

O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência.

Rita Aparecida Romaro¹

Artigo publicado na Revista Mudanças, vol10 (1), 62-71, 2002.

Resumo

O artigo aborda como o transtorno de personalidade borderline encontra-se intimamente relacionado à questão da violência, provocando um grande impacto social e familiar, devido às suas manifestações psicopatológicas compreenderem muitas facetas e características de comportamentos mal-adaptados e sintomáticos, sendo o indivíduo com essa patologia vítima de uma exclusão social, que também abrange os serviços de saúde. Ao ser encaminhado para o serviço de saúde mental, tende a estabelecer uma relação negativa com o serviço e os profissionais, marcada pela hostilidade e pelo abandono do tratamento, mobilizando na equipe que o atende intensas manifestações de hostilidade. Um dos problemas do difícil manejo terapêutico é a intensa hostilidade na relação transferencial, a qual o terapeuta precisa conter, tolerar e compreender. É considerada a necessidade de se avaliar o momento exato da intervenção e os resultados obtidos, de acordo com a demanda, limitações e possibilidades do paciente, para que os progressos possam ser reconhecidos e integrados na relação transferencial e para que o terapeuta não seja induzido a reduzir sua capacidade de conter e pensar. Conclui-se que a eficácia de um processo psicoterápico relaciona-se a capacidade de contenção do terapeuta e com o manejo não só da transferência, mas também da contratransferência.

Descritores: Transtorno de personalidade borderline, transferência, contratransferência, Psicoterapia (psicanálise), comportamento anti-social.

¹ Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação Psicológica da Universidade São Francisco.

Abstract

The article discusses the borderline personality disorder can be intrinsically related to violence matters, causing a great social and familiar impact, with psychopathological manifestations that comprehends many facets and characteristics of misadapted and symptomatic behaviors. The person who presents such pathology becomes a victim of social exclusion, which embodies mental health services. Being addressed to a mental health service, the patient tends to establish a negative relation with the service and professionals, registered by hostility and abandonment of the treatment, provoking in the people in charge intense hostility manifestations. One of the questions of the hard therapeutic management is the transference relation intense aggression, in which the therapist has to tolerate, restrain and comprehend. It's considered the evaluation of the exact moment of intervention and its obtained results, according to patient's necessity, limitations and possibilities, for the progresses to be recognized and integrated in the transference relation and for the therapist not to have his thinking and containing capacity diminished. Therefore, the efficacy of a psychotherapy process relates to the therapist's contention and to not only the transference management, but also to the contratransference. Index-terms: Borderline personality disorder, transference, contratransference, psychotherapy, violence.

Introdução

A exclusão social e psíquica encontra-se intimamente relacionada com a forma como uma comunidade abarca as questões relativas à educação, distribuição de riqueza e saúde. A questão da violência diz respeito à saúde psíquica e física dos membros de uma sociedade, podendo-se considerar que todos os envolvidos em situações violentas expressam um sentimento de exclusão projetado sobre o outro, com o qual estabelecem uma relação de poder/submissão. Cabe notar que a pessoa violenta comumente foi ou é vítima da mesma violência, reeditando suas experiências negativas nas relações

interpessoais, muitas vezes sem a possibilidade de perceber tal modalidade de relação como abusiva.

Os serviços de saúde mental são constituídos por diversos profissionais que convivem em um mesmo contexto social e apesar de muitos estarem preparados tecnicamente, nem sempre essas especializações são acompanhadas de uma estrutura emocional capaz de conter a violência dentro de si, muito menos de compreender o paciente difícil, violento.

Muitos de nossos profissionais de saúde também conviveram ou convivem com a violência em seus lares, sendo comum tratarem os usuários dos serviços com ameaças, com aspereza, às vezes com crueldade mental e física, pois tornam-se incapazes de reconhecer o abuso psicológico. Não raro encontramos profissionais considerando os comportamentos dos pacientes como agressões pessoais, irritando-se e prescrevendo procedimentos dolorosos, sejam medicamentosos ou condutas terapêuticas mais invasivas.

Uma vez presenciei um paciente em um hospital-dia com muita dificuldade para realizar qualquer atividade, varrer uma pequena parte do quintal em volta de uma árvore, quando terminou, a terapeuta ocupacional pendurou-se literalmente na árvore e várias folhas caíram, então ela mandou que ele varresse novamente o local.

Precisamos sempre ter em mente que existem pacientes difíceis mas que não raro existem membros difíceis em uma equipe multidisciplinar, que vivenciam os relacionamentos em função de uma hierarquia de poder, procurando manter o controle sobre o outro, sendo de certo modo intoleráveis às queixas orgânicas recorrentes, às tentativas de suicídio, às explosões de agressividade.

No rol de pacientes difíceis, “intratáveis”, encontramos os pacientes *borderline*, que em geral utilizam os atendimentos de emergência da psiquiatria e de outras clínicas médicas, em virtude de explosões agressivas, tentativas de suicídio, comportamentos autodestrutivos, queixas somáticas. Por vezes tornam-se casos policiais, com boletins de ocorrência, detenções, devido a atitudes sociopáticas. Outras vezes são encaminhados para atendimentos psiquiátricos e/ou psicológicos, tornando-se usuárias das redes de saúde pública, tendendo a estabelecer uma relação negativa com esses serviços e profissionais, marcada pela hostilidade e pelo abandono do tratamento, sendo considerados por muitos como “sem jeito” e sem indicação terapêutica (Romaro, 2000a).

“O transtorno de personalidade *borderline* tem provocado um grande impacto social e familiar, devido suas manifestações psicopatológicas que compreendem muitas facetas e características de comportamentos mal-adaptados e sintomáticos, entre eles: - dificuldade marcada no controle dos impulsos, com ênfase em comportamentos agressivos e autodestrutivos (abuso de substâncias, de álcool, automutilações, distúrbios alimentares, pequenos furtos, tendência à promiscuidade, gastos excessivos, jogo compulsivo, etc.); - sentimento de persecutoriedade; - estados depressivos e tentativas de suicídio; - estabelecimento de relações interpessoais caóticas, pouco diferenciadas, manipulativas e agressivas; - instabilidade afetiva; - dificuldades no ambiente de trabalho e/ou escolar, com baixa produtividade; - queixas orgânicas recorrentes” (Romaro, 2000b, p 250).

Kernberg, Selzer, Koenisberg, Carr e Appelbaum (1991) propõem o conceito de Organização de Personalidade *Borderline*, que permite englobar, dentro do nível de funcionamento *borderline*, as personalidades infantis, histéricas, narcisistas, esquizóides, personalidade múltipla (*como-se*), anti-sociais, abarcando dessa forma a heterogeneidade dos sintomas e as comorbidades, considerando-se que a ameaça de ruptura do conhecido ou de uma relação afetiva, por vezes pode desencadear um episódio psicótico. Consideram três critérios estruturais do ponto de vista clínico: *uma integração difusa da identidade*, caracterizando a Síndrome de Difusão da Identidade ; conceito mal integrado do próprio *self* e de outras pessoas importantes, manifestando-se clinicamente por um sentimento crônico de vazio, auto-percepções contraditórias, comportamentos contraditórios não integrados emocionalmente de forma significativa, percepções caricaturais e empobrecidas dos outros, levando a relações interpessoais instáveis, pouco empáticas e marcadas pelo baixo limiar à frustração. A capacidade de avaliação realística dos outros e das situações é prejudicada e em geral invadida por aspectos conflitivos, condensados, de caráter genital e pré-genital; *o uso predominante de mecanismos de defesa primitivos* (*splitting*, negação, identificação projetiva, idealização e negação) cuja função é proteger o ego contra os conflitos insuportáveis entre amor e ódio que impedem a integração da identidade, levando a uma fragilidade do ego e a uma adaptação precária; e um *teste de realidade preservado*, com prejuízo em situações de *stress*.

O paciente *borderline* é um ser frágil, às vezes cordial, amigável, competente, até envolver-se em situações difíceis, estressantes, em que aflora um padrão característico de

desorganização, instabilidade da auto-imagem, humor e relações interpessoais, sendo propenso a episódios psicóticos breves em momentos de intensa ansiedade ou em situações não estruturadas, suscetível de passar por episódios de despersonalização ou desrealização. Pode experimentar sentimentos de depressão, ansiedade, pânico, raiva, confusão, tendência à auto-agressão, com relacionamentos repletos de “cenas”, parecendo não prever as conseqüências de seus atos, guiando-se mais pelo princípio do prazer, acaba por representar para o outro ora o céu, ora o inferno.

Essas características sugerem padrões inconscientes que se expressam por pensamentos, sentimentos e atos, existindo como hábito inflexível e danoso, algo que o indivíduo reluta em reconhecer. Pode apresentar defesas anti-sociais que o traem, deixando vestígios, por associarem-se à culpa, ao comprometimento da lógica em situações pouco estruturadas, à persecutoriedade, à angustia, enquanto o indivíduo anti-social não apresenta indícios de remorsos, primando pela racionalização e pela indiferença em relação ao mau causado ao outro.

Com tal estruturação, tende a apresentar dificuldades profundas nos relacionamentos interpessoais, com marcadas dificuldades no âmbito social e familiar, que também se expressam nas manifestações transferenciais e contratransferenciais

Um dos problemas no manejo terapêutico é a intensa agressão que se expressa na relação transferencial e que exige que o terapeuta possa conter, tolerar e compreender essas reações, sem agir de forma retaliatória e sem sentir sua identidade ameaçada, uma vez que a fragmentação das manifestações transferenciais mobilizam reações contratransferenciais intensas.

O paciente *borderline* é descrito na literatura psicanalítica como um paciente de difícil acesso, devido à baixa aderência ao tratamento, à impetuosidade, à inveja acentuada que dificulta o acesso e o aproveitamento das interpretações. Aceitar ajuda implica em quebrar a onipotência, sendo freqüente a reação terapêutica negativa e as manifestações transferenciais negativas.

O grande desafio é criar um espaço mental onde o pensar possa ocorrer, tornando representável o irrepresentável, pois é a capacidade de representação que propicia a transformação das imagens em palavras dentro do nível da realidade, o que pode ocorrer no processo analítico por meio da introjeção das interpretações. O estabelecimento da aliança

terapêutica é algo particularmente difícil, devido à alta probabilidade de ocorrência de *acting-out*, com manifestações transferenciais e contratransferenciais intensas, rápidas, instáveis, exigindo que o terapeuta seja ativo, flexível e continente. A fim de preservar sua capacidade de pensar e não se perder no turbilhão agressivo e angustiante do *borderline*, deve interpretar desde o início as manifestações transferenciais negativas.

As ameaças constantes e o risco suicida podem acarretar sérias mudanças terapêuticas, levando a modificações do *setting*, de acordo com a acuidade preditiva do terapeuta, que precisa ficar alerta para a necessidade de uma hospitalização, podendo também implicar problemas éticos e legais (Fine & Sansone, 1990; Gotze, Eckert & Mohr, 1993; Stone, 1993). No manejo terapêutico torna-se de grande importância a clareza e explicitação do contrato e a manutenção do enquadramento enquanto fator estruturante do ego. O impasse é transformar o comportamento destrutivo em uma específica constelação transferencial, o que pode ser garantido pelo contrato terapêutico, desde que haja uma adaptação técnica do contrato psicanalítico.

Kernberg (1991, 1992) apresenta três tipos de manifestações transferenciais negativas que podem ocorrer separada ou simultaneamente: transferência psicopática (uso de deliberada mentira ou omissão de material importante); transferência paranóide (com base na identificação projetiva e nos objetos internalizados primitivos e persecutórios, podendo evoluir para a transferência psicopática); - transferência depressiva (que possibilita o reconhecimento do até então não reconhecível – pois inaceitável ao *self*). Quando as transferências psicopáticas são sistematicamente interpretadas tendem a ceder seu predomínio à transferência depressiva, assinalando uma transformação estrutural da organização *borderline* em organização neurótica.

Ao mesmo tempo em que a contratransferência pode ser um obstáculo, também é a possibilidade de acesso e aproximação ao paciente. Desde que o terapeuta possa aceitar seus momentos de não compreensão, sua capacidade empática poderá ser restituída juntamente com a capacidade interpretativa, podendo, dessa forma, conter e transformar a angústia do paciente tão maciçamente projetada sobre ele.

O terapeuta funciona como um agente corretivo, propiciando a re-aprendizagem de padrões sadios de comportamento, por meio dos recursos internos do paciente, necessários para uma melhor coesão psicológica. Na realidade, sua função é ajudar o paciente a

começar a pensar, contendo dessa forma o *acting-out*, por meio da experiência emocional corretiva de uma relação psicológica não abusiva. Independentemente da abordagem utilizada, esse intrincado processo psíquico ocorre e se manifesta, podendo ou não ser reconhecido e trabalhado pelo terapeuta ou pela equipe multiprofissional.

Considerando-se que o transtorno de personalidade é egossintônico e somente uma séria desestabilização nos padrões patológicos possibilita um espaço para a percepção da dificuldade ou sintoma, essa abertura deve ser aproveitada para se mobilizar os recursos egóicos do paciente e colocá-lo em tratamento nesse momento específico, a fim de que possa encontrar uma solução mais adaptativa para suas dificuldades e desenvolver a possibilidade de uma psicoterapia intermitente, à qual possa retomar quando necessário.

Torna-se necessário avaliar os resultados obtidos por cada paciente de acordo com suas possibilidades e limitações, para que os progressos possam ser considerados e integrados na relação transferencial e para que o terapeuta e a equipe multiprofissional não tenham minadas sua capacidade de conter e pensar.

Penso que os objetivos dos serviços oferecidos e dos processos terapêuticos precisariam ser repensados, ressaltando-se os aspectos contratransferenciais, assim, talvez, o paciente *borderline* não fosse à *priori* considerado intratável, mas tratável dentro de um enquadramento mais específico e estruturado, com objetivos delimitados. Muitas vezes é a expectativa do terapeuta frente aos resultados de um processo terapêutico, que o torna pouco aceitável.

Nesse sentido, a eficácia de uma psicoterapia parece intimamente relacionada à capacidade de contenção do terapeuta e com o manejo não só da transferência, mas também da contratransferência, principalmente dos aspectos narcísicos do terapeuta.

Levando-se em conta que o diagnóstico do paciente *borderline* se caracteriza pela instabilidade afetiva, ainda não reconhece grau que tal instabilidade precisa atingir para que o indivíduo procure tratamento? Pode-se considerar o momento de busca de ajuda, como um momento crítico no qual falham as habituais formas de lidar com a realidade interna e externa e, devido a maior vulnerabilidade, poderia haver maior predisposição para aceitar a ajuda psicológica para o problema.

Essas questões são complexas, exigindo que o terapeuta possa perceber a demanda e a vulnerabilidade do outro para além de sua própria técnica, podendo repensá-la e

modificá-la, porém sem perder sua identidade pessoal e profissional. Eis um grande desafio para a pesquisa clínica.

Referências

- Fine, M. A.; Sansone, R. A.(1990) Dilemmas in the management of suicidal behavior individuals with borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 44, (2) , 160-171.
- Gotze, P.; Eckert, J.; Mohr, M.(1993) Problems in the therapeutic treatment with suicide tendency in borderline personality disorders. *Psychiatria Danubina*, 5, (1-2) , 137-141.
- Kernberg, O. F. (1991) Transferencias psicopática, paranoide y depresiva. *Revista de Psicoanalisis*, 48, (5-6), 901-25.
- Kernberg, O. F. (1992) Psychopathic, paranoid and depressive transferences. 37th International Psychoanalytical Congress. *International Journal of Psycho-analysis*, 73, (1),13-28.
- Kernberg, O. F.; Selzer, M. A.; Koenisberg, H. W.; Carr, A.C.; Appelbaum, A (1991) *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. (R. C. S. Lopes, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Romaro, R. A.(2000a) *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline: uma proposta viável*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romaro, R. A. (2000b) Transtorno de Personalidade Borderline: abordagem psicoterápica. *In 8º Ciclo de Estudos em Saúde Mental*, (pp. 124-136).Ribeirão Preto, SP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Stone, M. H. (1993). Paradoxes in the management of suicidality in borderline patients. Special Section: Psychotherapy with the borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 47, (2),255-272.