Viviane de Lourdes Morelato Minto

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE:

Um olhar sob a perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analítica

MONOGRAFIA DO CURSO DE FORMAÇÃO – SBPA VIII TURMA

Orientador: Álvaro Ancona de Faria

Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica - São Paulo

2012

Viviane de Lourdes Morelato Minto

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE:

Um olhar sob a perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analítica

Monografia submetida à aprovação para a conclusão do Curso de Formação de Analistas da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA).

Orientador: Álvaro Ancona de Faria

São Paulo

2012

Viviane de Lourdes Morelato Minto

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: Um olhar sob a perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analitica

Monografia submetida à aprovação para a conclusão do Curso de Formação de Analistas da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA).

BANCA EXAMINADORA:

Alvaro Ancona de Faria (orientador) _____

Teresa Cristina Machado: _____

Maria Paula Magalhães de Oliveira:_____

À Edson Luiz e Ariadne, meus
amados filhos.

Ao querido amigo Valentim.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Álvaro Ancona Faria, que despertou em mim a paixão pelos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline e abriu espaços para que eu pudesse trabalhar com eles, enriquecendo meus conhecimentos e minha prática na área. Gostaria de agradecer-lhe também pelo carinho e dedicação que me dispensou, orientando-me tanto na elaboração da monografia como também em meu caminhar pessoal e profissional durante o período de minha formação de analista.

À SBPA (Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica), por ter me aceito, encorajando-me e apoiando-me em uma nova trajetória em busca de novos caminhos e sentidos pessoais e profissionais.

À Tereza Cristina Machado, minha supervisora, incentivadora e grande auxiliar nas pesquisas bibliográficas, mostrando-me novos caminhos de leitura e aprofundamentos na área de desenvolvimento na Psicologia Analítica

Aos participantes e coordenadores do Núcleo de Aprimoramento da Clinica: Integração Psiquiatria, Psicologia Analítica e Neurociências da SBPA, pelo acompanhamento e auxílio nessas pesquisas, leitura e discussões.

Aos professores e supervisores que me acompanharam no processo de formação. Cada um de sua forma deixou sua marca em meu trajeto, e a toda equipe de apoio da SBPA, Mirian, Luciana, Marcos, Jorge, por estarem sempre disponíveis, tornando minha estadia em São Paulo mais tranquila e acolhedora.

Aos amigos e companheiros da oitava turma pela amizade, apoio, reflexões e encontros determinantes de grandes transformações durante essa convivência tão calorosa e profunda que foi nosso processo de formação.

Ao grupo de profissionais e funcionários do PROVE (Programa de Pesquisa e Assistência em Violência) na UNIFESP (Universidade Federal do Estado de São Paulo), por terem me dado a oportunidade de poder atender os pacientes com transtorno de personalidade Borderline e de participar de suas reuniões clínicas e de supervisões, espaço que foi de grande aprendizagem para mim. E especificamente ao grupo de estudo e atendimentos dos pacientes Borderline pelas amizades, trocas, apoio, debates, supervisões e estudos, sem

os quais seria quase impossível eu ter me aprofundado e adquirido tantos conhecimentos sobre esse tema.

Ao amigo Joel Sales Giglio, por me impulsionar, estimulando-me a desbravar novos caminhos na Psicologia Analítica ao participar do processo seletivo da SBPA.

À Sonia Carvalho, minha terapeuta, que foi meu grande amparo desde o início desta minha jornada, que com seu acolhimento e carinho me guiou pelos caminhos do inconsciente, ajudando-me a empreender grandes travessias e muitas transformações.

À Cintia Travassos, pela paciência, cumplicidade, amizade e estímulo durante meu percurso em busca de novos conhecimentos.

À Grande amiga Claudia Denardi, pela ajuda na confecção e estrutura da monografia, pelo incentivo e acompanhamento, pelas correções, reflexões e grandes divagações durante muitas tardes de trabalho árduo, mas recheadas de muitos momentos leves, alegres e divertidos.

À Ana Cecília, amiga de grandes momentos, pela disponibilidade de, no meio de muito trabalho, fazer uma parada especial para fazer a revisão final deste trabalho.

Aos meus filhos Edson Luiz e Ariadne, por terem me incentivado a buscar novos caminhos, a não desistir frente aos obstáculos e a persistir na busca de meus sonhos, por mais distantes que muitas vezes parecessem.

Ao grande e querido amigo Valentim, por ter me dado abrigo e apoio. Por ter me estimulado a seguir os sinais que surgiam em meu caminho e persistir na trajetória durante os momentos em que acreditava não ter estrutura para superar as dificuldades que surgiam.

E ao Airton Cesar Minto, por muitas vezes ter tido que abdicar de seus próprios compromissos para dar assistência e cobrir minhas ausências junto a nossos queridos filhos.

A todos os amigos que entraram, ficaram ou cruzaram meu caminho e deixaram suas marcas durante todo esse processo de formação e transformação.

RESUMO

Esta monografia tem como objetivo analisar o Transtorno de Personalidade Borderline dentro da perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analítica. Baseia-se teoricamente nos conceitos de autores pós-junguianos desenvolvimentistas, além de conceitos da Teoria do Apego.

Propõe-se também a refletir sobre as causas, sintomas e tratamento para essa patologia dentro do setting terapêutico e a importância do papel do analista, através da análise das particularidades da relação analista-analisando nesse contexto.

Palavras chaves: Transtorno de Personalidade Bordeline, Psicologia Analitica, desenvolvimento, relação analista-analisando

ABSTRACT

The objective of this paper is to analyse the Borderline Personality Disorder from the perspective of the development in Analytical Psychology. It is theoretically based on the concepts of post-Jungian developmentalist authors and also on the concepts of the Attachment Theory.

It also proposes a reflection on the causes, symptoms and treatment for this pathology within the therapeutic setting and the importance of the analyst's role, through the analysis of the particularities of the relationship between the analist-analysand in this context.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Analytical Psychology, Development, analyst-analysand relationship

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. O BORDERLINE E O MOMENTO ATUAL 01

2. DESCRIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

2.1. Psicopatologia 03

2.2. Transtornos de Personalidade 04

2.3. Transtorno de Personalidade Borderline 07

2.4. Trauma e Desenvolvimento de Transtorno de Personalidade Borderline 10

3. PSICOLOGIA ANALÍTICA E O BORDERLINE

3.1. Desenvolvimento da personalidade 13

3.2. Função Simbólica/Função Transcendente 25

3.3. Função Simbólica/Função Transcendente nos Pacientes Borderline 32

4. A TERAPIA COM PACIENTES BORDERLINE

4.1. Peculiaridades do *setting* terapêutico com Pacientes Borderline 36

4.2. Teoria do Apego no trabalho terapêutico 45

4.3. Experiência prática 50

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 63

6. BIBLIOGRAFIA 67

INTRODUÇÃO

"Minha vida é a história de um inconsciente que se realizou. Tudo o que nele repousa aspira a tornar-se acontecimento, e a personalidade, por seu lado, quer evoluir a partir de suas condições inconscientes e experimentar-se como totalidade."

C. G. Jung

Na busca por um novo caminho, um novo sentido de vida, deparei-me com a Filosofia e com Carl Gustav Jung, autor que, em sua trajetória, colocou-se como meta: busca de caminhos e passos para desvendar o espírito humano, compreendê-lo e tratá-lo profundamente.

Com o espírito apaixonado e sedento de respostas e sentidos mais profundos e menos estigmatizados, reducionistas e, muitas vezes, tão superficiais e impessoais, embrenhei-me com o corpo e a alma nessa caminhada.

O caminho foi se desvendando arduamente entre muitos espinhos, flores, paixões e desencantos, mas houve sempre um fio condutor a me guiar. Esse fio foi sendo tecido sem que no momento pudesse visualizar seus objetivos, sua direção, mas ficava sempre uma certeza, a pergunta do "por quê?" e "para quê?"

Jung descreveu claramente a angústia de trilhar esses caminhos de encontros e desencontros:

> "Vivia numa tensão extrema e muitas vezes tinha a impressão de que blocos gigantescos desabavam sobre mim /.../ Resistir a tudo isso foi uma questão de força brutal. Outros nisso sucumbiram. Nietzsche, Hoelderlin e muitos outros. Mas havia em mim uma força demoníaca e desde o início tencionava a encontrar o sentido daquilo que vivera nessas fantasias. O sentimento de obedecer a uma vontade superior era inquebrantável e sua presença constante em mim ajudou-me a resistir aos assaltos do inconsciente, orientando-me no cumprimento da tarefa." (JUNG, 1985)

Com esse “sentimento de obedecer a uma vontade superior”, aceitei a conspiração do universo e do inconsciente e deparei-me com um chamado muito forte a participar do processo seletivo da SBPA (Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica) para formação de analista, sendo aceita para a primeira turma de “Formação de analistas junguianos não residentes na região de São Paulo e Rio de Janeiro”. A questão instigante continuava: Por quê? E para quê?

O questionamento sobre o sentido desse novo caminho que surgia em minha vida foi se desvendando aos poucos durante esses cinco anos de formação. Essa experiência permitiu aprofundar-me nos conhecimentos teóricos da Psicologia Analítica ao mesmo tempo em que fui me transformando como pessoa e profissional. A questão sobre a normalidade e a doença mental foi algo muito inquisidor nesse período, levando-me a buscar muitas respostas sobre as dores e sofrimentos da alma.

O tema desenvolvido durante o terceiro ano do curso de formação foi “Psicopatologia” e, ao dedicar-me à leitura e aos estudos sobre esse tema, algumas questões que me instigavam começaram a clarear. Com o estudo sobre o Transtorno de Personalidade Borderline, um novo universo abriu-se para mim. A teoria passou a ter um sentido vivo quando passei a atender esses pacientes e, ao sentir o sofrimento vivenciado na alma tão intensamente, resolvi mergulhar de cabeça e aprofundar-me nas causas, sintomas e tratamentos dessa patologia. Enquanto buscava repostas para minhas dúvidas, surgiu uma oportunidade de poder desenvolver um trabalho como psicóloga colaboradora junto ao Dr. Álvaro Ancona de Faria, no ambulatório de Borderline do PROVE (Programa de Pesquisa e Assistência em Violência), na UNIFESP (Universidade Federal do Estado de São Paulo), por dois anos e meio. Nesse período, além de grande quantidade de estudos teóricos, supervisões e reuniões clínicas, pude também vivenciar as particularidades do *setting* terapêutico que esses pacientes exigem através de vários atendimentos.

A necessidade da realização desta monografia para a obtenção do título de analista membro da SBPA apresentou-se para mim como um espaço para aprofundar-me no tema, situar essa patologia no contexto sócio-

econômico-cultural atual e sistematizar, por meio da visão da Psicologia Analítica, o processo normal de desenvolvimento da personalidade e suas alterações, que são a causa de vários distúrbios mentais, entre eles o Transtorno de Personalidade Borderline.

Nesse trabalho farei uma pequena retrospectiva das mudanças culturais ocorridas nos últimos tempos e suas consequências na estruturação da personalidade do homem na pós-modernidade. Em seguida, descreverei os conceitos psiquiátricos que são utilizados atualmente na psicopatologia para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Bordeline. Utilizarei os autores neo-junguianos Erich Neumann, Edward F.Edinger, Michael Fordham e Brian Feldman para aprofundar a discussão dentro das teorias desenvolvimentistas. Utilizarei também outros autores como Jonh Bowlby e Donald Winnicott, que estudaram o desenvolvimento de crianças para demonstrar a importância da relação mãe-bebê no desenvolvimento psíquico. Partindo do aporte teórico desses autores, discutirei essa patologia como uma alteração do processo normal do desenvolvimento humano. Por fim, examinarei algumas das particularidades necessárias ao setting terapêutico desses pacientes.

1. O BORDERLINE E O MOMENTO ATUAL

Na Idade Média, a religião era o centro do pensamento da época, determinando os parâmetros morais e éticos para o homem. Já no século XVIII, com o Iluminismo, a religião deixou de ser o foco principal e o homem passou a ser o centro, construindo princípios, conceitos e novos parâmetros a partir da razão. No século XIX, com a Revolução Industrial, a nova sociedade estruturou-se a partir de conceitos e valores científicos e tecnológicos. Durante o século XX, o homem moderno, ao se frustrar com a ineficácia de suas ideologias radicais e com a ausência de respostas científicas para seus anseios, passou por mais uma mudança de paradigmas e aderiu a um relativismo total, dando espaço a uma nova era, a da pós-modernidade.

O homem resultante dessa cultura pós-moderna passou por um processo lento de transformações de valores e costumes. Antigamente, os limites de “certo” e “errado” eram claros e rígidos; hoje, devido a uma busca de “igualdade” e “liberdade”, prevalece a crença de que as “verdades” aprisionam os homens, impedindo-os de realizar seus desejos, pois são coibidos pelas regras morais e pelos valores sociais, éticos e religiosos. Essa mudança de paradigma levou o homem a acreditar que tudo é ilusório. O homem perde seu referencial hierárquico valorativo e passa a viver uma “verdade” relativa, entrando em uma crise existencial, não encontrando mais referenciais seguros onde se apoiar e passando a viver de forma imediatista e individualista.

Esse novo homem se estrutura em uma cultura em que não consegue manter um suporte para a demanda e para as necessidades do outro. É um sujeito que fala de si e para si. Há uma procura excessiva de bem estar e não há espaço para o convívio com angústias e sofrimentos. A educação recebida pelos pais e pelas escolas, os valores como ética, moral e caráter, a religião, a solidez do casamento, a família, perdem espaço para novas formas de comportamento regidas pelas leis de mercado e de consumo. A aceleração transforma o consumo em uma rapidez nunca vivenciada, tudo é

descartável, desde bens matérias até os afetivos. A publicidade manipula os desejos e promove a sedução. A tecnologia avança, perde-se a visão pessoal e os conceitos tornam-se vazios. Vive-se, então, um tempo de pouca solidariedade e alta competitividade, guiado pela lógica da acumulação de bens e de aparências. Instala-se uma cultura de incertezas, de fragmentações de troca de valores e do vazio.

A ruptura da solidez, da formatação familiar, dos laços de solidariedade, e o crescimento vertiginoso do individualismo e da competição feroz acentuaram a solidão humana e determinaram uma diminuição significativa de suporte social. As relações estáveis, em que os efeitos de uma falta de continência intrafamiliar poderiam ser amenizados, passaram a fazer parte do passado.

Os pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline encontram-se imersos na relação com o outro e dependente dele; a estrutura de sua patologia é construída na relação, no seu modo de se vincular. Eles olham para essa nova realidade social com lentes de aumento e não conseguem encontrar seu espaço nessa nova sociedade onde os vínculos estabelecidos são superficiais e frágeis, não permitindo um grau mínimo de continência satisfatória.

É fácil estabelecer uma analogia do aumento desse tipo de paciente como um reflexo dessa sociedade pouco preocupada com seus indivíduos e mais interessada na globalização e em seus benefícios econômicos. Painchaud & Montgrain (1991, *apud* HEGENBER, 2009) afirmam que, “como a problemática social mudou, enfrentamos modificações de configuração psicológica inconsciente, cujo resultado clínico se constatará pelo aumento daquilo a que convencionamos chamar de estados-limites ou borderline”.

2. DESCRIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

2.1. Psicopatologia

> *"A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará na vida sem ver nada."*
>
> Albert Einstein

Sempre pairou sobre os interesses de Jung, em suas pesquisas e em seus estudos, uma questão: "o que acontece de fato no interior da pessoa mentalmente enferma?" A doença psíquica sempre foi para ele o drama de um indivíduo em particular. A história pessoal é o "segredo do paciente, a rocha contra a qual ele despedaça" (JUNG, 1985).

Jung acreditava que se conhecesse essa história, teria a chave para o tratamento. Eros era o princípio que guiava Jung no exercício da medicina. Para ele, era muito mais importante estabelecer uma relação de confiança com o paciente do que demonstrar uma teoria (FRANZ, 1997).

Já no início de seus estudos através do teste de associação de palavras, Jung constatou a importância do inconsciente na psicopatologia. Observou que, nas pessoas normais, o inconsciente efetua uma compensação de todas as tendências conscientes através de um impulso contrário e produz um equilíbrio. Nas pessoas mentalmente desequilibradas há uma descompensação real entre o consciente e o inconsciente. Devido à unilateralidade característica do esforço consciente de manter o equilíbrio, os conteúdos do inconsciente irrompem de forma anormal, causando um transtorno no equilíbrio mental e perturbando a adaptação do indivíduo a seu ambiente (JUNG, 1986).

Para os estudiosos do inconsciente, o que interessa na psicopatologia é o conteúdo das vivências, os movimentos internos dos afetos, desejos e temores do indivíduo, sua experiência particular e pessoal, não necessariamente classificável em sintomas previamente descritos.

Para Jung, “as enfermidades são distúrbios de processos normais, e nunca uma *entia per se*, dotada de uma psicologia autônoma” (JUNG, 2004). Segundo Karl Jaspers (1979), são muito claros os limites da psicopatologia: embora o objeto de estudo da psicopatologia seja o homem em sua totalidade, os limites da ciência psicopatológica consistem precisamente em que nunca se pode reduzir inteiramente o ser humano a conceitos psicopatológicos. Em todo indivíduo, oculta-se algo que não se pode conhecer, pois a ciência requer pensamento conceitual sistemático, pensamento que cristaliza, que torna evidente, mas também que aprisiona o conhecimento, isto é, não se pode compreender ou explicar tudo o que existe em um homem por meio de conceitos psicopatológicos. Sempre resta algo que transcende a psicopatologia, mesmo na ciência, e que permanece no domínio do mistério.

2.2. Transtorno de Personalidade

O conceito de Transtorno de Personalidade foi variando no decorrer dos tempos, mas o que se manteve foi que essa patologia é consequência de uma alteração do processo normal de desenvolvimento dos indivíduos e que gera grande sofrimento a esses pacientes.

Antes de apresentar vários conceitos sobre o Transtorno de Personalidade, é fundamental apresentar o conceito de personalidade no qual me apoiei. Personalidade refere-se à organização dinâmica de padrões constantes de comportamento, cognição, emoção, motivação e formas de se relacionar com as outras características de um indivíduo. A personalidade de um indivíduo é parte integrante da sua experiência consigo mesmo e com o mundo – a tal ponto que ele pode ter dificuldade de se imaginar sendo diferente (CALIGOR, KERNBERG & CLARKIN, 2008).

Karl Jaspers (1979) afirma serem anormais as personalidades que fazem sofrer tanto o indivíduo quanto aqueles que o rodeiam. Para ele, os transtornos de personalidade (designados como personalidades anormais) representam variações não normais da natureza humana e que, na eventualidade de superpor-se a elas algum processo, tornar-se-iam personalidades propriamente mórbidas (doentias). Jaspers aborda o tema sob a ótica das variações do existir humano de origem constitucional (que fazem parte da pessoa).

Assim sendo, podemos considerar a maneira própria das personalidades anormais de ser no mundo como uma apresentação do indivíduo diante da vida situada nas extremidades da faixa de tolerância de sanidade pelo sistema cultural. Essas personalidades anormais seriam alterações perenes do caráter, caracterizando não apenas a maneira de ESTAR no mundo, mas, sobretudo, a maneira do indivíduo SER no mundo. (JASPERS, 1979)

Para o psiquiatra alemão Kurt Schneider, o elemento central dos transtornos de personalidade (por ele denominadas “personalidades psicopáticas”) constitui-se no fato de que o indivíduo apresenta as seguintes características básicas: “Sofre e faz sofrer a sociedade, assim como... não aprende com a experiência.” (SCHNEIDER, 1976).

Otto F. Kermberg explica que:

> Na personalidade normal, os traços de personalidade não são extremos, e são ativados de forma flexível e adaptativa nas diferentes situações. Neste contexto, podemos dizer que, na ausência de uma psicopatologia, um indivíduo possui um “estilo” particular de personalidade, por exemplo, obsessivo compulsivo ou histriônico. Quando os traços de personalidade se tornam mais extremos e são ativados de forma mais inflexível no decorrer das situações, vamos avançando de um funcionamento normal da personalidade em direção a graus crescentes de patologia de personalidade, até que em extremos mais grave do espectro, os traços de personalidade tornam-se gritantemente mal adaptativo e com um funcionamento disruptivo. Independente da patologia de personalidade ser relativamente leve ou mais grave, ela está por definição associada a algum grau de angustia e/ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional. A patologia de personalidade é relativamente

> estável ao longo do tempo, tendo sua aparição no início da idade adulta (KERNBERG... [et al] , 1991).

A Organização Mundial de Saúde descreve os transtornos de personalidade e de comportamentos na Classificação Internacional das Doenças (CID – 10) da seguinte forma:

> Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns desses estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. /.../ Representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradoras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em comparação com as de um indivíduo médio de uma dada cultura. /.../ Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social. /.../ Estes distúrbios compreendem habitualmente vários elementos da personalidade, acompanham-se em geral de angustia pessoal e desorganização social; aparecem habitualmente durante a infância e persistem de modo duradouro na idade adulta (OMS, 2006).

A Associação Americana de Psiquiatria define os transtornos de personalidade como

> Um transtorno de personalidade é um padrão persistente de vivência intima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta. É estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo (AAP, 1994).

Para fazer um diagnóstico de transtorno de personalidade, é necessária uma investigação complexa e detalhada da vida e das relações do indivíduo, pois para preencher os critérios do diagnóstico, o comportamento disfuncional tem que ser inflexível e duradouro. Conflitos latentes e relações

insalubres podem durar anos até que torne o comportamento disfuncional. Por esses motivos, os diagnósticos passam por um viés de subestimação (SAUAIA... [et al], 2009).

O indivíduo com transtorno de personalidade pode estar sofrendo há muito tempo sem que a família e a sociedade percebam. Muitas vezes ele só será percebido quando passar a ser sócio-distônico.

A prevalência de indivíduos que configuram critérios para o diagnóstico de transtorno de personalidade na população em geral chega a ser de 10 a 15%, sendo que 4% sofrem prejuízos em todos os âmbitos de sua vida. Na população psiquiátrica, esse índice chega a 11% e, nos pacientes ambulatoriais, chega a 30% (SAUAIA ...[et al], 2009).

2.3. Transtorno de Personalidade Borderline

Transtorno de Personalidade Borderline tem sido um dos transtornos mais amplamente estudados. Pacientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline constituem 20% dos pacientes psiquiátricos internados e 10% dos pacientes vistos ambulatoriamente em serviços de Saúde Mental e são consumidores frequentes de serviços de emergências para crises e de consultas psiquiátricas solicitadas por outros serviços médicos (BRADLEY ...[et al], 2010).

O Transtorno de Personalidade Borderline tem por característica um padrão de instabilidade nos relacionamentos, em sua auto-imagem e nos afetos. Apresenta um alto grau de impulsividade em pelo menos duas das seguintes áreas, as quais são potencialmente prejudiciais a si mesmo: jogos, gastos irresponsáveis, comida em excesso, abuso de substâncias, sexo inseguro e direção imprudente. Os portadores do transtorno revelam descontrole emocional com tendência para que as emoções fujam do controle, apresentando também tendência de tornarem-se irracionais em momentos de grande estresse e uma dependência dos outros para regularem as emoções (AAP, 1994).

Os pacientes diagnosticados com esse transtorno são muito sensíveis às condições ambientais. Fazem grandes esforços na tentativa de evitarem um abandono real ou imaginado. A simples percepção da possibilidade de uma perda ou de um abandono provoca profundas alterações em seus comportamentos. Para eles, o “abandono” significa desintegração, não existência, pois precisam do outro para se perceber.

Os temores de abandono provocam episódios de raiva inadequada, mesmo frente a separações reais por tempo determinado ou frente a mudanças de planos inevitáveis (por exemplo, atraso de alguns minutos ou mesmo o cancelamento de um encontro com alguém afetivamente importante ou o simples anúncio do término de uma sessão). Para eles, esses acontecimentos constituem um “abandono” que implicaria no sentimento de que são “maus”.

Nos momentos em que a ameaça de abandono se configura, a ansiedade torna-se altíssima e aparece uma impulsividade marcante. Na tentativa de aplacar essa ansiedade avassaladora, para evitar o “abandono” e consequentemente a dor da solidão, da não existência e do vazio, eles podem se utilizar de comportamentos impulsivos de automutilação recorrentes ou de tentativas de suicídio.

Aproximadamente 75% desses pacientes fazem pelo menos uma tentativa de suicídio e estima-se que 10% conseguem concretizar esse ato (BLACK ...[et al], 2004). No acompanhamento por 27 anos de pacientes diagnosticados com o Transtorno de Personalidade Borderline, Paris & Zweig-Frank (2001, *apud* BRADLEY ...[et al], 2010) encontraram uma taxa de 10,3% de suicídio, sendo que a maioria ocorreu antes dos 40 anos.

A automutilação pode se dar durante experiências dissociativas e frequentemente traz alívio ao indivíduo. Na história de 70 a 75% desses pacientes, existe pelo menos um ato de autoagressão, tornando-se inclusive essa característica – automutilação - um dos critérios diagnósticos para a caracterização do quadro segundo o CID -10 e o DSM – IV.

A indiferenciação corpo/psique é característica central na estrutura desses indivíduos. Eles expressam essa indiferenciação entre todas as polaridades na relação sujeito-objeto, que segundo as teorias de desenvolvimento de Neumann (1995a) e Edinger (1995) pode ser consequência de uma estruturação de forma inadequada do eixo Ego-Si Mesmo, conforme irei expor mais adiante.

Segundo Gunderson (2000, *apud* FARIA, 2011), estima-se que a prevalência do Transtorno de Personalidade Borderline na população seja em torno de 1– 2%, sendo que 75% dos pacientes são do sexo feminino. A idade de início dos sintomas da metade dos casos está na faixa de 18-25 anos de idade, e 90% dos casos têm início antes dos 30 anos.

Talvez seja subestimado o número de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline do sexo masculino. Em função de sua agressividade e impulsividade, podem estar nas delegacias e presídios, ou nos tratamentos de usuários de drogas. Na tentativa de aliviar a solidão e o tédio, é comum fazerem uso da ingestão impulsiva e abuso de álcool e drogas (FARIA,AA, SAUAIA L., 2011).

A instabilidade afetiva nas relações interpessoais, característica desses indivíduos, leva a extremos de idealização e desvalorização, sensíveis aos menores estímulos externos (reais ou imaginados), que se centram na questão do medo do abandono e são acompanhados de esforços incríveis para evitá-lo. A instabilidade afetiva para esses indivíduos funciona como uma montanha russa, o que a torna também uma das características centrais do transtorno.

Nathan Schwartz-Salant, em seu livro *A personalidade limítrofe (visão e cura)*, defende que:

> Pacientes com um distúrbio de personalidade limítrofe manifestam de fato sintomas e comportamentos particulares, estando esse último relacionado em especial com as maneiras pelas quais o paciente influi vigorosamente na psique do terapeuta. A maioria dos pacientes limítrofes vive de maneira a evitar o intenso sofrimento psíquico do abandono e, para isso, se serve de mecanismos psicóticos de defesa, tais como a idealização, a cisão, a negação e de comportamentos obsessivo-

> compulsivos de fazer, ou o oposto, a inércia. Estes mecanismos psíquicos existem no lugar de um self funcionalmente sadio, que é o organizador básico da vida psíquica (SCHWARTZ-SALANT,1989).

Seja no nível biológico, seja no nível psicoterapêutico, o Transtorno de Personalidade Borderline é considerada uma patologia grave pelo comprometimento das várias esferas vivenciais do indivíduo: social, amorosa, ocupacional e familiar.

Neste trabalho, o termo *borderline* passará a ser utilizado para caracterizar os indivíduos que apresentam:

> uma identidade composta por um ego frágil, constantemente ameaçado por núcleos psicóticos paranoides ou quadros dissociativos graves com uma alternância masoquista/depressiva, devido a uma confusão de estados psicológicos oscilatórios (CHARLTON, 1988).

2.4. Trauma e desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline

Inicialmente, os estudos sobre pacientes borderline focaram-se no papel etiológico do abuso infantil. Stern (1938, *apud* BRADLEY ...[et al], 2010) descreve que “crueldade, negligência e brutalidades 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. Eles não são experiências únicas”.

A anamnese desses indivíduos apresenta uma frequência alta de relatos sobre abuso sexual infantil. Algumas pesquisas mostram que a taxa desses abusos pode chegar a 70% (PARIS, 2010). Van Der Kolk (1994) sublinha que mais da metade de todos os pacientes borderline tiveram histórias de abuso físico ou sexual severo, iniciando-se antes dos seis anos de idade.

Alguns fatores determinam a gravidade e as possíveis consequências do abuso sexual: a frequência e duração dos episódios, a figura do abusador (pais, cuidadores, pessoas ligadas à família ou um desconhecido), a idade em que os abusos ocorreram (quanto mais cedo, maior a gravidade) e qual foi o acolhimento da família quando esse abuso foi revelado.

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 o testemunho de violência também são fatores encontrados neste contexto. Segundo Zanarini, MC ...[et al], (1997), esse conjunto de vivências traumáticas caracteriza uma “falência biparental”.

Torna-se difícil diferenciar os eventos traumáticos e o impacto do ambiente familiar onde eles usualmente ocorrem. Normalmente é um ambiente em que prevalece caos familiar, vinculações transtornadas, múltiplos cuidadores ou ausência deles, negligência parental, alcoolismo e/ou evidência de instabilidade afetiva. 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.

Aparentemente, a experiência vivenciada por esses pacientes em sua infância é de uma relação desastrosa tanto com o pai quanto com a mãe, sem a possibilidade de uma constelação minimamente adequada de maternagem/paternagem, levando à configuração de uma vivência de negligência e de abandono completo. Essa falta de maternagem/paternagem adequada se expressa pela não humanização dos arquétipos materno e paterno. Segundo Bowlby (1951), à caracterização desse contexto leva ao desenvolvimento de um apego ambivalente que se apresenta por um modelo internalizado baseado em cuidados inconsistentes, em que os pais se revelam prestativos em algumas ocasiões e ausentes ou agressivos em outros, não deixando claro para a criança um padrão regular de cuidado ou agressão.

A vivência de forma inadequada da humanização do arquétipo da Grande Mãe em consequência das experiências de abusos e negligências, que compõem a história desses indivíduos em sua infância, não vai permitir uma continuidade no desenvolvimento da consciência e do ego de forma propícia,

criando fixação urobórica e descontinuidade no processo de elaboração simbólica, conforme demonstraremos no decorrer deste trabalho.

Salzman (1997, *apud* BRADLEY ...[et al], 2010) sugere que a vinculação insegura às figuras parentais, junto a ambientes familiares emocionalmente instáveis ou negligentes, pode explicar o Transtorno de Personalidade Borderline, enquanto o abuso físico ou sexual pode determinar a gravidade dos sintomas.

3. PSICOLOGIA ANALÍTICA E BORDERLINE

3.1. Desenvolvimento da Personalidade

Jung, em seus estudos, observou que a psique tem uma dimensão pessoal, mas também uma parte pré-pessoal ou transpessoal que se manifesta nas mitologias e religiões do mundo. O inconsciente não é só formado por conteúdos esquecidos ou recalcados, como afirmava Freud, mas existe também uma camada inconsciente mais profunda que não tem sua origem na experiência pessoal, mas é inata. A essa camada mais profunda do inconsciente, em que os temas são universais, Jung denominou *inconsciente coletivo*. Enquanto os elementos do inconsciente pessoal são principalmente formados por complexos de tonalidade emocional, aos constituintes do inconsciente coletivo Jung denominou “arquétipos”, indicando a existência de determinadas formas na psique, que estão presentes em todo tempo e lugar. (JUNG, 2000a). Existe um princípio estruturador que unifica esses vários conteúdos arquetípicos chamado de *arquétipo central*, ou *arquétipo da unidade, arquétipo da totalidade ou Si-mesmo*.

Passarei, no decorrer do trabalho, a utilizar o termo Si-mesmo também como sinônimo de Self que pode ser entendido como o potencial para integração da personalidade inteira e como sinônimo de percepção consciente e inconsciente da identidade pessoal, o que proporciona o sentido de existência e permanência do sujeito no mundo. O Si mesmo é o centro ordenador da psique total (consciente e inconsciente), enquanto o ego é o centro da personalidade consciente.

Edinger, em seu livro *Ego e arquétipo*, esclarece:

> Nascemos em um estado de inflação na mais tenra infância, não existe ego ou consciência. Tudo está contido no inconsciente. O ego latente encontra-se completamente identificado ao Si-mesmo. O Si-mesmo nasce, mas o ego é construído, e no princípio, tudo é o Si-mesmo (EDINGER, 1996).

Como no início o ego está submetido e imerso no Si-mesmo e só no decorrer do desenvolvimento psíquico é que ele vai se estruturando e se diferenciando, o vínculo existente entre eles torna-se de importância vital. Como pontuado por Jung,

> (...) o ego mantém com o Si-mesmo a mesma relação que há entre o elemento movido e o elemento que move... o Si-mesmo(...) é uma experiência a priori da qual surge o ego. Ele é, por assim dizer, uma prefiguração inconsciente do ego (JUNG, 1994).

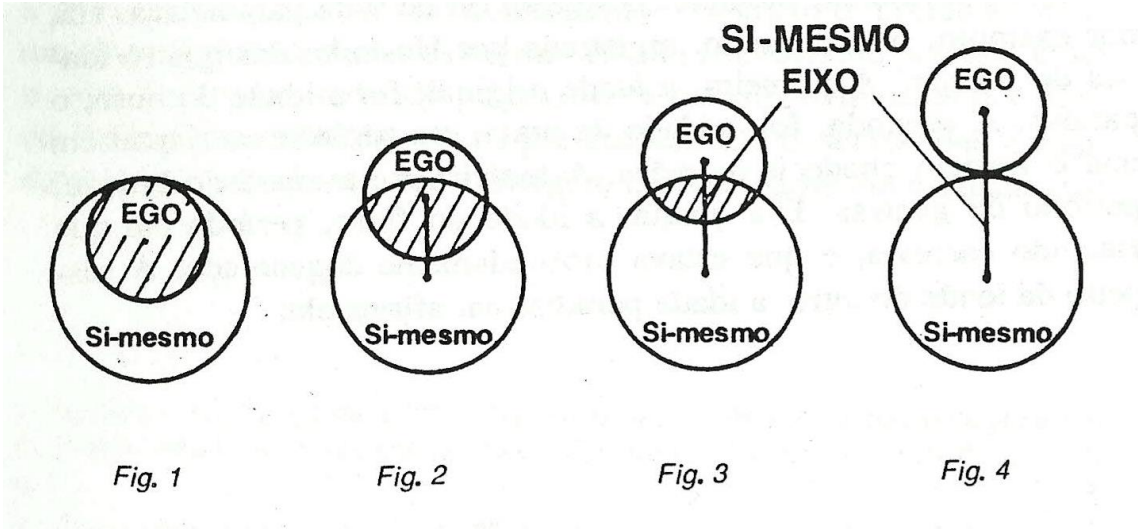
Neumann conceituou o termo “eixo ego-Si-mesmo” para mostrar a ligação existente entre esses dois centros reguladores da psique e a importância desse vínculo para a integridade do ego. Tanto assim que a consequência de modificações nas relações entre o ego e o Si-mesmo e as dificuldades da estruturação do eixo entre eles nos vários estágios do desenvolvimento psíquico estão no cerne de várias situações psicopatológicas.

Sobre o eixo ego-Si-mesmo, Edinger aponta outra característica fundamental:

> O eixo ego-Si mesmo representa a conexão vital entre o ego e o Si-mesmo, a qual deve ficar relativamente intacta se se pretende que o ego suporte as tensões e cresça. Esse eixo é uma passagem ou canal de comunicação entre a personalidade consciente e a psique arquetípica. A danificação do eixo Ego-Si Mesmo impede ou destrói a conexão entre consciente e inconsciente e provoca a alienação do ego com relação à sua origem e fundamento (EDINGER,1996).

Na primeira fase do desenvolvimento, o ego só se faz presente em potencialidade, totalmente imerso no Si-mesmo e identificado com ele. Edinger usa o termo “inflação” para caracterizar essa fase, pois se trata de um estágio em que algo pequeno (ego) se identifica maciçamente com algo muito maior (Si-mesmo) e, portanto, está além das medidas. Em uma segunda fase, um ego emergente começa a surgir e a separar-se do Si-mesmo, mas a maior parte do ego ainda continua identificada com o Si-mesmo. Em uma fase posterior, o ego ainda mantém identidade residual com o Si-mesmo, mas nesse estágio o eixo ego-Si-mesmo começa a tornar-se parcialmente consciente.

Esses processos ocorrem simultaneamente; ao mesmo tempo em que ocorre uma separação progressiva entre o ego e o Si-mesmo, o eixo entre eles torna-se mais claro na consciência.



EDINGER, 1996, p. 24

Os diagramas acima elaborados por Edinger representam os estágios de separação ego-Si mesmo. O autor explica que:

> As áreas sombreadas do ego designam a identidade residual ego-Si mesmo. A linha que serve à conexão entre o centro do ego e o centro do Si-mesmo representa o eixo-ego-Si mesmo – o vínculo vital que faz a ligação entre o ego e o Si-mesmo e que assegura a integridade do ego. Deve-se compreender que estes diagramas servem ao objetivo de ilustrar um aspecto particular do assunto em pauta e, por conseguinte, são imprecisos com referencia a outros aspectos desse mesmo assunto. (...) Para falarmos de forma racional, devemos inevitavelmente estabelecer uma distinção entre ego e Si-mesmo. Na realidade, a concepção do Si-mesmo é um paradoxo. O Si mesmo constitui, simultaneamente, o centro e a circunferência do circulo da totalidade. A consideração do ego e do Si-mesmo como duas entidades distintas constitui um mero recurso racional que a discussão torna necessário (EDINGER, 1996).

O estágio denominado de “inflação” por Edinger só nos é acessível de forma duvidosa, através de nossa experiência de adulto, que é normalmente uma experiência de ego contingente à presença de consciência.

Para Neumann (1995a), nessa fase inicial do desenvolvimento psíquico, a criança está imersa no inconsciente da mãe, está parcialmente retida em uma relação psíquica embrionária primal; apesar do nascimento do corpo, a criança ainda não se tornou ela mesma. Nesta fase inicial pós-uterina, a consciência não se diferenciou e a experiência polarizada sujeito-objeto ainda não existe. A criança não tem a discriminação de “dentro” e “fora”; para ela o que existe é uma unidade composta mãe-bebê. Ela vive em um estado de “*participationmystique*” total. Nesse momento, ainda não foram estruturados os pares de opostos, sujeito e objeto, indivíduo e mundo.

A relação primal (mãe-bebê) é o fundamento de todos os relacionamentos, dependências e relações posteriores. A criança vai precisar emergir dessa unidade para transformar-se em um sujeito que possa reconhecer o “tu” como objeto, e vivenciar as experiências polarizadas no mundo.

Alguns mitos relatam essa fase como um estado original do homem, um estado de total harmonia e perfeição. É o paraíso onde os homens estão em comunhão com os deuses. É o momento em que a consciência ainda não se diferenciou, o ego está imerso no inconsciente, ainda partilha a plenitude da totalidade divina. As experiências vividas nesse estágio (pré-ego) deixam suas marcas em todo desenvolvimento posterior.

Brian Fealdman e Alto, P. em seu texto *A skin for imaginal*, faz a ligação desse estágio de indiferenciação à não capacidade de simbolização no indivíduo. Para ele:

> Só com o desenvolvimento do espaço interno e as definições dos limites psíquicos é que a criança consegue desenvolver sua capacidade de simbolização e vivências do imaginal. Esses elementos são os fundamentos de nossa experiência de identidade e afetam a nossa capacidade de vinculação afetiva bem como do nosso processo de individuação (FELDMANN, 2004).

Feldman nos apresenta o conceito de pele psíquica, como uma forma inicial de fronteira psicológica. O desenvolvimento dessa pele psíquica é necessário para que haja uma diferenciação do espaço interno e dos limites

psicológicos, para que nesse espaço interno e delimitado possa haver o desenvolvimento da capacidade de simbolização e dos processos imaginais, componentes fundamentais do processo analítico.

Para Feldman (*op.cit*), a capacidade de simbolização, isto é, a possibilidade de utilizar imagem, pensamento e emoção de forma integrativa tem como base o desenvolvimento sensorial do bebê em seu primeiro ano de vida. As percepções captadas pelos órgãos dos sentidos (tato, olfato, audição e paladar) e a vivência da pele como um limite do que é experimentado internamente em oposição ao que é vivenciado externamente são fundamentais para o desenvolvimento da experiência de Si-mesmo e de identidade.

Freud já afirmava em seu livro *O Ego e o Id* que “o ego é, em última análise, derivado de sensações corporais, principalmente daquelas que brotam da superfície do corpo. O ego é, assim, uma projeção mental da superfície do corpo.” (FREUD, 2006). Sendo assim, podemos concluir que, para Freud, a experiência da pele seria a primeira base para o desenvolvimento do ego, portanto, a primeira experiência psicológica de fronteira.

A pele é o envelope onde o corpo está contido, é ele que fornece os pontos de contato com o mundo externo. Dessa forma, a pele torna-se o primeiro contorno psicológico das experiências internas e externas, o primeiro mediador das relações de objeto e o contorno da primeira experiência de Si-mesmo. Como interface de dois mundos, a pele tem uma função eminentemente simbólica de ponte de ligação entre eles, bem como de separação entre dois meios diferentes. E é na função de envoltório que a pele exerce também a missão de continente, de proteção e de abrigo do eu.

A criança, ao vivenciar suas primeiras experiências de *holding* de forma adequada, introjeta a vivência corporal de ser contido. O bebê, ao se sentir seguro dentro de sua própria pele, é capaz de tolerar períodos de separação da mãe, sem ansiedade indevida. Quando existem problemas na estruturação dessa pele psiquica ou a experiência de ser contido não foi

devidamente introjetada, um processo defensivo pode surgir e a criança pode desenvolver uma independência precoce da figura materna.

Feldman (2004) cita que, para Fordham (1976), o bebê já nasce com uma capacidade de individualidade e integração que seriam mediadas pela interação corporal/emocional com a mãe e facilitadas através do uso do tato, olfato, paladar, som e visão A experiência do bebê, de si mesmo, se dá através de sua experiência de um ambiente interpessoal que é sensível e ressoante às suas necessidades. É dentro deste contexto relacional que a imagem corporal e desenvolvimento da identidade começam a acontecer.

Fordham (1994) postula que o self do bebê se desenvolve através do processo de deintegração/reintegração com participação ativa da criança com seus cuidadores. Quando a experiência (corporal e arquetípica) é internalizada, um mundo interior torna-se estruturado através das introjeções das relações com figuras de apego significativas na vida da criança. O self do bebê tem seu próprio sistema de defesa, o qual é ativado quando há falha ambiental. Esses sistemas de defesa surgem espontaneamente a partir do self e são projetados para preservar um senso de identidade individual e intacto. Essas defesas que o self desenvolve são uma barreira impermeável, como uma segunda pele - entre o self do bebê e o ambiente -, e o processo de deintegração/reintegração são impedidos de evoluir. Em alguns casos extremos, essa segunda pele pode se tornar tão rígida, que impedirá totalmente o desenvolvimento psíquico.

J. Bowlby, psiquiatra infantil e psicanalista que sempre esteve interessado na consequência da privação materna sobre a saúde mental, desenvolveu a Teoria do Apego que também é uma teoria considerada arquetípica, que supõe a existência de estruturas psíquicas inatas. Ele propõe que a propensão para amar (ou se vincular afetivamente) é arquetípica e primária. A criança já nasce com a predisposição biológica para desenvolver laços afetivos com aquele que interage na primeira infância. Enfatiza a primazia da ligação materna estável, como pedra fundamental da saúde mental dos indivíduos:

Nos estudos de John Bowlby e Mary Ainsworth (1967), aparece a importância do contato físico entre o bebê e seu cuidador para o desenvolvimento psíquico saudável. A criança que vivencia a experiência de conter e ser contido nos braços de seus cuidadores, que recebe uma alimentação saudável, que experiencia um ambiente sensível e ressoante às suas necessidades, consegue desenvolver um espaço interno em que essas experiências ficam acumuladas e protegidas por uma pele psíquica e esse espaço permite o desenvolvimento da capacidade de simbolização e o desenvolvimento de um apego seguro. O acúmulo dessas experiências levará à formação de uma imagem corporal coerente, a uma diferenciação eu-outro, à formação de uma identidade e, aos poucos, o ego diferenciado, separado da mãe, vai surgindo.

Bowlby (2002a) postula que “é essencial para a saúde mental que o bebê e a criança mantenham uma relação contínua, íntima e afetuosa com as mães (ou suas substitutas permanentes) – relação que traga a ambos satisfação e prazer.” Diversos autores, como alguns citados anteriormente, propõem que as primeiras experiências vividas pelo bebê são determinantes para o desenvolvimento psíquico saudável. A perda da mãe nessa fase inicial pós-uterina representa muito mais do que a perda de uma fonte de alimentação. Para o recém-nascido – mesmo quando continua a ser alimentado adequadamente –, a perda da mãe equivale à perda da vida, porque o que se constitui fundamental e indispensável à vida da criança é o maternal em termos genéricos. É a existência do ser que contém, alimenta, protege, aquece a criança e ligse afetivamente a ela. É quem dá segurança e torna possível a vida no mundo.

A partir dos conceitos de Edinger (1996,1999) e Neumann (1995,2006) podemos compreender que, nesse estágio, a incapacidade de experimentar aceitação incondicional ou vínculo é percebida pela criança como a não aceitação pelo Si-mesmo; como consequência passa a existir uma alienação entre o ego e o Si-mesmo, o eixo de ligação entre eles fica danificado, e essa falta de aceitação é experimentada pela criança como uma rejeição por parte de Deus. Só o sentimento de ser aceito pelo Si-mesmo dá força e estabilidade ao ego e permite sua diferenciação e crescimento.

A criança inicialmente vivencia a experiência concreta de ser o centro do universo. A mãe deve inicialmente responder a essa exigência; consequentemente a criança é encorajada a acreditar que seus desejos são uma ordem para o mundo – e é necessário que assim seja. Se a dedicação total e constante de um cuidador que esteja não só fisicamente presente, mas também presente emocionalmente, que seja uma figura de segurança, que forneça uma base segura, que esteja acessível e responda de maneira adequada às necessidades do bebê não for experimentada, essa criança não poderá se desenvolver adequadamente.

A base fundamental da relação primal é composta pelas reações em grande parte instintivas da mãe, que garantem a estabilidade e o evidente caráter de vinculação de Eros unindo mãe e filho. Todavia, um tempo depois, o próprio mundo passa a rejeitar as exigências feitas pela criança. Nesse momento, a “inflação” original começa a se dissolver, o ego inicia seu processo de diferenciação do Si-mesmo. Ela é expulsa do paraíso, tem início um estágio de “alienação”, é criada uma espécie de ferida incurável no processo de aprendizagem. A criança descobre que não é a deidade que acreditava ser. Inúmeras experiências de alienação se mantêm progressivamente até a idade adulta. É através desse processo que o ego cresce e se separa do Si-mesmo.

É necessária uma reunião recorrente entre o ego e o Si-mesmo para que seja mantida a integridade da personalidade total. Quando isso não ocorre, existe um risco muito grande de que, conforme o ego vá se diferenciando do Si-mesmo, o vínculo vital que os liga seja danificado. Ocorrendo isso de forma ampla, estaremos alienados em nosso próprio mundo interno, com terreno propício ao surgimento de doenças de caráter psíquico.

O ego necessita ir se diferenciando do Si-mesmo progressivamente para seu próprio desenvolvimento. O problema consiste em manter a integridade do eixo ego-Si-mesmo ao mesmo tempo em que se dissolve a identificação do ego com o Si-mesmo. É necessário preservar a integridade do eixo para que o ego se fortaleça e possa suportar as tensões e manter intacta a comunicação entre o consciente e o inconsciente.

Na relação primal, o Si-mesmo do bebê está totalmente identificado com o Si-mesmo da mãe, formando uma identidade indiferenciada, de acordo com a teoria do Neumann, já descrita anteriormente. Com a estruturação do ego, ele vai se instalando gradualmente no corpo próprio e individual da criança. Esse processo caminha paralelamente ao desenvolvimento do ego, e por isso é de extrema importância toda experiência e percepção corporal nessa fase. Ao mesmo tempo em que o ego se desenvolve, ele vai também se instalando no corpo da criança. O Si-mesmo vai se deslocando da mãe para a criança e a autonomia da criança vai se configurando. Quando ocorre esse total deslocamento e a formação de um Si-mesmo unitário, a criança verdadeiramente nasce e passa a poder relacionar-se com o outro. A relação primal com a mãe constitui-se não só do fundamento da relação da criança com seu corpo, como também de suas relações com outras pessoas e com o mundo.

Para que ocorra essa formação de um Si-mesmo unitário e unificado, é necessária uma experiência emocionalmente satisfatória na relação primal durante o primeiro ano de vida. A segurança adquirida nessa fase capacita o ego a preservar sua integração durante as crises que surgem no decorrer das fases naturais do desenvolvimento psíquico. Se essa relação for vivenciada de forma insegura ou instável, haverá instabilidade na relação do eixo ego-Si-mesmo e, consequentemente, um uso exagerado de mecanismos de defesa por parte do ego. Havendo um deslocamento do eixo em direção ao Si-mesmo, pode ocorrer uma total desintegração da personalidade. Quando é constelada uma relação primal negativa, nem mesmo as melhores condições ambientais externas conseguem impedir que ocorra algum tipo de distúrbio psíquico.

Para Neumann,

> (...) uma reversão da situação paradisíaca caracteriza-se pela reversão parcial ou total da situação natural da relação primal. Esta se faz acompanhar pela fome, pela dor, pelo vazio, pelo frio, pelo desamparo, pela total solidão, pela perda de total abrigo e de toda segurança, trata-se de uma queda livre no vácuo do abandono e no terror do vazio sem fundo (NEUMANN,1995a).

De acordo com Neumann quando a relação primal é vivida de forma negativa, o desamparo e a desproteção constelam a “Mãe terrível”, que é vivenciada pela criança como a mãe diabólica da dor e do sofrimento. A ocorrência muito prematura desse fenômeno pode levar a uma apatia e à configuração de um estado desprovido de ego, tornando possível uma inundação direta pelo inconsciente e uma dissolução da consciência. Se essa constelação ocorrer em uma fase em que o ego já estiver parcialmente estruturado, pode levar à formação de um ego ferido e negativado e a uma consciência sistematizada centrada no ego, tornando-o reativamente rígido e defensivo.

Sempre que a criança se vê frente ao poder numinoso dessa “Mãe Terrível”, fica alarmada e esse alarme desencadeia reações compensatórias de defesa que virão com erupção de raiva e agressão ou total apatia. Nessa fase, pode ocorrer total desvinculação no eixo-ego-Si-mesmo, que não é desejável. A quebra dessa conexão leva a um sentimento de vazio, desespero, falta de sentido e em casos extremos à psicose ou ao suicídio.

Edinger assevera:

> Nos casos em que a criança experimenta um grau sério de rejeição por parte dos pais, o eixo ego-Si-mesmo é danificado e a criança fica predisposta, na idade madura, a estados de alienação que podem alcançar dimensões insuportáveis. Essa linha de acontecimentos decorre de a criança experimentar a rejeição parental como uma rejeição por parte de Deus. Essa experiência é incorporada à psique como alienação permanente entre o ego e o Si-mesmo (EDINGER,1996).

Quando o arquétipo da “Mãe terrível” constela-se, manifesta-se a morte, ruína, aridez, penúria e esterilidade, e existe uma separação radical e uma hostilidade contra todas as características do maternal bom, positivo. Há uma reversão do princípio de Eros no desenvolvimento da criança.

Para Bolwby (2002a), como já dissemos anteriormente, a não existência de uma relação íntima, contínua e afetuosa do bebê com sua mãe, que traga a ambos satisfação e prazer, também pode causar distúrbios no desenvolvimento do sistema de apego, gerando problemas para a criança com

relação à percepção de si própria, do outro e da sua capacidade de amar e de relacionar-se com o mundo. Quando o bebê cresce em um ambiente não propício a manter essa relação de satisfação e prazer, sua personalidade desenvolve-se por caminhos desviados e, com o tempo, esse caminho vai ficando menos flexível e a psique menos plástica à mudança.

Para Bowlby (2002b), as doenças psíquicas em grande parte são determinadas por distúrbios no desenvolvimento psíquico da criança e não por regressão ou fixação a fases anteriores. No âmbito de sua teoria, para que ocorra um desenvolvimento adequado de um apego seguro, a criança precisa de ligações estáveis e afetuosas, precisa ter alguém que cuide dela, agrade-a, ria e brinque com ela. Enfim, precisa de relações onde prevaleça um sentimento de prazer de estar com ela. Quando isso não ocorre e a criança vivencia um ambiente onde algumas vezes os pais se revelam prestativos e em outras não, cria-se a expectativa de que o outro estará disponível de maneira imprevisível. A criança desenvolve uma forma de apego e de se relacionar com o mundo ambivalente em que se mistura uma forte busca por contato ao mesmo tempo em que se apresenta uma rejeição raivosa, uma recusa de ser confortado.

E se a vivência da criança foi de rejeição e abandono, propiciada por cuidadores que apresentaram comportamentos de horror ao contato físico, frieza, indiferença emocional ou demonstraram raiva e agressividade frente às suas necessidades, a criança passará a sentir-se como não merecedora de cuidados, porque sua figura de apego foi percebida como não estando disponível. O indivíduo que passou por essa vivência na infância, por sua vez, passará a não ter nenhuma confiança de que, quando precisar de cuidado, terá resposta de ajuda, esperando sempre ser rejeitado.

Considerando o referencial teórico da Psicologia Analítica e da Teoria do Apego, uma criança que vivenciou o lado positivo do materno, o arquétipo da “Grande Mãe” boa, que teve uma estruturação do eixo ego-Si-mesmo adequada, desenvolve um sistema de apego seguro, tem uma confiança internalizada inconsciente que sempre terá com quem contar em momentos de necessidade, fazendo-a relacionar-se com o mundo de forma

autoconfiante, com coragem para enfrentar os desafios e perigos que surgirão no transcorrer de seu crescimento. Dessa forma, dificilmente ela vai se engajar em situações de abuso e vitimização.

Já, a criança que vivenciou o lado negativo do arquétipo, que vivenciou a "Mãe terrível" e cujo eixo ego–Si-mesmo está danificado, desenvolverá um sistema de apego ansioso/evitador, podendo tornar-se um indivíduo com tendências a ser abusivo, vitimizado e rejeitador.

A criança que não vivenciou um dos polos do arquétipo, mas que sempre teve experiências ambivalentes, ora de um lado, ora de outro sem consistência, sem continuidade, também terá danificado o eixo e, possivelmente, de forma mais grave, pois nesses casos não houve uma vivência de continuidade na transferência do Si-mesmo da mãe para a criança e a criança não conseguiu diferenciar-se e estruturar um Si-mesmo unitário. Dessa maneira, torna-se mais vulnerável, com um ego mais frágil e mais propensa a ser vítima de abusos.

O desenvolvimento dos pacientes borderline se dá de forma truncada. A anamnese desses pacientes demonstra que eles não tiveram uma vivência adequada de *holding*, não tiveram a experiência de serem contidos e cuidados, não tiveram um ambiente saudável e ressoante a suas necessidades. Guzder (1996) chama a atenção para o fato que "(...) é preciso notar que o abuso sexual raramente ocorre isoladamente, mas sim em um contexto de outros fatores de risco como abuso físico, verbal e negligência".

Kalsched (1996) considera que as crianças que têm experiências de trauma emocional agudas ou sequenciais no início de seu desenvolvimento, tendem a desenvolver sistemas de defesa para afastá-las das figuras de apego significativas, e facilitar o desenvolvimento de uma autossuficiência e independência prematura. Essas crianças traumatizadas utilizam o seu sistema de defesa para evitar necessidades de dependência, parecem arredias em suas relações de apego e tendem a desenvolver uma fachada exterior de resistência que as torna de difícil acesso em análise. As falhas no processo de desenvolvimento dos pacientes borderline os mantêm presos em um quadro de total indiferenciação entre sujeito-objeto, como já dissemos anteriormente,

vivenciando um estado de “participationmystic” e um incesto urubórico, como nos fala Erich Neumann (1995b).

Van der Kolk relaciona as questões do trauma infantil e o desenvolvimento da personalidade borderline e chama a atenção para um dado importante:

> Quanto mais jovem a pessoa era quando sofreu abuso e negligência, mais propensa a apresentar automutilação e outros atos autodestrutivos: o abuso fica como que gravados nos níveis biológicos e psicológicos.”(VAN DER KOLK, 1994).

Como é característica desses pacientes em relação a essa total indiferenciacão, quanto mais cedo a criança sofreu o abuso, menor fica sua discriminação do dentro e fora, corpo e psique, e os mecanismos de defesas ficam mais rígidos, dificultando suas relações interpessoais com suas figuras de apego, tornando-as arredias e de difícil acesso. Elas desenvolvem uma barreira intransponível para se proteger da invasão sentida na hora do trauma original e essa vivência corporal não pode ser integrada. Essa experiência corpo e mente interrompida com o trauma faz com que a capacidade de imaginar e dar forma à experiência emocional fique totalmente frustrada. A partir da não diferenciação de um espaço interno, a capacidade de simbolização fica comprometida. Conforme pontua Gilda Montoro (1994), “carência afetiva e desamparo ativam muito cedo a sexualidade, que se manifesta de maneira impulsiva e substituta do apego insatisfeito”.

3.2. Função Simbólica/Função Transcendente

“*Foi e sempre será a fantasia o que forma a ponte entre as reivindicações irreconciliáveis de sujeito e objeto*”

C. G. Jung

Jung utilizou-se de conceitos da Física para pensar sobre a energia psíquica. O autor alega que a energia é finalista e vê as coisas como meios ordenados a um fim, sendo que “todos os fenômenos psíquicos podem ser considerados como manifestações de energia” (JUNG, 1971).

Jung conceituou a libido, não apenas como sexual, mas como “um desejo ou impulso que não é freado por qualquer tipo de autoridade, moral, ou que quer que seja” (JUNG, 1999), distanciando seu conceito de libido do utilizado por Freud.

O autor concebe a psique (consciente e inconsciente) como um sistema energético relativamente fechado e auto-regulador, que possui potencial energético que permanece o mesmo em termos de quantidade durante toda a vida de cada indivíduo, e que tende sempre a buscar um equilíbrio. Vê a psique em movimento constante, com dinamismo. Correntes de energia cruzando-se continuamente, tensões diferentes, polos opostos. Energia em progressão e regressão o tempo todo.

No sistema psíquico, a energia é constante e o que varia é sua distribuição. A energia psíquica relaciona-se com a transferência de movimento ou forças adquiridas entre objetos psíquicos ao deslocarem-se em busca desse estado de equilíbrio. Se um grande interesse por um objeto deixa de encontrar nele uma oportunidade para aplicar-se, a energia que o alimentava tomará outros caminhos: poderão surgir manifestações somáticas ou poderá reativar conteúdos do inconsciente. A energia psíquica se transformará, mas não desaparecerá. A transformação de energia só é possível graças a esse diferencial energético presente no interior do sistema psíquico.

“O mecanismo psicológico que transforma a energia é o símbolo” (JUNG, 1971). Jung chama a atenção para o caráter curativo e restaurador do símbolo. É através da transformação da energia, da formação de símbolos novos, vivos, sucedendo símbolos que perderam seu valor e se esvaziaram da energia que antes os animavam, que se processa em sua essência o desenvolvimento da psique humana. Só onde o símbolo oferece uma diferença de potencial maior do que a natureza é possível canalizar a libido para outras formas.

Mas o que é símbolo?

> A palavra símbolo (*symbolon),* formada a partir do verbo grego *symballo*, sempre teve que admitir as mais variadas definições e interpretações; no entanto todas elas concordam no ponto em que, dessa forma, se queria designar algo que, por trás do sentido objetivo e visível, oculta um sentido invisível e mais profundo (JACOBI, 1995).

A etimologia do conceito mostra o símbolo como algo composto. Na Grécia antiga, quando dois amigos se separavam, quebravam uma moeda, e cada um ficava com uma parte. Quando o amigo ou alguém de sua família voltava, tinha de apresentar a outra metade. Caso elas combinassem e se completassem, esse alguém tinha revelado sua identidade de amigo e tinha direito à hospitalidade. Assim a palavra *símbolo* torna-se um sinal de reconhecimento. O símbolo é o que está *em lugar de,* é sempre uma forma que deve possuir um significado sem ser capaz de exprimi-lo completamente.

"Se algo é ou não um símbolo, isso depende, antes de tudo, do ponto de vista do consciente que o contempla" (JUNG, 1991). Depende de o homem ter a capacidade de perceber em um determinado fato, não só sua aparência concreta, como também a expressão de algo desconhecido. Sendo assim, o mesmo fato pode ser símbolo para uma pessoa e, para outra, ser apenas um signo.

O símbolo é a expressão de uma experiência espontânea que aponta para além de si mesma em direção de um significado que não consegue se exprimir no racional.

> Enquanto um símbolo é vivo, ele é a expressão de uma coisa que não tem outra expressão melhor (...) ele só é vivo, enquanto está prenhe de sentido. Mas após o nascimento do sentido, isto é, depois que este tenha encontrado a expressão que formula ainda melhor a coisa procurada, esperada ou intuída, o símbolo está morto e, dessa forma, passa a ser um mero signo convencional (JUNG, 1991).

O símbolo atrai para si grande quantidade de energia e dá forma aos processos pelos quais a energia psíquica é canalizada; ele é o grande organizador da libido. Ele jamais é inventado conscientemente, emerge da

base arquetípica da personalidade, do inconsciente coletivo, surge espontaneamente do inconsciente. O símbolo para Jung é a expressão possível para algo que é totalmente desconhecido da consciência. As interpretações dos símbolos são tentativas de traduzir o significado de algo inconsciente e desconhecido em um conjunto de termos mais acessíveis à consciência. Os símbolos possibilitam-nos o caminho de acesso ao mistério.

A interpretação e elaboração dos símbolos têm por objetivo trazer à consciência conteúdos inconscientes para que possam ser integrados. A tradução dos conteúdos simbólicos é feita através de associações, analogias e comparações com o objetivo de estabelecer conexões entre o conhecido e o desconhecido. O mistério do inconsciente só pode ser desvendado através de elementos da consciência.

A psique, por ser um sistema auto-regulador, utiliza-se dos símbolos muitas vezes como portadores de elementos dos quais a consciência necessita para que o equilíbrio e a integridade psíquica se mantenham exercendo uma função compensatória.

> A elaboração simbólica consiste num processo de assimilação e integração dos elementos inconscientes do símbolo na consciência e requer uma atitude reflexiva do ego para descobrir o sentido e a finalidade da mensagem simbólica (PENNA, 2003).

A interpretação do símbolo só fará sentido se conduzir à elaboração de conteúdos inconscientes, à sua integração e à ampliação da consciência. Uma das funções psicológicas do símbolo é a de ser ponte entre o ego, a consciência e o Si-mesmo, o inconsciente. É uma instância mediadora entre a incompatibilidade do consciente e do inconsciente, do oculto e do revelado.

> Esta qualidade mediadora e “lançadora de pontes” do símbolo pode ser literalmente considerada um dos equipamentos mais engenhosos e importantes da “administração psíquica”. É que ela forma, diante do caráter fracionário da Psique e da constante ameaça que isso representa para sua estrutura unitária, o único contrapeso verdadeiro e preservador da saúde, que a natureza pode enfrentar com esperança de sucesso. A razão é que, ao mesmo tempo em que o símbolo

> anula os antagonismos, ao uni-los dentro de si, para logo deixar que novamente se separem, a fim de que não se estabeleça nem rigidez, nem imobilidade, ele mantem a vida psíquica em constante fluxo e a leva adiante no sentido do seu objetivo determinado pelo destino (JACOBI, 1995).

O símbolo, como sendo um mediador entre o consciente e inconsciente, estando em contato ao mesmo tempo com os arquétipos, com o Si-mesmo e também com o ego, com a consciência e tendo como função a integração dos opostos, constitui uma "*coniunctio oppositorium*".

Rosemary Gordon estabelece uma relação do símbolo com a imagem de ponte:

> (...) discutirei a sua mais importante função psicológica, que para o símbolo é a função de ponte *par excellence.* Símbolos ligam objetos separados e distintos, e experiências ao geral e ao abstrato, o estranho ao familiar, soma e psique, fato e significado, desconhecido ao conhecido – se de fato conhecível – e o fragmento do todo. Símbolos são pontes entre o ego e o grande Self, entre o pessoal, o cultural e o transpessoal, e entre o sagrado e o profano (GORDON, 1993).

No que se refere a conteúdos e tendências, o consciente e o inconsciente raramente estão de acordo. Isso não ocorre sem propósito ou de forma acidental, mas sim porque o inconsciente se comporta de forma compensatória à consciência e vice-versa.

> Só se pode deixar a condução do processo ao inconsciente, quando houver nele uma vontade de dirigir. Isto só acontece quando a consciência está de certo modo em uma situação crítica. Quando se consegue formular o conteúdo inconsciente e entender o sentido da formulação, surge a questão de saber como o ego se comporta diante desta situação. Tem, assim, início a confrontação entre o ego e o inconsciente. Esta é a segunda e a mais importante etapa do procedimento, isto é, a aproximação dos opostos da qual resulta o aparecimento de um terceiro elemento que é a função transcendente. Neste estágio, a condução do processo já não está mais com o inconsciente, mas com o ego (JUNG, 2000b).

Nossa vida civilizada exige da consciência atividade concentrada e direcionada. Essa direção implica uma unilateralidade que é característica

necessária e inevitável do processo dirigido. O funcionamento direcionado acarreta distanciamento do inconsciente e, possivelmente, forte contraposição deste. Visto que a psique é um sistema auto-regulado, a contra reação sempre se desenvolverá no inconsciente.

A contraposição do inconsciente não é perigosa enquanto não atingir valor energético alto, mas quando é suprimida e perde sua função reguladora, passa a ter efeito acelerador e intensificador do processo consciente. É como se a força do inconsciente se somasse à energia da direção consciente, provocando uma unilateralidade mais consistente. Inicialmente, isso pode até ajudar na execução das atividades conscientes, mas como não estão controladas, pode impor-se à custa do todo.

Em consequência dessa unilateralidade demasiadamente grande e da tensão energética estar muito aumentada, há grande possibilidade de a tendência oposta irromper na consciência precisamente no momento em que é preciso manter a direção consciente. O material inconsciente pode facilmente explodir e ser liberado. Para não sucumbir às influências perturbadoras do inconsciente, devemos reconhecer sua importância no processo de compensação da unilateralidade da consciência e levá-la em conta. As tendências do inconsciente e da consciência são os fatores que juntos formam a função transcendente. Ela tem esse nome porque faz uma transição organicamente possível entre uma atitude e outra sem que existam perdas do inconsciente (JUNG, 2000b).

Se a consciência não fosse tão direcionada, o inconsciente poderia fluir de maneira mais espontânea. As pessoas que menos conhecem seu inconsciente são as que maior influência dele sofrem, mas não sabem disso. A tentativa de trazer os conteúdos inconscientes que estão carregados de energia para a consciência é uma forma de evitar a interferência secreta desses conteúdos e suas consequências desagradáveis, e promover ampliação da consciência. O conhecimento das influências reguladoras do inconsciente pode nos ajudar a evitar experiências dolorosas desnecessárias.

A função simbólica da psique atuando como mediadora tende a manter esse equilíbrio e promover o desenvolvimento humano em um processo

que Jung chamou de *individuação*, que é um processo contínuo, sucessivo e constante de separação e união. A individuação nos coloca a relação sujeito-objeto como ponto central desse processo.

> Até onde a lógica humana alcança, a unificação dos opostos equivale a um estado de inconsciência, pois o estado de consciência pressupõe, ao mesmo tempo, uma diferenciação e uma relação entre sujeito e objeto. Onde não existe um "outro" ou ainda não chegou a existir, cessa a possibilidade de tornar-se consciente (JUNG, 1994).

Rosemary Gordon descreve essa necessidade de união e separação como sendo arquetípica:

> (...) eu acredito que os dois temas arquetípicos mais fundamentais e básicos sejam nossa necessidade de união por um lado, e nossa necessidade de diferenciação e separação por outro lado. Quando a função simbólica emerge, é um sinal que a psique esta engajada em relacionar estas necessidades aparentemente contraditórias: as necessidades do Self e as necessidades do ego, a necessidade do pessoal e único, e a necessidade do geral e universal (GORDON, 1993).

Jung denominou essa função de união dos opostos de *função transcendente*. O termo *transcendente* não é utilizado por ele como uma qualidade metafisica, mas sim como uma função de passagem de um lado para o outro. Contudo, tal função só pode ocorrer se os pares de opostos já estiverem constituídos, e para isso é necessário que o ego já tenha se diferenciado do Si-mesmo e a relação sujeito-objeto tenha sido estabelecida.

Rosemary Gordon (1993) alega que somente após o self original ter se separado, após o movimento de deintegração, como definido por Fordham (1994), quando a fase urobórica de Neumann (1995a) foi sacrificada e os opostos tenham sido constelados, será possível uma função de ponte, "uma função transcendente de fato".

A função transcendente só pode ser entendida como um paradoxo, porque a união dos opostos só pode ser concebida como um aniquilamento dos mesmos, o que caracteriza adequadamente seu caráter indescritível:

> O alternar-se de argumentos de afetos forma a função transcendente dos opostos. A confrontação entre as posições contrárias gera uma tensão carregada de energia que produz algo de vivo, um terceiro elemento que não é um aborto lógico, consoante a princípio: *tertium non datur*(não há um terceiro integrante), mas um deslocamento a partir da suspensão entre os opostos e que leva a um novo nível de ser, uma nova situação. A função transcendente aparece como uma das propriedades características dos opostos aproximados (JUNG, 2000b).

A busca de um significado e de uma finalidade para os conteúdos inconscientes é a base para a compreensão dessa "função transcendente", porque, através desse método, passamos a olhar o símbolo não apenas como um sinal, mas sim em seu mais verdadeiro sentido, como o termo que melhor traduz um fato complexo e ainda não claramente apreendido pela consciência.

Nessa busca de confrontação com o inconsciente, devemos ter o cuidado de atribuir a mesma importância ao ego e ao inconsciente para não correrm os o perigo de um subjugar o outro, isto é, o inconsciente dominar o ego ou vice e versa. A confrontação é conduzida a partir do ego, mas não justifica apenas o seu ponto de vista. É necessário que o inconsciente também fale e que lhe seja dada a mesma autoridade. Quando um lado não reconhece o valor do outro, nega o direito do outro também existir.

> Como o processo de confrontação com o elemento contrário tem caráter de totalidade, nada fica excluído dele. Tudo se acha envolvido na discussão, embora se tenha consciência de alguns fragmentos. A consciência é ampliada continuamente ou – para sermos mais exatos – poderia ser ampliada pela confrontação dos conteúdos até então inconscientes, se se desse ao cuidado de integrá-los. Mas isso evidentemente nem sempre acontece (JUNG, 2000b).

3.3. Função Simbólica/FunçãoTranscendente nos Borderline

A atitude simbólica, apesar de universal, pode ficar comprometida no processo do desenvolvimento. Podemos pensar que uma criança que primitivamente não conseguiu fazer uma distinção consciente entre ela e o seu mundo interno, entre ela e o mundo externo, e entre o mundo externo e interno,

dificilmente conseguirá fazer o emparelhamento dos opostos. Ela terá dificuldade em usar um símbolo em sua imaginação para substituir objetos ausentes. Podemos até levantar a hipótese de que em alguns casos o processo simbólico fique totalmente ausente.

Neumann (1995a) utiliza-se do termo centroversão como “uma tendência universal, presente em toda psique humana que conduz a formação do ego e do eixo ego- Si-mesmo”. A centroversão impulsiona o ego a se diferenciar do inconsciente e a se defender. Para o autor, a tendência à centroversão é considerada função primária da psique e se manifesta levando os conteúdos inconscientes em forma de imagens à consciência do ego. A representação em forma de imagens na consciência proporciona ao indivíduo uma experiência mais abrangente do mundo interior e exterior.

A principal tarefa do desenvolvimento da consciência é fortalecer o ego. Com isso, a quantidade de energia psíquica na consciência aumenta e o ego consegue avançar para além da auto defesa, podendo ampliar e fortalecer seu território.

> A crescente tensão entre o sistema consciente do ego e o sistema inconsciente do corpo é a fonte de energia psíquica que distingue os seres humanos dos animais (NEUMANN, 1995a).

O ego necessita emergir satisfatoriamente de sua unidade e identidade original com o Si-mesmo. Só a separação em dois opostos do que estava fundido e unificado é que permitirá a continuidade do desenvolvimento da consciência. Isso só será possível se a criança integrar uma imagem interna da mãe ou cuidadores suficientemente estável que lhe dê segurança e confiança. A capacidade de imaginar está diretamente ligada à capacidade de confiar.

Um ego coerente precisa ser estabelecido para permitir a passagem e integração de conteúdos do mundo interno para o mundo externo sem sentir-se ameaçado de desintegração. Uma das características fundamentais dos pacientes borderline é a constituição de um ego frágil com

uma pele psíquica permeável e que, portando, pode sofrer invasões do inconsciente constantemente.

A indiferenciação da relação sujeito-objeto nesses indivíduos e a fixação deles no “incesto urobórico” com o ego e o Si-mesmo fundidos vão dificultar a construção do processo simbólico, que é fundamental para o desenvolvimento psíquico do homem. O dano no eixo ego-Si-mesmo pode impossibilitar o surgimento do símbolo, que é o meio de comunicação entre o consciente e o inconsciente.

Edinger nos fala que

> O símbolo é uma imagem ou representação que indica algo desconhecido, um mistério. O símbolo veicula um significado vivo, subjetivo é dotado de um dinamismo subjetivo que exerce sobre o indivíduo uma poderosa atração e um poderoso fascínio. Trata-se de uma entidade viva e orgânica que age como um mecanismo de liberação e de transformação de energia psíquica. O símbolo transmite ao ego, consciente ou inconscientemente, a energia vital que apoia, orienta e motiva o indivíduo (EDINGUER, 1996).

O símbolo atua em direção à auto-regulação e em nome de uma amplitude natural da personalidade. Ele transcende os opostos e tem a capacidade de transformar a energia psíquica e desviar sua direção para novos canais na busca de uma auto-regulação. Contudo, o ego precisa ser capaz de sustentar o novo padrão de energia e o símbolo, e isso só ocorre quando houve o desenvolvimento de um espaço psíquico interno e seguro, com seus limites bem definidos.

Como já explicado, essa capacidade da psique de formar símbolos, isto é, de unir pares de opostos através do símbolo, foi denominado por Jung de *função transcendente*. A função transcendente é que proporciona a passagem de conteúdos inconscientes à consciência, através da confrontação dos opostos. É essa função que permite que os conteúdos do inconsciente possam vir à consciência na forma de símbolos e fantasias. É a função que faz a ponte de ligação entre o consciente e o inconsciente. No entanto, a função transcendente só ocorre quando os pares de opostos já

foram constituídos, após o ego ter feito sua diferenciação do Si-mesmo e estar devidamente fortalecido para sustentar esse novo padrão de energia.

Os pacientes borderline têm como uma das características centrais a ausência da função transcendente, por não terem um ego suficientemente estruturado durante o processo de desenvolvimento e por terem desenvolvido uma pele psíquica permeável. O ego desses pacientes é frágil e fica vulnerável a invasões dos conteúdos do inconsciente, que são vivenciados de forma maciça, concreta e definitiva. Esses pacientes tendem a se relacionar com o mundo através de experiências subjetivas completamente polarizadas e cindidas, o que altera seu teste de realidade e proporciona o espaço para que as fantasias persecutórias surjam.

As experiências vividas por esses pacientes configuram neles um pavor extremo de separação, um medo de abandono presente o tempo todo nas relações interpessoais. Dessa forma, não se criam nem se pareiam opostos. Este processo se dá tanto extra quanto intrapsiquicamente.

A busca constante dos pacientes pela "*coniunctio"* não os deixa enfrentar seu maio temor – da separação –, o que seria a condição inicial para sua diferenciação e realização do seu processo de individuação.

4. A TERAPIA COM PACIENTES BORDERLINE

4.1. Peculiaridades do setting terapêutico dos pacientes borderline

Uma mãe pode curar ou corrigir rupturas na estrutura psíquica e "restabelecer a capacidade do bebê de usar um símbolo de união"

Winnicott

Ao diagnosticar um paciente "borderline", o analista deve preocupar-se em não ficar só na teorização e generalização do diagnóstico e perder de vista o paciente que está em sua frente com suas particularidades, seu sofrimento e desespero. Este diagnóstico por si só já carrega uma carga de estigmas de pacientes difíceis, intrusivos, invasivos e estranhos, despertando normalmente uma atitude de distanciamento e mesmo de repulsa pelos profissionais, chegando às vezes à negação de atendimento, por essa patologia ser considerada de difícil manejo e evolução insatisfatória.

Ao se deparar com esses pacientes que chegam carregados de estigmas, de experiências de rejeição por outros profissionais e tendo conhecimento de que a patologia que possuem é de grande gravidade, com enormes prejuízos nas esferas de relacionamentos interpessoais, sociais e ocupacionais, apresentando uma alta taxa de suicídios, o analista deve ter o cuidado de se distanciar das classificações psiquiátricas e seus rótulos sem, no entanto, perdê-las de vista. Deve colocar-se em um lugar intermediário, que lhe permita ficar à escuta, e onde o conteúdo dessa escuta possa ser acolhida e simbolizada.

Esses pacientes que chegam de maneira tão peculiar requerem do analista atitude diferenciada e acolhedora. Eles estão imersos e dependentes da relação com o outro, por isso precisam de um analista presente enquanto ele mesmo. Demandam um encontro em que o analista

exista como pessoa e não apenas enquanto qualidade transferencial. Os borderline necessitam de uma clínica voltada para a transferência e contratransferência e não centrada no intrapsíquico.

Eles requerem muito da relação analítica em virtude da patologia estar diretamente ligada ao estabelecimento de vínculos. Normalmente iniciam a psicoterapia de forma ambígua desde o início do tratamento, num jogo “eu quero muito, mas não posso admiti-lo”, e essa ambiguidade está diretamente ligada ao medo de rejeição ou ao abandono do paciente pelo analista. Esse medo de rejeição e de abandono, que caracteriza todas as relações interpessoais de importância para esses pacientes, permanece presente como pano de fundo durante todo o processo de análise.

. Os pacientes borderline em geral distorcem a realidade numa cisão radical “bom-mau”. Podem, por exemplo, dizer que odeiam alguém e, na sessão seguinte, enaltecer a mesma pessoa como o “mais extraordinário amigo do mundo”. Essas oscilações podem se tornar muito desconcertantes; é possível que o analista seja tentado a fazer referência a elas, mas, se o fizer, o paciente sem dúvida se sentirá incompreendido e atacado e a experiência tão temida de abandono, de fato, ocorrerá (SCHWARTZ-SALANT, 1989).

Na terapia, é preciso buscar meios mais prudentes de lidar com essa cisão “bom-mau”, pois, através dela, o borderline consegue manter à distância os afetos extremamente agressivos. Em geral, a cisão e a idealização desempenham forte papel nas distorções de realidade que esses pacientes apresentam. Muitas vezes eles dão um passo importante no sentido da individuação quando conseguem tolerar o ódio, não apenas o seu próprio, mas também a experiência de ser o alvo da malignidade alheia. O que está cindido é o eixo ego-Si-mesmo e, através de processos de projeção, ele distorce a realidade. A atitude do analista em relação ao Si-mesmo é decisiva para a restauração do eixo ego-Si-mesmo do paciente.

Nathan Schawartz-Salant (1989) considera que

> (...) outra característica apresentada por esses pacientes é a utilização de defesas psicóticas como, idealização, cisão, negação, para evitar o intenso sofrimento psíquico de

> abandono. Esses mecanismos de defesas psicóticos passam a existir no lugar de um self funcionalmente sadio, que é o organizador básico da psique. É óbvio que o self imanente não está morto, nem totalmente ausente, ele está encapsulado em um processo psicótico, fraco para se personificar no funcionamento espaço-temporal. O terapeuta deve buscar enfrentar as fantasias psicóticas do paciente, fantasias que distorcem a realidade, assim como seus padrões de comportamento. É necessário um ato de fé do terapeuta, para que o indivíduo admita sua loucura, ao invés de fugir dela, pois o limítrofe só pode imaginar os perigos da mudança, não as suas recompensas, e sua vivência da capitulação é uma queda no vácuo ou na loucura, de onde não haverá retorno.

Quando os mecanismos psicológicos de defesa desses pacientes são subestimados e tratados como algo que deve ser eliminado ou alterado - em vez de enfrentado e explorado ativamente diante do excesso de defesas que negam a dor -, perde-se de vista o Si-mesmo e pode-se desenvolver um ego mais rígido e defendido.

Esses pacientes estão enredados em níveis psíquicos de extrema intensidade, que têm íntima relação com muitos dos grandes temas arquetípicos: luta entre Deus e demônio e entre a vida e a morte; o renascimento da alma; e, sobretudo o grande drama da união, que encontra expressão no arquétipo da *coniunctio*.

> O indivíduo limítrofe está preso, no limbo intermediário, a duas formas de experimentar o mundo: de um lado o espaço mágico e mito-poético e, de outro lado, a realidade. Todavia, é de fundamental importância a percepção terapêutica de que um padrão arquetípico maior está envolvido. Sua cura exige a recuperação do estado primordial mito poético, em sua essência imaginal - uma aventura que requer o desmonte de estruturas defensivas de negação e distorção, criadas como um meio de sobrevivência. O problema fundamental não são os estados irracionais que derivam do paciente ou do terapeuta. O problema é o campo interativo que pode entrar em estado de fusão ou de frio distanciamento, que impede uma compreensão empática (SCHWARTZ-SALANT, 1989).

A meta inconsciente dos pacientes borderline é a *coincidentia oppositorum*: o estado no qual os opostos estão unidos, onde a cisão dolorosa e ilusória pode finalmente ser superada. Para alcançar essa

meta, entretanto, é exigida uma viagem através do território da loucura. Este mundo de loucura é aquele em que a vida interior sofre fragmentação e confusão, onde o caos prevalece; é a antítese completa da unidade e da harmonia dos opostos.

É preciso que o analista seja capaz de aguentar a permanência no estado do não saber e, ao mesmo tempo, não negar a tentativa de saber. Essa forma de expectativa pode proporcionar uma experiência profunda das partes psicóticas de uma pessoa, mesmo que não seja uma experiência agradável ficar em contato com os sentimentos de estranheza e terror, ausência e indiferença que elas possam provocar.

Situação completamente distinta surge se o analista consegue se manter nesse lugar de estranheza e terror e compreender o que ocorre ao paciente quando ele revela a sua loucura. O paciente se sente apavorado ao exibir essa loucura. Admitir essa loucura é como uma queda no vácuo de onde não haverá retorno. O mundo da loucura é uma terra de ninguém, é o caos, um lugar onde os sentidos, as imagens e todo o potencial de relação são destruídos. Quando o analista pode compreender a loucura como um aspecto do paciente e consegue sentir o paciente e sua loucura de um modo pessoal e humano, pode ocorrer uma mudança.

Continuando o pensamento de Nathan Schwartz-Salant (1989),

> . O paciente limítrofe suprimiu a capacidade de ver a verdade emocional muito mais do que a maioria das pessoas, pois, nos anos iniciais de sua formação, esse tipo de visão era percebido por ele como extremamente perigosa. O mais comum é que o paciente tenha conspirado de modo inconsciente com um dos pais, para não ver o ódio e as características psicóticas dessa pessoa. Esse “acordo” tácito no sentido de agir como se tudo fosse normal criou uma sombra escura de ódio e raiva fundida à necessidade de ser cego tanto às suas próprias características destrutivas como às dos outros. Portanto, o fracasso do terapeuta em utilizar esse tipo de visão imaginal que enxerga o que outros prefeririam manter despercebido (inclusive muitas vezes os próprios erros do terapeuta) torna-se uma reconstituição da história do paciente atraiçoando a sua própria visão.

Outra característica que chama a atenção é a sensação de invasão permanente da psique do analista por esses pacientes. Em vários momentos, o paciente é capaz, inclusive, de ter um tipo de discurso adivinhatório. Esse processo funciona como se o paciente tivesse a capacidade de promover uma “varredura” na sombra do analista.

A vivência de vazio e de falta de sentido de vida, resultando em tedio e depressão, características constantes nos borderline, é consequência do estrago causado no eixo ego-Si-mesmo, que não pode ser constituído adequadamente em razão de um ambiente não suficientemente bom na infância. A constituição do um espaço interno psíquico e sua diferenciação com a realidade externa foi estruturada de uma forma inadequada nesses pacientes. A pele que separa esses dois mundos é muito fina, permeável, passível de invasões. Mas existe uma diferenciação suficiente para permitir uma manutenção das fronteiras do ego, o que distingue esses pacientes dos psicótico.

O borderline, por não ter tido as vivências necessárias para a constituição e delimitação desse espaço interno e tornar-se um sujeito separado da realidade externa, não consegue formar uma imagem corporal coerente e nem desenvolver uma identidade própria; sua subjetividade, por isso, torna-se dependente da subjetividade do outro. Desenvolve, portanto, uma relação de dependência com o analista muito grande. O analista funciona nessa relação como um sujeito-subjetivo.

O tratamento desses pacientes consiste em estabelecer uma condição de regressão em que o analista possa acompanhar a trajetória defortificação do ego e diferenciação de um Si-mesmo verdadeiro e organizador da psique como totalidade. Esse acompanhamento deverá ser constituído de uma atitude de “holding” por parte do analista, em que simbolicamente exerça uma maternagem suficientemente adequada, dando suporte psicológico sem invadi-los, dando-lhes os limites necessários para que se sintam seguros e aceitos e acompanhe-os em seu próprio caminho da constituição de sua própria subjetividade.

Uma das feridas centrais dos borderline é não poderem contar com uma figura de apoio quando necessitam, portanto ficarão constantemente testando a relação analista-paciente, até conseguirem sentir-se seguros suficientemente para poderem fazer um mergulho em suas próprias loucuras e poderem voltar se reconstituindo como pessoas. O analista fica no papel de humanizador do arquétipo materno/paterno.

O manejo terapêutico desses pacientes requer grande sensibilidade por parte do analista, pois qualquer sinal de que o analista esteja se sentindo sufocado ou invadido pela intensa exigência de cuidados por parte deles será interpretado através de avaliação distorcida da realidade, como possíveis rejeições ou abandono, e a confiança na relação terapêutica poderá ser danificada. Durante o tratamento, o analista terá que receber a projeção de alguém capaz de entender e proteger o borderline. Esse lugar idealizado necessita ser preenchido pelo analista por um bom tempo para dar segurança ao paciente para refazer sua história e poder se sentir capaz de enfrentar as pessoas do mundo real, fora da proteção do consultório.

Compreender as necessidades dos pacientes borderline sem fazer exigências não é o mesmo que não fazer cobranças, mas tentar oferecer um espaço próprio de aceitação e subjetividade para que ele possa aos poucos ir se constituindo. Só após um bom tempo de análise é que, aos poucos, o analista poderá ir colocando frustações nessa relação para que o paciente possa entrar em contato com seus sentimentos de ódio e, ao mesmo tempo, verificar que não destruiu o analista por isso. Dessa forma, será possível introjetar a noção de objeto bom e o mau em um só e não mais viver esta cisão.

Não é simples fazer com que o indivíduo borderline enxergue a outra pessoa. Como está muito voltado para si próprio, tem muita dificuldade em compreender e aceitar as necessidades alheias. Por mais que necessite do outro, usa esse outro visando seus próprios interesses e não consegue percebê-lo como sujeito em suas necessidades.

Devido à fragilidade do ego, esses pacientes têm grande dificuldade de administrar sua raiva e seus temores, ficando reféns de sua

própria impulsividade e não se apropriando de sua própria agressividade. Nesses momentos de crise, é necessário que o analista possa primeiro acalmá-lo, escutando-o quantas vezes forem necessárias, para que possa sentir-se acolhido. Só depois de estabelecida uma relação de acolhimento e confiança, o analista poderá demonstrar os pontos em que ele tem razão e com isso assegurá-lo de que não sofrerá um abandono. Finalmente, aos poucos, poderá ir mostrando os limites, os quais devem ser explicados com paciência e repetidos quantas vezes forem necessárias. Os pacientes ou indivíduos borderline necessitam de limites para sentirem-se seguros. É importante colocar os limites de forma precisa e clara para que esses indivíduos não entendam isso como rejeição e abandono.

O borderline, quando está mais agressivo, na verdade, está com muito medo; medo de ser abandonado. A impulsividade deles está ligada à sensação de vazio e de falta de sentido de vida. Quando se sente sozinho e sem apoio, entra em desespero e utiliza impulsividade para dar vazão a essas sensações que muitas vezes o coloca em situações de risco. O sofrimento nesses momentos pode ser tão intenso e insuportável, que o suicídio torna-se uma opção possível.

Hegenberg (2009) afirma que,

> Na verdade, o borderline é pessoa frágil, que agride por total desespero. Sua violência ocorre quando se sente sozinho e incompreendido. Quando se sente abandonado, agride como forma de expressão.

A análise do vazio, do tédio e da falta de sentido da vida deve ser uma constante no processo psicoterapêutico desses pacientes, pois esta é uma das maneiras deles se sentirem acompanhados, apoiados e compreendidos na profundidade de sua dor.

Cada paciente escuta as palavras do analista da maneira como pode ouvir, o que não corresponde necessariamente ao que o analista disse ou quis dizer. A interpretação nos primeiros estágios do tratamento deve ser evitada, pois no momento inicial não tem efeito nesses pacientes, que centram sua atenção somente na proximidade com o analista e no estabelecimento do

vínculo. Aceitar e acolher o momento regressivo inicial é importante para a solidificação da relação terapêutica em que o borderline possa passar a sentir-se seguro.

Essa dificuldade de escuta por parte do bordeline não se dá por má vontade, mas sim porque qualquer observação pode ser sentida por eles como uma invasão, um ataque. Só com tempo e confiança na relação transferencial é que vão conseguindo suportar melhor o vazio, tédio e a falta de sentido da vida, tornando-se capazes de sustentar seu sofrimento, sua dor em nível psíquico.

O analista tem que tomar muito cuidado para não agir com o paciente e tentar aliviar sua angústia. É muito fácil para o analista ficar tentado a assumir um lugar onipotente como o único capaz de salvar seu paciente e passar a tomar iniciativas e tentar fazer coisas por ele. O tratamento dos pacientes borderline requer o máximo da contratransferência do analista, o qual é, o tempo todo, arremessado em direção a um mundo caótico com padrões arquetípicos vividos sombria e desorganizadamente.

É extremamente necessária ao analista a percepção de que um arquétipo maior está envolvido para não ficar preso nesse limbo, no caos e na fragmentação que é a psique desses pacientes. Eles esperam pelo vazio, pelo abandono. Por mais que esperem pelo “objeto bom”, o temor de que ele não exista é maior. Será necessário que o analista mergulhe junto com o paciente nesse sentimento de ausência para que possa emergir aos poucos um fragmento de autenticidade do paciente.

Jung insiste que somente sendo afetado pelos afetos é que se pode chegar a conhecê-los e transformá-los. Os processos inconscientes de idealização maciça dos pacientes borderline podem levar o analista a sentir-se extremamente inseguro e, em uma manobra inconsciente de compensação, levá-lo a tornar-se inflado para livrar-se do paciente e desfazer dessa sensação induzida de impotência.

Schwartz-Salant (1989) explica que

> (...) chegamos à idéia de que toda a vida do arquétipo da *coniunctio* é a de um processo dinâmico, em que a junção e a separação dos opostos alternam com o propósito final de criar uma forma combinada que transcenda os objetos originais. O arquétipo da *coniunctio* carrega em si mesmo significação e propósito que abrangem tanto a mente quanto o corpo.

O numinoso experimentado pelo borderline como parte de sua vida cotidiana manifesta só sua face fortemente negativa, enquanto que o outro lado de sua face, sua natureza positiva, não consegue se manifestar. Ele fica preso no limbo intermediário entre a realidade exterior e um mundo interior conhecido através de identificações distorcidas com os arquétipos. Muitos analistas recuam frente ao desespero de penetrarem nesse domínio porque se sentem ameaçados de perder sua própria identidade e de cair no vazio caótico que destrói as ideias.

Sem o conhecimento de suas limitações, sem a percepção consciente de sua condição humana, o contato com o numinoso pode levar a um estado de inflação. Somente quando o analista tem a coragem de ver sua própria escuridão e sua sombra é que se torna capaz de lidar com a sombra de seu paciente. E apenas quando o paciente adquire a confiança necessária para entrar em contato com a sombra do seu analista é que vai poder admitir a própria natureza destrutiva sem se sentir ameaçado de desintegração.

Através da identificação projetiva, pode-se ter acesso aos campos interativos das relações e pode-se transformá-los. Jung via o estado de fusão e o dinamismo da identificação projetiva como condições perigosas onde a identidade poderia ser perdida em meio à interação das psiques. É necessário que o analista se distancie de sentimentos de extrema intensidade para que não passe a atuar as fantasias do paciente e deixe de reconhecer as projeções que estão sendo feitas.

Se o analista conseguir que sua imagem seja introjetada na psique do paciente e que a imagem do paciente seja introjetada nele, o paciente pode ter a experiência imaginal de estar contido no analista tanto dentro como fora da sessão, e poderá sentir uma espécie de afinidade que o encorajará a expor pontos vulneráveis. Winnicott (1975), para quem a *coniunctio* requer um clima de acolhimento, explica que

> O ato de vivenciar a coniunctio como uma realidade imaginal do aqui e agora pode concorrer para a cura das partes loucas da psique em que predomina a irracionalidade, onde o pensamento é fragmentado e se perdeu a sensação de continuidade pessoal. /.../ Uma mãe pode curar ou corrigir rupturas na estrutura psíquica e restabelecer a capacidade do bebê de usar o símbolo de união.

4.2. Teoria do Apego no trabalho terapêutico

Um conhecimento completo dos efeitos dos transtornos ocorridos nos primeiros vínculos afetivos dos bebês é fundamental para uma compreensão mais abrangente dos pacientes borderline. Devemos levar seriamente em conta os eventos que ocorrem nos primeiros meses de vida.

Bowlby (2004) frisa que

> (...) a avidez das crianças pelo amor e a presença da mãe é tão grande quanto a fome de alimento, e que, consequentemente, sua ausência gera inevitavelmente um poderoso sentimento de perda e de raiva.

O comportamento de apego é uma característica arquetípica do ser humano e um dos comportamentos mais determinantes no desenvolvimento psíquico dos indivíduos. É claro o quanto uma criança sente-se segura e tranquila quando está na presença de uma figura incontestável de apego e a perda real dessa figura gera ansiedade e leva a uma tristeza profunda, podendo despertar a raiva e a cólera. Essa figura de apego está muito mais ligada a sensações de conforto e contato do que à própria alimentação, como já citamos anteriormente. E quanto mais inseguro for o padrão de apego do bebê com sua principal figura de apego, mais inibido ele será para desenvolver relações afetivas com outras pessoas. O comportamento de apego não desaparece na infância, mas persiste durante a vida toda.

Vários autores, entre eles Bowlby (2002a) e Fordhan (1994), em suas pesquisas chegaram a comprovar a importância da figura materna bem como do ambiente na saúde mental dos indivíduos, sendo a causa de vários

distúrbios, entre eles: a tendência para exigências excessivas no relacionamento com os outros, a ansiedade e raiva quando essas exigências não são satisfeitas, além de um bloqueio na capacidade de estabelecer e manter relações profundas.

O paciente borderline vivenciou experiências com mães que muitas vezes não estavam presentes emocionalmente, apesar de estarem fisicamente. No setting terapêutico é essa presença emocional de um analista inteiro como pessoa que eles requerem. Se o analista conseguir desenvolver nesses pacientes um padrão de comportamento seguro, poderá capacitá-los a se afastarem de situações potencialmente perigosas ou abusivas e buscarem se manter em situações potencialmente seguras.

A personalidade adulta é compreendida como um produto das interações entre o indivíduo e certas figuras-chaves, ocorridas durante todo o seu desenvolvimento; entre essas interações destacam-se as que são processadas com as figuras de apoio. O modelo de apego desenvolvido está diretamente ligado ao modelo do “eu”. Sendo assim, uma criança desprezada tende não a apenas sentir-se não amada pelos pais como ainda a crer que é essencialmente indesejada por todas as outras pessoas. Contrariamente, uma criança muito amada pode crescer confiando não só no amor dos pais como achando-se digna de afeição de todos.

Ver o paciente borderline como imaturo muitas vezes pode levar o analista a desenvolver atitudes de proteção a ele, ao invés de mostrar que suas atitudes são produto legítimo de uma experiência amarga no processo do seu desenvolvimento, que seu comportamento de apego recebeu respostas inadequadas ou inapropriadas a suas necessidades e que, portanto passou a acreditar no decorrer de sua vida na premissa de que todas as figuras de apego provavelmente não estarão disponíveis.

Durante o trabalho terapêutico, não é raro observarmos contradições grosseiras entre as observações feitas pelos indivíduos borderline em relação aos seus pais e o que está implícito em alguns episódios que eles narram, sobre a maneira como realmente seus pais se comportaram ou o que foi dito em determinadas ocasiões. É muito doloroso para eles reconhecer que

a mãe ou o pai, devido a seus próprios interesses, explora, é injusto ou tirano com o próprio filho ou admitir, até mesmo, que nenhum deles realmente gostou do filho.

Não raramente a raiva é desviada da figura de apego que a provocou, voltando-se para o próprio paciente na forma de autocríticas injustificáveis. Devido à ameaça de não ser amado ou de ser abandonado, o paciente é levado a acreditar que não deve perceber o tratamento hostil que lhe dão seus pais ou, se o fizer , deve considerar este comportamento apenas como uma reação justificada do pai ou da mãe ao seu mau comportamento.

É tão assustador admitir isso, que sempre haverá uma tendência de o paciente buscar ver o comportamento dos pais por um prisma mais favorável. Às vezes, o contrário também pode ocorrer e o paciente descrever vivências com pais terríveis, mas os fatos observados e até mesmo os relatos contradizem essa descrição. Por essas razões, é importante estimular o paciente a lembrar-se de fatos concretos o mais detalhadamente possível. Dessa forma, durante a análise, será possível reavaliar com todos os sentimentos envolvidos quais foram os desejos, sentimentos e comportamentos de cada um em cada ocasião envolvida, porque, a partir dessa reavaliação, é possível corrigir ou modificar imagens armazenadas que estão em desacordo com as evidências históricas e correntes (BOLWBY, 2004).

Embora frustrado, a raiva é vista como um esforço evidente realizado pelo paciente que sofreu o abandono, com o objetivo de restabelecer um elo que foi rompido. Enquanto a raiva continua, o que parece é que a hostilidade ou o abandono não são aceitos como permanentes e persiste uma esperança de que será amado pelos pais em algum momento. A solidão emocional vivida só poderá ser remediada com um envolvimento numa relação de dedicação mutua. O processo terapêutico é uma dessas relações, a partir do qual ele pode passar a acreditar e vivenciar uma relação de apego seguro.

Os pacientes borderline que estabelecem apegos angustiosos e ambivalentes provavelmente sofreram interrupções da assistência paterna ou materna e/ou muitas vezes foram rejeitados pelos pais. É mais provável que

essa rejeição tenha sido intermitente e parcial do que total. Consequentemente, esses pacientes ainda têm esperança de obter amor e cuidado e, ao mesmo tempo, sentem-se profundamente angustiados com a possibilidade de serem esquecidos ou abandonados. Com isso, aumentam suas exigências de atenção e afeto, recusando-se a ficarem sozinhos, e protestando com raiva quando isso acontece. Esses pacientes passam a acreditar, de maneira inquestionável, que, se alguma coisa acontecer à mãe ou ela desaparecer, a culpa será totalmente sua (BOLWBY, 2004).

Bolwby (*op.cit.*) alerta que

> É muito fácil provocar um sentimento de culpa insistindo com a criança, desde tenra idade, que seu mau comportamento está fazendo com que sua mãe (ou pai) fique doente, e que ela (ou ele) poderá até morrer se isso continuar. Isso leva ao exame das experiências infantis das pessoas crescerem evidenciando uma compulsão a cuidar de outros.

O paciente borderline que foi abandonado, ignorado ou desprezado acaba por apresentar alteração em seu comportamento de apego e sufoca seus sentimentos, passando a considerar, como os pais, o seu anseio de amor como fraqueza, sua raiva como um pecado e seu sofrimento como infantil.

O padrão de apego observado entre indivíduos borderline, como já dissemos anteriormente, é caracterizado por insegurança e ansiedade, com episódios de perdas importantes ou abusos cometidos por uma figura de cuidadores. No âmbito das relações parentais, temos uma situação de desenvolvimento de vínculos absolutamente inadequados. Temos aqui pais que não estruturaram corretamente nenhum dos papéis parentais.

Tendo os conceitos de Edinger como pano de fundo para as reflexões aqui empreendidas, entendo que os pacientes borderline apresentam o eixo ego-Si-mesmo danificado. Devido a esse comprometimento, impressionam-se na psicoterapia com a aceitação de si por parte do analista. Inicialmente, essa aceitação tende a ser vivenciada com desconfiança, porém, quando essa aceitação passa a ser reconhecida como um fato, a transferência

muda de padrão e passa a ser vivida de forma intensa. Esse novo padrão de transferência parece ser a projeção do Si-mesmo em sua função de órgão de aceitação. As características centrais do terapeuta-Si-mesmo tornam-se proeminentes e as sessões terapêuticas tornam-se os momentos centrais da semana. Onde antes só havia caos e desespero surge aos poucos um centro de significado e ordem e começa a reparação do eixo-ego-Si-mesmo. A experiência de aceitação não só repara o eixo ego-Si-mesmo, como reativa a identidade residual entre eles (EDINGER, 1996).

O papel do analista com esses pacientes passa a ser de extrema importância para ajudá-los a compreender e superar suas experiências de abandono e traumas através do desenvolvimento de um espaço interno seguro que Feldman (2004) chama de *função primária da pele psíquica*. Com o desenvolvimento dessa função, gradualmente esses pacientes vão começar a desenvolver a capacidade de diferenciar a experiência interior da realidade exterior e poder vivenciar de maneira mais segura essas duas realidades. Podemos pensar que a função simbólica do analista é que poderá fazer essa ponte.

4.3. Experiência Prática

"(...) o que foi posto a perder com um pai só pode ser refeito por um pai, e o que foi posto a perder pela mãe só pode ser reparado por uma mãe"

C. G. Jung

Como já mencionado anteriormente, os pacientes com transtorno de personalidade borderline são considerados pacientes difíceis de serem tratados e com dificuldades de aderência e vinculação aos tratamentos. Alguns estudos de acompanhamento em longo prazo, como o feito por Paris & Zweig-Frank (2001, *apud* BRADLEY, 2010), sugerem uma melhora global dos sintomas desses pacientes após a terceira ou quarta décadas de vida, tendendo o transtorno a "desaparecer" com a idade. Contudo, alguns pacientes podem voltar a ser sintomáticos, na meia-idade, devido a separações, divórcio ou morte do conjugue. Os tratamentos psicoterapêuticos apresentam melhores resultados do que os só medicamentosos.

O processo analítico, por sua interação com outro ser humano, facilita a experiência emocional necessária para o crescimento e desenvolvimento dos pacientes borderline. Tratar esses pacientes realmente não é fácil, por suas oscilações de humor repentinas, pela invasão psíquica que proporcionam em nossa psique, pelas exigências de atenção constante, apenas para citar alguns fatores. Entretanto, ao mesmo tempo, é muito rico quando conseguimos realmente nos colocar como pessoa no setting e conquistar sua confiança.

As abordagens psicodinâmicas partem do pressuposto de que o transtorno de personalidade borderline se deve a uma alteração do desenvolvimento, no que acredito e venho justificando através desse trabalho. A única maneira de entender o transtorno é através do conhecimento de como se deu esse desenvolvimento que levou o paciente a perceber a si e aos outros, a regular suas emoções e seus impulsos de forma distorcida.

A transferência/contratransferência é uma condição *sinequa non*, é o ingrediente vital onde as transformações podem ocorrer. Nos pacientes borderline, uma parte de sua psique pode atingir certo grau de maturidade nas relações interpessoais, todavia, grande parte está presa simbioticamente em vivenvias arcaicas ligadas aos arquetipos ou em padrões solidificados de visão falida do casal parental, sem humanização destes.

Através da transferência/contratransferência, compreendemos melhor a história pessoal do paciente e o desenvolvimento de sua psique. Como analistas, carregamos a projeção do Si-mesmo permanencendo assim idealizados. A desfragmentação do paciente é introjetada na contratransferência sintônica. Durante a análise, ajudamos o paciente a compreender e integrar o material de uma forma nova, possibilitando, assim, uma restauração do contato com o Si-mesmo como fonte de força e aceitação.

Não podemos mudar as experiências vividas pelos pacientes, nem podemos reconstruir o período inicial de sua vida no processo terapêutico, mas podemos possibilitar um tipo diferente de experiência.

Comecei a trabalhar com esses pacientes em 2009 no ambulatório de transtorno de personalidade borderline do PROVE, na UNIFESP, junto com o Dr. Álvaro Ancona de Faria. Após um período de acompanhamento dos atendimentos junto com ele, iniciei os atendimentos psicoterapêuticos individuais.

Como já explicitado, para fazer os atendimentos desses pacientes, contei com uma supervisão constante de cada caso e me baseei no aporte teórico da Psicologia Analítica, nos conceitos apresentados por Nathan Schwartz-Salant em seu livro *A personalidade limítrofe – visão e cura*, na monografia intitulada *Transtorno de Personalidade Borderline – uma perspectiva simbólica* apresentada na SBPA pelo Dr. Álvaro A. de Faria (1995), e em outros textos escritos e publicados por esse autor. Utilizei também conceitos e técnicas de alguns autores psicanalíticos, principalmente de Otto Kenberger (1991a) e Peter Fonagy (2004).

Na prática do atendimento desses pacientes, por ser bem peculiar, fiz uso de algumas técnicas especiais descritas por profissionais com larga experiência no atendimento de pacientes borderline. A seguir, farei um breve relato de características especificas de psicoterapia apresentadas por esses estudiosos psicanalistas e, na sequência, discorrerei sobre minha experiência.

Otto Kernberg (1991), um dos pioneiros no tratamento dos pacientes borderline, enfatiza a importância da psicoterapia para esses pacientes com o objetivo de

> (...) aumentar a capacidade do paciente borderline de experienciar o self e os outros como coerentes, integrados, indivíduos que possam ser percebidos realisticamente, e reduzir a necessidade de usar defesas que enfraqueçam a estrutura do ego, reduzindo o repertório de respostas disponíveis. Consequentemente, pode se esperar que o paciente desenvolva uma maior capacidade de controlar impulsos, tolerar ansiedade, modular afetos, sublimar necessidades pulsionais, desenvolver relações interpessoais estáveis e satisfatórias e experienciar intimidade e amor.

Para alcançar esses objetivos, é necessário inicialmente clarificar os aspectos dissociados da psique para poder integrá-los. É necessário enfatizar o “aqui e agora” durante a maior parte do tempo das sessões, fazendo a ligação de determinadas manifestações conscientes a determinados conteúdos inconsciente. O analista faz a ponte entre os comportamentos presentes na sessão ao comportamento na realidade externa dos pacientes e a realidade recordada da infância.

A clarificação, segundo Otto Kernberg, é o primeiro passo cognitivo no processo de interpretação. Na clarificação, o paciente é convidado a explorar conteúdos que sejam vagos, surpreendentes ou contraditórios, com o objetivo de explicar esses conteúdos específicos e descobrir até que ponto o paciente esta entendendo. Com o aumento na consciência e no entendimento das distorções e das expectativas que o paciente traz para os relacionamentos, poderá ter visões mais coerentes e integradas de si mesmo e dos outros, o

que, por sua vez o capacitará a regular mais suas emoções, no decorrer do tempo.

Peter Fonagy (2000), tendo como base os conceitos da teoria do apego desenvolvida por J. Bolwby (2002b) desenvolveu uma abordagem considerando o modelo de formação de uma capacidade reflexiva do ser humano e suas interações com o transtorno de personalidade borderline.

Um dos objetivos dessa abordagem é ajudar os pacientes a identificar e entender suas emoções por meio de esclarecimento e da denominação delas, do entendimento dos seus principiantes imediatos, do entendimento das emoções no contexto dos relacionamentos atuais e do passado, do aprendizado da expressão apropriada das emoções e do aprendizado do entendimento das respostas que os outros apresentam com maior probabilidade em reação à expressão emocional do paciente (BATEMAN & FONAGY, 2003). O analista mantém durante as sessões uma “postura de mentalização”, focando e discutindo os estados mentais do aqui e agora do paciente e dele próprio. As interpretações da transferência são mantidas simples e dizem respeito a circunstâncias relativamente imediatas ou de “experiências próximas” (O’DONOUHUE, 2010).

Mentalização é a capacidade de identificarmos e diferenciarmos estados mentais próprios e do outro, implícita e explicitamente, em termos de desejos, sentimentos e crenças. Permite o desenvolvimento da capacidade de regulação emocional, do autocontrole e da atenção adequada. Através dessa capacidade, aprendemos a “ler” os estados mentais alheios e a separá-los dos nossos próprios, podendo fazer a distinção do eu/outro e desenvolver a subjetividade.

Os pais são os primeiros a oferecer à própria criança, através de um movimento especular, o desenvolvimento da primeira “consciência de si própria”, que se dá por meio da representação de estados mentais. Posteriormente, essa consciência pode ser ampliada, abrangendo o outro. Tais processos, no entanto, só vão ocorrer num contexto de cuidados e segurança. O desenvolvimento de um padrão seguro de apego, além de permitir o

desenvolvimento da capacidade de simbolização, capacita também o funcionamento psíquico da mentalização na criança.

As principais características desse método baseiam-se na ideia de uma psicoterapia reconstrutiva que possa promover uma transformação estrutural dos pacientes que não puderam desenvolver adequadamente sua personalidade em virtude do estabelecimento de relações e vínculos parentais comprometidos. Dentro das modificações propostas nesse método, encontramos uma maior definição dos limites do setting e das questões relativas ao estabelecimento claro do contrato, visando diminuir a interferência das manipulações e vivências paranóides do paciente.

Outra característica dessa abordagem é a mudança no papel do analista, de uma postura mais neutra para um comportamento mais participativo com os pacientes borderline. Utilizamos a clarificação como instrumento principal durante os primeiros estágios da psicoterapia, deixando a interpretação para estágios posteriores. Inicialmente, o foco das interpretações se dá preferencialmente no “aqui-agora”. Nesse processo, o analista trabalha com o paciente na identificação de seus estados mentais, visando à modificação de padrões de apego estabelecidos na infância pelas experiências terríveis com os cuidadores, através de uma atitude de continência.

As primeiras sessões de atendimento de pacientes borderline foram muito difíceis para mim. Suas histórias de vida eram muito tristes, realmente já haviam passado por vários profissionais que não haviam feito um diagnóstico correto, encaminhando-os a tratamentos que não surtiram resultados. Eles chegaram bem ariscos e arredios.

Os pacientes borderline que atendi chegavam totalmente defensivos, com um discurso interrogativo e avaliador, tentando avaliar quão presente eu estava durante as sessões e quanto podiam se sentir seguros e confiar nessa relação. Só após um tempo de análise, passavam a confiar e começavam a trazer suas histórias e segredos. A confiança, porém, era muito tênue e constantemente tinham necessidade de se assegurar da veracidade desse vínculo. Assim, as histórias eram contadas permeadas pelo medo de não serem mais aceitos e de serem abandonados.

Esses medos são consequências das vivências que tiveram durante seu desenvolvimento de negligência, abusos, rejeições, abandono da falência da imago parental. Para sobreviverem, tiveram que desenvolver mecanismos de defesa e os utilizam de forma maciça com o objetivo de proteção do ego frágil que possuem e do medo de desintegração frente a novas vivências de abandono e rejeição.

Os indivíduos borderline buscam em suas relações interpessoais a sensação de viverem simbioticamente sem a possibilidade de perdas ou separações. A busca é pela vivência urobórica do paraíso eterno. Por isso acredito que meu papel como analista inicialmente deve ser o de dar continência, proporcionar um ambiente de aceitação para que o paciente possa fazer uma regressão até esse espaço urobórico, podendo iniciar uma vivência de aceitação e segurança para, aos poucos, fortalecer seu ego e poder começar a diferenciar, a perceber os mundos interno e externo como duas realidades diferentes, porém não excludentes.

Vivenciei concretamente a sensação de um abismo sem fundo, de um vazio enorme durante várias sessões de atendimento desses pacientes. Houve momentos em que não conseguia me diferenciar, parecia que o setting terapêutico estava totalmente contaminado e a imagem que surgia em minha mente era a de um rio lamacento inundando tudo. Nesses momentos, acredito ter vivenciado uma invasão psíquica que, segundo Jung, é muito perigosa pela possibilidade de nos vermos identificados com a psique do paciente, começando a atuar os dramas interiores deles. A falta dos limites dentro-fora, entre o eu-outro ficou muito claro. Percebi nesses momentos a importância de uma boa supervisão para nos tirar desse lugar e nos ajudar a fazer as diferenciações necessárias, as quais, muitas vezes, não conseguimos perceber por estarmos mergulhados no processo.

A ambiguidade se manifestou no setting terapêutico em momentos em que era projetado no papel do analista o grande e único salvador para, logo em seguida, ser desidealizado e agredido como causador de todos os problemas. A dificuldade que senti nesses momentos era de não me identificar com nenhum dos papéis, passando a atuar a partir deles,

tentando resolver os problemas pelos pacientes ou sentindo-me totalmente incompetente.

O processo terapêutico de alguns pacientes foi marcado por muita descontinuidade. Após uma sessão em que entravam em contato com suas histórias e seus dramas interiores, ou em que faziam confissão de algo significante, faltavam por uma ou duas sessões seguidas. A impressão que ficava é que precisavam de um tempo para se organizar novamente e poder retornar. Às vezes surgia vergonha pela exposição de “segredos”. Sempre ficava claro e presente o medo de não serem aceitos e sofrerem um novo abandono.

Ao mesmo tempo em que alguns pacientes traziam suas ambiguidades, fragilidades e seus medos, parecia haver certa dificuldade na aderência ao tratamento, interrompendo medicações. Quando eu ressaltava a importância de estarmos sintonizados à medicação e à psicoterapia, repetiam que não gostavam de tomar remédio ou mentiam, dizendo estar tomando, o que era desmentido tempos depois. Não se comprometiam com os horários, chegavam às vezes atrasados ou faltavam com muita frequência. Quando eu falava sobre esses problemas, e colocava algumas imposições e limites, estes eram seguidos por um determinado tempo e logo esquecidos, voltando ao padrão anterior. Nesses momentos é importante que o contrato terapêutico tenha sido estabelecido muito claramente e detalhado com esses pacientes, para que possamos voltar sempre a ele e reforçar o compromisso assumido.

Houve atendimentos em que a agressividade emergiu com muita intensidade e, algumas vezes, não dei conta, precisando, inclusive, interromper a sessão para retornar na semana seguinte. Algumas vezes optei por mudar o setting terapêutico de alguns casos, fazendo o atendimento na sala de terapia infantil com recursos para atividades expressivas. Decidi fazer uma sessão diferente e provocar um processo regressivo, indo para o lugar da infância, do lúdico e da brincadeira. Nesses momentos apresentava vários materiais, para que escolhessem o que fazer. Surpreendi-me com a reação de alguns pacientes, que rapidamente entravam no jogo, os olhos brilhavam, escolhiam materiais para pintar e me incluíam em suas brincadeiras, pedindo para que eu

pintasse ou desenhasse também. Aos poucos, começavam a falar de seus problemas e medos naturalmente e ouviam minhas intervenções, refletindo sobre nossas falas. Percebia que nessas sessões, o tempo todo, o emocional permeava o setting. Nesse momento instalava-se uma relação transferencial positiva e eram dados os primeiros passos para entrarmos no mundo imaginal e sairmos da concretude, dando espaço para que vivências passadas pudessem ser ressignificadas. Mas havia pacientes que não conseguiam entrar nesse tipo de relação, esquivavam-se e até mesmo se recusavam a participar de atividades mais lúdicas.

Ao utilizar do desenho e da pintura para expressar os medos, a agressividade e a raiva, abria-se no setting terapêutico a possibilidade de falar desses sentimentos de uma forma simbólica e menos invasiva para alguns pacientes borderline. No entanto, isso não era regra para todos pacientes; enquanto alguns respondiam bem e com alguns avanços, outros se defendiam e os mecanismos de defesa ficavam mais acionados.

Alguns pacientes traziam ou buscavam constantemente o desejo que eu fosse a mãe deles ou que os adotasse, chegando a verbalizar tal desejo. Nesses momentos, constatei a importância da regressão e da projeção da imago da mãe boa na busca de uma relação fusionada no processo terapêutico para permitir que essa relação possa ser constituída de uma maneira diferente e possa aos poucos liberar os impasses e a atrofia das constelações arquetípicas.

Nos relatos de anamnese dos pacientes borderline, observamos vivências de abandono, negligência, violência e abusos desde a tenra idade. Isso demonstra claramente que o desenvolvimento psíquico desses indivíduos não ocorreu de forma contínua e adequada, proporcionando a eles dificuldade na diferenciação entre o ego e o Si-mesmo, mantendo-os em uma relação fusionada.

Nos momentos em que os sentimentos de vazio, tédio, rejeição ficam mais críticos, a maioria dos pacientes borderline faz uso da auto-mutilação e se corta. Eles dizem sentir prazer com a dor e com a visão do

sangue escorrendo, o que lhes daria a sensação de estarem vivos e de terem um limite. Nesse sentido, a dor do corte minimizaria a sensação do vazio.

Em muitos momentos, traziam claramente o quanto era insuportável aguentar o sentimento de vazio. Muitas vezes surgia o desejo de se matar e alguns realmente colocaram sua vida em perigo. Nesses episódios, constatei a importância de estar trabalhando em parceria com o psiquiatra; eu constelava o papel da mãe acolhedora, colocando limites através de acordos, e o psiquiatra colocava os limites mais claros, rígidos e determinados, constelando o papel do pai discriminador e, inclusive, ameaçando de não mais dar continuidade ao tratamento se eles continuassem a atentar contra a vida nos momentos mais críticos.

Houve atendimentos em que me identifiquei com o drama interior do paciente e fiz alguns *acting-out*, identificando meu paciente com o papel de vítima e eu com o de sua defensora. Só depois da supervisão consegui perceber minha atuação em defesa deles, e como eu os colocava no lugar de uma criança frágil e indefesa, não percebendo que hoje já são adultos, atraentes e sedutores. Portando, tinham também que rever suas atitudes e assumir a responsabilidade por eles próprios, percebendo que, quando eram realmente crianças, não possuíam ferramentas para se defender, mas que, naquele momento, sabiam e podiam se defender.

Segundo Lambert (1981, *apud* MATCHTIGER 2005)

> A terapia fornece a oportunidade de repara ou reconstruir o dano representado pelo distúrbio dos fronteiriços entre o ego e o eu e entre o eu e o outro (...) a tenra infância pode ser analisada “não só para reparar o dano com uma subsequente liberação do desenvolvimento atrasado como também permitir ao paciente ligar-se emocionalmente a sua infância e (...) mais realisticamente ao Arquétipo da Criança Divina”. (...) os pais verdadeiros precisam ser distinguidos dos arquétipos. O fronteiriço pode ver-se imerso em ódio e rebeldia contra os pais, ao mesmo tempo em que os idealiza. O meio continente da transferência/contratransferência cria o espaço interior necessário para “a delusão” de unidade entre analista e analisando (LAMBERT, 1981).

O analista, nos momento de regressão no processo terapêutico, pode ajudar o paciente a entrar em contato com o Si-mesmo no polo de aceitação. A imagem do casal parental danificada durante o desenvolvimento, ou seja, sua não humanização, pode ser substituída por uma imagem de plenitude por meio da projeção da imagem parental no analista. Conforme pontuou Jung (1997), "(...) o que foi posto a perder com um pai só pode ser refeito por um pai, e o que foi posto a perder pela mãe só pode ser reparado por uma mãe". Somente quando o paciente puder ter a experiência de reconstruir uma relação positiva com uma imago parental, poderá se libertar do limbo onde está preso, no polo negativo, destrutivo do arquétipo.

Durante o atendimento de alguns pacientes, ao constelar o Arquétipo da Grande Mãe, acredito ter proporcionado momentos de relação simbiótica, estabelecendo momentos de continência e acolhimento. Houve, porém, episódios de muita agressividade, com os quais acredito não ter conseguido lidar, demonstrando minha insegurança e medo; atitudes que podem ter sido interpretadas por eles como abandono e não aceitação esse pode ter sido o motivo de algumas de suas ausências em determinadas sessões.

Muitas vezes, a própria atitude desses pacientes pode dificultar a constelação da Grande mãe, positiva. A dificuldade de criar vínculos, o olhar distorcido da realidade, as deficiências de empatia, as atitudes agressivas, os ataques à psique do analista e as exigências constante de atenção podem dificultar a possibilidade de nos tornarmos "analistas suficientemente bons". Precisamos estar em contato empático real com o paciente para que tenham a oportunidade de reparar os danos existentes no eixo ego-Si-mesmo.

Como temos visto, inicialmente, nos pacientes borderline, ocorreu falha no meio e insuficiências parentais crônicas e repetitivas no atendimento de suas necessidades de desenvolvimento e amadurecimento. Como mencionado anteriormente, essas falhas acabam levando à constituição de um ego frágil e ao desenvolvimento de defesas muitas vezes rígidas, a ponto de comprometerem a plasticidade de sua psique.

Como analistas, devemos nos propor a receber essa projeção maciça do papel da Grande mãe e acompanhar a trajetória de nosso paciente nesse processo de ressignificar as falhas existentes em seu desenvolvimento para poder ir fortalecendo seu ego, diferenciando-se do Si-mesmo e ir reconstruindo o eixo ego-Si-mesmo, a comunicação entre o consciente e inconsciente. A aceitação dessa projeção algumas vezes pode se tornar muito árdua, pois temos que estar o tempo todo atendendo as necessidades do paciente. Devemos também aceitar muitas vezes nossas limitações e deixar isso claro a eles, para que não se sintam abandonados e possam diminuir a idealização projetada sobre nós.

Jung enfatiza a importância de reviver os eventos da infância para poder integrar fragmentos na consciência adulta. “O subir e descer escadas ao lado do pai e da mãe representa a conscientização de conteúdos infantis que ainda não foram integrados” (JUNG, 2007). O borderline, por não conseguir ver o outro como um ser independente de suas necessidades e desejos, vai esperar dos relacionamentos mais importantes uma relação maternal, cuidadora constante, buscando muitas vezes na transferência um estado de simbiose, de fusão, como já dissemos.

No início do processo terapêutico, o estabelecimento de uma relação simbiótica é até necessária porque facilita a exposição dos afetos e de imagens arquetípicas em torno de fantasias, lembranças e imagens inconscientes que podem invadir o ego para serem diferenciadas através da identificação projetiva com o analista e, por fim, integradas de modo simbólico. O campo terapêutico facilita a emergência de um campo simbiótico necessário à liberação das imagens arquetípicas.

Nos estágios iniciais da transferência/contratransferência, o analista é sentido como um objeto transicional e não como uma pessoa diferenciada. A fantasia pelo estado de fusão está muito presente. Só quando o analista consegue frustrar essa fantasia sem que o estado empático e de confiança seja quebrado é que o paciente poderá iniciar seu processo de diferenciação, porque a perda da ilusão dessa fantasia de fusão ou de simbiose

é um grande perigo para os pacientes borderline. Eles igualam essa perda à perda de sua identidade e à loucura e julgam esse estado intolerável.

Uma das formas que encontrei para começar a quebrar essa fantasia fusional foi esclarecer meus próprios limites e sentimentos que iam surgindo durante as sessões, clarificando as emoções e procurando nomear as percepções e sentimentos que o paciente trazia, relacionando-os com o “aqui e agora”, dentro de um ambiente de continência permanente.

O objetivo principal no tratamento desses pacientes é realmente criar um ambiente empático para que a confiança possa ser constelada e o afeto demonstrado. Com isso, a relação simbiótica inicial pode ir se desfazendo, sem que a relação empática seja rompida. Com a diferenciação dos afetos, pode começar a surgir a raiva e a inveja e o analista, nesse momento, terá que fazer o papel de mediador entre os opostos, não deixando o paciente sucumbir. Nessas fases mais regressivas na análise, podem surgir episódios de confusão, fragmentação e inundação emocional, que, no entanto, podem estar anunciando a integração de alguns conteúdos. Como o maior conflito nesse momento é a desistência de uma relação simbiótica em favor de um estado mais diferenciado, um processo de reorganização pode gradualmente surgir e o paciente começar seu caminho de desenvolvimento.

Por apresentarem dificuldade de simbolização, esses pacientes têm um ego frágil que sofre constantes invasões de conteúdos do inconsciente e são vivenciados de forma concreta. Muitas vezes fazem uma leitura distorcida da realidade, por isso é necessário durante as sessões estar atento a essas distorções, trazendo a eles o real e mostrando essas diferenças. O analista deve utilizar-se das relações de transferência/contratransferências para analisar e clarificar as maneiras distorcidas desses pacientes entenderem as relações interpessoais.

Outra característica que percebi nesses pacientes é uma total indiferenciação sexual; ora fazem sexo com homens, ora fazem com mulheres, ora participam de orgias sexuais. Acredito que essa indiferenciação seja consequência da não integração corpo/psique devido às experiências traumáticas vividas não terem sido integradas e causarem essa dissociação.

Com tal indiferenciação, tornam-se mais vulneráveis a comportamentos de risco e sujeitos a sofrerem novos abusos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"A vivencia do amor é a mais eficiente vacina contra a angustia e contra o peso da realidade da morte."

Gilda Montoro

Ao tratarmos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, devido às peculiaridades e variedades de problemas de personalidade e sintomas que esses pacientes tipicamente apresentam, necessitamos de flexibilidade e integração das várias abordagens que se dispuseram a investigar formas de tratamento dessa patologia. Para podermos, como analistas, trabalhar com pacientes com graves distúrbios de apego e vinculação, temos que enfatizar a empatia e a continência no setting terapêutico. Temos também que reconhecer e aceitar nosso próprio sistema de apego, temos de estar conscientes de nossas próprias feridas e atentos constantemente a nossa sombra.

A contra-transferência deve estar consciente. Não devemos negar a raiva, a irritação, o sentimento de impotência a depressão, pois isso constitui um poderoso instrumento de nosso trabalho. Esses pacientes podem constantemente estar atuando em nossas inseguranças, em nossas feridas e em parte de nossa sombra, provocando uma contra-transferência patológica e até mesmo um *acting-out*. Por isso, é extremamente importante trabalharmos com supervisão, já que a demanda sobre o analista é muito grande. As crises e oscilações durante a análise são repentinas e nem sempre previsíveis.

Devemos ter muita paciência e persistência ao lidarmos com esses pacientes, porque somente aos poucos, apoiados no vínculo com o analista e com a ajuda do seu próprio Si-mesmo e o do analista, os sentimentos de desconfiança, destrutividade, demandas excessivas de amor incondicional, falta de generosidade e sadismo ou masoquismo poderão ser aceitos e integrados. A análise será uma experiência capaz de modificar os modelos funcionais da pessoa e possibilitar transformações duradouras (MONTORO,1994).

Percebemos que, inicialmente, a criança vivencia um estado de alienação com identificação total do ego com o Si-mesmo para, em seguida, experimentar uma separação do Si-mesmo imposta pela realidade. Esses dois movimentos são necessários para o desenvolvimento da consciência e os pais são imprescindíveis nesse processo.

Na relação com o arquétipo da mãe, o ego da criança experimenta uma vivência muito concreta do Si-mesmo. O amor maternal nesse estágio é essencial e vital para a estruturação do ego, a fim de que possa suportar os limites e frustações que a vida coloca. O arquétipo do pai, enquanto terceiro elemento na dinâmica familiar, entra com a função de separar a criança da mãe e está diretamente associado ao desenvolvimento da consciência. Poderíamos afirmar que sem a figura masculina discriminatória, a criança correria risco de ficar presa no universo inconsciente. Em geral, é através do casal parental que a criança vivencia os arquétipos maternos e paternos.

Com a presença das leis do arquétipo do pai, a criança tem possibilidade de sair da relação simbiótica inicial que vive com a mãe, com a vivência urobórica. O pai frustra a criança e mostra a ela a realidade externa. Através dessa relação, a criança pode colocar limite em si mesma e no outro. Essa experiência proporciona à criança a possibilidade de projetar seu mundo interior e descobrir que existe outra realidade além daquela na qual estava totalmente envolvida. É o arquétipo do pai que apresenta ao filho o mundo externo e racional, que discrimina o eu e o outro que habita em nós. Para podermos nos desenvolver, precisamos nos encontrar com nossa imagem de mãe e pai. Enquanto o ego e a consciência não se fortalecerem e se estruturarem, a criança não terá autonomia para diferenciar o dentro e o fora.

Só quando o indivíduo borderline conseguir ter a experiência de uma relação positiva com uma figura parental, poderá libertar-se do aspecto negativo e destrutivo a que se vê escravizado. Os pacientes borderline não conseguem fazer o sacrifício simbólico da criança e realizar o luto pela perda dos pais. Eles se mantêm fixados na imagem dos pais reais e, dessa forma, não conseguem introjetar a vivencia dos arquétipos parentais globais.

Esses pacientes vivenciaram a rejeição parental como uma rejeição por parte de Deus. Essa experiência é incorporada à psique como alienação permanente entre o ego e o Si-mesmo; eles têm duvidas em relação a seu direito de existir. Na relação transferencial, o analista pode restaurar o eixo ego-Si-mesmo danificado. O analista faz essa restauração, ajudando os pacientes a sacrificar a experiência vivida com seus pais, a viver o luto por essa perda, permitindo o acesso aos pais arquetípicos. A função simbólica do analista ajudará o paciente a cruzar a ponte entre a concretude de suas vivencias reais e as novas possibilidades de vivências simbólicas e arquetípicas, integrando os papéis dos pais arquetípicos. Isso permite um novo padrão de vinculação com o analista, com os outros e com o mundo.

Quem tem um complexo materno originalmente negativo, está certo de não ser um indivíduo bom e de viver em um mundo ruim. Pensa que seria melhor não existir. O mundo é tal como é e o indivíduo sente que é ele mesmo o culpado de sua própria infelicidade. O complexo materno originalmente positivo proporciona a uma criança o sentimento de incontestável direito à existência, o sentimento de ser interessante e de ter parte em um mundo que oferece tudo de que alguém necessita. A partir disso, esse eu também pode entrar em contato, de modo confiante, com um “outro”. O corpo é a base do complexo do eu (JUNG, 1986).

Como os pacientes borderline vivem uma cisão mente-corpo, a relação do analista com o próprio corpo pode ser introjetada pelo paciente. O analista pode usar suas próprias sensações corporais como uma estrutura de referência e, refletindo sobre elas, descobrirá muitas ansiedades e temores cindidos os quais poderiam de outra forma ficar escondidos, podendo, assim, usar o corpo, como um veículo imaginal para acompanhar o processo do paciente.

É desejável que a relação analista paciente se desenvolva em duas fases: na primeira, o paciente testa a aceitação do analista, na segunda, com uma mudança no padrão de transferência, o analista vale-se dessa relação para estimular o paciente a enfrentar a situação que mais teme: a diferenciação.

Os pacientes borderlines nos fazem pensar de forma contundente na importância do eixo ego-Si-mesmo como base na estruturação de toda pesonalidade. O bom funcionamento desse eixo garante equilíbrio biológico e psíquico. O grande desafio para nós, analistas, no tratamento dos pacientes borderline, é conseguir construir um relacionamento, é criar um vínculo em que eles possam se perceber aceitos e amados, em que possam reviver a relação simbiótica inicial com a mãe, fortalecendo seu ego ao mesmo tempo em que vamos colocando os limites e frustrando suas fantasias de deidade. Dessa forma, é possível mostrar a realidade externa, o aqui e agora, proporcionando a possibilidade de diferenciarem essas realidades de forma menos ameaçadora e desintegradora do que foi a vivência real permeada por abandonos, rejeições, abusos, negligências e agressividade. Para que isso ocorra, esse vínculo tem que ser estruturado e percebido de forma real e genuína. A experiência de aceitação pode restabelecer o eixo ego-Si-mesmo danificado, pode tirar o indivíduo borderline do seu “deserto”, colocando-o em vinculação renovada com a vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA de PSIQUIATRIA. **DSM – IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas sul, 1994.

AINSWORTH, M.D. **Infancy in Uganda.**Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967.

FONAGY, P., BATEMAN, W.A. Mentalization-Based Treatment of BPD. **Jornal of Personality Disorders**, 18(1), 36-51, 2004.

BOWLBY, J. **Apego e perda: apego**. vol.1.– 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Separação: Angustia e raiva** – vol2 – 4ª ed – São Paulo:Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Perda: Tristeza e depressão** – vol3 – 3ª Ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2004

BRADLEY R; CONKLIN C.Z...[et al]. **Transtornos de Personalidade: rumo ao DSM-V**. São Paulo: Ed Rocca, 2010.

BLACK DW, BLUM N, PFOHL B …[et al]. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. **J PersDisord**. 2004 jun; 18(3):226-39.

CALIGOR,E.;KERNBERG,O.F.; CLARKIN, J.F. **Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

CHARLTON, R: Lines and shadows. **The Borderline Personality in Analysis**.Wilmette, III: ChironPublications, 1988

EDINGER, F.E. **Ego e arquétipo**. São Paulo: Cultrix, 1996

EDINGER, F.E. **A criação da consciência**. São Paulo: Cultrix, 1999.

FARIA, A.A. **Transtorno de personalidade borderline.** São Paulo, 1995. Monografia – Sociedade Brasileira de Psicologia Analitica. São Paulo, 1995.

FARIA, A.A. Transtorno de Personalidade Borderline, in RIBEIRO, M., LARANJEIRAS, R. (orgs) **Tratamento do usuário de crack** - 2 ed - Porto Alegre: Artmed, 2012

FARIA, A.A. **Automutilação e psicopatologia: Uma leitura simbólica**. Conferência apresentada no III Congresso Latino americano de Psicologia Junguiana. Salvador, 2003.

FARIA, AA, SAUAIA L, Transtorno de Personalidade Borderline e Violência, in MELLO, M.F., FIKS, J.P. (orgs).**Transtorno de Estresse Pós-traumático: Violência, Medo e Trauma no Brasil**, São Paulo: Ed Atheneu, 2011.

FELDMAN, B.; ALTO, P. A skin for imaginal. JournalofAnalyticalPsychology, 2004, 49, 285-311.

FONAGY, P....[et al]Attachment and borderline personality disorder: a theory and same evidence. **Psyachiatric Clin North am,** 23: vii-viii, 103-122, 2000.

FORDHAM, M .**The self and autism**. London: Heinemann Medical/library of Analytical Psychology, 1976.

FORDHAM, M. **A criança como indivíduo.** São Paulo: Cultrix, 1994

FRANZ, M. L.V. **C G Jung Seu Mito Em Nossa época.** São Paulo: Cultrix. 1997.

FREUD, S. O ego o id e outros trabalhos – Rio de Janeiro: Imago, 2006..

GORDON, R. **Bridges – Psyque structures, funcions and processes.** London: Karnac Books, 1993.

GUNDERSON, J. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington DC:**Americam Psychiatric Publishing Inc**.,2000.

GUZDER, J.; PARIS, J.; el al. Risk factors for borderline pathology in children.**J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, 35:1, 26-33,1996.

HEGENBER, M. **Borderline**. São Paulo: Casa do Psicologo, 2009.

JACOBI, J. **Complexo, Arquétipo, Símbolo.** São Paulo: Cultrix, 1995.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JUNG,C.G. **Freud e a Psicanalise.** (Obras Completas vol. IV). Petropolis, RJ: Vozes, 1971.

JUNG, C.G. **O símbolo da transformação na missa** – (Obras completas vol. XI/3). Petrópolis , RJ : Vozes. 1985.

JUNG,C.G. **Memorias Sonhos e reflexões.**Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

JUNG,C.G. **Psicogenese das doenças mentais**. (Obras Completas vol.III). Petropolis, RJ: Vozes, 1986.

JUNG, C.G. **Aion – Estudo sobre o simbolismo do Si-mesmo.** (Obras completas vol. IX/2). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

JUNG,C.G. **Símbolos da transformação.** (Obras Completas vol.V). Petropolis, RJ: Vozes, 1999.

JUNG,C.G**. Energia psíquica.** (Obras Completas VIII/1). Petropolis, RJ: Vozes, 2002.

JUNG, C.G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo.** (Obras completas vol IX/1). Petrópolis, RJ: Vozes, 2000a.

JUNG, C.G. **A natureza da psique.** (Obras completas vol. VIII/2). Petrópolis, RJ: Vozes, 2000b.

JUNG, C.G. **Fundamentos de psicologia analítica.** (Obras Completas vol. XVIII/1). Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

JUNG,C.G**. Psicologia e alquimia.** (Obras Completasvol. XII). Petropolis, RJ: Vozes, 2007.

KERNBERG, O.F. ...[et al] : **Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade** – Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

KERNBERG, O.F….[et al] **Psicoterapia Psicodinamica de Pacientes Borderline** – Porto Alegre: Artes Medicas, 1991.

KALSCHED, D.**The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit.** London: Routleddge , 1996.

LAMBERT, K. **Analysis, repair and individuation.**Nova York: Academic Press, 1981.

MACHTIGER,H.G. Reflexões sobre o processo de transferência/contratransferência com pacientes fronteiriços in STEIN, M. e SCHWARTZ-SALANT, N. (orgs). **Tranferencia/contratranferencia**. São Paulo:Cultrix, 2005**.**

MONTORO,G.M.C.F. **A Teoria do Apego – Aplicações clínicas e diálogos com a psicologia analítica.** São Paulo, 1994. Monografia – Sociedade Brasileira de Psicologia Analitica, São Paulo, 1994.

NEUMANN, E**. A criança** – São Paulo: Cultrix, 1995a.

NEUMANN, E. **Historia da origem da consciencia**- São Paulo: Cultrix, 1995b.

NEUMANN, E. **A grande mãe** – São Paulo: Cultrix, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID – 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde. Psiquiatria/Neurologia.** São Paulo: EDUSP, 2006.

O'DONOHUE ...[et all]. **Transtornos de Personalidade: rumo ao DSM-V**. São Paulo: Ed Rocca, 2010.

PAINCHAUD, G & MONTGRAIN, N. **Narcisismo e estados limites**. Lisboa: Escher, 1991.

PARIS J,. Estimating the prevalence of personality disorders in the community.**Journal of personality Disorders**, 24 (4), 405-411, 2010.

PARIS, J., and H. Zweig-Frank. 2001. The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. **ComprehensivePsychiatry** 42: 482-487.

PENNA, E.M.D. **Um estudo sobre o método de investigação da psique na obra de C.G.Jung.** São Paulo, 2003. Tese de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994.

SALZMAN, J.P., SALZMAN, C. &WOLFSON, A.N. (1997). Relationship of childhood abuse and maternal attachment to the development of borderline personality disorder. In M.C.Zanarini (Ed.), **Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder** (pp.71-91) Washington, DC: American Psychiatric Association.

SAUAIA. L...[et al]: **Manejo do Paciente Psiquiátrico Grave**. São Paulo: Ed Rocca, 2009.

SCHNEIDER, K. **Psicopatologia clínica** – São Paulo: Mestre Jou, 1976.

SCHWARTZ-SALANT, N. **A personalidade limítrofe: visão e cura**.São Paulo: Cultrix: 1989.

VAN DER KOLK, BESSEL, A., et al.:Trauma and the development of borderline personality disorder. **PsychiatrClin North Am** 4:715-730, 1994.

ZANARINI, MC et. al. Reported pathological childhood experiences associated with development of borderline personality disorder. **Am J Psychiatry**, 154:1101-1106, 1997.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. 1975.