

A clínica da dor crônica como ninho de pacientes difíceis: o papel da identificação projetiva

Chronic pain clinic as a haven for difficult patients: the role of projective identification

João Paulo Consentino Solano¹

RESUMO

Pacientes difíceis - ou de personalidade difícil - são frequentemente encontrados na clínica da dor crônica não-oncológica, impondo à relação médico-paciente sobrecargas que vão além das complexidades da doença e do tratamento. Esta revisão/retrato de experiência discute o papel que o processo psicológico e comunicacional da identificação projetiva exerce sobre as relações entre pacientes e médicos (e outros profissionais) nas equipes de dor crônica. São revisados os conceitos de identificação projetiva, na sua forma benigna e maligna. Duas vinhetas clínicas são dadas como exemplos de cada uma. São apresentadas situações no cenário da comunicação médico-paciente em que a identificação projetiva opera complicando a relação terapêutica. Ao final, recomendações são dadas sobre o manejo do paciente difícil que se comunica maciçamente por identificação projetiva, assim como às equipes multiprofissionais que lidam com estes pacientes. Os pacientes difíceis de nossa clínica de dor crônica têm em comum o fato de se comunicarem pela forma maligna de identificação projetiva e terem organizações imaturas de personalidade. Nas equipes de dor crônica, as relações entre pacientes e profissionais (assim como as relações entre os profissionais), podem ser otimizadas se a equipe for capaz de identificar precocemente o fenômeno da identificação projetiva e manejá-lo de forma terapêutica. Para o paciente, a psicoterapia de longo prazo é o tratamento de eleição.

Palavras-chave: Dor Crônica, Dor Intratável, Projeção, Identificação (Psicologia), Transtornos da Personalidade

ABSTRACT

Difficult patients - or those with difficult personalities - are frequently encountered in the treatment of chronic non-oncologic pain, overburdening the doctor-patient relationship far beyond the complexities of their illness and treatment. The present review/experiential report discusses the role that projective identification, as a psychological process of communication, puts the doctor-patient relationship in within the multi-professional chronic pain team. The concepts of projective identification are reviewed both in their benign and their malignant forms. Two clinical vignettes exemplify each of them. Some situations in the setting of doctor-patient communication are presented in which projective identification appears and complicates the therapeutic relationship. Some recommendations are offered regarding the handling of patients that communicate mainly by means of projective identification, and some ideas are offered to the multi-professional team. In our chronic pain clinic, difficult patients as a whole seem to prefer to communicate by means of a malignant form of projective identification and present with immature types of personality organizations. Within the chronic pain teams, doctor-patient relationships (as well as relations among the professionals) can be enriched if projective identification is detected early and appropriately handled. Long-term psychotherapy is the treatment that should be chosen for such patients.

Keywords: Chronic Pain, Pain, Intractable, Projection, Identification (Psychology), Personality Disorders, Physician-Patient Relations

¹ Psiquiatra da Equipe de Controle da Dor do Hospital das Clínicas da FMUSP, Professor Centro Universitário São Camilo.

Endereço para correspondência:
Equipe de Controle da Dor/Divisão de Anestesia do ICHC-FMUSP
João Paulo Consentino Solano
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 -
8º andar - Bloco C
São Paulo - SP
CEP 01246-903
E-mail: joaopaulocsolano@uol.com.br

Recebido em 21 de Novembro de 2014.
Aceito em 20 Fevereiro de 2015.

DOI: 10.5935/0104-7795.20150010

INTRODUÇÃO

Equipes que trabalham com pacientes com dor crônica geralmente se deparam com situações disfuncionais na relação entre paciente e um (ou mais de um) membro da equipe. Na medicina, já de longa data se discutem formas de aprimorar o manejo dos - assim chamados - pacientes difíceis ou pacientes-problema. Estima-se que 15% dos encontros médico-pacientes em ambulatórios de medicina geral sejam difíceis ou problemáticos.¹⁻³ Para Hahn, os pacientes difíceis tendem a apresentar muitos sintomas psicossomáticos, além de um estilo “abrasivo” de personalidade que frequentemente os coloca como preenchendo critérios diagnósticos para um transtorno de personalidade.⁴

A clínica de dor crônica, especificamente a dor crônica não-oncológica, é uma das especialidades que mais congrega pacientes difíceis, pois estes pacientes têm tendência a se apresentarem com raiva, rigidez de personalidade e comportamentos arrogantes.⁵ Os pacientes difíceis mais graves já foram qualificados de “pan-sintomáticos”, pois apresentam uma vasta plêiade de sintomas, em múltiplas e complexas combinações, além de comumente externarem raiva de seus tratadores.⁶ Entre pacientes com dor crônica também são frequentes comportamentos destrutivos, como ameaças e tentativas de suicídio, automutilações, falta de adesão ao tratamento proposto e abuso ou dependência de opiáceos. Tais pacientes são, em geral, hiper demandantes e muitos profissionais de saúde se sentem exauridos ao trabalhar em ambulatórios de dor crônica não-oncológica.⁵

Groves, um dos pioneiros na tentativa de categorizar os pacientes difíceis, propôs agrupá-los em quatro subtipos:⁷ (a) pacientes com apego dependente ao médico (*dependent clingers*), que parecem ter necessidades intermináveis de reassuramento e se mostram como eternos desamparados; (b) os arrogantes demandadores (*entitled demanders*) que, inicialmente dóceis, passam a ser agressivos e intimidadores com o passar do tempo; (c) os rejeitadores de ajuda (*manipulative help-rejectors*), que usualmente não conseguem agradecer pela ajuda que recebem e sempre são pessimistas sobre seu prognóstico; e (d) os autodestrutivos (*self-destructive deniers*) que parecem sempre sabotar o tratamento com seus comportamentos de risco e/ou descumprimento sistemático das prescrições. Em nossa experiência de psiquiatra em uma equipe de dor crônica, temos amiúde encontrado os subtipos de Groves e identificado certo grau de sobreposição entre

eles. Tem-nos ficado cada dia mais claro que há um denominador comum no funcionamento mental dos pacientes difíceis: a imaturidade da personalidade. Tal imaturidade parece levar tais pacientes a se comportarem com mecanismos relacionais extremamente arcaicos, primitivos, próprios da vida infantil precoce - sendo o principal destes mecanismos a identificação projetiva.

O presente artigo traz uma revisão sobre o papel que a identificação projetiva desempenha na construção de relações difíceis entre pacientes e médicos (ou outros profissionais) nas equipes de dor crônica. São incluídas duas vinhetas clínicas (fictícias) que exemplificam a identificação projetiva. Espera-se que, com o texto, os membros das equipes de dor se tornem mais hábeis para identificar o fenômeno precocemente e manejá-lo de forma terapêutica (ou menos disfuncional) para as partes envolvidas.

MÉTODO

Os termos *chronic pain* e *projective identification* foram combinados para buscas nas bases eletrônicas SciELO, MedLine, Embase, Cochrane Library, Web of Science.

Qualquer artigo em português, espanhol ou inglês poderia ser incluído, desde que discutisse um possível papel da identificação projetiva no cenário de atendimento a pacientes com dor crônica. Apenas três artigos foram encontrados. Após a leitura dos resumos, apenas um foi elegível de acordo com o critério de inclusão adotado, tendo recebido leitura integral.

Esta primeira estratégia de busca, por ter recuperado um número muito pequeno de artigos, foi substituída por uma em que: (a) a experiência do autor é relatada, após dois anos de trabalho como psiquiatra em uma equipe para pacientes com dor crônica; (b) textos dos autores que mais discutiram sobre identificação projetiva no cenário da saúde são checados para a gradual construção de uma revisão narrativa sobre o tema; e (c) duas vinhetas clínicas são apresentadas para ilustrar a operação da identificação projetiva no contexto da atenção a pacientes com dor crônica.

O conceito de Identificação Projetiva

O conceito de identificação projetiva foi cunhado por Klein a partir da observação da comunicação não-verbal entre mãe e bebê⁸ e logo aplicado ao cenário das relações entre terapeuta e paciente.⁹ Quando um bebê acusa um desconforto (pelo choro, por suas contorções etc) e sua mãe o ajuda a aliviar-se

desse desconforto (seja pela amamentação, pelo provimento de calor, por simplesmente pegá-lo etc), aos poucos se cria uma comunicação circular entre os dois. Pela repetição, tal comunicação será refinada a cada dia e, se tudo correr bem no processo, a mãe saberá, depois de algum tempo, qual é a necessidade do bebê - isto é, fica fundado um efetivo código de comunicação não-verbal entre ambos. Ou seja, o bebê sinalizou para sua mãe o seu sofrimento de um lado; de outro, graças a ter ficado angustiada, a mãe soube diagnosticar o sofrimento e resolvê-lo.

Autores que aprofundaram o entendimento desta comunicação pré-verbal entre mãe e bebê propuseram a seguinte equação:⁸⁻¹³ o sofrimento/angústia que era do bebê foi separado da noção de si-mesmo (*self* do bebê) e passou a ser vivenciado pela mãe; a mãe passou a se comportar - ainda que inconscientemente - como se o sofrimento fosse dela. Isto é, graças à identificação com o sofrimento do outro como sendo seu próprio, surgiu um efetivo manejo para tal sofrimento. Enquanto isto, o bebê (o emissor da comunicação ou projetor) pode-se sentir aliviado e um pouco descansar de uma dor que lhe estava sendo intolerável. De fato, a mãe (receptora da comunicação), por ter um ego mais forte, sabe o que fazer para amainar a dor/sofrimento/angústia de seu bebê. Portanto, identificação projetiva recebe este nome porque o bebê projetou em sua mãe algo que era seu, e a mãe identificou-se com essas partes projetadas como se fossem dela, sentindo, pensando ou agindo de acordo.

O processo que leva o psiquismo infantil a se organizar separando coisas boas das coisas ruins (ou seja, vivências gratificantes das vivências frustrantes) recebe o nome de cisão ou clivagem (*split*).¹⁴ Faz parte da experiência infantil precoce fazer uma leitura - tanto do *self* como do outro - de forma cindida, parcial: a mãe que gratifica é totalmente boa; a mãe que falta (por exemplo, que se afasta por um momento) é integralmente desvalorizada como objeto perigoso, totalmente mau. Nos primeiros meses de vida, interessa à manutenção do bem estar do bebê que ele não perceba que estes seus impulsos opostos e radicais se dirigem a uma mesma mãe. Aquela parte de si mesmo (*self*) ou do objeto (o outro, a mãe) que é vivida como sendo totalmente boa, perfeita, plenamente gratificante, está sendo vista sob o processo conhecido pelo nome de idealização. As partes de si mesmo ou do outro que estão sendo vistas como más ou perigosas estão sendo desvalorizadas. Idealização e desvalorização são defesas muito comuns no início da vida e, quando o amadurecimento psíquico

não ocorre, podem persistir de forma ruidosa na vida adulta. Personalidades imaturas tendem a enxergar o mundo em preto-e-branco. Muitas vezes, na clínica, vemos pacientes que idealizam seu médico ao extremo quando (no início do tratamento) pensam ter encontrado um amigo que lhes irá salvar de todas as suas dores e mazelas existenciais - somente para depois desvalorizarem totalmente este médico quando se sentirem frustrados, quer com o tratamento, quer com a "amizade".

Bion entendia a identificação projetiva como uma forma de comunicação primitiva mãe-bebê que é capaz de persistir na vida adulta em muitas relações interpessoais, como a relação entre terapeuta e paciente.¹⁰ Para Bion, o conceito está intimamente associado ao fato de a criança usar sua mãe como um continente provisório para sofrimentos que ainda lhe são intoleráveis. Esta noção ficou conhecida como relação continente/conteúdo na interação mãe-bebê. Graças à identificação projetiva, pois, o bebê consegue manter a fantasia de estar extirpando de si (*splitting off*) todos os seus conteúdos desagradáveis (fome, frio, angústia, dor) e alojando-os em sua mãe. Para Bion, enquanto a mãe puder identificar-se com a angústia de seu bebê, "assumindo-a" como sua e manejando-a, o bebê tem um tempo para digerir seus impulsos e emoções brutas, transformando-os em pensamento; portanto, é nesse intervalo que nasceria e se fortaleceria a capacidade de autoavaliar-se (*insight*) e pensar.⁹

Ao estender o conceito de identificação projetiva à relação terapeuta-paciente, Bion postulou que quando somos alvos da identificação projetiva (quando somos receptores), assim como a mãe, precisamos funcionar como um continente provisório. Isto é, se quisermos efetivamente tratar o paciente, precisamos ter a tolerância de elaborar aquilo que em nós foi por ele inoculado - por mais execrável que seja - para depois devolvermos ao paciente tudo o que era dele, mas de forma abrandada, detoxificada, uma forma que ele possa tolerar (por perceber não ser mais tão perigoso).

Vários autores propuseram uma forma didática em três passos para o entendimento da identificação projetiva:¹⁵⁻¹⁷

(a) o projetor tem a fantasia inconsciente de que, podendo alojar um sentimento doloroso (como ansiedade, vergonha, por exemplo) dentro de outrem, isto pode resultar que tais sentimentos se tornem mais toleráveis;

(b) uma pressão subliminar é exercida do projetor sobre o receptor, para que este experiencie o sentimento projetado como seu próprio, e pense e reaja de acordo;

(c) fica criada uma ressonância afetiva entre os envolvidos: o estado afetivo do receptor passa a espelhar o do projetor; acontece um borramento dos limites entre os dois, de forma que não se sabe mais a quem pertenciam, originalmente, os sentimentos de ansiedade ou vergonha insuportáveis; se o receptor souber agir sobre os conteúdos projetados (em vez de só ser alterado por eles), o projetor poderá assumir tais conteúdos de volta (de forma metabolizada pelo receptor) e o borramento de limites se desfaz.

Esta dissecação do processo de identificação projetiva permite perceber o quanto ele é diferente de uma simples projeção.¹⁸ Na projeção, não existe borramento de limites entre as identidades de projetor e receptor, nem este último se sente pressionado a identificar-se com os conteúdos nele projetados, ou pensar ou comportar-se de acordo. Ou seja, na projeção, o receptor não participa, nem é alterado pelo processo. Por exemplo, um indivíduo racista pode projetar num vizinho de outra etnia vários de seus próprios defeitos de caráter - mas o vizinho pode sequer saber disso. Entre os dois não existe um borramento de limites: pelo contrário, na projeção o projetor insiste em se ver como diferente de seu vizinho, e melhor que ele.

É fundamental ter em mente que, na tenra infância, é normal que o bebê use a identificação projetiva para livrar-se de desconfortos que seu ego imaturo não consegue ainda conter e processar (dores, angústias, sofrimentos). Se o indivíduo se torna um adulto, no entanto, e ainda faz uso vicariante da identificação projetiva para comunicar-se com o próximo, estamos diante de uma situação patológica - e muito contraditória na clínica de dor crônica.

Identificação projetiva "benigna" e "maligna"

Em artigo de revisão, Clarke lembra que a identificação projetiva pode servir à construção de uma comunicação mais empática entre projetor e receptor, como também pode servir como um ataque que o projetor faz sobre o receptor.¹⁹ Esta noção de ataque era a mais enfatizada por Klein,

que entendia que pela identificação projetiva a criança pequena estabelecia o protótipo de uma relação agressiva que serve para controlar, lesar ou possuir a mãe.⁸

A questão foi bastante explorada por Rosenfeld¹² e Ogden²⁰ no cenário das relações entre pacientes adultos e seus terapeutas. A forma "benigna" de identificação projetiva resulta no refinamento da comunicação empática entre paciente e terapeuta (Quadro 1). Já a forma "maligna" serve tão somente para que o paciente expulse tudo o que sente como execrável (amedrontador, estragado) de dentro de si, utilizando o outro (o terapeuta) como uma grande lixeira. Neste segundo caso, o paciente parece fazer uso do terapeuta sem sequer considerá-lo como uma pessoa (sem enxergá-lo), pois o que interessa é a evacuação rápida de tudo o que lhe causa dor ou desconforto. Certamente, nos primeiros meses de vida, a mãe é utilizada como um receptáculo deste tipo. Os pacientes difíceis que temos visto na clínica de dor crônica também parecem fazer uso costumeiro de seus médicos e terapeutas como receptáculos deste tipo. O Quadro 2a traz uma vinheta clínica que exemplifica uma situação de identificação projetiva maligna que não foi bem manejada pelo médico consultor.

Identificação Projetiva na Clínica de Dor Crônica

Na clínica de dor crônica temos encontrado pacientes muito difíceis. A observação cuidadosa desses encontros revela que, muitas vezes, a capacidade terapêutica do profissional de saúde é desafiada e pode ficar seriamente comprometida por formas malignas de identificação projetiva. Abaixo, indicamos algumas situações frequentes:

1. O paciente que idealiza demais o seu médico ou o tratamento

Profissionais de equipes de dor muitas vezes se deparam com pacientes que os idealizam de forma extremada, ou idealizam intensamente o tratamento que lhes é proposto. Alguns desses profissionais podem perguntar se devem ou não ofertar amizade como a contrapartida da confiança que lhes está sendo oferecida pelo paciente. Alguns se perguntam se devem dar telefones pessoais ao paciente, se devem aceitar presentes etc. Infelizmente, o paciente que faz uso vicariante da identificação projetiva costuma alternar momentos de idealização com momentos de desvalorização - sendo ambas extremadas, já que o paciente faz uma leitura do mundo em

Quadro 1. Vinheta clínica sobre identificação projetiva "benigna"

Um psiquiatra descreve que ficou atônito durante a primeira consulta da paciente A.C., de 45 anos, enquanto ela lhe contava sua história. Dois anos antes, ela tinha perdido seu filho primogênito que nadava em uma represa, e sumira diante dos seus olhos. E durante todo o último ano, ela tinha cuidado do filho que lhe restara durante a evolução de uma doença metabólica. Ela lhe tinha dado os cuidados finais, em casa, aguardando que ele morresse em seus braços. O psiquiatra notou que a mãe falava do assunto de forma monotonal, enquanto ele se sentia cada vez mais oprimido, quase ao ponto de desmoronar em lágrimas. Nas sessões seguintes, ele percebeu que tinha servido como um primeiro continente para a dor de sua paciente que, aos poucos, passou a falar com mais emoção de sua recente tragédia.

Quadro 2a. Vinheta clínica sobre identificação projetiva "maligna" com manejo deficiente

B.D., 45 anos, fazia acompanhamento em um grande hospital universitário, há vários anos, com diagnósticos de tendinite, lombociatalgia, fibromialgia, adenomiose, endometriose, doença de Crohn, síndrome do cólon irritável e cefaleia. Além do grupo de Dor, também era acompanhada pela Gastroenterologia, Ginecologia, Reumatologia, Neurologia e Mastologia. Foi encaminhada ao psiquiatra para uma avaliação "urgente por depressão endógena, ideação suicida, síndrome do pânico e transtorno bipolar". Na primeira consulta psiquiátrica, também alegou sofrer de insônia e nódulos na mama, disse ter tido nódulos no útero, ter feito tratamento para câncer e quase ter tido uma trombose na perna. Disse que tinha dores desde que "se conhecia por gente". Tinha antecedentes de várias tentativas de suicídio, tratamento psiquiátrico com um médico "amigo" e nenhuma internação psiquiátrica. Vinha fazendo uso abusivo de benzodiazepínicos há anos. Tinha episódios em que se perdia nas ruas, percebendo-se após horas em lugares diferentes do destino. Seu convívio com o marido e os dois filhos era disfuncional, marcado por alterações verbais quase diárias. Referia antecedentes de traumas na infância, incluindo negligência e abusos físico e sexual. O psiquiatra notou que seu prontuário era muito confuso e não trazia a confirmação de algumas de suas doenças: por exemplo, havia várias colonoscopias normais. No exame psíquico, a paciente tinha um contato puerilizado, ideias suicidas pouco estruturadas, verborragia, ansiedade e irritabilidade; não havia depressão de humor ou anedonia. O psiquiatra não encontrou sustentação para os diagnósticos de síndrome do pânico ou transtorno bipolar e fez hipótese de transtorno *borderline* de personalidade. Nas consultas seguintes, o exame psíquico se manteve e o psiquiatra notou que a paciente tinha dificuldade em seguir as prescrições; também não trazia um familiar para anamnese objetiva conforme lhe tinha sido solicitado. Num mês em que não teria consulta com o psiquiatra, B.D. apareceu no ambulatório e solicitou um "encaixe". Na consulta, foi eloquente em pedir que o médico lhe receitasse de volta um benzodiazepínico, pois o hipnótico receitado não lhe estava fazendo dormir. Numa consulta mais rápida, o psiquiatra aceitou. Na consulta seguinte, o psiquiatra encaminhou B.D. para psicoterapia e confrontou-a com suas dificuldades em seguir regras (por exemplo, ao usar as medicações de forma errática ou não ter trazido ainda um familiar para anamnese objetiva). Duas semanas após, a paciente apareceu (sozinha e muito angustiada) pedindo uma nova consulta de "encaixe". O médico, porém, disse que naquele dia não poderia atendê-la, pois havia muitos outros pacientes aguardando atendimentos previamente agendados. Mostrando uma escoriação no punho, a paciente começou a chorar e a acusar o médico de não ser sensível para perceber seu grau de fragilização devido a suas dores, problemas com o marido e filhos, e sua vontade de suicidar-se. Tirou uma cartinha de encaminhamento em que outra médica da instituição (que desconhecia o caso) também pedia o tal "encaixe". Ao final, percebendo que o médico não a atenderia, curvou-se perto de seu ouvido e lhe disse (num tom mais baixo, mas ainda chorando): "como pode? o senhor acha normal uma paciente pensar todo dia em suicídio?". O médico respondeu que não achava normal e, por isto mesmo, tinha-lhe encaminhado para um tratamento multiprofissional, incluindo psicoterapia, no departamento de psiquiatria. Quando B.D. saiu da sala, o psiquiatra percebeu que tinha havido uma alteração entre os dois; e que ele tinha ficado angustiado com a sensação de ter sido descoberto e acuado por uma paciente em seu local/horário de trabalho, num dia em que ele não estava pensando nela; percebeu-se com raiva da paciente e temeu que ela poderia ter percebido sua raiva. Após ter atendido um ou dois pacientes, uma funcionária do guichê lhe disse que B.D. estava na ouvidoria queixando-se dele – o que aumentou ainda mais a sua raiva. Nos dias que se seguiram, o médico perdeu o sono e sentiu-se várias vezes inclinado a ligar para B.D. Percebeu que temia ser punido pela ouvidoria do hospital, e temia que a paciente pudesse já ter cometido suicídio.

preto-e-branco, clivando suas experiências de modo a alocar tudo o que lhe é "bom" e tudo o que lhe é "mau" em compartimentos separados. Somos da opinião que, nas equipes de dor, os profissionais deveriam tomar bastante cuidado para não "vestir" completamente a fantasia de super heróis - por mais onipotentes que estejam se sentindo - pois, muitas vezes, far-se-á em queda livre a derrocada da posição de salvador para a posição de algoz do paciente sofredor. Na relação com estes pacientes, a vivência do médico de ser um salvador (onipotência) foi, em geral, nele inoculada por identificação projetiva. Tal médico pode começar a agir com extremo desvelo em relação a um determinado paciente (um paciente "especial"), abrindo-lhe exceções de horários, por exemplo, ou até mesmo tentando intervenções difíceis, que ele nunca praticou. Mesmo que este profissional não seja alvo em seguida de uma derrocada para a posição de

algoz, é provável que outro membro da equipe já esteja assim sendo violentamente desvalorizado pelo paciente - o que poderá levar a dissensões na equipe de trabalho.²¹

2. O paciente capaz de enfurecer o médico

Quando um membro da equipe de dor se vê às voltas para conter uma excessiva raiva que sente do paciente, é bem provável que ele esteja identificado com aspectos maus, estragados, repulsivos e destrutivos que o paciente, por identificação projetiva, inoculou nele. Nalgumas vezes, o profissional está experimentando exatamente uma raiva brutal que era do paciente. O processo pode ter-se iniciado porque o paciente ensinou que o médico se sentisse desvalorizado e/ou francamente desvalorizou o tratamento que o médico lhe estava oferecendo. É importante lembrar que o paciente não faz isso de propósito ou conscientemente, mas sim porque a vivência de

desconforto por abrigar uma raiva destrutiva lhe era intolerável - e ele precisou, de novo, apartar de si coisas ruins para se preservar portador de coisas boas ou merecedor de algo bom (isto é, para não permitir que sua destrutividade acabasse, em fantasia, com os seus conteúdos bons). Um médico perceber-se com raiva ou angústia - no lugar de um paciente impassível em seu semblante, inabalaável em suas queixas - é uma das cenas mais comuns na clínica da dor crônica.

3. Médicos paralisados no trinômio medo-obrigação-culpa

Alguns pacientes, por identificação projetiva, conseguem deixar seus médicos e terapeutas mergulhados e paralisados por sentimentos de medo (especialmente dos pacientes hiper demandantes); de culpa (pelos fracassos terapêuticos); ou de obrigações não completamente quitadas para com o paciente (pois o paciente não melhorou totalmente, ou não melhorou conforme o esperado com determinado procedimento). Forward cunhou a expressão FOG para estes pacientes (*Fear-Obliigation-Guilt*), criando um acrônimo que faz lembrar que o profissional mergulhado em *fog* (névoa) enxerga cada vez menos o caminho a tomar na condução do caso de seu paciente. Tendo sua visão obscurecida, o médico pode ficar cronicamente considerando-se o "responsável" pela inefetividade do tratamento. A autora postula que estes pacientes são formidáveis em suas capacidades de operar por chantagem emocional, criando (e nutrindo) silenciosa e subliminarmente esta tríade de sentimentos desconfortáveis dentro do psiquismo do médico.²²

4. O médico sob controle remoto

Como o bebê que consegue fazer com que a mãe nunca termine suas lides e dele se afaste, muitos pacientes conseguem sadicamente controlar seus médicos e terapeutas. Muitos médicos percebem que, dias ou semanas após passada a consulta, continuam pensando em como resolver os sofrimentos do paciente (mesmo quando estão com seus amigos e parentes em atividades externas à profissão).²³ Por vezes, acontece de uma alta ter que ser adiada, pois uma sombria e inexplicável piora do quadro do paciente aparece de forma fantasmática. A vivência de estar sendo controlado pelo paciente é uma das que mais incomoda o médico. É como se, além da inteligência decisória do médico, pairasse sobre a dupla médico-paciente uma inteligência acessória, alienígena, estranha. Tal inteligência

parece estar no comando e governar tudo o que dá e não dá certo no curso do tratamento. De fato, a necessidade de controlar o outro (o outro que cuida) é central no processo de identificação projetiva: quando um indivíduo coloca no outro aspectos de si mesmo, ele irá também controlar o comportamento desse outro para manter a ilusão de ainda ser o dono dos aspectos que foram projetados.²¹ Bohmer lembra que a identificação projetiva é uma forma de comunicação por “impacto”, assim como as ameaças de suicídio e as automutilações.¹⁶ Sentir-se controlado é impactante, é achapante, pois subitamente o médico se vê privado de sua liberdade e de seu direito de fazer escolhas sobre qualquer coisa, incluindo se quer ou não continuar tratando de um determinado paciente. A necessidade de sistematicamente controlar o outro pode ser identificada na primeira entrevista e confirmada pela anamnese objetiva (colhida com familiares ou amigos do paciente). O problema é que, como temos visto, a maioria dos médicos que lidam com dor crônica prescindem da anamnese objetiva.

5. A frustração como desfecho garantido

Equipes que cuidam de pacientes com dor crônica ficam periodicamente frustradas, decepcionadas com estratégias terapêuticas que pareciam perfeitas (às vezes até heroicas), mas que sempre resultam inócuas para os pacientes.^{24,25} Os profissionais dessas equipes geralmente se esquecem de examinar a seguinte equação: enquanto a frustração é por eles vivenciada, o paciente descansa livre dela e não precisa elaborá-la. Acontece, porém que, para o tratamento dar resultado, o paciente precisa internamente elaborar os ônus de seus fardos, reconhecer as limitações que a doença lhe traz, aceitar seus deveres para com o cumprimento das prescrições médicas e planejar uma forma de viver bem, ainda que administrando seus sofrimentos. Ou seja, enquanto o paciente está simplesmente evacuando suas queixas para o outro (seu médico ou equipe), ele não precisa se haver com a presença real do sofrimento intrapsíquico. E se médico ou equipe tendem a viver a frustração no lugar do paciente, fica faltando o terceiro passo da identificação projetiva (devolver ao paciente aquilo que é dele e precisa ser por ele suportado, agora de forma abrandada pela presença e continência do terapeuta ou da equipe).

6. O médico numa “sinuca-de-bico”

Temos ouvido colegas falando de como se veem sem saída ao tentar várias estratégias terapêuticas que resultam, em geral, inefetivas

para os pacientes com dor crônica. Alguns se queixam de que o próprio paciente parece se antecipar com uma expectativa sempre negativa em relação a qualquer proposta terapêutica que o médico lhe esteja apresentando. O tratamento eternamente inefetivo está em íntima conexão com o que foi dito no item anterior: para que a frustração continue sendo vivida por alguém, nenhum tratamento pode dar certo. Tratamento que dá certo significa alta. Ou seja, acontece o temível encerramento da proposta de se ter alguém do lado de fora servindo como receptáculo das angústias e frustrações. Estes pacientes parecem ser pessoas que nunca podem dizer que estão bem. Dizer que está bem é terrífico porque prenuncia afastamento, abandono, solidão. Muitas vezes, o médico parece divisar, no próprio paciente, ações que sabotam o tratamento. Por exemplo, falhas em cumprir prescrições, faltas a procedimentos agendados, esquecimentos de receitas ou impressos de exames etc. Com o tempo, o médico pode começar a se sentir impotente diante do caso. É preciso reconhecer-se que, por identificação projetiva, esta impotência também foi inoculada pelo paciente para dentro de seu médico (na origem, era do paciente a impotência e o desamparo diante dos inerentes desconfortos da vida). Autores que estudam o contato com pessoas difíceis costumam chamar tal cenário de “*no-win situation*” (ninguém ganha).^{26,27} Temos observado alguns pacientes que, já na primeira consulta, conseguem deixar seu médico ou terapeuta em *no-win situation*: o médico, depois de ouvir uma avalanche de queixas, sente-se paralisado, procura olhar pouco para o paciente, dando preferência à tela do computador, ou a papéis que vai preenchendo, na expectativa de escapar da situação, pedindo consultas de utilidade duvidosa a outras clínicas ou exames mais sofisticados. Em nossas reuniões clínicas, temos chamado a isto de “sinal do empalhamento do médico”,²⁴ para ressaltar que o médico fica sem ação, paralisado numa “sinuca-de-bico”. É interessante lembrar que Bion, ao falar de identificação projetiva, chamou a atenção ao fato de que ela pode atacar as capacidades de pensar do receptor, destruindo qualquer possibilidade de vínculo útil entre paciente e terapeuta;¹⁰ e que Rosenfeld indicou que a fusão de identidades entre projetor e receptor cria um “estado confusional” que atrasa ou paralisa o terapeuta, tornando a terapia inefetiva.¹²

7. O contágio pelo catastrofismo

Atenção crescente tem sido dada nos últimos anos ao fenômeno de catastrofismo

apresentado pelos pacientes com dor crônica.²⁸⁻³⁰ No entanto, encontramos apenas um autor que tenha apontado uma possível conexão entre o catastrofismo e a identificação projetiva.³¹ Acharmos que o catastrofismo deriva da clivagem: qualquer aspecto mau, qualquer sofrimento ou desconforto é visto como sendo extremamente mau e perigoso - uma ameaça à sobrevivência. O paciente catastrofista irá tentar extirpar da noção de si-mesmo (*split off*) qualquer ameaça deste tipo, devido à impressão de que ela poderá causar a dissolução de seu *self*. Temos visto inúmeros pacientes com dor crônica que reclamam de problemas alojados em certa parte de seu corpo, como se essa parte do corpo não lhes pertencesse. Com isto, o paciente parece falar de sua dor, mas não experienciar sua dor. Além disto, o catastrofismo é contagiante. É contagiante em parte porque todos nós nascemos com um aparato fisiológico para nos defendermos de ameaças à sobrevivência. Noutras palavras, é difícil que alguém não responda com extrema ansiedade à experiência de ver alguém se despedaçando num sofrimento catastrófico, desesperador. Em suma, o catastrofista consegue contaminar o outro com seu desespero, seja por via verbal, seja por via não-verbal (por identificação projetiva).

Considerações terapêuticas e recomendações às equipes de dor crônica

Ao compararmos o que acontece na interação médico-paciente na clínica de dor crônica com as descrições dos teóricos da identificação projetiva, é difícil não perceber o quanto há de comum entre os dois. Klein postulou que pela identificação projetiva a criança pequena estabelece o protótipo de uma relação agressiva que serve para controlar, lesar ou possuir a mãe.⁸ Para Hanna Segal, na identificação projetiva, partes do *self* e de objetos internos são expelidos e projetados no objeto externo, o qual se torna então possuído e controlado pelas partes projetadas, identificando-se com elas.^{11,32} Nas palavras de Ogden, “a aliança intersubjetiva inconsciente presente na identificação projetiva pode ter qualidades que para os participantes soem como raptos, chantagem, sedução, hipnotização”.³³ Para Julia Segal¹⁹ a identificação projetiva pode ser usada como um ataque destrutivo, com partes repulsivas, loucas ou insuportáveis do *self* sendo evocadas em outra pessoa para destruir seu conforto, sua paz de espírito ou sua felicidade. Joseph sugeriu que o projetor opera uma sutil cutucada para extrair uma resposta do outro.¹⁹ Rosenfeld escreveu que

a identificação projetiva pode ser usada como meio de controle para provocar no receptor o surgimento de um objeto preocupado com o projetor.¹² Gabbard lembrou que pacientes que abusam da identificação projetiva geralmente manipulam, persuadem, coagem, lisonjeiam, seduzem membros da equipe que deles cuida enquanto tentam obter a satisfação que lhes interessa.²¹ Tais descrições (palavras-chave em itálico) são bastante consoantes com os sentimentos experimentados pelos que cuidam de pacientes difíceis na clínica da dor crônica. Há duas décadas, estes pacientes ainda eram muito encontrados nos ambulatórios de psiquiatria. Atualmente, eles parecem ter migrado para as clínicas de dor, reumatologia, ortopedia, fisioterapia, fisioterapia e reabilitação. Em parte, tal mudança pode ter acontecido porque estes pacientes passaram a ser descartados pelas triagens dos ambulatórios de psiquiatria - são pacientes sabidamente pouco responsivos ao tratamento farmacológico.

Clivagem e identificação projetiva têm sido apontadas como os mecanismos principais de funcionamento dos pacientes com transtornos graves de personalidade, particularmente o transtorno *borderline*.^{21,34} Vários autores têm reportado a extensão da associação entre personalidade *borderline* e dor crônica,³⁵⁻⁴¹ sendo muitos casos erroneamente diagnosticados como depressão ou transtorno bipolar.⁴² Nossa experiência de dois anos trabalhando numa equipe de dor crônica tem revelado que 70% dos pacientes que nos são encaminhados para avaliação psiquiátrica são diagnosticáveis como tendo transtorno *borderline* e/ou transtorno narcisista de personalidade.²⁴

Através da identificação projetiva, os pacientes difíceis que temos visto continuam fazendo aquilo que um dia fizeram com suas mães: capturando a atenção do outro para terem garantias da proximidade de um receptáculo que contenha as suas dores e angústias. Alguns pacientes se comportam, quer com o psiquiatra, quer com seu médico especialista em dor, como “metralhadoras de queixas”, o que é uma forma efetiva de locupletar o outro de angústias (principalmente se esse outro tiver uma boa capacidade de escuta). As queixas verdadeiras, muitas vezes em fluxo contínuo, são partes “más” do *self* das quais o paciente tenta-se livrar, atribuindo o sofrimento a alguma parte do corpo que contenha tal ou qual doença. É difícil que o paciente melhore, pois ele *precisa* da “doença” para fazer estas expulsões das partes “más”, perigosas ou estragadas de seu *self*.

Algumas recomendações podem ser dadas para quando se perceber a operação da identificação projetiva nas equipes de dor crônica. Com relação à equipe, a recomendação mais importante se refere ao treinamento para poder detectar a identificação projetiva. O profissional que pode conversar com seus pares a respeito de um paciente que lhe está sendo oneroso emocionalmente encontra-se sob menor risco de esgotar-se ou de reagir de forma disfuncional. Por exemplo, o médico que esbraveja com um paciente hostil quase certamente acabou de ser capturado pela identificação projetiva: tudo o que o paciente precisava, naquele momento, era ver sua raiva sendo atuada pelo médico (em vez de vê-la dentro de si mesmo). Há outras formas disfuncionais de reação que o médico deve evitar. Por exemplo, fazer com que estes pacientes “caminhem pela medicina”, indo de um departamento para outro, de um exame para outro, de intervenção em intervenção. Geralmente, o médico que assim procede já parou de escutar o seu doente faz tempo. Muitas vezes, ser ativamente escutado é o que mais o doente precisa. Nos hospitais de ensino, também é importante lembrar que os pacientes difíceis devem ser atendidos pelos profissionais mais experientes, e não pelos mais jovens ou menos experientes. Onde há hierarquia, é comum que estes pacientes sejam “direcionados” aos novatos na equipe, residentes, estagiários ou voluntários.

Com relação ao paciente, a recomendação mais importante é não tardar a encaminhá-lo para um tratamento mais profundo, que é a psicoterapia. O paciente que está aprisionado numa fase incipiente (pré-verbal) da formação da personalidade, e comunicando-se com mecanismos infantis como clivagem e identificação projetiva, só poderá ser ajudado por um vínculo que seja tão forte ao ponto de permitir a retomada do crescimento em direção à vida adulta, com as características principais da maturidade: amansamento dos impulsos, pensamento ancorado na realidade, *insight*, comunicação verbal coerente, tolerância aos limites representados pelo outro e respeito à vida em sociedade. A intolerância à vida adulta também ajuda a explicar um fenômeno que temos visto em nossa amostra de pacientes com dor crônica: altíssimas taxas de inadequação à vida laboral, absenteísmo, afastamentos e aposentadorias precoces (muitas vezes com justificativas duvidosas). Várias abordagens de tratamento têm sido utilizadas, como a terapia focada na transferência (psicanálise), terapia comportamental dialética ou terapia baseada na mentalização.^{34,35,43} Um ensaio randomizado

de um ano comparando três técnicas para pacientes *borderlines* indicou vantagem a favor da terapia focada na transferência.⁴⁴

Quando o acesso à psicoterapia não está disponível, é importante lembrar que qualquer profissional da equipe que tenha boa capacidade de escuta ativa pode tornar-se o terapeuta de eleição para o paciente, uma vez que ele poderá oferecer-se como o continente provisório de que o paciente precisa. Porém, é altamente interessante que este profissional tenha algum treinamento para lidar com os sentimentos que nele serão inoculados pelo paciente (rever itens 1 a 7, acima). Se o profissional assim treinado souber perceber que está sendo alvo de identificações projetivas, ele terá mais chances de efetuar o terceiro passo do processo da identificação projetiva: mostrar ao paciente que ele continua ali, sendo o mesmo de antes, a despeito de tudo o que foi nele violentamente projetado. Winnicott chamou atenção à capacidade que a mãe (e os terapeutas) devem ter de sobreviver aos ataques do bebê (e dos pacientes).⁴⁵ Quando o bebê/paciente percebe que a raiva ou angústia projetada não foi suficiente para paralisar nem destruir sua mãe/terapeuta, ele tem a possibilidade de reintrojetar seus impulsos destrutivos de forma amenizada. Isto lhe permite suspeitar que ele também não será pulverizado por tamanha destrutividade. Muitos dos pacientes da clínica de dor crônica sofrem inconscientemente de medos de primeira ordem (como os chamamos): angústia de aniquilamento, medo de serem dissolvidos pelo próprio ódio, terror de serem abandonados e/ou de estarem, na verdade, mortos. Winnicott discorreu sobre estas vivências brutais da criança, chamando-as de angústias impensáveis e, mais tarde, de agonias primitivas.⁴⁵ Para Winnicott, pertenciam também a esse conjunto de agonias pré-verbais algumas outras vivências terroríficas, como o medo de estar caindo no vazio pela força da gravidade (não ser amparado pela mãe), a desconexão entre o *self* e as partes do corpo (angústia por não conseguir governar o próprio corpo), e a vivência de não saber onde está o caminho (pois as pistas que vêm da realidade parecem não ser reais).

O profissional (Quadro 2a) percebeu-se capturado pela identificação projetiva quando se deu conta que tinha se exaltado com a paciente ao dizer a ela que não a atenderia sob encaixe. Ele passou vários dias pensando que tinha atuado uma raiva que poderia não ser dele, mas da paciente. Lembrou-se de vários textos sobre o assunto e chegou à conclusão de que era provavelmente a paciente quem,

desde a mais tenra infância, via-se pequena demais para conter a raiva (que ocorria, por exemplo, quando ela era deixada só, ou não conseguia obter do outro todas as gratificações que ansiava). Mais que isto, ele perdeu o sono por vários dias, aguardando um telefonema da ouvidoria pedindo-lhe explicações, ou informando-lhe que a paciente tinha mesmo se suicidado. Quando soube que a paciente não tinha se suicidado, mas aberto contra ele uma demanda na ouvidoria, ele passou alguns dias de novo com raiva - e pensando em como encerrar seu trabalho com a paciente e encaminhá-la para outro psiquiatra. A vinheta (Quadro 2b) esclarece que somente quando o psiquiatra leu um texto que ainda desconhecia sobre identificação projetiva⁴⁶ é que ele se lembrou que, para servir realmente de continente para a fúria da paciente, era necessário que ele prosseguisse o atendimento e mostrasse que tinha sobrevivido a seus ataques. Somente assim ele poderia estar servindo como um continente que metabolizasse a extrema raiva que pertencia à paciente. Somente assim ele poderia deixar a raiva menos perigosa - para que a paciente reintrojetasse tal raiva de volta, como sendo dela de novo, mas agora menos tóxica para seu *self* (terceiro passo da identificação projetiva). Note-se que a cena dispensa palavras e interpretações (e na verdade poderia ser prejudicada por elas), porque o que está acontecendo de importante, o está num nível pré-verbal de comunicações entre paciente e terapeuta.

A paciente (Quadros 2a e 2b) fazia com o psiquiatra um atendimento clínico, com consultas espaçadas e foco na melhora dos sintomas pelo uso de medicações. Num cenário ideal (psicoterapia focada na transferência), o trabalho poderia ir muito além e talvez encontrar algumas das angústias ancestrais da paciente. O terapeuta poderia mostrar à paciente que, ao ir à ouvidoria, ela operou uma chamada de socorro a uma figura maior (talvez uma figura parental) e tentou abalar a reputação de seu médico como uma forma de vingar-se. Poderia mostrar-lhe que sua raiva tinha sido tão devoradora que ela tinha tentado destruir seu terapeuta, ou causar a sua demissão do hospital. Mostrar-lhe que, quando ela está em relação com outras pessoas que não a gratificam, ela também sente impulsos de destruir tais pessoas, ou o vínculo que mantém com elas. E que, por detrás de todos os seus sofrimentos físicos que a têm levado a peregrinar há anos pelos departamentos do hospital, existe uma dor surda, antecedente, que não pode ser materialmente localizada nem comunicada por palavras, por ser indescritível, inominável - por ser

Quadro 2b. Vinheta clínica com uma alternativa para melhorar o manejo de um caso de identificação projetiva "maligna"

Após algumas semanas, o psiquiatra foi avisado que teria de se defender, por escrito, de uma queixa que uma paciente tinha deixado na Ouvidoria. Enquanto elaborava sua defesa, ainda com muita raiva, o psiquiatra decidiu que não tinha mais condições emocionais de dar seguimento ao caso de B.D., e que seria melhor encaminhá-la a outro psiquiatra - afinal, ela havia se queixado dele a instâncias superiores, abalando sua reputação. Porém, após ler um artigo sobre identificação projetiva, o psiquiatra viu-se com menos raiva da paciente e percebeu ter recobrado a sua capacidade para "acolher" suas queixas de sofrimentos. O psiquiatra também percebeu que sua vontade de encerrar com a paciente, dando-lhe alta ou encaminhando-a, podia ser o reflexo (como num espelho) do sentimento que a paciente teve por ele: que ele fosse demitido do hospital. Tendo-se livrado das pressões da identificação projetiva com a ajuda do insight, o psiquiatra decidiu que devia continuar atendendo a paciente e que as consultas poderiam inclusive servir para que ela reintrojetasse sua raiva como menos destrutiva (visto que agora por ele metabolizada, amainada). Ou seja, o terceiro passo da identificação projetiva poderia ser dado.

uma angústia impensável (agonia primitiva). Como disse Bion, existe uma enorme diferença entre sentir dor e viver a dor: só esta última pode levar ao crescimento.¹⁰

É possível que, com adjetivos diferentes, médicos de diferentes áreas estejam falando dos mesmos pacientes: "pan-sintomáticos"⁶, "multissomatizadores"²³, pacientes que sofrem de quadros de "pan-dor".⁴⁷ Na saúde, há profissionais e companhias seguradoras que reputam a dor crônica como uma condição intratável.²⁵ Se estivermos certos nas considerações do presente texto, de fato é possível que muitos dos esforços médicos e recursos materiais que ora são destinados ao tratamento de pacientes com dor crônica estejam sendo desperdiçados equivocadamente (vertidos a fundo perdido). A psicoterapia de longo prazo, por ser capaz de alterar traços disfuncionais da personalidade, seria o tratamento de eleição para os pacientes difíceis que se comunicam por identificação projetiva, quer os encontrados na clínica de dor crônica, quer os que frequentam quaisquer outras clínicas.

REFERÊNCIAS

- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med.* 1999;159(10):1069-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.159.10.1069>
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol.* 1994;47(6):647-57. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90212-7](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(94)90212-7)
- Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M, et al. The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med.* 1996;11(1):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02603477>
- Hahn SR. Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship. *Ann Intern Med.* 2001;134(9):897-904. DOI: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00014
- Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. *Reg Anesth Pain Med.* 2005;30(2):184-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00115550-200503000-00009>
- Gabbard GO. Patients who hate. *Psychiatry.* 1989; 52(1):96-106.
- Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med.* 1978;298(16):883-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM197804202981605>
- Klein M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago; 1946.
- Aguayo J. On understanding projective identification in the treatment of psychotic states of mind: the publishing cohort of H. Rosenfeld, H. Segal and W. Bion (1946-1957). *Int J Psychoanal.* 2009;90(1):69-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-8315.2008.00115.x>
- Bion WR. Estudos psicanalíticos revisados (second thoughts). Rio de Janeiro: Imago; 1994.
- Segal H. *A Obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro: Imago; 1982.
- Rosenfeld H. *Impasse e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago; 1987.
- Goretti GR. Projective identification: a theoretical investigation of the concept starting from notes on some schizoid mechanisms. *Int J Psychoanal.* 2007;88(2):387-405.
- Laplanche J. *Vocabulário da psicanálise/Laplanche e Pontalis*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- Goldstein WN. Clarification of projective identification. *Am J Psychiatry.* 1991;148(2):153-61.
- Böhmer MW. "Communication by impact" and other forms of non-verbal communication: a review of transference, countertransference and projective identification. *Afr J Psychiatry (Johannesbg).* 2010;13(3):179-83.
- Ramchandani D. The concept of projective identification and its clinical relevance. *Am J Psychother.* 1989;43(2):238-47.
- Kernberg OF. Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. *J Am Psychoanal Assoc.* 1987;35(4):795-819. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/000306518703500401>
- Clarke S. Projective Identification: From Attack to Empathy? [text on the Internet]. London: Kleinian Studies Ejournal [cited 2014 July 7] Available form: http://www.psychoanalysis-and-therapy.com/human_nature/ksej/clarkeempathy.html
- Ogden TH. On projective identification. *Int J Psychoanal.* 1979;60(3):357-73.
- Gabbard GO. Splitting in hospital treatment. *Am J Psychiatry.* 1989;146(4):444-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.146.4.444>
- Forward S. *Emotional blackmail*. New York: Harper; 1997.
- Waska RT. Projective identification, countertransference, and the struggle for understanding over acting out. *J Psychother Pract Res.* 1999;8(2):155-61.
- Solano JPC. Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. *Acta Fisiatr.* 2014;21(2):93-100.

25. Weisberg MB, Clavel AL. Why is chronic pain so difficult to treat? Psychological considerations from simple to complex care. *Postgrad Med.* 1999;106(6):141-2.
26. Mason P, Kreger R. *Stop Walking on eggshells: taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder.* Oakland: New Harbinger; 1998.
27. Kreger R. *The essential family guide to borderline personality disorder.* Center City: Hazelden; 2008.
28. Poppe C, Crombez G, Devulder J, Hanouille I, Vogelaers D, Petrovic M. Personality traits in chronic pain patients are associated with low acceptance and catastrophizing about pain. *Acta Clin Belg.* 2011;66(3):209-15.
29. Edwards RR, Cahalan C, Calahan C, Mensing G, Smith M, Haythornthwaite JA. Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2011;7(4):216-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2011.2>
30. Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):88-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-010-0094-x>
31. McShea M. The failure to contain: How persecutory anxieties contribute to noncompliance in adult patients with congenital chronic pain conditions. *Psychoanalytic Social Work.* 2008;15(2):132-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15228870802086975>
32. Segal H. *Introdução à obra de Melanie Klein.* Rio de Janeiro: Imago; 1975.
33. Ogden T. *Os sujeitos da psicanálise.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
34. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. *Psychotherapy for borderline personality.* Arlington: American Psychiatric; 2006.
35. Kalira V, Treisman GJ, Clark MR. Borderline personality disorder and chronic pain: a practical approach to evaluation and treatment. *Curr Pain Headache Rep.* 2013;17(8):350. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-013-0350-y>
36. McWilliams LA, Higgins KS. Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Clin J Pain.* 2013;29(6):527-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/AJP.0b013e31826ab5d0>
37. Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(12):1660-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n1211>
38. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013;47(10):1499-506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>
39. Sansone RA, Sansone LA. Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(1):10-4.
40. Sansone RA, Whitecar P, Meier BP, Murry A. The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *Gen Hosp Psychiatry.* 2001;23(4):193-7. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00148-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00148-7)
41. Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry (Edgmont).* 2007;4(4):40-6.
42. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin.* 2013;77(1):1-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>
43. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2004;364(9432):453-61. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
44. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):922-8.
45. Newman A. *As idéias de D.W. Winnicott: um guia.* Rio de Janeiro: Imago; 2003.
46. Gabbard GO. On 'doing nothing' in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psychoanal.* 1989;70(Pt 3):527-34.
47. Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry.* 1998;6(4):201-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10673229809000330>