COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO
BENGTSSON, Lusiana. A relação terapêutica com paciente borderline. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) 24º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. **Anais.** Curitiba: Centro Reichiano, 2019. [ISBN – 978-85-69218-04-3]. Disponível em: http://centroreichiano.com.br/anais-dos-congressos-de-psicologia/ Acesso em: ____/____/____.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM PACIENTE BORDERLINE

Lusiana Bengtsson

RESUMO
Caro colega, imagine, que a cada sessão de terapia você aceita o convite de seu paciente, andar em uma montanha russa repleta de emoções desenfreadas, fantasias de catástrofe iminente e comportamentos impulsivos. E de repente, no meio de uma volta, o paciente ameaça explodir tudo e todos com uma bomba relógio, o que você faria? Essa tem sido a minha caminhada com um paciente diagnosticado pela Psiquiatria de *Borderline*. Além das técnicas da Análise Bioenergética, principalmente o *grounding*, venho apostando na relação terapêutica como base fundamental para terapeutizá-lo. A cada encontro, escuto a fala angustiada de quem há muito tempo tenta equilibrar-se em cima de um arame farpado. Difícil? Um desafio, que exige do profissional empatia e sensibilidade para acolher e conter com firmeza.

Palavras-chave*:* Análise Bioenergética. *Borderline. Grounding.* Relação terapêutica.

O paciente, que chamarei aqui pelo nome fictício Emílio, para proteger sua identidade real, veio a meu consultório por indicação de um colega de profissão que já o atendia há tempo, porém, não via mais como ajudá-lo dentro da linha terapêutica em que trabalhava. Na primeira consulta Emilio relatou ter 35 anos, trabalha em uma função administrativa municipal, é solteiro, namora no momento uma mulher da sua idade que chamarei de Maria e veio à terapia porque não se satisfaz mais com ela. Alegou que Maria é católica, sonha em se casar e provavelmente ter filhos. Disse que ela é muito certinha na cama e ele quer inovar. Afirma estar insatisfeito, tanto que viciou em pornografia na internet. Reclama que chega muito estressado do trabalho e desconta a raiva jogando coisas no chão, dando socos na parede. Sente vontade de se matar, pois, não vê motivos para viver. Odeia seu emprego e não é feliz no amor. Apresentou impulsividade, dificuldades nas relações interpessoais e comportamento autodestrutivo.

Indago se ele conhece sua própria história: Como foi a gravidez da mãe? Quando ele nasceu, se foi amamentado? Como era a relação dos seus pais? Pois, percebi couraça no primeiro e segundo segmentos de forma acentuada. Lembrando que para Lowen (*apud* Volpi & Volpi, 2003, pp. 41 e 42.) o caráter esquizoide ocorre entre zero e seis meses de vida, e fixa-se na fase de desenvolvimento emocional ocular. O trauma é quanto o direito de existir diante de

uma mãe hosil e/ou rejeitadora. Emílio não fixava o olhar, não me olhava, inclusive o olho esquerdo não parava de oscilar, chamando-me atenção, desconfiei de questão neurológica. Ele falava tanto, que me veio à cabeça um bebê com uma boca gigante querendo mais e mais amor e atenção. Segundo Volpi e Volpi (2003, p.44 e 45), o caráter oral ocorre entre os seis e 18 meses. O desenvolvimento foi interrompido no período de amamentação. É hipersensível, ansioso, exigente e tem dificuldade em compreender as necessidades do outro. Tem a crença de que não pode viver sozinho. Emílio diz que o relacionamento dos pais nunca foi bom, que a mãe não queria filhos porque o pai a traía, disse que o pai era mulherengo e machista. Não tinha certeza, mas desconfiava que a mãe tentou abortá-lo, pois sabia que ela abortara bebês antes dele. Contou-me que apresentou problemas de comportamento na infância, ficava sozinho, com medo das outras crianças, chorava muito, não se defendia se algum menino o batia e que a escola pediu atendimento psicológico e avaliação neurológica. Emílio tinha na época 3 anos e nunca soube o resultado.

Como bem lembrado pela psicóloga Nemi (2010), Guy Tonella (2012) analista bioenergético afirma que o *Borderline*

> é um estado resultado de experiências traumáticas que mantêm a pessoa aprisionada entre sua primeira e segunda fase de vida:
> 1ª fase: a gestação e o nascimento;
> 2ª fase: a fase oral, período quando precisaria ter sido amamentada /maternada. (TONELLA, 2012 *apud* NEMI, 2010)

Se o bebê em formação não teve uma boa experiência na primeira fase de seu desenvolvimento (gestação e/ ou nascimento), seja porque a mãe passou por algum estresse ou teve alguma doença, isso pode afetar o feto, que sente a tensão do ambiente útero como uma ameaça a sua vida. O bebê após nascer precisa ser recebido com maternagem amorosa, o aleitamento não é só físico, nutre também o emocional do bebê. Outras questões podem estar envolvidas aqui, como tentativa de aborto, depressão pós parto, mãe psicótica ou deprimida, parto com fórceps, são pontos observados por Navarro (2013) como formação de um campo com falha energética.

Volpi e Volpi (2003, p.102), comentam que o *borderline* diante de um ambiente doentio desenvolve três tipos de defesa: esquizoide, oral e masoquista.

Emílio apresenta traços de caráter esquizoide, é desconfiado, não olha nos olhos durante a sessão, parece sobreviver e não viver. Com o tempo, contou-me que sua mãe era

fria, distante, não fazia carinho físico, reclamava do quanto ele dava trabalho e o pai o diminuía como homem. Ele costuma ler bastante e gosta de discutir assuntos intelectuais. Do oral, traz a raiva e a depressividade, não mamou no seio, foi direto para mamadeira, demonstra dependência emocional, solicita que amigo, pais e psicóloga digam o que ele tem que fazer. Bebe em demasia final de semana, gasta muito com álcool e muitas vezes não tem dinheiro para pagar as contas, fato esse que irrita o pai, que não sabendo lidar com a situação o desqualifica dizendo:

“Emílio você é um fracassado, não serve nem para se sustentar, como é que seus irmãos se viram bem? O que você tem de errado? Seja homem! Cresça”.

Do masoquista, Emílio traz a humilhação como experiência emocional, tanto com o pai, como com a mãe relatou episódios de ser diminuído e sentir vergonha. Lamenta-se muito, essa raiva acumulada irrita as pessoas que convivem com ele, por isso pais e amigos fogem quando ele começa a se queixar. O pai, principalmente, briga com ele nesses momentos e ele fica muito triste.

Um dia a namorada Maria quis falar comigo individualmente. Contou-me que Emílio chegava em casa muito nervoso, ela estava exausta e assustada. Temia não conseguir impedi-lo de atentar contra a própria vida. Emílio ao perceber que Maria não conseguia contê-lo, ligava para os pais. Estes vinham correndo, porém, também não conseguiam acalmá-lo. A mãe chorava e dizia não saber como ajudá-lo e o pai o censurava. Os irmãos ficavam brabos e diziam para Emílio parar de incomodar os pais idosos, assim ele se sentia rejeitado, incompreendido, mas também sentia culpa por preocupá-los. Atendi o casal um mês. Até que Maria não aguentou a pressão em satisfazer o desejo sexual de Emílio, assim como passou a temer que ele a agredisse fisicamente. Isso nunca aconteceu, porém ela me disse que temia o que via nos olhos dele e o descontrole emocional.

Emílio veio à consulta e me disse que estava triste e sentindo-se culpado. No entanto, eu senti que ele representava, pois o percebi aliviado e eu disse a ele que o senti dessa forma, foi então que mudou totalmente de postura e confessou que estava mesmo feliz e me contou uma repetição de namoros e términos, em que se sentia livre e voltava a procurar mulheres. Nesse primeiro ano de terapia, surgiram mulheres que ele dispensava, pois segundo ele, não queria nada sério. Depois passou a achar que não atraía mulheres que ele realmente deseja porque se considera feio, pobre. Ficava intimidado com outros homens que considerava mais bonito e que bebia para tomar coragem de chegar em mulher que considerava “perfeita”. Enquanto isso não acontecia buscava pornografia. Confessou que assistia pornografia

masculina e que sentia atração física por homens. Negava homossexualidade e bissexualidade, considerava-se heterossexual. Oscilava em cumprir o desejo paterno do filho "Don Juan" ou ser um príncipe encantado, que a mãe dizia ser o certo. Cukier (2015, p.77) comenta a dificuldade do *borderline* em decidir, muitas vezes mudam constantemente de emprego e afirma que: "(…) Muitas vezes, questões de identidade sexual também são incluídas nesta confusão, pois da mesma forma que o borderline não sabe quem é, também não consegue decidir o que deseja."

Depois de um ano de terapia, em alguns momentos Emílio conseguiu manter olhos nos olhos, então resolvi fazer *grounding* em uma sessão, que é um exercício proposto por Lowen bem descritos por Volpi e Volpi (2003, pp.132 e 133)

> (…) em pé, busca-se manter uma distância entre os pés que corresponda aproximadamente à largura de nossos quadris e ombros; os pés permanecem em paralelo, e para isso é útil imaginar linhas traçadas nas laterais exteriores de cada um dos dois pés, sendo que estas linhas mantêm-se paralelas entre si; o peso do corpo deve ser distribuído igualmente entre as pernas direita e equerda quanto entre as partes anteriores e posteriors de ambos os pés; os joelhos dobram-se levemente, alinhando-se aos pés, sendo que essa flexibilização dos joelhos é fundamental para que o movimento involuntário possa fluir pelas pernas e até mesmo por todo o corpo; a pelve simplesmente 'descansa' sobre as pernas, o pescoço sobre o tronco e a cabeça sobre o pescoço; a pelve não se projeta para frente, contraindo as nádegas e nem se arrebita para trás; a coluna permanence ereta, os ombros soltos, o maxilar relaxado, de forma a permitir que a respiração se dê através da boca, além de seu caminho usual por meio das vias nasais; os olhos permanecem abertos e o olhar focado à frente; a expressão da voz pode e deve ser estimulada no *grounding*.

A proposta do exercício é que a pessoa se sinta mais enraizada em seu prórpio corpo, mais conectada com suas sensações e emoções, sem usar a defesa de abandonar o próprio corpo, como o animal, quando em perigo finge-se de morto, o humano também faz isso, diante de alguma ameaça, tranca a respiração e finge-se de estátua.

Durante o *grounding*, Emílio se sentiu mal, faltava ar, ficava tonto. Pedi que fizesse em casa. Em outra sessão, pedi para bater braços e pernas, relatou que sentia fraqueza nos dois. Apliquei o exercício de dizer não, a voz dele sempre apareceu baixa e chorosa. Emílio então me contou que o próprio chefe já lhe chamou atenção dizendo que ele sempre vem choramingando para se defender de alguma possível bronca que esse lhe deu. Como mexer com o corpo parecia ameaçá-lo, apostei na relação terapêutica, ouvir, acolher, explicar o que acontecia, inclusive ensiná-lo a respirar, nomear emoções confusas. Passou a querer que os

pais o acolhessem da mesma forma que a psicóloga. Expliquei que eu tinha formação para lidar com angústia, estudei técnicas e que os pais dele tinham suas dificuldades e que ele precisava parar de exigir o que eles não podiam dar.

A tarefa terapêutica com o borderline, segundo Sandra Volpi (2014, p. 4) necessita:

> "Trabalhar com sensações para estabelecer noções do mundo interno e do externo e dessa forma delimitar a si mesmo; trabalhar com o *grounding* no sentido máximo de conectar a realidade; encarar o terror e a dor do abuso; expresser a raiva; ousar confiar e se vincular sem tornar-se simbiótico".

Com Emílio trabalho sempre no sentido de construir relação de confiança, uma vez que é desconfiado, além disso já se sentiu traído, pouco compreendido. Trabalho também para que se responsabilize por si mesmo, que perceba e aceite a realidade e sempre enfatizo que é possível estabelecer relações sem privar-se da liberdade, algo que é bem difícil para ele praticar. Basta o relacionamento começar a aprofundar que de alguma forma ele começa a se sentir preso e apresenta sintomas físicos e comportamentais.

Emílio vive o dilema de mudar de profissão, pois acha que ganha pouco e precisa ganhar mais, quer também um cargo que lhe dê estatus, porém, não consegue estudar para outro concurso e diz: "Sinto muita angústia, uma sensação ruim.... Acho que vai acontecer algo.... Perdi o ânimo, estranho, do nada. Ando muito desanimado com minha vida...tento fazer força para sair e caio em raiva e resignação. Estou apreensivo, continuo sobrecarregado no trabalho, quero enfrentar o chefe, mas tenho medo de perder o controle e agredir. Depois ele me ferra. Estou muito cansado, estou tendo doenças, meu olho está vermelho, ouvido inflamou. É o estresse".

Sugeri que seria pertinente ele consultar um novo psiquiatra, não reagiu muito bem. Disse-me que já havia ido em um, que não podia tomar álcool com a medicação dada, então ele não tomou direito o remédio. A medicação que lhe foi dada era para conter a compulsão, porém, apresentava também outros sintomas. Finalmente depois de um ano e meio, consultou outro profissional que diagnosticou o transtorno de personalidade *borderline.* Medicado de forma adequada, Emílio teve uma melhora, até seus olhos passaram a olhar na mesma direção, pois antes o olho esquerdo não parava quieto.

Passado o tempo, voltou a reclamar de baixa autoestima, de crise no emprego, de oscilar entre ficar solteiro ou ter alguém fixo. Em sessão disse: "Eu não consigo me aceitar. Eu queria ter morrido antes de chegar nessa idade. Não consigo melhorar minha timidez, o medo

da solidão, do abandono. Fico apavorado só de pensar. Sinto ódio de não ter tido uma família saudável. Luto para me manter vivo, mas não gosto da vida como ela é. Ela é feia, não tem nada de bonito. A felicidade é efêmera. Ultimamente tenho me sentido um tanto diferente".

Desconfiei de que não estava tomando corretamente a medicação e indaguei. Disse-me com raiva que precisava comprar outra medicação para a pele, que apresentava dermatite, e que era muito cara. O *borderline* tem um narcisismo que muitas vezes o atrapalha. Lowen (1983) postula que o termo narcisismo descreve duas condições: a psicológica e a cultural. No nível individual indica uma perturbação da personalidade em que a pessoa investe de forma exagerada na própria imagem ao invés de um verdadeiro *self*. Winnicott (1982, pp.128-139 *apud* Cukier, 2015, p.53) definiu *self*-verdadeiro e falso *self*:

> O *self*-verdadeiro está ligado ao corpo, às funções corporais, inclusive à respiração e ao coração. Surge como a força que a mãe confere às expressões onipotentes do ego frágil da criança. Uma 'mãe não suficientemente boa' deixa de alcançar as reais necessidades da criança e confunde o que a criança precise com aquilo que ela, mãe, deseja. A criança substitui, então, suas necessidades reais por aquelas que supõe serem aceitáveis pela mãe. Produz vários graus de 'falso *self*', numa tentativa de manter vivio algum aspecto do verdadeiro *self* e, ao mesmo tempo, dar conta das demandas do ambiente.

Fica notório em Emílio, que sua imagem é apenas uma fachada frágil que sob estresse emocional desmorona, pois com o problema de pele achou que toda a sua sensualidade ficaria comprometida por causa de uma pequena mancha no rosto. Disse-me também que precisava pagar outras contas, que não era só no psiquiatra que gastava dinheiro, que esse era muito caro, tinha a terapia também.

Infelizmente estava se auto sabotando, algo que faz com frequência, teve uma melhora e eu havia avisado, que conforme ele fosse melhorando, eu ia soltar da mão dele aos poucos. Disse à Emílio que ser adulto é escolher, decidir o que quer, mesmo sofrendo para optar por um ou outro caminho, e que é preciso encarar as consequências da escolha que fazemos. Que nem eu como sua psicóloga, nem o psiquiatra, nem o amigo, pais pode dizer a ele o que ele deve fazer, pois a vida é dele, é ele que está na situação. Essa tarefa de alertar o paciente *borderline* de que é ele que deve fazer por si mesmo deve ser desempenhada pelo terapeuta, segundo Volpi e Volpi (2003, p.103):

> O *borderline* deve ser alertado todo o tempo para que ele próprio pode fazer por si, num movimento de devolução do controle (poder) perdido na infância. O

> *borderline* precisa conectar com o que acontece dentro dele e não fora, o terapeuta será um facilitador nesse processo.

Emílio sempre tenta saber a opinião de quem ele confia e seguir o que os outros dizem, logo tem que se tomar cuidado. Ele não gosta quando convoco o adulto que há nele. Na situação anterior descrita, por exemplo, ficou brabo e respondeu: "Verei se a medicação é o mais viável no momento. Também preciso me divertir. O medicamento é importante, mas não é só ele que me faz sentir bem".

Mostrei a Emílio a importância da medicação no seu caso, como ele melhorou, que a estética também é importante, porém não mais que a saúde mental. Ele não gostou.

Segundo a Organização Mundial de Saúde com base no CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) denomina o transtorno de personalidade *borderline* de transtorno de personalidade emocionalmente instável:

> Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas consequências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "*borderline*", caracterizado além disto por perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas. (CID-10, 1997).

Emílio apresenta questão exagerada com a autoimagem, dificuldade em controlar raiva, sendo que tal emoção surge com frequência, pois se sente menosprezado pelas pessoas, não gosta de obedecer ordens e ser cobrado por tarefas. Após acesso de fúria com pessoa íntima, sente-se culpado. Tem ideação suicida. Imagina a morte como algo elegante, que liberta do sofrimento.

A partir dos nove tópicos listados no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) – sobre Transtorno da personalidade *Borderline,* comentarei o que identifico em Emílio de cada um. Primeiro a definição:

> Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e

> está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:
> 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
> 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
> 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
> 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
> 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
> 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
> 7. Sentimentos crônicos de vazio.
> 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
> 9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (DSM-V, 2014, p.707)

Quanto ao tópico 1. Ao sair de férias, Emílio perguntou se ele precisasse de mim e eu estivesse fora do país, o que ele faria? Expliquei que ficaria apenas duas semanas fora e que ele poderia me enviar mensagem pelo computador e que eu já havia deixado um profissional para me substituir caso ele precisasse falar com alguém. Na segunda vez, a mesma questão, porém, ele agora, também contava com o psiquiatra, o que minimizou a angústia. Emílio me disse que ficava preocupado quando eu viajava, pois ele não confiava em si mesmo e temia agir com impulsividade e tal atitude levar à consequência desastrosa e a psicóloga não estar para ajudá-lo. Como bem comentam as psicodramatistas Cukier e Marmelszrejn (2015, p.77) o *borderline*

> experimenta uma solidão eventual com a sensação de um isolamento completo e eterno. Não suporta a solidão, ficando seriamente deprimido com o abandono real ou imaginado, pois perde a sensação de existir. Seu lema existencial parece ser: ‘se os outros interatuam comigo, então eu existo’.

Lembrei de como ele já havia melhorado e já conseguia diante da raiva, respirar fundo com colegas de trabalho e chefe e não agredir verbalmente. Não estava sendo abandonado por mim, que eu ficaria duas semanas fora.

Tópico dois. Emílio já idealizou terapeutas, chefe, namoradas e passado um tempo, às vezes, questão de dias ou até no mesmo dia essas pessoas foram xingadas, reduzidas a incompetentes, más, sem escrúpulos. No mundo do *borderline*, segundo Cukier (2015, p.75) existem mocinhos e vilões, não existe o meio termo, logo se alguém o desaponta demonstra que não é o bom cuidador, o perfeitamente correto que busca constantemente.

Tópico três. Emílio, muitas vezes, deixa-se misturar em intrigas no trabalho que nada tem a ver com ele, pois não se diferencia, não há uma clara percepção de limites entre si mesmo e o outro. Seu senso de identidade e auto estima está associado a conseguir ou não atenção com aprovação. Desconfia de si mesmo, sente-se uma fraude, logo quando não tem atenção que quer, confirma essa crença disfuncional. O mesmo ocorre nos relacionamentos amorosos e na família. Além disso, oscila na escolha do objeto amoroso, embora se considere heterosexual e afirme que quer sair com mulheres, já teve relações homossexuais e admite ter atração por homens. Disse que chegar, sair e transar com homens é muito mais fácil do que com mulheres.

Tópico quatro. Emílio já fez sexo sem camisinha, já bebeu demais, já teve cartão de crédito no vermelho por gastar com bebidas em barzinhos no fim de semana, já dirigiu em alta velocidade com raiva, batendo o carro e raramente consegue fugir de convite a sexo. Cukier (2015, p.75) afirma que o *borderline* não consegue protelar a gratificação.

Tópico cinco. Emílio tem ideação suicida. Já descreveu seu enterro com requintes elegantes e góticos. Imagina a morte como uma linda, loira e bem vestida mulher que pode lhe tirar todo o sofrimento que sente. Após tomar medicação parou de falar sobre esse assunto . O reforço é para não se auto sabotar tomando medicação com álcool, fazer sexo sem camisinha e não dirigir em alta velocidade.

Tópico seis. A família e a namorada Maria foram as pessoas que mais sentiram a disforia de Emílio. Sem medicação ele oscilava muito o humor, tinha crises de raiva, depressão e pânico, deixando todos atordoados quando ameaçava acabar com a vida. Cukier (2015, p.75) sintetiza bem as reações do paciente *borderline* que são muito intensas e desproporcionais ao fato que as gerou.

Tópico sete. Muitas vezes Emílio diz necessitar sair para ver gente e evitar um vazio, que sempre retorna e ele começa a questionar por que ele existe, que não é feliz, que não sabe quem é, ou o que quer.

Tópico oito. Já bateu na mesa e esmurrou parede em sua casa, por nervosismo e raiva incontrolável já bateu o carro. Me contou que discutia bastante com outros três terapeutas.

Tópico nove. Muitas vezes relatou que os colegas de trabalho tramavam contra ele, pois isso já ocorreu de ser sabotado em trabalhos anteriores. No fim do primeiro ano de terapia ficou tão ansioso e estressado no trabalho que teve sintomas de despersonalização.

Emílio fala muito e noto que é para si mesmo, mas que a psicóloga funciona como testemunha, Cukier comenta que o *borderline* (2015, p.84): "busca no vínculo terapêutico é exatamente essa função testemunha: alguém que veja e discorde das injustiças que lhe foram cometidas."

Outro ponto bem levantado por Cukier (2015) é a desconfiança do *borderline*. No caso de Emílio, ele se sente ferido e traído, inclusive por psicólogos que não deram conta de seguir tratamento e o repassaram a outro profissional. Emílio me disse várias vezes que não é aceito e compreendido, logo reafirmo que eu o compreendo, porém mostro também que apesar dele sentir sofrimento, que eu sei que é real para ele tal angústia, certos problemas de pele por exemplo se resolvem com tempo e medicação, é necessário tolerar um pouco a frustração e não querer resultado imediato. Pensa, ri e concorda.

Muitas vezes precisei dizer a Emílio que ele não está na sessão para me agradar e que ele é livre para pensar e agir. Me olha perdido porque quer aprovação. Chegou a verbalizar isso depois de 2 anos de terapia: "Tenho você e meu ex psicólogo como mãe e pai, modelos de adultos saudáveis e quero muito dar orgulho a vocês".

Respondi: "Emílio muitas vezes me deixou orgulhosa e compartilhei com você tuas vitórias cotidianas, sei que quer muito minha aprovação, porém você sabe que quem tem que se orgulhar de você é você mesmo. Sei que não é um caminho fácil para você, mas está aprendendo".

Lineham e Kroll (1992 *apud* CUKIER, 2015, p.87) chamam a atenção para o fato de que o paciente *borderline* precisa de validação (iluminar qualidades positivas), cuidando para não reforçar comportamento inadequado, logo estabelecer limites é necessário. Permitir que ele expresse suas emoções e que seja respeitado nessa expressão. Emílio reclamou que os antigos psicólogos, muitas vezes, por não saberem o diagnóstico não levavam a sério suas queixas, diziam que eram drama. Expliquei que "para eles podia ser drama, para você Emilio era real. Isso não quer dizer que eles estavam te desqualificando, quem sabe estavam tentando te ensinar que a reação era exagerada".

No jogo entre transferência e contratransferência, Cukier (2015, p.97) ressalta que o profissional deve tomar muito cuidado para não entrar no papel sedutor de "salvador", tentando preencher as carências do paciente ou de "culpabilizador" da vítima, responsabilizando paciente pelo mal andamento da terapia.

Embora eu tenha dado exemplos de Emílio dentro dos nove tópicos estipulados pelo DSM-V, muitas vezes tento minimizar o diagnóstico, pois como ele lê e pesquisa o assunto, às vezes justifica seu comportamento e sofrimento porque tem transtorno de personalidade *borderline*. Logo, demonstro a ele como apresenta características positivas, uma delas, como conseguiu fazer mais de uma faculdade, enquanto outros com mesmo diagnóstico não conseguiram. Meu intuito é que ele não se coloque como um caso grave, perdido. Comento que o fato de fazer terapia desde os 20 anos o ajudou e que está colhendo os frutos dessas sementes que plantou. A medicação que toma a dois anos também o estabilizou. Toda essa luta pela cura tem dado resultados e que ele é um caso mais leve de personalidade *borderline*.

Quanto ao trabalho Corporal, especificamente Bioenergética, Emílio fica incomodado com exercícios. Parece que entrar em contato com emoções e sensações por meio do corpo, lhe dá pânico. Logo, trabalho respiração com ele, tentamos fazer *grounding* e a contenção se faz pelo contexto terapêutico. Como ele precisa manter-se bem, para exercer seu trabalho que cumpre 8 horas diárias, prefiro, por hora, investir na relação terapêutica por meio do diálogo, assim devolvo, limito, parabenizo conquistas, parabenizo quando decide sozinho, quando se defende sem agredir. Há momentos, que parece que nada foi feito e ele chega nervoso, angustiado, com alguma namorada que lhe ofendeu ou o chefe não lhe deu o devido valor ou o colega que o destratou. Nesses momentos olho novamente para a criança que precisa de um adulto que a console, que explique, que acalme. Gasto muita saliva, relembro as melhoras que ele já teve, aviso que quer se sabotar, que ele já aprendeu a sair de situações mais difíceis. Tem vezes que concorda vai se acalmando no final da sessão, outras vezes, fala com raiva que não está bem, que piorou de novo, que nenhum tratamento adiantou e que tem vontade de explodir tudo e todos. Então exclamo para ele: "Ah, quer que nós voltemos a andar em cima do arame farpado? Bem, você sabe que tenho sapatilhas profissionais contra ele e não machuco meus pés e não me incomodo na caminhada? Além disso, coloquei uma rede de proteção em baixo desse arame e não cairemos no abismo das distorções cognitivas". Ele entende as metáforas e ri. Diz que fica aliviado porque não me desespero como as outras pessoas que convivem com ele quando estoura em raiva, pessimismo e catástrofização. Mais uma vez, brinco: "Penso ser importante Emílio você usar um novo sapato, não será

profissional, mas há modelos mais adequados para andar nesse arame farpado, pois assim não machucará os pés. Inclusive, com o tempo, você pode vir a questionar como eu, será que é arame farpado mesmo? De repente, você pode descobrir que o arame farpado não está ali para sempre, e assim, quem sabe, você possa encontrar mais conforto na caminhada. Pois, quanto mais você aprende novas habilidades, mais preparado fica para enxergar que talvez não exista arame farpado e nem abismo, mas a maneira com que você enxerga é que os torna "reais" para você. Outro questionamento que pode lhe ocorrer, é se você pegar outro caminho, e deixar para trás o arame farpado com abismo em baixo pode vir a andar em terra firme, abandonando a velha sensação de ver e sentir a vida somente em corda bamba, em arame que machuca, que possibilidades ali existem para serem desenvolvidas, vivenciadas? Seus olhos brilham e ele sorri. Fica pensativo.

Entendo perfeitamente que a rigidez cognitiva de Emílio, o pensamento dicotômico e a crença de que precisa escapar de uma vida insuportável dificultam o trabalho terapêutico, porém, preciso insistir em lhe mostrar que existem possibilidades, para isso uso temas que ele gosta, arte, livros, filmes, uso metáforas e consigo comunicar-me com o lado mais sensível dele.

Lendo o DSM-V, o CID , os psicólogos da abordagem corporal (Navarro, Lowen Volpi e Volpi, Guy Tonella), do psicodrama (Cukier) e os cognitivos (Young, Kloslo,Weishaar) identifica-se a mesma opinião de que o *borderline* teve seu desenvolvimento emocional prejudicado. Pode ter sofrido vários tipos de abuso, desde o físico, o sexual e o emocional. O descuido da criança por parte dos pais, muitas vezes por despreparo e não por maldade gera consequência.

No caso de Emílio, cresceu em ambiente disfuncional, a mãe ressentida com o pai não queria filhos, não conseguiu fazer maternagem. À medida que crescia, presenciou discussões e brigas entre os pais. Muitas vezes, Emílio ficou ao lado da mãe, pois essa era traída pelo pai. Porém, Emílio se ressentia de que ela não agradecia tal apoio e nunca era carinhosa com ele. Somente depois de adulto aprendeu à abraçá-lo. Com o pai sempre buscou aprovação.

Outro ponto, apontado pelos estudiosos, que muitas vezes alguém na casa é *borderline.* Emílio comenta em sessão, depois de tantos anos de terapia e o fato de ler sobre o assunto, desconfia que sua mãe também é *borderline.* Alega que ele é parecido com ela em temperamento e diz: ela é impulsiva, agressiva, infantil, instável no humor, tem baixa auto estima, é egoísta e tem compulsão por compras. Muito vaidosa, não tolera imperfeições físicas.

Tanto Cukier (2015), como Young, Klosko e Weishaar (2008), comentam que muitos profissionais tem muita dificuldade em atender borderline. Young, Klosko e Weishaar (2008) afirmam que os profissionais alegam sentir cansaço, frustração, e acusam o paciente de ser egoísta, manipulador. Para me ajudar a lidar com Emilio, sem correr o risco de não ter empatia suficiente, aderi ao conselho dado pelos cognitivistas Jeffrey Young, Klosko e Weishaar (2008):

> Em nossa visão, a maneira mais construtiva de ver os pacientes com TPB é como crianças vulneráveis. Embora pareçam adultos, psicologicamente são crianças abandonadas em busca dos pais. Comportam-se inadequadamente porque estão desesperados, e não porque são egoístas. São carentes, e não invejosos. Fazem o que todas as crianças pequenas fazem quando não têm quem cuide delas e garanta sua segurança. A maioria dos pacientes com TPB foi solitário e maltratado quando criança. Não havia quem os confortasse ou protegesse. Muitas vezes, não tiveram a quem recorrer, com exceção daqueles que os maltratavam. Sem um adulto saudável a quem pudessem internalizar, como adultos, carecem dos recursos internos para sustentar a si mesmos; quando estão sozinhos, entram em pânico.
> Quando os terapeutas ficam confusos no tratamento de pacientes com TPB, por vezes nos parece que associar uma imagem de criança pequena ao paciente auxilia o terapeuta a entender melhor o paciente e a descobrir o que fazer. Esta estratégia se contrapõe a reações negativas ao comportamento do paciente, lembrando ao terapeuta que, no fundo, se trata de uma criança abandonada, quer esteja com raiva, desligada ou com postura punitiva.
> (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008, pp.277-278)

A partir da imagem de uma criança abandonada, consigo respirar fundo e ter a empatia necessária para exercer uma relação terapêutica com Emílio, em que haja afetividade nas palavras e nos gestos. Com sensibilidade praticar paciência, saber limitar com muito tato para não ofender, não julgar, acolher e principalmente ser sincera no afeto para com que ele vivencie relação de confiança. Fácil? Nem sempre. Porém, é um paciente que te ensina muito, já que exige bastante do psicólogo. Logo, a dica é que o professional tenha passado por terapia, olhado para sua feridas, que tenha autoconhecimento, que pesquise e estude a literatura disponível, troque informações com colegas de profissão e faça supervisão. Assim garante bagagem psico-emocional e técnica para andar na montanha russa com *borderline* proporcionando a esse paciente contenção com firmeza, amorosidade e relação terapêutica honesta.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento *et al*. Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli *et al*. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: http://www.tdahmente.com/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf Acesso 12/05/2019.

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. 5. Disponível em: http://psiqweb.med.br/site/DefaultLimpo.aspx?area=ES/VerClassificacoes&idZClassificacoes=76. Acesso em 15/05/2019.

CUKIER, R. **Sobrevivência emocional**: as dores da infância revividas no drama adulto. 6. Ed. São Paulo: Ágora, 2015.

NAVARRO, F. **Somatopsicopatologia**. Curitiba: Centro Reichiano, 2013.

LOWEN, A. **Narcisismo**. São Paulo: Cultrix, 1983.

NEMI, S. **Transtorno de Personalidade Borderline** – o transtorno de quem sofre e faz sofrer. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qJgn7z5OnRoJ:www.sonianemi.com/home/wp-content/uploads/Transtorno-de-Personalidade-Borderline1.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 15/05/2019.

TONELLA, G**.** L'encodage corporel de la mémoire préverbale, Le corps et l'analyse, 2012, Vol. 13. Trad. Fr. Gagner à em mourir, une civilisation narcissique, Hommes et Groupes, Paris apud NEMI, S. Transtorno de Personaliddae Borderline – o transtorno de quem sofre e faz sofrer. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qJgn7z5OnRoJ:www.sonianemi.com/home/wp-content/uploads/Transtorno-de-Personalidade-Borderline1.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em 15/05/2019.

VOLPI, J. H. VOLPI, S.M. **Reich: A análise bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

VOLPI, S.M. **Caractereologia Bioenergética**. Aula de Especialização em Psicologia Corporal no Centro Reichiano, Curitiba, PR em 27/09/2014.

YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E. **Terapia do Esquema**: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Tradução Roberto Cataldo Costa. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

BENGTSSON, Lusiana. A relação terapêutica com paciente borderline. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.) 24º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. **Anais.** Curitiba: Centro Reichiano, 2019. [ISBN – 978-85-69218-04-3]. Disponível em: http://centroreichiano.com.br/anais-dos-congressos-de-psicologia/ Acesso em: ____/____/____.

AUTORA E APRESENTADORA

Lusiana Bengtsson / Curitiba / PR / Brasil

Psicóloga, Especialista em Psicologia Corporal pelo Centro Reichiano. Mestre em Estudos Literários pela UFPR. Atendimento clínico individual de adultos. Graduada em Letras Licenciatura Dupla Português-Espanhol (UFPR) e Bacharelada em Literaturas de Língua Portuguesa (UFPR).

E-mail: psicologalusiana@gmail.com

Este artigo veio acompanhado da DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DA NÃO VIOLAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS DE TERCEIROS, de posse do Centro Reichiano.