

## **AVALIAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE DINÂMICA COM PACIENTES BORDERLINE<sup>1</sup>.**

*Rita Aparecida Romaro*

**Artigo publicado na Revista Mudanças v.7(12), 109-133,199.**

### **Resumo**

Objetivou-se, através do delineamento de estudo de caso, estudar os prováveis benefícios advindos do processo de psicoterapia breve dinâmica de sete pacientes adultos, encaminhados ao Serviço e Psicoterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com transtorno de personalidade *borderline*, segundo os critérios do DSM-IV, avaliando-se os níveis de adequação propostos pela EDAO, antes e após a psicoterapia. Procedeu-se a uma fase de triagem, através da SCID-II, da Avaliação Multiaxial do DSM-IV e da EDAO, com a delimitação de situações-problema, trabalhadas em 12 sessões. Foram realizadas duas entrevistas de avaliação de resultados, uma semana e seis meses após o término da psicoterapia. Na psicoterapia breve observou-se aderência ao tratamento, melhor percepção de aspectos dissociados da personalidade, permeabilidade às intervenções terapêuticas, através da transferência positiva, possibilitando a atividade de pensar e melhora na eficácia adaptativa, a qual permaneceu estável por um período de seis meses.

Descritores: transtorno de personalidade *borderline*; avaliação diagnóstica; pacientes psiquiátricos adultos; psicoterapia; psicoterapia breve.

O diagnóstico de personalidade *borderline* tem sido amplamente estudado na área clínica, sofrendo considerações substanciais ao longo do tempo. Originariamente era considerado como um tipo de organização da personalidade intrapsíquica, refletindo

---

<sup>1</sup> As principais idéias dessa comunicação foram extraídas da tese de doutoramento “Variações da eficácia adaptativa de pacientes *borderline* em psicoterapia breve dinâmica”, IPUSP,1999.

observações psicanalíticas e a expectativa de cura a longo prazo. Com o passar do tempo, através de observações descritivas, passou a ser pensado como uma síndrome cujos limites primeiramente foram estabelecidos com a esquizofrenia, e mais recentemente sendo considerado como um tipo específico de desordem da personalidade que possui informações substanciais sobre a patogenia e que necessita ser conduzido ao nível de planejamento e prognóstico, trazendo possibilidade de terapêutica psicofarmacológica e de terapias a curto-prazo (Gunderson, 1994).

O quadro *borderline* é considerado como um distúrbio da personalidade desde 1980, com a publicação do DSM-III. Na revisão de 1987, conhecida como DSM-III-R, a descrição das categorias e critérios tornou-se mais clara. Em 1994 foi publicado o DSM-IV, incluindo um nono item, referente à ideação paranóide transitória e relacionada ao stress e ou severos sintomas dissociativos.

Os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade *borderline* (301.83), são definidos (DSM-IV, 1995, p.616-7), como *um padrão evasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:*

- 1) *esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado;*
- 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 resistente da auto-imagem ou do sentimento do self;*
- 4) *impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente);*
- 5) *recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;*
- 6) *instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade*

*geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);*

*7) sentimentos crônicos de vazio;*

*8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);*

*9) ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos.*

Em 1993, com a modificação proposta pelo CID-10, o quadro *borderline* passa a ser incluído entre os distúrbios de personalidade emocionalmente instáveis. Na década de 90, os critérios e classificações propostas tanto pelo CID-10, quanto pelo DSM-III-R e DSM-IV, aproximaram-se, tornando-se mais fácil comparar os critérios diagnósticos das diversas linhas de pesquisa, no sentido de sugerirem a necessidade de uma diferenciação com as desordens afetivas. O CID-10 e o DSM-IV estabelecem uma classificação de síndromes psiquiátricas denominadas transtornos, abrindo a possibilidade de o paciente receber vários diagnósticos desde que os critérios sejam preenchidos. O reconhecimento da morbidade traz novas possibilidades de prognóstico e tratamento.

Os pacientes *borderline* que buscam tratamento representam uma pequena porção da população, considerando-se ser o transtorno de personalidade egossintônico. Segundo dados apresentados no DSM-IV (1994), os pacientes *borderline* correspondem a 2% da população geral; 10% dos pacientes ambulatoriais de saúde mental; 20% dos pacientes psiquiátricos internados; 30 a 60% entre as populações clínicas com transtornos de personalidade. As mulheres representam 75% dessa população, sendo que 75% foram abusados física ou sexualmente. No Brasil não se tem dados quanto à prevalência.

Em geral no transtorno de personalidade *borderline* encontra-se uma depressão de base, que segundo Rogers, et al. (1995), caracteriza-se pela autocondenação, sentimento de vazio e tédio, medo do abandono, autodestrutividade, desespero, queixas somáticas. Para Beck (1994), a depressão do *borderline*, associa-se à agressividade, ao

sentimento de vazio, com indícios de despersonalização ou desvalorização, redução da capacidade de *insight* e pensamentos suicidas. Nos transtornos afetivos encontra-se uma elevada porcentagem de melancolia associada a humor depressivo, humor ansioso, culpabilidade, retardo psicomotor.

Kornberg (1984), Kernberg e Clarkin (1992) apontam que o diagnóstico de organização de personalidade *borderline* abarca vários tipos de patologia de caráter descritos pela literatura, discutindo a vaguidade dos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-III, sendo que um mesmo paciente pode ser diagnosticado em mais de um dos onze transtornos de personalidade classificados.

Para Kernberg et al. (1989) clinicamente o transtorno de personalidade *borderline* não distingue níveis de gravidade, enquanto que a Organização de Personalidade *Borderline* abarca várias patologias e modos de funcionamento, considerando-se três critérios estruturais:

1. *A síndrome de difusão da identidade*, que implica: em conceito mal integrado do próprio *self* e de pessoas importantes. Clinicamente expressa-se por um sentimento crônico de vazio; auto-percepções contraditórias; comportamentos contraditórios; percepções caricaturais e empobrecidas dos outros, levando a relações interpessoais superficiais, instáveis, pouco empáticas e marcadas pelo baixo limiar à frustração; a capacidade de avaliação realística dos outros e das situações é prejudicada e em geral invadida por aspectos conflitivos, condensados, de caráter genital e pré-genital;

2. Os *mecanismos primitivos de defesa* são mobilizados para protegerem o ego contra os conflitos insuportáveis entre amor e ódio que impedem a integração da identidade. O mecanismo básico utilizado é a cisão com seus correlatos que enfraquecem ainda mais as possibilidades adaptativas do ego;

3. *A capacidade de testar a realidade* é preservada porem pode sofrer prejuízo em situações de stress. Existe a negação das diferenças entre o *self* e o objeto, mas não a negação da separação.

Os fatores etiológicos não estão diretamente relacionados à transmissão genética, segundo Torgersen (1994), havendo um baixo índice de hereditariedade se comparado a outras desordens de personalidade, apesar de Kernberg (1967) ter apontado uma

predisposição constitucional à ansiedade, excessivas frustrações reais na infância e agressividade acentuada.

Esse distúrbio parece estar ligado a influências ambientais, existindo um risco familiar aumentado para abuso de substâncias, transtornos do humor e personalidade anti-social. Estudos empíricos apontam para famílias onde há uma alta frequência de conflitos, negligência emocional, hostilidade e não produtividade caótica, alta frequência de traumas infantis associados a abuso físico e sexual, devido a altas taxas de incidência de morbidade nos pais (Bezirgianian, Cohen & Brook, 1993; Gagnon, 1993; Gasperini et al., 1991; Goldman, D'Angelo & DeMaso, 1993; Gunderson, 1994; Gunderson & Sabo, 1993; Ludolph et al., 1990; Paris, 1992; Romaro & Loureiro, 1993; Schulz et al., 1989; Wagner & Linehan, 1993; Weaver & Clum, 1993).

Os psicanalistas descrevem o *borderline* como de difícil acesso, devido a baixa aderência ao tratamento, à impetuosidade, à inveja acentuada que dificulta o acesso e o aproveitamento das interpretações. Aceitar ajuda implica em quebrar a onipotência, sendo freqüente a reação terapêutica negativa (RTN), as manifestações transferenciais negativas. A fragmentação das manifestações transferenciais mobiliza reações contratransferenciais intensas. O grande desafio é criar um espaço mental onde o pensar possa ocorrer, tornando representável o irrepresentável.

No manejo terapêutico torna-se de grande importância a clareza e explicitação do contrato terapêutico, a manutenção do enquadre enquanto fator estruturante do ego. Para Kernberg (1991, 1992), o impasse é transformar o comportamento destrutivo em uma específica constelação transferencial, o que pode ser garantido pelo contrato terapêutico, desde que haja uma adaptação técnica do contrato psicanalítico. Da parte do analista é recomendável flexibilidade e firmeza, além de grande capacidade de continência, o que implica em uma boa integração da própria identidade.

Alguns fatores são apontados enquanto preditivos de abandono do tratamento: nível de hostilidade e impulsividade (Kelly et al., 1992; Smith, 1995; Yeomans et al., 1994); a idade, pois quanto mais jovem o paciente maior o risco de abandono (Smith, 1995). Os pacientes depressivos tendem a apresentar maior aderência ao tratamento.

A escolha de uma modalidade terapêutica pauta-se em um modelo diagnóstico, em um referencial teórico, e em geral, na ênfase de determinados fatores etiológicos. Devendo-se sempre levar em conta o nível de severidade da patologia, os objetivos da técnica, a motivação e as possibilidades reais de permanência no tratamento, a demanda do paciente, os recursos ambientais e familiares disponíveis, a realidade social.

A psicoterapia breve dinâmica, partindo da concepção teórica freudiana, busca a compreensão intrapsíquica, embora estabelecendo objetivos específicos e técnicas distintas da Psicanálise, visando proporcionar experiência emocional corretiva, através de *insights*, dentro de um processo planejado com tempo pré-determinado. Objetiva o alívio ou desaparecimento dos sintomas, a substituição de técnicas defensivas mais regressivas por técnicas mais adaptativas, um maior ajustamento na relação com o meio, o incremento da auto-estima e da sensação de bem-estar social, maior compreensão das próprias dificuldades e do significado das mesmas, ampliação de perspectivas pessoais e esboço de um projeto de vida.

Kahtuni (1996) aponta como principal característica da psicoterapia breve psicanalítica, um trabalho focal, relacionado ao tema emergencial (que não necessariamente a queixa), visando um entendimento psicodinâmico da situação atual que poderá ou não ter sua raiz ligada a um conflito primário, tendo por base a delimitação de uma área conflitiva, com estabelecimento de objetivos terapêuticos e planejamento de trabalho, possibilitando intervenções psicoterápicas rápidas.

Os limites da psicoterapia breve dizem respeito tanto ao nível de estruturação da personalidade do paciente quanto a suas condições ambientais, não objetivando uma reconstrução da personalidade, mas sim uma melhora do padrão adaptativo em um momento de crise, sendo um fator primordial a motivação do paciente. As indicações convergem quanto à necessidade de detecção de dificuldades específicas ser um momento de crise e a motivação para empreender mudanças.

Nas décadas de 70 e 80 encontram-se restrições mais marcadas quanto à aplicação da psicoterapia breve com pacientes que apresentam uma estrutura egóica mais frágil, principalmente as personalidades *borderline*, aspecto este revisto na década de 90. No final da década de 80 e no decorrer da década de 90, são desenvolvidos

estudos que ressaltam a eficácia da psicoterapia breve com esse grupo de pacientes, desde que os objetivos sejam bem delimitados.

A psicoterapia breve com pacientes *borderline* caracteriza-se como uma modalidade de tratamento de alcance limitado, que pode ser ministrada de forma intermitente, objetivando ajudar na resolução das crises e situações-problema, buscando melhorar a eficácia adaptativa.

Nesse sentido, o presente estudo objetiva refletir sobre o processo de psicoterapia breve dinâmica com pacientes que apresentam uma estrutura de personalidade *borderline* e que estejam passando por um momento de crise, destacando os níveis adaptativos antes e após a psicoterapia, através da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO, na qual se enquadrariam no grupo com adaptação ineficaz grave.

Objetiva ainda analisar as possíveis mudanças da adequação propiciadas pela psicoterapia breve, levando-se em conta que o indivíduo é um ser em constante evolução, inserido em um mundo externo real do qual sofre impactos e no qual também provoca reações.

O indivíduo pode continuar apresentando uma adaptação ineficaz grave após a psicoterapia breve, no entanto pode sofrer variações em seu repertório de recursos adaptativos, enriquecendo-o ou empobrecendo-o? Se ao longo da psicoterapia breve, o indivíduo puder perceber e compreender suas flutuações adaptativas, poderá desenvolver recursos para predizer sinais de crise?

## **Objetivos**

Estudar os prováveis benefícios advindos do processo de psicoterapia breve de dinâmica, de pacientes com diagnóstico clínico transtorno de personalidade *borderline*, segundo os critérios diagnósticos propostos pelo DSM-IV.

Testar o instrumento terapêutico – psicoterapia breve dinâmica, em pacientes considerados graves ou severos, através da EDAO - Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, de Simon (1989), avaliando-se os níveis de eficácia adaptativa nos diversos setores de vida, antes e após o término do tratamento.

### **Casuística e método**

Participaram desse estudo 24 pacientes psiquiátricos adultos com hipótese diagnóstica de transtorno de personalidade *borderline*, encaminhados ao Serviço de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desses, apenas sete preencheram os critérios do DSM IV para transtorno de personalidade *borderline*, segundo o SCID II, e não apresentavam quadro associado de anorexia, bulimia ou transtorno bipolar. Outro critério de inclusão foi idade variando entre 18 e 40 anos.

Descrever-se-á o perfil de cada paciente, conforme caracterização abaixo obtida no momento da triagem:

Ana - brasileira, 26 anos, amasiada, um filho, 2º grau completo, do lar, residindo com o amásio e o filho.

Antônio - brasileiro, 23 anos, solteiro, sem filhos, superior incompleto, sem ocupação, residindo com pais e irmão.

Bia - brasileira, 36 anos, amasiada, um filho, 2º grau completo, sem ocupação, residindo com o amásio.

Carlo - sul-americano, 38 anos, casado, recém-separado, dois filhos, superior completo, médico, residindo com amigos.

Marta - brasileira, 37 anos, desquitada, uma filha, superior completo, sem ocupação, residindo com a mãe.

Néa - brasileira, 36 anos, solteira, sem filhos, superior completo, artista plástica, residindo sozinha.

Suelen - brasileira, 39 anos, solteira, um filho, 2º grau completo, vendedora, residindo sozinha.

### **Instrumentos**

- Protocolo de Entrevista Estruturada, constando os seguintes módulos: SCID-P (versão 1.0)- Revisão Geral; SCID II (versão 1/9/1989) – Entrevista Clínica Estruturada para Distúrbios de Personalidade; Revisão Geral para Distúrbios de Personalidade; Critérios Diagnósticos para Distúrbio Limítrofe de Personalidade.
- Registro dos dados da Avaliação Multiaxial.



- Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO.

### **Procedimento**

#### **- Triagem**

Na primeira entrevista, foram avaliados os critérios de exclusão como idade, quadro associado do Eixo I, através de uma revisão geral da enfermidade. Nessa etapa 41,7% dos participantes foram excluídos, sendo encaminhados para outros serviços mais apropriados para seu caso.

A triagem foi realizada em duas etapas, pela autora desse trabalho, ao longo de três entrevistas: 1) - uma avaliação clínica onde foi aplicada a SCID, com o objetivo de uma melhor classificação segundo os critérios propostos pelo DSM-IV, devendo ter como primeira hipótese o transtorno de personalidade *borderline*; 2) - uma entrevista semi-estruturada de triagem para psicoterapia, objetivando-se o estabelecimento de situações-problema, avaliação da motivação para mudança, avaliação da adequação segundo os critérios da EDAO. A análise da SCID foi realizada pela autora e por uma psicóloga treinada que desempenhou o papel de juiz. A análise da EDAO contou com a participação de dois juízes, entre eles o autor da escala. Após essa etapa 29,2% dos participantes foram encaminhados para psicoterapia breve.

Utilizou-se o material clínico obtido através da história de vida e dos atendimentos em psicoterapia breve de orientação dinâmica, de sete pacientes adultos, com idade variando entre 23 a 39 anos, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino. Para preservar o sigilo profissional e facilitar o acompanhamento dos casos, foram dados nomes fictícios aos participantes e procurou-se evitar fornecer informações específicas que possibilitassem a identificação.

#### *Processo de avaliação diagnóstica*

Após a aplicação da SCID e da análise das entrevistas através da EDAO, foi realizada a Avaliação Multiaxial e preenchida a ficha de avaliação diagnóstica. Tanto a triagem quanto a psicoterapia breve, foram realizadas por uma psicóloga, com experiência clínica, autora desse trabalho.

### *Processo psicoterápico*

A psicoterapia breve dinâmica desenvolvida baseia-se nos seguintes princípios: estabelecimento das situações-problema a serem trabalhadas; terapia individual, com excepcional atendimento de algum familiar; terapia de tempo pré-determinado (12 sessões semanais de 50' cada); terapia não-regressiva (técnica não estimula a regressão); terapeuta com intervenções mais ativamente circunscritas e planejadas, auxiliando na discriminação das condições de realidade e das distorções criadas pelo paciente, e com flexibilidade para adequar as estratégias terapêuticas de acordo com as necessidades da situação; a análise e interpretação da transferência não constituíam o eixo da psicoterapia breve, embora tivessem sido utilizadas como forma de se compreender o paciente e seu padrão de relações; a problemática foi trabalhada em relação a situações de vida atual; planejamento da psicoterapia em função dos prejuízos das áreas adaptativas, detectadas através da EDAO, visando levar o paciente a compreender um pouco sua problemática, ansiedades e conflitos.

### *Processo de reavaliação*

Após o término da psicoterapia, a adequação setorial foi avaliada através dos seguintes critérios: persistência, melhora ou desaparecimento dos sintomas; auto-estima; relações interpessoais com pessoas chaves; capacidade de solução de problemas; neo-aprendizados; auto-compreensão; produtividade; planos de vida; queixas orgânicas, segundo os critérios da EDAO, de Simon (1989). Essa reavaliação foi realizada por uma psicóloga treinada, de acordo com um roteiro pré-determinado e analisada por dois terapeutas experientes que funcionaram como juízes, através da discussão das entrevistas.

Após seis meses do término da psicoterapia, os participantes foram chamados, por telefone, pela terapeuta para uma entrevista, na qual foi seguido o mesmo roteiro.

## **Resultados e Discussão**

Nos casos atendidos, de um modo geral, observou-se uma resposta positiva à psicoterapia breve (apenas uma paciente –Suelen- desistiu após a primeira sessão), com a manutenção de um vínculo terapêutico positivo, considerando-se a permanência no

processo e a pronta colaboração para a realização das duas entrevistas posteriores de avaliação.

O que mobilizou a busca de um atendimento psicológico foi a vivência de um momento crítico, onde as defesas habituais não estavam sendo suficientes para lidar com a angústia, ocasionando uma quebra da homeostase, com a ameaça de perda de pessoas significativas com as quais viviam relações que se deterioravam, marcadas por hostilidades, manipulações, dependência e perdas com situações de trabalho. Frente estas situações reagiam de forma agressiva, com comportamentos autodestrutivos, chantagens, tentativas de suicídio, sempre associadas à angústia e à depressão. A sensação de colapso era iminente, sentindo-se desestruturados. (Caplan, 1966; Fiorini, 1978).

O desafio terapêutico seria mobilizar recursos egóicos suficientes que possibilitassem abrir um espaço para o pensamento, transformando as queixas, aparentemente sem associação umas com as outras, em uma questão, em um caminho a ser percorrido, envolvendo-os de forma atuante no desenrolar de suas próprias histórias, como sujeitos e não vítimas.

A fase de triagem com a retomada da história de vida e a aplicação das escalas pareceu propiciar o início de um movimento de introspecção, de uma tentativa de juntar as partes, por vezes desconexas da própria história, colocando-as em uma outra perspectiva.

A finalização dessa etapa culminava com o estabelecimento, em conjunto, terapeuta e paciente, de situações-problema a serem abordadas, delimitando-se questões e reforçando-se a conscientização do papel do paciente em sua própria vida, neste momento. Essa delimitação, o estabelecimento do contrato, a manutenção do *setting* e a postura ativa da terapeuta pareceram ajudar a colocar alguma ordem nesse turbilhão de caóticas vivências, possibilitando a permanência no tratamento. Perry (1989) observou que o esclarecimento dos objetivos e duração do tratamento ajudavam a reduzir a potencialidade do processo disruptivo, auxiliando a manter o paciente no tratamento.

O nível de comprometimento na apreensão da realidade, a adequação de seus comportamentos, os padrões de relacionamento e a forma de expressão dos sentimentos variaram de caso para caso, no entanto, todos apresentavam vivências afetivas

tumultuadas e dolorosas, sentindo-se desconfiados quanto à possibilidade de ajuda terapêutica.

Os aspectos gerais do funcionamento mental e seus níveis de adequação foram avaliados através de escalas e critérios, a fim de torná-los mensuráveis e facilitar uma avaliação mais objetiva quanto à eficácia do processo terapêutico através de uma análise evolutiva. Analisou-se o conjunto de casos considerando-se: os setores adaptativos da EDAO; o preenchimento dos critérios para transtorno de personalidade *borderline* pelo DSM-IV; a Avaliação Global de Funcionamento (AGF), que corresponde ao eixo 5 da Avaliação Multiaxial.

Inicialmente são apresentados os dados relativos aos setores adaptativos da EDAO, em cada caso, no momento da triagem e após a psicoterapia breve, com a respectiva classificação, conforme Tabela 1.

TABELA 1 – REGISTRO DA ADEQUAÇÃO DOS SETORES ADAPTATIVOS DA EDAO, EM CADA CASO, COM A RESPECTIVA CLASSIFICAÇÃO, NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.

	A-R		Pr		S-C		Or		Classificação Aval. Reav.
	Aval.	Reav.	Aval.	Reav.	Aval.	Reav.	Aval.	Reav.	
Ana	PqA	PqA	PqA	PcA	PqA	PqA	A	A	Grave Severa
Antônio	PqA	PqA	PqA	PqA	PqA	PqA	PcA	PcA	Grave Grave
Bia	PqA	PcA	PqA	PqA	PqA	PcA	PcA	PcA	Grave Severa
Carlo	PqA	PcA	PcA	PcA	PcA	A	A	A	Severa Moderada
Marta	PqA	PqA	PqA	PqA	PqA	PqA	A	A	Grave Grave
Néa	PqA	PqA	PcA	PcA	PcA	PcA	PcA	PcA	Severa Severa

Obs: PqA= Pouquíssimo Adequado    A= Adequado    PcA= Pouco Adequado

No momento da reavaliação, Ana, Bia e Carlo apresentavam um melhor nível adaptativo. A adaptação de Ana e Bia passou de grave à severa, a de Carlo de severa à moderada. Bia e Carlo apresentavam um melhor nível adaptativo nos setores Afetivo-Relacional e Sociocultural e Ana no setor Produtivo.

No caso de Antônio, no decorrer do processo observou-se uma melhora nos setores Afetivo-Relacional, Produtivo e Sociocultural no período em que conseguiu emprego, no entanto, a transitoriedade da experiência não permitiu a manutenção dessas aquisições. O caso de Marta pode ser considerado o mais grave, com histórico de várias

internações psiquiátricas, tendo apresentado uma pequena melhora em sua disposição após algumas sessões, mas a mesma não se manteve, mostrando-se a maior parte do tempo não permeável às intervenções terapêuticas.

As aquisições de Néa, apesar de melhorarem qualitativamente sua adaptação, não foram suficientes para uma mudança na classificação diagnóstica.

A comparação das avaliações obtidas através da EDAO, preenchimento dos critérios para transtorno de personalidade *borderline* pelo DSM-IV e da AGF, nos dois momentos de avaliação, são apresentadas na Tabela 2.

TABELA 2 - COMPARAÇÃO DAS AVALIAÇÕES OBTIDAS ATRAVÉS DA EDAO, DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E DA AGF, NOS DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO.

	Avaliação			Reavaliação		
	EDAO	Crítérios TPB	AGF	EDAO	Crítérios TPB	AGF
Ana	Grave	7	50	Severa	5	55
Antônio	Grave	8	40	Grave	7	40
Bia	Grave	8	45	Severa	6	55
Carlo	Severa	6	60	Moderada	5	70
Marta	Grave	9	40	Grave	9	40
Néa	Severa	7	50	Severa	7	55

No momento da avaliação, quatro dos pacientes que apresentavam uma adaptação ineficaz grave pela EDAO, na AGF apresentaram níveis diferentes em seu funcionamento global, sendo que Antônio e Marta apresentavam a AGF mais baixo, devido ao pensamento por vezes desconexo, com falhas no teste de realidade e na capacidade de julgamento, com prejuízos importantes nas áreas escolar, profissional, social e familiar. Marta preenchia os nove critérios para transtorno de personalidade *borderline* e Antônio oito. Após a psicoterapia breve não houve alteração nem nos resultados da EDAO, nem na AGF, Marta continuava a preencher os nove critérios e Antônio havia deixado de preencher o critério 9 (ideação paranóide transitória).

Antônio e Marta eram muito dependentes de seus pais, não podiam imaginar como viveriam no caso de morte dos mesmos, considerando-se incapazes de se cuidarem, despreparados para a vida. Temiam enlouquecer. Apresentavam também

marcada onipotência, acentuadas manifestações auto e hetero destrutivas, forte componente invejoso, mostrando-se impermeáveis às intervenções terapêuticas. Queriam melhorar sem fazer esforço, tratar-se do seu jeito. A gravidade e cronicidade da patologia, aliada a inadequação do ambiente familiar, tornaram pouco eficaz a psicoterapia breve. O momento em que buscaram a psicoterapia não pareceu caracterizar-se como crítico, mas sim como uma forma de funcionamento. Apresentavam baixíssimo limiar à frustração, tendendo à desestruturação.

Ana e Bia apresentavam uma sintomatologia considerada séria, com idéias suicidas e prejuízo nas áreas familiar, social e profissional. No momento da reavaliação, Ana e Bia mostravam uma melhora do nível de adaptação através da EDAO, passando para a classificação ineficaz severa, com a correspondente alteração da AGF de séria para moderada e diminuição no número de critérios. Ambas haviam deixado de preencher o critério 5 (ameaça, gesto ou comportamento suicida). Ana também deixou de preencher o critério 9 (ideação paranóide transitória) e Bia o critério 4 (impulsividade). Viviam com os companheiros em uma relação de dependência, parecendo reeditar a relação de dependência dos pais. Ana vivia com o filho, conseguindo desempenhar o papel de mãe. O filho de Bia era cuidado pelos avós.

Carlo e Néa no momento da avaliação apresentavam uma adaptação ineficaz severa. Os sintomas de Carlo eram classificados como moderados pela AGF, preenchendo seis dos critérios para transtorno de personalidade *borderline*. Néa apresentava sintomas considerados sérios devido seus rituais obsessivos e preenchia sete dos critérios. No momento da reavaliação, a adaptação de Carlo passou para ineficaz moderada, sendo seus sintomas considerados leves pela AGF, não preenchendo mais o critério 5 (raiva inapropriada). A adaptação de Néa pela EDAO permaneceu ineficaz severa, porém pela AGF seus sintomas foram classificados como moderados, embora não tivesse deixado de preencher nenhum dos critérios do DSM-IV, superou de forma adequada um momento de crise no trabalho.

Ambos trabalhavam e se mantinham financeiramente, apresentando um padrão de vida mais independente, mantendo-se nas áreas profissionais de escolha, apesar das dificuldades encontradas. A dependência ocorria ao nível emocional levando ao sentimento de vazio, por vezes ao desespero e a depressão.

Ana e Carlo referiram ter aprendido a pensar, e demonstravam um melhor nível adaptativo seis meses após a psicoterapia, utilizando e aprimorando seu aprendizado, com atitudes menos autodestrutivas, inclusive tendo podido enfrentar situações críticas de forma mais adaptada. Ambos apresentavam recursos egóicos suficientes para constituírem família e cuidarem dos próprios filhos.

Bia também pareceu resgatar um espaço mental para pensar, tentando restaurar sua relação conjugal, mas a forte angústia de separação interferia negativamente no reconhecimento e manutenção de suas aquisições. Havia desenvolvido motivação para uma psicoterapia de longo prazo, a qual estava realizando.

Antônio, Bia e Néa desde o início do tratamento consideraram o tempo proposto para a psicoterapia reduzido, o que segundo Perry (1989) pode ser considerado um indício da dificuldade para se ater ao contrato, com propensão ao *acting-out*.

O pensar representa a possibilidade de colocar em palavras experiências terríficas e angustiantes, nomeá-las e simbolizá-las, através da relação transferencial. A possibilidade para ligar os fatos e começar a pensar talvez tenha sido facilitada pelo vínculo estabelecido com a terapeuta, pela estrutura mais delimitada da proposta terapêutica (situações-problema) circunscrevendo temas, o que pareceu ser um fator norteador do processo.

O papel ativo, a postura continente da terapeuta e o manejo das manifestações transferenciais negativas, facilitaram a vinculação dos pacientes, possibilitando suportar o fim da psicoterapia e podendo ter espaço para se falar dos sentimentos de abandono, de raiva durante o processo e permitindo o reencontro após seis meses. A experiência emocional foi significativa e permaneceu, sendo que após seis meses os pacientes referiram se lembrar das 'coisas conversadas' enquanto algo bom a que recorriam constantemente nos momentos de *stress*.

A psicoterapia pareceu ter aberto a possibilidade de recontar a própria história, com novas associações, em uma ótica diferente, considerando-se como um participante da própria vida e não como uma vítima, melhorando a autoestima e a autonomia, principalmente nos casos de Ana e Carlo.

Marta manifestava sua confusão concretamente através da desarrumação do quarto e da incapacidade de desfazer-se dos objetos, sendo-lhe difícil atingir o nível

simbólico, o que dificultou o manter-se em psicoterapia, pois desejava que a terapeuta desse um rumo em sua vida, pagando dívidas, arrumando-lhe namorado, projetando maciçamente nesta o papel que atribuía à mãe.

No caso de Néa, a confusão mental expressava-se por sintomas obsessivos, na tentativa de conter a própria loucura e parar o tempo, evitando a separação dos pais. Sentia-se em geral presa de uma angústia terrorífica ao deparar-se com estes aspectos, defendendo-se através do bloqueio cognitivo. A dificuldade em distinguir entre a realidade e percepção falha do mundo, propiciava ilusões e emoções que prejudicavam seu funcionamento cognitivo. A psicoterapia pareceu trazer-lhe a possibilidade de pensar sobre a forma como conduzia sua vida e sua participação nas dificuldades de relacionamento, o que tentava levar enquanto aprendizagem para o novo trabalho, procurando controlar-se mais e vestir-se de acordo com as exigências que o novo trabalho requeria. Essas percepções a motivaram para a procura de uma psicoterapia de longo prazo.

Antônio, Bia e Marta necessitavam de controle externo pelos gastos excessivos. Ana apesar de não referir esses excessos, tinha os gastos controlados pelo companheiro. Carlo queixava-se do controle que as mulheres queriam exercer sobre ele e Néa protegia-se pela obsessividade.

### **Conclusões**

A psicoterapia breve contribuiu para a melhora da eficácia adaptativa, possibilitando o início da nomeação dos sentimentos, um melhor controle sobre os impulsos e a possibilidade de um pensar, colocando o indivíduo como parte integrante e responsável por sua própria história, propiciando-lhe ver o que fazia com sua vida. Em geral essas descobertas contribuíram para uma melhoria na qualidade de vida.

Os aspectos estruturais que determinam os padrões de relacionamento com o uso de mecanismos defensivos primitivos não sofreram alteração, permanecendo o equilíbrio frágil que pode romper-se em situações mais difíceis, quando em geral aparecem as idéias suicidas. O que se alterou foi a possibilidade de reconhecimento de alguns aspectos de sua estrutura de personalidade, com suas limitações e possibilidades, propiciando o perceber-se em situações em que o controle estava sendo perdido,



buscando evitá-las ou quando isto não era possível, procurando administrar melhor os danos.

As intervenções psicoterápicas, o estabelecimento de situações-problema, o vínculo estabelecido com a terapeuta surtiram um efeito estruturante, levando a uma maior discriminação entre fantasia e realidade e a capacidade de *insight* possibilitando algum nível de compreensão do significado do sintoma, a aquisição de novas habilidades, a regulação das emoções. Por sua vez a medicação ajudava na estabilização do humor e na diminuição de alguns sintomas.

A vinculação positiva com um terapeuta experiente, com possibilidade de compreensão dinâmica e a interpretação ativa das manifestações transferenciais negativas, auxiliou na manutenção da experiência emocional e na vivência de permanência do vínculo, mesmo em um processo psicoterápico breve, possibilitando que nos casos menos graves os objetivos fossem atingidos. Nos casos mais graves, como no de Marta, a força dos impulsos destrutivos parecia fadar ao insucesso qualquer modalidade terapêutica.

Todos os pacientes, independentemente da mudança da classificação do nível adaptativo apresentaram alterações variadas em seu repertório de recursos adaptativos, podendo perceber a iminência da crise e a necessidade de buscar ajuda terapêutica nesses momentos.

Consideramos viável e importante a psicoterapia breve dinâmica com pacientes borderline enquanto uma modalidade de atendimento intermitente que possibilite a permanência no tratamento, evitando mais uma vivência de fracasso.

### **Referências bibliográficas**

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual de diagnóstico e Estatístico de distúrbios mentais DSM-III-R*. São Paulo, Manole, 1987.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV*. Porto Alegre, Artes Médicas, 4a. edição, 1995.
- BECK,P. The borderline syndromes of depression, mania and schizophrenia: the coaxial or temperamental approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.89, n.379, p.45-9, 1994.
- BEZIRGANIAN,S.: COHEN,P.; BROOK,J.S. The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, v.150, n.12, p.1836-42, 1993.

- CAPLAN,G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- FIORINI,H.J. *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- GAGNON,P. Le role de la famille dans le developpement du trouble de la personnalite limite. *Canadian Journal of Psychiatry*, v.38, n.9, p.611-6, 1993.
- GASPERINI,M.; BATTAGLIA,M.; SCHERILLO,P.; SCIUTO,G. et al. Morbidity risk for mood disorders in the families of borderline patients. *Journal of Affective Disorders*, v.21, n.4, p.265-72, 1991.
- GOLDMAN,S.J.; D'ANGELO,E.J.; DeMASO,D.R. Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, v.150, n.12, p.1832-5, 1993.
- GUNDERSON,J.G.; SABO,A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, v.150, p.19-27, 1993.
- GUNDERSON,S.J. Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.89, suppl.379, p.12-8, 1994.
- KAHTUNI,H.C. *Psicoterapia Breve Psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. São Paulo: Escuta, 1996.
- KELLY,T.; SOLOFF,P.H.; CORNELIUS,J; GEORGE,A. et al. Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, v.6, n.4, p.417-33, 1992.
- KERNBERG,O.F. Borderline Personality Organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, v.15, p.641-85, 1967.
- KERNBERG,O.F.(1984) *Transtornos graves de personalidade: estratégias terapêuticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- KERNBERG,O.F. Transferencias psicopatica, paranoide y depresiva. *Revista de Psicoanalisis*, v.48, n.5-6, p.901-25, 1991.
- KERNBERG,O.F. Psychopathic, paranoid and depressive transferences. 37<sup>th</sup> International Psychoanalytical Congress. *International Journal of Psycho-analysis*, v.73, n.1, p.13-28, 1992.
- KERNBERG,O.F.; CLARKIN, J.F. Treatment of personality disorders. *International Journal of Mental Health*, v.21, n.2, p.53-76, 1992.
- KERNBERG,O.F.; SELZER,M.A.; KOENISBERG,H.W.; CARR, A.C.; APPELBAUM,A (1989) *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.
- LUDOLPH,P.S.; WESTEN,D.; MISLE,B.; JACKSON,A. et al. The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, v.147, n.4, p.470-6, 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*.Porto Alegre,Artes Médicas, 1993.
- PARIS,J.(1992) *Borderline Personality Disorder: What is it, what causes it? How can we treat it?* Online. Artigo disponível na Internet [http:// www.mhsource.com/hy/j81.html](http://www.mhsource.com/hy/j81.html). 10 nov.1998

- PERRY,S. Treatment time and the borderline patient: An underappreciated strategy. *Journal of Personality Disorders*, v.3, n.3, p.230-9, 1989.
- ROGERS,J.H.; WIDIGER,T.A.; KRUPP,A. Aspects of depression associated with Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, v.152, n.2, p.268-70, 1995.
- ROMARO.R.A.; LOUREIRO,S.R. Distúrbio de Personalidade Borderline- comparação em dois momentos de avaliação, através de entrevista clínica. *Medicina*. Ribeirão Preto, v.26, n.2, p.294-306, 1993.
- SCHULZ,P.M.; SOLOFF,P.H.; KELLY,T.; MORGENSTERN,M. et al. A family history study of borderline subtypes. 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. *Journal of Personality Disorders*, v.3, n.3, p.217-29, 1989.
- SIMON,R. *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos*. São Paulo, EPU, 1989.
- SIMON,R. Proposta de redefinição da Escala Diagnóstica Adaptativa Operativa (EDAO). *Mudanças*. São Bernardo do Campo, v.10, p.13-26, 1998.
- SMITH,T.E.; KOENIGSBERG,H.W.; YEOMANS,F.E.;CLARKIN,J.F.;et al. Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v.4, n.3, p.205-13, 1995.
- SPITZER,R.L.; WILLIAMS,J.B.W.; GIBBON,M.; FIRST,M.B. *Instruction Manual for the Structured clinical Interview for DSM-III-R (SCID,5/1/1989 Revision)*. Biometrics Research Department. New York: State Psychiatric Institute, 1989.
- TORGERSEN,S. Genetics in bordeline condicions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v.89, suppl.379, p.19-25, 1994.
- WAGNER,A.W.; LINEHAN,M.M. Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.61, n.6, p.1068-75, 1993.
- WEAVER,T.L.; CLUM,G.A. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v.61, n.6, p.1068-75, 1993.
- YEOMANS,F.E.; GUTFREUND,J.; SELZER,M.A.; CLARKIN,J.F. et al. Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v.3, n.1, p.16-24, 1994.