma recapitulação da primeira fase ocorrida entre um e três anos de idade, dita anteriormente.

Bion (1977), também considera que a adolescência representa um segundo processo de individuação. Ele diz que:

"o que na infância significa sair da membrana simbiótica para converter-se em um ser individual que caminha por si, na adolescência implica desprender-se dos laços infantis para passar a integrar a sociedade global."

Em um trabalho sobre "Psicoterapia intensiva do Adolescente com uma Síndrome *Borderline*", Masterson (1975), é feita uma interessante descrição psicodinâmica do quadro clínico destes pacientes, referindo que esta síndrome se assemelha a um "iceberg", sendo que apenas a parte mais superficial pode ser detectada clinicamente sobre a linha d'água e que o resto permanece "oculto sob a superfície".

Ele comenta o que considera as "cinco características clínicas desta síndrome":

- 1) presença de *acting out*, que varia de intensidade, incluindo desde leves aborrecimentos, inquietudes, dificuldades escolares e outros, até formas mais graves como uso de drogas, promiscuidade sexual, furtos, conduta auto e hetero-agressiva, etc.;
- 2) experiências reais de separação, às vezes são situações bem concretas, como morte, divórcio, migração, porém as mais sutis não são menos importantes, como uma mudança no foco de interesse do companheiro

simbiótico, por exemplo, quando a mãe deste paciente tem uma doença física ou um romance e o adolescente, passa por um período, para um papel secundário;

- 3) a história passada revelará dados fundamentais mostrando uma estrutura de caráter com predomínio de fixação na fase oral;
- 4) os pais, geralmente, também padecem da Síndrome *Borderline*, em graus variados, sofrendo de uma falha parental (ambiental), tanto como seus próprios filhos. Assim, os pais percebem seus filhos como se fossem seus pais, amigos ou mesmo como “objetos transicionais” (no sentido do pensamento de D. W. WINNICOTT E GIOVACCHINI E LOBEL, 1989).

No tocante a isto, o autor Masterson (1975), diz que:

os pais são, freqüentemente homens passivos e inadequados, dependentes de suas mulheres, mas mantendo com elas uma distância muito grande. Não executam seu papel paterno... as mães são mulheres ávidas de afeto, agressivas, dominantes, exigentes e controladoras, que necessitam e mantém vigorosamente o vínculo simbiótico com seu filho. São incapazes de gratificar as necessidades de dependência ou de por limites adequados a conduta e, inconscientemente, provocam o *acting out*. Exercem uma disciplina contraditória sendo ora permissivas e ora punitivas.

- 5) o modelo de comunicação familiar parece negar os pedidos de ajuda que o adolescente expressa, através de seus atos. Os pais respondem a estes seguidos pedidos de ajuda os desconhecendo ou repelindo-os, o que cria uma espiral crescente de *acting out* cada vez mais dramática.

Estes grupos familiares têm como modelo de comunicação predominante os atos e não as palavras e, é desta forma que o adolescente comunica seu desprezo, seu vazio e seu sentimento de abandono.

### 3.1.6 Tratamento

O tratamento do paciente *borderline* é um desafio para qualquer terapeuta. Ele é basicamente um rebelde. Sua rebeldia origina-se da não superação dos conflitos de separação-individuação e da negação do sentimento de abandono, e apresenta-se sob a forma de atuações.

Os métodos terapêuticos tradicionais quase sempre falham. Medicamentos têm efeito paliativo e, às vezes, provocam resultados indesejáveis, pela tendência do paciente a desobedecer às prescrições e abusar de dosagens. Apoio, sugestão,

persuasão e outras técnicas de psicoterapia reparadora também são ineficazes ou têm efeito temporário.

A psicanálise ortodoxa ou qualquer outra terapia centrada no método também não funcionam a contento. Quanto à associação livre, considera-se que a mesma não convém a quadros *borderlines*, devido à dificuldade de elaboração que tais sujeitos apresentam, como também a uma tendência à fala abundante, mas desprovida de significado afetivo e de vínculos entre os diversos pontos do discurso.

Antes, é preferível trabalhar uma possibilidade de organização do conteúdo trazido e de reforçamento egoico para que, então, o paciente possa suportar um trabalho interpretativo, sempre cauteloso.

O tratamento ambulatorial é difícil e inseguro; a internação é contra-indicada, somente em casos mais graves (D'ANDREA, 1987).

De acordo com Kernberg et. al. (1991), o objetivo inicial de uma abordagem psicoterápica do paciente *borderline* é ajudá-lo a construir uma imagem de si e dos objetos de forma integrada e coerente.

Para isto, é indicado o estímulo ao desenvolvimento das funções egoicas por meio da substituição das identificações patógenas e através de defesas e mecanismos adaptativos mais maduros, bem como pelo ingresso em modos de funcionamento psíquico mais elaborados, que representam um avanço, frente às formas arcaicas de relação objetal, nas quais esse sujeito está fixado.

A American Psychiatric Association assume a terapia comportamental dialética como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de transtorno.

A lógica dialética nesse caso envolve a aceitação dos pacientes em suas atuais dificuldades, ao mesmo tempo, faz uso de suas competências para a modificação dos comportamentos desajustados, trabalhando em sua regulação afetiva, tolerância ao estresse e habilidade de relacionamento interpessoal.

O grande paradoxo no tratamento do *borderline* está relacionado a seu defeito do ego. A terapia visaria corrigir o mesmo, mas justamente por isso, é dificultado o vínculo com o terapeuta, acontecendo, assim, várias interrupções no tratamento e até a desistência.

A personalidade do terapeuta é de fundamental importância. Seu ego deve estar preparado para suportar fortes testes por parte do paciente. Este vai reagir ao terapeuta da mesma forma que reage em relação aos pais, especialmente à mãe. Apega-se quando deseja libertar-se, foge quando deseja manter-se unido.

O terapeuta ideal seria aquele capaz de reunir em si calor e neutralidade, firmeza e tolerância e, principalmente, não temer as atuações, nem a dependência.

Toda psicoterapia visa fortalecer o ego do paciente e capacitá-lo para relações interpessoais mais satisfatórias: favorecer o desenvolvimento de mecanismos de defesa adequados e abolir ou diminuir os patológicos. Como o ego desenvolve-se através de identificações, a identificação feita com o terapeuta é ponto essencial (D'ANDREA, 1987).

Em relação à metodologia do tratamento do *borderline*, este deve ser, em síntese, uma combinação de análise e reeducação, no sentido de incluir medidas diretivas, enfatizar controles, estimular a socialização, inibir as atuações. Assim, o paciente será levado a ter que enfrentar o sentimento de abandono e solidão.

A posição do terapeuta de absoluta neutralidade, como ocorre nos tratamentos ortodoxos, pode protegê-lo, mas não protege o paciente. A de envolvimento consciente, como ocorre nos métodos descritos, se não impedem as atuações, pelo menos permitem que estas se realizem de forma mais atenuada e dentro do ambiente terapêutico, portanto, sujeitas a maior proteção.

A participação da família no tratamento é importante, mesmo quando não se faz a terapia do grupo familiar. A aliança com a mesma é fundamental para atenuarem-se as atuações, pois do contrário, o paciente pode sentir-se atraído a manipular de duas formas: aliar-se à família contra o terapeuta, ou aliar-se a este contra a família, sendo que esta divisão seria bastante prejudicial.

O desafio do terapeuta reside nesse padrão conflitivo de vínculo, o qual se repetirá também no *setting* terapêutico, mas justamente nesta dificuldade que está a possibilidade de trabalho junto com o paciente, através de recursos técnicos, como a neutralidade, e a continência, que viabilizarão uma releitura de suas experiências afetivas e a possibilidade de experimentar novas formas de vínculo, mais estáveis e, necessariamente, mais saudáveis (PERSPECTIVA, 2010).

### 3.1.7 Aplicação das ideias de Winnicott na clínica de pacientes fronteiriços

Winnicott analisou um número bem razoável de pacientes fronteiriços; essas análises levaram-no a formular suas teorias sobre este transtorno e, principalmente, sobre o desenvolvimento das primeiras fases da vida emocional do bebê.

Na teoria Winnicottiana é de grande importância o termo *holding*, que significa uma das funções da “mãe suficientemente boa” que auxilia na construção da personalidade do filho, atuando na constituição física e emocional da criança e que é importante para todas as relações futuras que o sujeito exercerá com outras pessoas e com o meio.

Segundo Neto (2006), o *borderline* é o paciente que exterioriza um quadro neurótico ou psicossomático; contudo, o distúrbio psicótico subjacente pode irromper em certas situações. O autor acima diz que para Winnicott, o desenvolvimento primitivo está relacionado diretamente aos fenômenos que aparecem na esquizofrenia do adulto, nos estados fronteiriços e esquizóides.

Nesta visão, as doenças mentais não são vistas como entidades nosológicas definitivas, mas como um diagnóstico dinâmico que tem graduações de normal, do neurótico e do psicótico.

O fronteiriço, em condições anormais de estresse, álcool ou drogas, pode exibir fenomenologia psicótica. Pode-se dizer que a prova da realidade é mais preservada no fronteiriço, embora possa ter sérios problemas neste setor. Numa abordagem mais profunda, o fronteiriço nos revela com grande frequência, uma transferência psicótica e ideias delirantes.

Os estados fronteiriços, assim como as psicoses e esquizoidias são fundamentalmente doenças ambientais. Elas se apresentam a nós através de organizações defensivas que foram elaboradas para lidar com as angústias de aniquilação (WINNICOTT, 1974).

O autor também coloca que, quando o paciente encontra um novo ambiente favorável e confiável (geralmente o analista), pode reiniciar-se o processo de desenvolvimento, através de um novo suporte (*holding*) ambiental adequado, que permite a regressão do paciente à “dependência absoluta”.

Para Winnicott (1955e, e 1989m), os pacientes já tinham caminhado bastante em seu desenvolvimento e atingido o estado de ser uma pessoa total e de relacionar-se com outra pessoa total. Entretanto, certos pacientes não se constituíram desta forma, por uma séria falha ambiental nos primórdios da vida, sofrendo problemas estruturais e de constituição da subjetividade.

Estes problemas não são acessíveis pela técnica clássica, havendo a necessidade de regredir à fase de dependência absoluta para a retomada do desenvolvimento. Para isto, necessitam de um *setting* adequado e de “manejo do *setting*”, que comporta aumento na duração da sessão, suspensão temporária do trabalho interpretativo e uma certa “liberdade” ao paciente durante a sessão.

Pode-se comparar vários aspectos do trabalho analítico com os cuidados maternos. De acordo com Winnicott (1954a e 1968c), o ser humano nasce com uma dotação psicossomática e uma tendência para o desenvolvimento. Contudo, para que este aconteça, é necessário um ambiente facilitador que seja adequado aos diferentes momentos deste processo.

Nas primeiras semanas de vida, ocorre a fase de dependência absoluta da criança em relação ao ambiente, que em condições favoráveis se encaminha para a dependência relativa. Nesse caminho, ocorrem os processos de integração do *self*, personificação (habitar no próprio corpo) e separação *eu-não-eu*.

Segundo Winnicott (1960c e 1965vd), é nesta primeira fase que está a raiz dos distúrbios psicóticos e fronteiriços, quando as invasões causadas por um ambiente insatisfatório (mãe que não é suficientemente boa) provocam reações que interrompem o continuar a ser do bebê, que só vai ser retomado quando cessarem as invasões, com as consequentes reações que visam proteger o *self* nuclear das angústias de aniquilação.

A persistência e a repetição constante das invasões levam a defesas de dissociação como as que constituem o falso-*self* defensivo, que pode substituir a função do *holding* materno falho e se apossar das funções de uma relação autêntica com a realidade, resultando numa submissão a ela e numa sensação de futilidade pela perda de contato com o *self* nuclear ou verdadeiro.

O autor acima usa sua teoria da regressão à dependência absoluta para o tratamento dos pacientes com graus avançados de falso-*self* e que necessitam

regredir a um estado que antecedeu as situações traumáticas para a retomada do crescimento.

Nestes casos, a regressão e o *holding* se tornam os aspectos mais importantes da análise e devem substituir temporariamente as interpretações.

Com alguns *borderlines*, a manutenção do *holding* é muito sofrida, devido aos períodos repetidos em que o paciente fica desafiando os parâmetros analíticos, fazendo demandas inapropriadas, ataques verbais violentos e dizimadores ou sarcasmos e ironias, todos podendo despertar ódio e reações negativas no analista que pode ficar desejoso de interromper o *holding* e a própria análise.

Algumas vezes, a própria contenção do analista pode ser sentida como descaso. Na realidade, o paciente necessita de duas coisas: ferir o analista e atingi-lo, e, ao mesmo tempo, precisa que o analista não interrompa a análise, que o mesmo sobreviva, não revidando e não se defendendo.

Para Winnicott (1969i), habitualmente, as erupções destrutivas se iniciam após alguma falha do analista, muitas vezes pequena, que o paciente torna imensa, dando a impressão de como a falha traumática esperava expressão. Este “descongelamento” da situação traumática e a sobrevivência do analista são fundamentais para que se restabeleça o processo de desenvolvimento.

No entanto, muitas vezes, não basta apenas empatia e calor humano por parte do analista que mantém o *holding*. O paciente precisa sentir que aquele suporta os assaltos e pode prosseguir sem censura, revide ou aplacamento.

Esta atitude vai permitir ao paciente testar os limites de sua destrutividade e usar o analista que sobreviveu como objeto de realidade. A manutenção desse *holding* exige grande trabalho e elaboração do analista consigo mesmo. Só mais tarde, quando o paciente evoluir, é que poderá avaliar a importância do *holding*.

## 4 CAPÍTULO III

### 4.1 TRATAMENTO JURÍDICO-PENAL AOS FRONTEIRIÇOS-BORDERLINE

#### 4.1.1 Da Culpabilidade e da Aplicação da Lei Penal

O paciente *borderline* pode ser objeto de apreciação jurídica e legal quando a gravidade de seu transtorno de personalidade é importante o suficiente para produzir um sério transtorno psíquico de insanidade e incapacidade de autodeterminar-se.

Em relação ao entendimento da culpabilidade, segundo Miguel Reale, o referido termo quer dizer: “reprova-se o indivíduo por ter escolhido de tal modo que, sendo-lhe plausível atuar de consonância com o direito, tem preferido agir opostamente ao exigido na lei” (REALE JÚNIOR, 1998, p. 85-86).

De acordo com Julio Fabbrini Mirabete (2001-a, p. 196), para que haja culpabilidade, se faz necessário:

Indagar se o agente quis o resultado (dolo) ou ao menos podia prever que esse evento iria ocorrer (culpa em sentido estrito), com isso se chegou à teoria psicológica da culpabilidade, pois ela reside numa ligação de natureza psíquica entre o sujeito e o fato criminoso.

Já para o mesmo autor, existem elementos que averigua a culpabilidade, devendo, primeiro, saber se:

O agente tem capacidade psíquica que lhe permitia ter consciência e vontade dentro do que se determina autodeterminação, diante de suas condições psíquicas, a antijuridicidade de sua conduta de adequar essa conduta à sua compreensão, essa capacidade psíquica denomina-se a imputabilidade. (MIRABETE, 2001-a, p. 196).

#### 4.1.2 Da Imputabilidade e da Inimputabilidade

O termo Imputabilidade vem do latim “*capacitas delictorum*, que tem como significado atribuir culpa ou delito ao seu suposto autor.” (BRASIL, 2011a). Assim, imputar trata-se de uma qualidade para ser sujeito de uma imputação, como diz o artigo 26 do Código Penal Brasileiro.

Art. 26 – É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O direito penal se relaciona com a psiquiatria forense através do conceito de imputabilidade. Imputar significa atribuir algo a uma pessoa e esta só será imputável, quando se encontra em condições de valorizar e ajuizar seus atos e as consequências que deles resultam. Pode-se dizer que a pessoa é imputável quando é responsável sobre a culpabilidade de seus atos.

Em relação às causas da culpa, deve-se levar em conta que a ligação psíquica entre o sujeito e o fato é feita mediante o conhecimento da culpabilidade e, por conseguinte, o da imputabilidade, necessitando sempre empregar informações da ciência médica especializada na função psíquica (MIRABETE, 2001a).

O CP (1940), no seu art. 26, dispõe que inimputável é o: “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Vê-se que a não imputabilidade ou a inimputabilidade encontram-se presentes, quando não se pode atribuir ao sujeito à culpa e, evidentemente, ao dolo. Quase sempre, essa situação diz respeito ao agente que não tem condições de discriminar a natureza ilícita de uma ação, ou seja, não tem consciência completa do que está praticando ou não tem nenhum tipo de domínio sobre sua vontade (DELMATO, 2000).

Alguns autores (Nestor Ricardo Stingo, Maria Cristina Zazzi, Liliana Avigo, Carlos Luis Gatti) colocam que a pessoa *Borderline* pode ser inimputável nos casos onde haveria um estado de inconsciência, notadamente por intoxicação por drogas ou álcool ou, ainda, devido a alteração mórbida das faculdades mentais. Este último caso, quase exclusivamente diante da presença de sintomas psicóticos.

#### **4.1.3 Das Medidas de Segurança**

As medidas de segurança aplicam-se aos inimputáveis e semi-imputáveis, com finalidade diversa da pena privativa de liberdade. Estas medidas visam o tratamento da periculosidade do agente causada pelo estado patológico de que é acometido, bem como prevenir a prática de novos delitos.

Medida de Segurança é, segundo Luiz Regis Prado: “consequências jurídicas do delito, de caráter penal, orientadas por razões de prevenção especial” (PRADO,

2008, p. 624). Ou seja, o agente que cometeu a conduta delituosa será punido de um ângulo diferenciado da pena. Para o inimputável, cabe o tratamento clínico ambulatorial ou internamento.

Os pressupostos e requisitos para a aplicação da medida de segurança, de acordo com Bitencourt (2008a), são: a) prática de fato típico punível; b) periculosidade do agente, sendo que o Código Penal expõe dois tipos de periculosidade: presumida (inimputáveis, psicopatas) e a real (semi-imputáveis e necessitar de algum tratamento psíquico); c) ausência de imputabilidade plena.

Faz-se necessário analisar tais requisitos, antes do magistrado fazer jus à aplicação da medida de segurança em prol do agente.

Existem duas classes de medida de segurança: a) a *detentiva*, que opta pela internação em clínica de custódia e tratamento psiquiátrico pelo prazo mínimo entre um e três anos, passando a tornar-se indeterminado, perdurando a medida enquanto não sanar a periculosidade do agente, atestada por perícia medicinal, e b) a *restritiva*, que consiste na sujeição do indivíduo a tratamento médico, cumprindo-lhe comparecer à clínica nos dias que lhe forem determinados pelo clínico, a fim de ser submetido à terapêutica prescrita (CORREA, 1999).

Quanto à semi-imputabilidade, esta não elimina a imputabilidade como é o caso da inimputabilidade, de modo que o indivíduo será condenado pelo fato típico e ilícito que cometeu.

Constatada a redução na capacidade de compreensão ou vontade, o magistrado terá duas alternativas: abatimento da pena de 1/3 a 2/3 ou impor medida de segurança, mesmo neste caso, a sentença continuará sendo condenatória (CAPEZ, 2004).

Assim sendo, segundo Tourinho (2008, p. 207):

O agente inimputável, mesmo que tenha concorrido para a conduta delituosa, deverá ser absolvido, contudo, desde que seja aplicada tal medida de segurança, reconhecida como uma sentença absolutória imprópria.

#### 4.1.4 Dos Crimes Passionais e o Transtorno *Borderline*

O tipo de personalidade *borderline* está ligada à criminalidade, pois, se por exemplo, houver uma rejeição por parte das pessoas que convivem, poderá cometer, entre outros, crimes passionais.

Estes indivíduos entendem e compreendem a gravidade dos seus atos, mas são incapazes de se controlar.

Segundo alguns doutrinadores (STINGO et al, 1988, p. 88-99):

(...) o indivíduo que possui o tipo de transtorno *Borderline* pode ser inimputável, em casos onde existiria um estado de inconsciência, especialmente por intoxicação, através de álcool ou drogas ou, até mesmo, devido à adulteração mórbida da capacidade mental.

Veja-se que o reconhecimento do fronteiriço ou *borderline* como inconsciente no momento do crime, permitirá que lhe seja proporcionado tratamento médico adequado para recuperação de sua higidez mental. Ao contrário, afirmada sua consciência, impõe-se a pena correspondente e o cumprimento das finalidades retributivas e ressocializadoras.

De todo modo, a dificuldade não é resolvida com a solução apontada, já que a condição de fronteiriços (pessoas que convivem num estado de normalidade padrão, porém margeando a anormalidade), traz o questionamento inquietante da área médico-legal quanto ao encaminhamento de uma pessoa com higidez mental para estabelecimentos hospitalares, quando desnecessário, considerando a sazonalidade de suas crises.

Não obstante, a infração penal não pode ao seu revés, transcorrer sem qualquer resposta estatal, seja pelo sentimento de impunidade ou pela violação à garantia da segurança pública.

Tem-se que a paixão que leva ao homicídio, aqui apreendida como um “sentimento doentio”, apresenta em sua origem, por via de regra, o padecimento de um transtorno de personalidade.

Pessoas que sofrem de “instabilidade afetiva”, de acordo com Michael B. First (2004), são levadas, em muitos casos, a desenvolver um “Transtorno Explosivo de Personalidade”, onde perdem a capacidade de discernimento e domínio sobre seus atos, e passam a agir de maneira agressiva; um estado intolerante e impulsivo.

A ramificação mais comum do transtorno explosivo de personalidade ou “personalidade emocionalmente instável”, ainda segundo o autor acima, é o Transtorno de Personalidade *Borderline*, em que o indivíduo sofre de uma perturbação variável da “autoimagem” e abranda as demasiadas frustrações por intermédio da violência.

Seguindo esta linha de pensamento, a “autoridade social” imposta coercitivamente pelo Estado, que é exercida através da aplicação do Direito, seria e é violada de forma mais grave pelo indivíduo que mata motivado por uma paixão mórbida e descomedida, haja vista a ausência de “razão” quanto aos seus atos.

A construção doutrinária de que o passional desfruta de um estado de inocência pré-determinado pela justificativa de que ele não desejava cometer o ato criminoso, mas o fez induzido por um significativo arrebatamento emocional de cunho violento, tem preponderado, “erroneamente”, ao longo dos tempos e tem sido aplicada com frequência pelos tribunais.

Desta forma, com o fim de “minorar a pena” do passional (homicídio privilegiado) e, em vários casos, isentar o homicida passional das consequências legais do crime, sem nem ao menos impor ao indivíduo o cumprimento de uma possível “medida de segurança”, mesmo tendo em vista os diversos esclarecimentos de especialistas a respeito do “comportamento psíquico” que afeta muito dos passionais.

Segundo Dourado (1940), a conduta do passional não é nobre, seja ela impulsionada pela desculpa do “ciúme”, por traição ou a “defesa de honra”. A razão pela qual o homicida passional mata é ignóbil e abjeta; e, de fato ofende mais profundamente o “sentimento ético” comum da sociedade.

Ratificando a mesma ideia, de que o passional mata por motivos desprezíveis, Noronha (1975), diz que não há sentimentos elevados ou nobres no passional, há sim “despeito de ser preterido por outro”, medo do ridículo.

Segundo, ainda, Nagib (2003), o assassino passional busca o “bálsamo equivocado para sua neurose”, busca através da violência o “reconhecimento da sociedade e a autoestima” que julga ter perdido ao ser abandonado ou ter sido acometido por um adultério.

Faz-se interessante descrever, como exemplo, um crime que sensibilizou o País, com o “insano” ato do jovem Lindemberg que manteve por cinco dias em Santo André-SP, a sua ex-namorada Eloá e a amiga desta, Nayara, adolescentes, em cárcere privado, e culminou com a precipitada operação policial de resgate que não evitou o bárbaro homicídio consumado contra a jovem Eloá.

Segundo análise feita por Raimundo Palmeira (2008), advogado criminalista e professor de criminologia em Alagoas, diante das características apresentadas pelo criminoso como: bruscas mudanças de humor – da depressão profunda à irritabilidade extrema -, a labilidade afetiva, a impulsividade, os aparentes rasgos de delírios paranoides, a agressividade, o baixo limiar para frustrações.

E, em especial, o mais sintomático de tudo, o insano medo do abandono, estaria perfeitamente delineado o quadro de um dos mais complexos e assustadores transtornos de personalidade, o Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Ainda conforme o autor acima, mesmo que constatado que Lindemberg seja portador do Transtorno de Personalidade *Borderline*, tal não implicará na sua inimputabilidade, pois o sistema penal brasileiro adota para fins de constatação de inimputabilidade, o Sistema Biopsicológico, para o qual, não basta o comprometimento da capacidade cognitiva ou de autodeterminação.

Pois que, nos termos do art. 26, “in caput”, do Código Penal é necessário que o agente seja “ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se com esse entendimento”.

Mas em decorrência de um base patológica, ou seja, de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou conforme a Lei de Entorpecentes, por forma de drogadição.

Ocorre que o portador de transtorno de personalidade não é um doente mental, faltando-lhe a base patológica para a incidência da norma referida, assim como não tem a sua capacidade de autodeterminação e internalização da realidade comprometidas.

Assim sendo, não poderá o infrator se socorrer dos benefícios legais atribuíveis ao crime passional autêntico, já que a passionalidade afasta a premeditação, e no caso em tela, Lindemberg premeditou os crimes durante dias,

enquanto perpetrava o de cárcere privado, chegando a ameaçar por várias vezes seu cometimento.

Poderá sim, no entanto, se aplicar à espécie, ante a constatação eventual do abordado transtorno, a semi-imputabilidade, causa de redução de pena prevista no § único do art. 26 do Código Penal, aplicável aos casos em que haja comprometimento parcial à possibilidade cognitiva e/ou autodeterminação, em virtude de desenvolvimento mental incompleto e “perturbação da saúde mental”.

Ainda, conforme entendimento de Raimundo Palmeira (2008), faz-se necessário ressaltar diante do caso acima, que o primeiro passo para o êxito numa negociação é o conhecimento sobre a personalidade do interlocutor, daí a importância de ser traçado um perfil psicológico do mesmo, quando possível.

E que, o acompanhamento por uma equipe especializada no transtorno de personalidade *borderline*, bem ajudaria a polícia a ficar alerta para que, em se considerando a variação de humor do criminoso, a invasão ao prédio deveria se verificar quanto este imerso na mais profunda depressão, uma vez que, sob tal estágio, a tendência de suicídio seria maior do que de homicídio.

Ao contrário, observou-se que a invasão se deu em momento de elevada agressividade de Lindemberg, acabando na tragédia que culminou com o brutal homicídio contra a adolescente Eloá e a tentativa homicida, contra a também adolescente, Nayara.

O *Borderline* trata-se dos transtornos mais complexos e de difícil trato, e seu sofredor pode apresentar reações verdadeiramente imprevisíveis. Caballo et al (2008) asseveraram que “o TPB constitui um dos desafios mais difíceis no campo da saúde mental e a terapia resulta, na maioria dos casos, frustrante, sendo abordada com certa apreensão pelos clínicos.”

De acordo com o Código Penal Brasileiro – CP (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940), a “emoção ou a paixão” não exclui a culpabilidade de quem agride ou mata uma outra pessoa, ou seja, o agente (indivíduo gerador da conduta antijurídica, delituosa) que pratica o crime sob a influência de uma paixão ou forte emoção não pode se eximir da responsabilidade do ato cometido.

Desta forma, dispõe o CP (1940), em seu art. 28, inciso I: “Não excluem a imputabilidade penal: a emoção ou a paixão”.

A paixão ou a emoção não afasta a responsabilidade do agente. Deste modo, não há tratamento particular, de forma branda, para o homicida passional, que pratica o crime motivado pelas mesmas.

Segundo Celso Delmanto (2002), em seus comentários ao Código Penal, no caso da emoção ou paixão ter se tornado um “estado patológico”, pode ocorrer, numa posição bastante remota, do legislador enquadrar o agente nas hipóteses previstas no art. 26, “caput”, do CP (1940), que trata sobre os “inimputáveis”.

Poderá, neste caso, ser reconhecida a “inimputabilidade ou semi-responsabilidade” do agente. O inimputável, por ser inábil no que diz respeito ao ato que cometeu, ficaria isento de pena, sofrendo, a depender da particularidade dos fatos, “medida de segurança”.

Também poderá acontecer, e com muita frequência, do agente ser contemplado com uma causa privilegiadora de redução de pena, prevista no §1º, do art. 121, do CP (1940), que trata sobre a diminuição da pena (de um sexto a um-terço) no homicídio.

E importante advertir que este “homicídio privilegiado” só pode ser considerado com a efetiva comprovação da existência de “violenta emoção” como fato causador do ilícito, e “logo em seguida a injusta provocação” da vítima.

Segundo Damásio (2004), a respeito da caracterização do homicídio privilegiado, o agente precisa estar sob o domínio de uma emoção descontrolada, abrupta e rompante; a reação deve ser imediata, sem intervalo; e não se trata de uma agressão da vítima, porque se o fosse, colocaria o agente em legítima defesa e ele ficaria isento de pena.

Partindo do princípio que o homicida pode e, muitas vezes planeja sua ação de maneira fria e detalhada, e impulsionado pela morbidez de um sentimento profundo (crônico e obsessivo) de ódio, não de amor ou paixão, pode não ser justo que ele, pelo entendimento da jurisprudência preponderante, seja beneficiado pelo atenuante da “violenta emoção” (que é um sentimento passageiro ou momentâneo).

E, consequentemente, ficar isento de qualquer tipo de repreensão jurídica. Ou seja, deve-se de acordo com esta reflexão, ser feito um “exame detalhado” a respeito do “estado psíquico” do passional, a fim de submetê-lo a uma “medida de

segurança”, em que o indivíduo é colocado à apreciação de um tratamento psicológico até o “saneamento de sua periculosidade”.

Caso não ocorra do passional ser submetido a um tratamento psicológico, afastada a influência de um estado patológico ou doentio, recomenda-se uma “punição exemplar” – subsunção na qualificadora do motivo torpe. Baseado no entendimento de que o homicídio passional é cometido por “motivo torpe”, deve-se buscar o enquadramento do agente no inciso I, § 2º, do art. 121, do CP (1940).

Sendo assim, haveria a majoração da pena e ele responderia por “homicídio qualificado” (Pena – reclusão de 12 a 30 anos).

Conforme Celso Delmanto (2002), torpe é o motivo ignobil, desprezível, abjeto ou abominável que “repugna a coletividade”, a “vingança” pode ou não constituir motivo torpe, a depender da particularidade do caso.

De acordo com o art. 5º, “caput”, da Constituição Federal (1988), a “vida” é um “direito inviolável” e garantido a todos, seja brasileiro ou estrangeiro.

Segundo Prado (2005), a segurança para com a vida humana “não admite restrição ou distinção de qualquer espécie”. O homicida passional, com sua torpeza abominável e doentia, destrói de forma ainda mais grave a vida, que é o bem jurídico mais importante e essencial do ser humano.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A personalidade é definida pela totalidade dos traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (caráter). Um transtorno de personalidade aparece quando esses traços são muito inflexíveis e mal-ajustados, ou seja, prejudicam a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando a ele próprio, ou mais comumente aos que lhe são próximos, sofrimento e incomodação.

O Transtorno de Personalidade *Borderline* é um dos mais complexos e de difícil tratamento. Ele está introduzido no capítulo dos transtornos de personalidade emocionalmente instável, sendo sua posição fronteiriça entre estados de normalidade e anormalidade.

Os indivíduos que possuem este transtorno apresentam uma desarmonia da afetividade, do controle dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se desarmônica e desequilibrada no relacionamento interpessoal.

A instabilidade de humor é marcante e a partir desta, apresentam períodos intensos de raiva e impulsividade, com fortes tendências a influenciar o bom funcionamento de suas relações sociais.

Os distúrbios de pensamento, com despersonalização e a pulsão suicida e automutiladora intermitentes também são pontos característicos nos pacientes que desenvolvem a patologia *borderline*.

Geralmente, o transtorno aparece no início da idade adulta, sendo mais comum em mulheres do que em homens, na estimativa de 75% presente nas mesmas, podendo ser cronicante e permanecer por toda a vida, se não tratado.

Nas relações interpessoais, os portadores de *borderline* mantém forte vinculação, alternando entre amor e ódio, se envolvendo em relações intensas e instáveis. As rupturas são com frequência abruptas, com mudanças de comportamento inesperadas, configurando sua forte instabilidade.

O intenso medo do abandono e os sentimentos crônicos de vazio, assim como dúvidas sobre a autoimagem, seus próprios objetivos e preferências íntimas, também fazem parte do perfil psicológico do paciente *borderline*.

As causas para o Transtorno de Personalidade *Borderline* têm uma base genética, mas também pode ser provocado por traumas na infância, como abuso sexual, físico, verbal e negligência parental, assim como a convivência em lares desajustados, com ambiente familiar instável e não acolhedor.

O *borderline* vive uma confusão de papéis que leva a uma perda da identidade. Ele externaliza objetos mal introjetados e mal integrados, por causa da incoerência dos modelos externos com os quais conviveu, sejam pais, professores, líderes religiosos, etc.

O objetivo inicial de uma abordagem psicoterápica para o paciente *borderline* é ajudá-lo a construir uma imagem de si e dos objetos de forma integrada e coerente, levando-o ao desenvolvimento das funções egoicas por meio da substituição das identificações patógenas e através de mecanismos de defesa mais adaptativos e maduros.

O terapeuta ideal seria aquele capaz de reunir em si calor e neutralidade, firmeza e tolerância e, principalmente, não temer as atuações, nem a dependência. Como o ego desenvolve-se através de identificações, a identificação feita com o terapeuta é de fundamental importância.

No tocante ao transtorno e a sua relação com a criminalidade, é visto que este debate é considerado muito polêmico e difundido, sendo que os estudos médico-legais ainda não encontraram classificação apropriada para o agente portador de *borderline*.

Isso significa que não há alocamento adequado dentro das patologias catalogadas no sistema psiquiátrico que seja capaz de representar a condição de consciência ou inconsciência do agente na expressão de suas ações, especialmente nos momentos de atividade patológica.

É sabido que a criminalidade faz parte da sociedade moderna e, atualmente, vemos cada vez mais delitos em faixas etárias menores e em pessoas ditas "normais", do ponto de vista sócio-cultural. Isso exige novas reflexões sobre as relações entre a psicopatologia e o ato delituoso.

Os "agentes" *borderlines* margeiam uma condição fronteiriça de consciência e semi-imputabilidade diante do caráter ilícito da conduta que praticam. Foi abordado qual seria o tratamento penal aplicável aos fronteiriços diante do sistema vicariante

adoptado pelo Código Penal de 1940, que exige a submissão do agente, alternativamente, a medida de segurança ou pena, conforme seja ou não imputável.

As relações entre psiquiatria e o direito, exigem, ainda, o desenvolvimento de um forte diálogo capaz de aparar as arestas e críticas simultâneas das duas ciências.

A psiquiatria aponta o preconceito com o direito diante da rigidez dos modelos jurídicos fundados estritamente na racionalidade com definições fechadas que dificultam a definição em psiquiatria de conceitos como inimputabilidade, consciência da ilicitude no momento do fato ou mesmo incapacidade de gerir atos da vida civil.

Tem-se que a perícia criminal, à parte de suas grandes limitações impostas pela própria ciência médica, atualmente é o único caminho possível para que seja constatada a existência ou não de consciência do agente acusado da prática de fato delituoso no momento da ação.

Não é de se duvidar também, a vigorosa importância da precisão da perícia médica e do julgamento de acordo com as circunstâncias do caso, tendo em vista as próprias finalidades da pena e da medida de segurança.

No âmbito de discussão médico-legal, há defesas a favor da reformulação das leis aplicáveis aos criminosos portadores de transtorno de personalidade *borderline*.

Faz-se necessário, então, aprimorar o diálogo entre as Ciências Médicas e o Direito, especialmente no que se refere ao tratamento clínico e jurídico-penal dado ao portador de *borderline*.

O caminho esperado é justamente que a evolução da ciência médica-psiquiátrica permita em breve espaço de tempo que o sistema jurídico-penal possa tomar-lhe os conhecimentos necessários para definição de normalidade ou anormalidade, imputabilidade ou inimputabilidade dos fronteiriços ou portadores da patologia *borderline*.

## REFERÊNCIAS

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 14724: Informação e documentação. Trabalhos Acadêmicos - Apresentação.** Rio de Janeiro: ABNT, 2002.
- BALLONE, G. J. **Personalidade borderline.** Disponível em: <[www.psiqweb.med.br.site](http://www.psiqweb.med.br.site)>. Acesso em: 16 set. 2014.
- BION, W. R. (1977a). **A Memoir of the Future**, Book 2 The Past Presented. Rio de Janeiro: Imago Editora. [Reprinted in one volume with Books 1 and 3 and 'The Key' London: Karnac Books 1991].
- BITENCOURT, C. R. **Tratado de direito penal.** 13. Ed. São Paulo: Saraiva, 2008a.
- BRASIL. **Código Penal Brasileiro.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 12 ago. 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 12 ago. 2014.
- BRASIL. **Imputabilidade.** Disponível em: <[www.direitonet.com.br/doutrina/textos](http://www.direitonet.com.br/doutrina/textos)>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- CABALLO, V. E., SALAZAR, I. C., IRURTIA, M. J., ARIAS, B., HOFMANN, S. G. & CISO-A RESEARCH TEAM. Social Anxiety In 18 Nations: Sex And Age Differences. **Psicología Conductual:** Vol. 16, n. 1, 2008.
- COHEN, FERRAZ E SERPE. **Saúde Mental e Justiça.** Ed: USP, 2006.
- COVELLI, José Luis. **La peligrosidad:** su evaluación y desarollo hipotético em lós grupos sociales excluídos. 1 ed. Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas, 2010.
- D'ANDREA, Flávio Fortes. **A linha divisória: sobre a síndrome de Borderline e outros assuntos.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1987.
- DELMATO, C. **Código Penal Comentado.** Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- Disponível em <http://www.centrowinnicott.com.br/saopaulo/uploads/c93f7194-39ad-32d4.pdf>. Acesso em: 20 ago.2014.
- FIGUEIREDO, L.C. O caso-limite e as sabotagens do prazer. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** São Paulo, ano III, v. 2, jun 2000.
- FIRST, MB, Pincus HA, Levine JB, Williams JB, Ustun B, Peele R (2004). **Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses.** *Am J Psychiatry*, 2004.
- FREUD, Anna. **Normality and Pathology in Childhood.** British Journal of Medical Psychology, Volume 39, June 1966.
- KERNBERG, Otto F. **Desordenes fronteirizos y narcisismo patológico.** Buenos Aires: Paidos, s/d.
- KERNBERG, Otto; et. al. **Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline.** Porto Alegre: Artmed, 1991.

- MARANGA, A. R. **Organizações borderline.** Aspectos psicodinâmicos. Análise Psicológica, v. 2. Lisboa, 2002.
- MARANHÃO, R. O. **Curso básico de medicina legal.** São Paulo: Malheiros, 2000.
- MIRABETE, J. B. **Código penal interpretado.** São Paulo: Atlas, 2001b.
- MIRABETE, J. F. **Manual de direito penal:** parte geral. São Paulo: Atlas, 2001a.
- MORANA, H. C. P., Stone, M. H. & Abdalla-Filho, E. (2006, outubro) **Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 28(2).
- NETO, Orestes Forlenza. Membro efetivo e analista didata da SBPSP. **Aplicação das idéias de Winnicott na clínica de pacientes difíceis (esquizóides, fronteiriços e psicóticos).**
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID.** Disponível em: [www.medicinanet.com.br/CID10/html](http://www.medicinanet.com.br/CID10/html). Acesso em: 10 ago. 2014.
- OUTEIRAL, José O. **O adolescente borderline.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PALMEIRA, Raimundo. **A tragédia do ABC: um borderline mata** Disponível em: <http://plenariodojuri.blogspot.com.br/2008/10/tragdia-do-abc-um-borderline-mata.html>. Acesso em: 12 ago. 2014.
- REALE JÚNIOR. M. **Teoria do delito.** São Paulo: RT, 1998.
- WINNICOTT Donnald W. 1989m [1964]: “A importância do setting no encontro com a regressão na psicanálise”. In: Winnicott 1989a.
- 1974: “O medo do colapso”. In: Winnicott 1989a.