

ESTUDO DE CASO - QUADROS BORDERLINES COMPARAÇÃO EM DOIS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO, ATRAVÉS DE ENTREVISTA CLÍNICA.

CASE STUDY - COMPARISON OF BORDERLINE CASES IN TWO EVALUATIONS USING THE CLINICAL INTERVIEW.

RITA APARECIDA ROMARO¹

SONIA REGINA LOUREIRO²

Revista Medicina. Ribeirão Preto, v.26, n.2, p.294-306, 1993.

Objetivou-se nesse estudo comparar dados obtidos através de entrevista clínica de 5 pacientes atendidos no Serviço de Psiquiatria do HCFMRP-USP, diagnosticados como Borderline. Procedeu-se a realização das entrevistas clínicas, em dois momentos de avaliação, com intervalo de 5 anos entre elas, classificando-se as dificuldades detectadas de acordo com os critérios do DSM-III-R, levando-se em conta os sinais e sintomas, traçando-se um perfil de cada paciente estudado. A classificação foi realizada independentemente por 2 psicólogas com experiência clínica, tendo-se procedido ao acordo.

A análise dos dados permitiu uma caracterização geral dos casos estudados, comparando-se em cada caso a presença de sinais e sintomas nos dois momentos, relacionando-os às condições de evolução do quadro clínico. Persistiram em todos os casos, as dificuldades ligadas a: perturbações de identidade, relacionamentos interpessoais, instabilidade afetiva, esforços para evitar o abandono. A nível individual, evolutivamente, os 2 casos que receberam atendimento psiquiátrico no intervalo entre as avaliações, apresentaram uma melhor capacidade adaptativa, sendo que os outros 3 casos, apresentaram um nível de adaptação mais comprometido, principalmente pela presença de distúrbios do pensamento.

A comparação das entrevistas clínicas permitiu detectar nos quadros Borderline estudados, a presença de manifestações de instabilidade e diversidade de níveis de mecanismos adaptativos configurados em uma estrutura mais estável de personalidade.

UNITERMOS: BORDERLINE, ESTUDO DE CASO, ENTREVISTA CLÍNICA.

Os quadros Borderline, têm sido objeto de controvérsia, existindo uma polêmica que perdura há mais de cinco décadas, entre os diversos autores, sejam eles psiquiatras ou psicanalistas, sobre seu enquadramento como uma organização da personalidade, um

¹ Auxiliar de Ensino Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.

² Profa. Dra. Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

síndrome, uma condição, um tipo de caráter ou como um subgrupo da esquizofrenia. Entre os pontos controversos destacam-se a diversidade na composição de sinais e sintomas, os diferentes níveis de comportamentos adaptativos e a influência variável dos estímulos considerados estressantes em uma personalidade predisposta.

A revisão da literatura aponta para diversas formas do emprego do conceito de Borderline pelos autores, no decorrer de algumas décadas, como foi historiado nas revisões realizadas por Sugarman & Lerner (11) e Duggan (1), citando o emprego desse conceito de modo variável e com nomes diversos, na seguinte cronologia: em 1924, Bleuler propôs o termo "Esquizofrenia Latente"; em 1924, Deutsch utilizou o termo "Personalidade Como Se"; em 1941, Zilboorg empregou o termo "Esquizofrenia Ambulatorial"; em 1945, Stern caracterizou a "Esquizofrenia Oculta"; em 1946, Rapaport sugeriu o termo "Pré-esquizofrenia"; em 1948, Schafer empregou o termo "Caráter Esquizofrênico"; em 1949, Hoch e Polatin caracterizaram a "Esquizofrenia Pseudoneurótica"; em 1950, Mayer sugeriu o termo "Esquizofrenia Abortiva"; novamente o termo "Esquizofrenia Latente" foi proposto em 1952 por Federn, em 1957 por Bychowsky e em 1958 por Bellak; em 1953, Gaw, Reichard e Tillman propuseram o termo "Esquizofrenia Mínima ou Moderada"; em 1953, Knight caracterizou a "Esquizofrenia Borderline"; em 1954, Peterson utilizou o termo "Esquizofrenia Sub-Clínica"; em 1955, Dunaif e Hoch sugeriram o termo "Esquizofrenia Pseudopsicopática"; em 1959, Grinker, Werble e Drye, empregaram o termo "Síndrome Borderline"; em 1964, Frosch caracterizou o "Caráter Esquizofrênico" e em 1978, Meissner empregou o termo "Condição ou Estado Borderline".

Em 1980, com a terceira edição do DSM-III, foi introduzida a Desordem de Personalidade Borderline (BPD), enquanto uma categoria diagnóstica oficial para a psiquiatria norte-americana, baseando-se em dados empíricos e clínicos, caracterizando-se pelos seguintes aspectos: - impulsividade ou imprevisibilidade em áreas potencialmente autodestrutivas como sexo, jogo, drogas, gastos excessivos, abandono de emprego, excesso de alimentação e atos autodestrutivos; - relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizadas por alternâncias entre extremos de idealização e desvalorização; - intensa raiva, difícil de ser controlada; - transtornos de identidade com incertezas relativas a auto-imagem, sexualidade, escolhas, profissão, valores; - instabilidade afetiva; - intolerância ao estar só, sentindo-se deprimido; - sentimento crônico de aborrecimento ou vazio; - esforços para evitar o abandono; - ameaças, gestos, comportamentos suicidas recorrentes.

Em 1987, a revisão do DSM-III (7), conhecida como DSM-III-R, incorporou alterações com base em dados de diversas pesquisas de campo, possibilitando descrições claras de categorias e critérios diagnósticos, conferindo à Desordem de Personalidade Borderline a categoria de um distúrbio de personalidade específico, diferenciando-o dos quadros Esquizofrênicos e do Distúrbio Narcisista de Personalidade.

Grande parte dos estudos referentes ao quadro Borderline, na última década, basearam-se na aplicação dos critérios diagnósticos propostos pelo DSM-III-R, dando destaque às manifestações de instabilidade que se expressam em uma estrutura estável de personalidade, enfatizando as manifestações afetivas.

De acordo com o DSM-III-R (7), "a característica essencial deste distúrbio é um padrão global de instabilidade da auto-imagem, relacionamentos interpessoais e humor, que começa no início da idade adulta e se apresenta numa variedade de contextos"(p.366).

Considerando-se os critérios apontados pelo DSM-III-R como característicos dos Distúrbios de Personalidade Borderline, interessamo-nos por desenvolver um estudo evolutivo visando compreender a maneira habitual do ego harmonizar as tarefas apresentadas pelas exigências internas e externas, no esforço de adaptar-se à realidade, levando-se em conta dados da história de vida de cada paciente estudado.

Objetivamos comparar os dados obtidos através de entrevista clínica, em dois momentos de avaliação, de 5 pacientes atendidos no Serviço de Psiquiatria do HCFMRP-USP, diagnosticados como Borderline. As avaliações foram realizadas com um intervalo de 5 anos entre elas, classificando-se os dados das entrevistas de acordo com os critérios propostos pelo DSM-III-R, levando-se em conta os sinais e sintomas, traçando-se um perfil evolutivo de cada paciente estudado.

MÉTODO

Sujeitos

Foram sujeitos do presente estudo, 5 pacientes psiquiátricos adultos, atendidos há aproximadamente 5 anos, no Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), diagnosticados como Borderline a nível clínico-psiquiátrico e através de avaliação psicodiagnóstica envolvendo testes psicológicos. Esses pacientes não apresentavam história de comprometimento neurológico, nem sinais indicativos de déficit intelectual.

No momento da entrevista de reavaliação, apresentavam o seguinte perfil:

CASO A: brasileiro, sexo masculino, 39 anos, semi-analfabeto, lavrador, casado, 2 filhos, residindo com esposa e filhos.

CASO B: japonês naturalizado brasileiro, sexo feminino, 28 anos, I Grau Incompleto, sem profissão definida, atualmente balconista, solteiro, sem filhos, residindo com a mãe.

CASO C: brasileiro, sexo feminino, 28 anos, I Grau Incompleto, do lar, amasiado, 3 filhos, residindo com companheiro e filhos.

CASO D: brasileiro, sexo feminino, 26 anos, I Grau Incompleto, cabeleireiro, casado, 3 filhos, residindo com esposo e filhos.

CASO E: brasileiro, sexo masculino, 29 anos, II Grau Completo, serviços gerais, casado, sem filhos, residindo com a esposa.

Procedimento

Os dados obtidos através do levantamento dos dados do Prontuário Clínico Hospitalar, particularmente da História Clínica Psiquiátrica realizada no momento da avaliação e os dados obtidos através da Entrevista Clínica, realizada no momento da reavaliação, foram avaliados segundo:

a) levantamento das dificuldades emocionais relatadas como queixas, tratamentos e

medicações psiquiátricas;

b) os critérios propostos pelo DSM-III-R, tomando-se em conta os sinais e sintomas característicos dos quadros Borderline;

c) levantamento das dificuldades apresentadas na infância e adolescência, quanto a sexualidade e vida conjugal e ainda informações relativas a práticas educativas dos pais, antecedentes psiquiátrico dos pais e irmãos.

Essas classificações foram realizadas independentemente por 2 psicólogas com experiência clínica, tendo-se procedido ao acordo, e a discussão dos desacordos, de forma a considerar-se as classificações onde houve consenso.

RESULTADOS

Os dados serão apresentados destacando-se os índices característicos apontados pelo DSM-III-R, nos dois momentos de avaliação, considerando-se a presença ou ausência desses sinais para cada um dos casos estudados.

O levantamento das Queixas, Dificuldades Atuais, Tratamentos Prévios e Uso de Medicação Psiquiátrica, relatadas pelos pacientes é apresentado na Tabela I.

Tabela I - Queixas, dificuldades atuais, tratamentos prévios e uso de medicações relatadas pelos 5 pacientes borderline estudados na avaliação e reavaliação

Queixas, Tratamentos, Medicações	Avaliação	Reavaliação
Nervosismo	A,-,C,D,E	A,B,C*,D
Vontade de se matar	A	
Dif.relac.sexual	A,B	-,B
Dif.relac.familiar e/ou conjugal	-, -,C,D,E	A,-,C*,D
Dores-somatizações	A,-,C,D,E	A,-,C*,D
Angustia	A	
Dif.controle impulsos	A,-,C,D	A,-,C*
Insônia	-, -,C,-,E	A
Dif.para raciocinar		A
Inapetência		-,B
Desânimo		-,B
Fora do ar		-,B
Dif.realiz.tarefas	-, -,C	
Medos	-, -,C,-,E	-, -, -,D
Indisposição	-, -,C	-, -, -,D
Insegurança	-, -, -, -,E	
Sono agitado		-, -, -,D
Alcoolismo	-, -, -, -,E	
Saúde Precária	-, -, -, -,E	
Tratamentos Prévios		
Ambulatorial	A	B,C,D,E
Internação Integral	A	A,C
Medicação Uso Atual Benzo-		

diazépínicu Anti-depressivo Anti-psicótico	B,C C A,B,C,D	C
Medicação Uso Anterior Benzodiazepínico Anti-depressivo Anti-psicótico	C C	C,E C,D A

* somente no período menstrual

Na avaliação, todos os sujeitos apresentaram algum tipo de queixa ou dificuldade. Na maioria dos casos estudados, encontramos referência a nervosismo, dores generalizadas-somatizações. Encontramos em 3 dos casos estudados, referência a dificuldade no controle dos impulsos, nos relacionamentos familiares e/ou conjugal. Em 2 dos casos, referência a dificuldades no relacionamento sexual, insônia e medos.

Na reavaliação, as dificuldades mais frequentes foram as ligadas ao nervosismo, dores generalizadas -somatizações e dificuldades nos relacionamentos familiares e/ou conjugal.

No Caso A, as queixas foram acrescidas pela dificuldade em raciocinar, pelos conflitos familiares e pela insônia, sem referência as dificuldades sexuais, a angústia e a vontade de se matar. No Caso B, houve referência a nervosismo, insônia, inapetência e desânimo, permanecendo a queixa quanto às dificuldades sexuais. No Caso C, as dificuldades restringiram-se ao período menstrual, com negação das queixas anteriormente expressas. No Caso D, acresceram-se as queixas concernentes ao sono, ao medo e à insegurança. No Caso E, não houve referência a nenhum tipo de queixa ou dificuldade.

Os Casos C e E receberam tratamento psiquiátrico e o Caso D tratamento psicológico no período compreendido entre a avaliação e a reavaliação. Somente o Caso A apresentava história de internação psiquiátrica anterior à avaliação.

Nos Casos A, B, C e D, havia história de uso de medicação anti-psicótica no período da avaliação, sendo que no Caso B, associada a benzodiazepínicos e no Caso C a benzodiazepínicos e antidepressivos. Na reavaliação, o Caso C referiu uso contínuo de medicação ansiolítica. O Caso D relatou o uso por um breve período de antidepressivo e o Caso E de benzodiazepínicos.

O agrupamento dos sinais e sintomas detectados através da História Clínica e categorizados segundo os critérios do DSM-III-R são apresentados, a nível evolutivo, na Tabela II. Inicialmente serão destacadas as características gerais dos 5 casos estudados e em seguida serão destacadas para cada caso a comparação dos dois momentos de avaliação.

VIDE TABELA II

Quanto aos sinais e sintomas detectados através da História Clínica e agrupados segundo o DSM-III-R, em todos os casos estudados, no momento da avaliação, foram mencionados dados relativos a: -dificuldades nos relacionamentos interpessoais com familiares, com tendência ao estabelecimento de relações marcadas pela dependência, pela raiva e pela manipulação; - instabilidade afetiva; - perturbações de identidade, predominantemente

ligadas à baixa auto-estima e a dificuldades sexuais, sendo que nos casos A,B e D havia indícios de comprometimento do pensamento. Encontramos nos 4 casos estudados (A,B,D,E), referência a: -impulsividade em áreas potencialmente auto-destrutivas, nos homens ligadas ao alcoolismo e nas mulheres ligadas ao sexo; -ameaças, gestos ou comportamentos suicidas, exceto no Caso E; -esforços frenéticos para evitar o abandono, exceto no Caso E. Encontramos em 3 dos casos estudados (A,C,D), referência a cólera intensa inapropriada ou falta de controle desta. Somente no Caso C encontramos referência a sentimentos crônicos de vazio ou tédio.

No momento da reavaliação, em todos os casos estudados foram mencionados dados relativos a: -dificuldades nos relacionamentos interpessoais; -instabilidade afetiva, sendo que nos Casos A e C circunscritas a determinadas situações; - perturbações de identidade, ligadas predominantemente à auto-estima e a dificuldades sexuais, sendo que os Casos B e E referiram instabilidade nos empregos e nos Casos A,B e D detectou-se comprometimento do pensamento. Encontramos em 4 dos casos estudados, referência a: -impulsividade em áreas potencialmente auto-destrutivas, exceto no caso E, sendo que nos pacientes do sexo feminino essa dificuldade manifestou-se a nível sexual; -esforços frenéticos para evitar o abandono, exceto no Caso E. Detectamos referência em 3 dos casos estudados (A,C,D) a cólera intensa, inapropriada ou falta de controle desta, sendo que nos 2 primeiros casos mais circunscritos a situações específicas; -ameaças, gestos ou comportamentos suicidas, nos Casos A,C,E. Somente os Casos C e E expressaram sentimentos crônicos de vazio ou tédio.

No Caso A, no momento da reavaliação, detectamos a permanência da maioria das dificuldades, contudo, sem a referência de idéias suicidas, embora seu potencial suicida pudesse estar sendo atuado através da ingestão maciça de álcool. Referia circunscrever suas dificuldades de controle dos impulsos e de relacionamento com a esposa, aos momentos de alcoolismo. Havia parado de beber há 2 meses, por ordem médica, após haver entrado em coma. No momento da reavaliação, havia um marcado comprometimento do pensamento e a área com maior prejuízo era a da identidade.

No Caso B, no momento da reavaliação, houve referência a modificação em suas dificuldades sexuais, referindo sentir prazer, porém sua problemática sexual persistia. Quanto aos sinais e sintomas, não pareceu haver alterações marcadas, permanecendo o comprometimento em nível de pensamento, porém mais acentuado.

No Caso C, no momento da reavaliação, em nível de sinais e sintomas, suas referências a própria conduta sexual sugeriram um funcionamento da mesma como uma área potencialmente auto destrutiva, o que não se evidenciou no momento da avaliação. Suas manifestações agressivas pareciam mais restritas ao período menstrual, não mais referindo dificuldades de relacionamento com os pais e tentativa de suicídio. O desânimo, na reavaliação, pareceu assumir a forma de insatisfação com a vida. As áreas ligadas a perturbações de identidade e esforços para evitar o abandono, não sofreram alteração.

No Caso D, no momento da reavaliação, persistiram as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, com o marido, acrescidas por dificuldades no trabalho. Não apresentava mais enurese noturna quando nervosa, embora persistissem as manifestações de ansiedade, depressão e agressividade. Não referiu idéias suicidas. Na área da identidade, apresentava um maior comprometimento do pensamento.

No Caso E, no momento da reavaliação, quanto aos sinais e sintomas, referiu alteração na área ligada aos relacionamentos interpessoais, sendo que conseguiu se aproximar de mulheres e manter um melhor relacionamento com a família, embora apresentasse instabilidade nos empregos. Havia parado de beber há 2 anos, portanto com alteração quanto a impulsividade em áreas potencialmente auto-destrutivas. Na área afetiva apresentou marcada insegurança, embora não mencionasse manifestações de ansiedade e medos. Referiu uma tentativa de suicídio, segundo o paciente, para chamar a atenção. Referiu também sentimentos de vazio e tédio.

Os aspectos ligados ao desenvolvimento, à sexualidade, à vida conjugal, a práticas educativas dos pais e aos antecedentes psiquiátricos familiares são apresentados caso-a-caso, separadamente, agrupando-se as informações da avaliação e da reavaliação, na Tabela III.

VIDE TABELA III

Notamos que os Casos A e E, ambos do sexo masculino, apresentaram história de iniciação ao uso de bebidas alcoólicas desde a infância, distúrbio de fala tipo gagueira, marcadas dificuldades sexuais expressas por problemas ligados à ejaculação e ereção, bem como primeira relação sexual tardia. Em ambos os casos, as esposas foram descritas como nervosas e os pais como agressivos, com problemas psiquiátricos ligados ao alcoolismo, tendo necessitado da interferência de terceiros devido a maus tratos, dirigidos a eles pelos pais. O Caso A referiu que o pai tentou matá-lo várias vezes.

Os Casos B, C e D, todos do sexo feminino, apresentaram história de enurese noturna, de saída precoce de casa na adolescência (Casos B e C devido a trabalho e Caso D devido gravidez indesejada). Houve referência a história de abuso sexual na infância, pelos Casos B e D, com início precoce da vida sexual (Caso B aos 10 anos e Caso D aos 13 anos); em todos os 3 casos encontramos referência a dificuldades sexuais, com propensão à promiscuidade. Os Casos C e D referiram possuir filhos de relações extraconjugais, criados como filhos da relação matrimonial, sem que houvesse o conhecimento disto por parte dos parceiros.

Em todos os 5 casos estudados encontramos referência a práticas educativas rígidas e a antecedentes psiquiátricos na família. Os Casos C e D, referiram pai alcoólatra, o Caso E pai com internação psiquiátrica e o Caso B irmão com traumatismo craniano e alteração do comportamento. Os parceiros foram descritos como agressivos, com menção de um relacionamento marcado pela dependência e pelo temor do abandono.

DISCUSSÃO

Na maioria dos casos estudados, de acordo com os dados da Tabela I, observamos referência a queixas relativas a nervosismo e dores generalizadas - somatizações, o que vem de encontro aos achados de Meyer & Gamm, in Paz (8) e Gunderson et al. (2), que entre outras características dos quadros Borderlines apontaram para a presença de manifestações psicossomáticas.

As demais queixas referidas na Tabela I, com relação a dificuldades no controle dos impulsos, nos relacionamentos interpessoais, nas manifestações de ansiedade e impulsividade, encontram-se entre os elementos clínicos, que segundo Gunderson et al. (2), são característicos dos quadros Borderlines.

Os dados da Tabela I referentes ao relato dos pacientes no momento da reavaliação, apontaram para a permanência da maioria das manifestações, com alterações quanto a intensidade, forma e momento de manifestação, sendo que em 2 dos pacientes essas dificuldades circunscreveram-se a momentos específicos de stress. A semelhança das dificuldades entre o momento da reavaliação, onde esses pacientes não estavam buscando tratamento e o momento da avaliação, caracterizado pela situação de crise e de busca de atendimento, são sugestivas de uma condição psicopatológica mais estável dentro de um padrão de instabilidade, como o descrito por Kernberg (5) e também condizente com os estudos de Sansone et al. (9), que descreveram uma maleabilidade para modificações em seus pacientes após o tratamento psicológico, mas não uma genuína reconstituição da personalidade, a nível de atingir os parâmetros da normalidade.

Os 2 casos que receberam atendimento psiquiátrico regular no intervalo entre as avaliações, apresentaram uma melhor capacidade adaptativa, o Caso C, referiu internação psiquiátrica seguida de acompanhamento psiquiátrico regular com uso constante de medicação, o Caso E acompanhamento psiquiátrico regular com uso de medicação, o Caso E acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação. O Caso D referiu de modo vago, pouco preciso, o atendimento psicoterápico realizado em sua cidade, não sabendo informar sobre o tipo e duração do mesmo. Os Casos A e B, negaram uso de medicação ou tratamento psiquiátrico nesse período. Esses 3 casos (A,B,D), apresentaram um nível de adaptação mais comprometido, principalmente pela presença de distúrbios do pensamento.

O tipo de tratamento sistemático ministrado a esses pacientes, caracterizou-se por uma abordagem de apoio, na qual as interpretações são evitadas. Notamos que os pacientes que receberam acompanhamento sistemático nos momentos de crise, apresentaram uma melhor capacidade adaptativa, embora sem alterações estruturais, o que foi menos explícito no Caso D. Esses dados são condizentes com os resultados descritos por Sansone et al. (9) e por Stevenson & Meares (10), que apontaram para a efetividade da psicoterapia ambulatorial para pacientes com diagnóstico de Desordem de Personalidade Borderline, sugerindo que seus efeitos tendem a persistir um ano após o término do tratamento.

Nos casos estudados notamos, de acordo com os dados da Tabela II, que nos relacionamentos interpessoais, os conflitos tenderam a se expressar através de uma tênue diferenciação eu/tu, com a manutenção de relações simbióticas, dependentes, onipotentes e manipulativas, marcadas por idealizações e desvalorizações, instabilidade afetiva, hostilidade e temor do abandono, levando a continuidade de relações, que por vezes assumiam um caráter sadomasoquista, provavelmente alimentadas pela dependência de parceiros também comprometidos emocionalmente, possivelmente envolvidos em um ambivalente jogo de mútuas desvalorizações, o que vem de encontro com a compreensão dinâmica das relações interpessoais dos pacientes Borderline conceituada por Kernberg (5).

Nos casos estudados ficou evidenciada a problemática em nível de identidade, caracterizada por uma baixa auto-estima, por uma forma um tanto particularizada de integrar as experiências e lidar com a realidade, e por dificuldades no âmbito sexual. Cabe notar, que as

dificuldades sexuais nos homens expressaram-se pelo temor quanto ao desempenho das funções ligadas ao ato sexual e a procriação, que assumiu a forma de disfunções sexuais predominando a ereção e ejaculação, com o início da experiência sexual após os 20 anos. Nas mulheres, o início da vida sexual foi mais precoce, no começo da adolescência, em geral acompanhado de abuso sexual, sendo que na fase adulta a sexualidade tendeu a se expressar de um modo mais promíscuo, com dificuldades no desempenho do papel maternal. A ocorrência de abuso sexual e físico na infância foi apontada por Kernberg (5), Gunderson & Phillips (3), Gunderson & Sabo (4), como um dos fatores ligados a etiopatologia do Distúrbio de Personalidade Borderline.

Segundo Kernberg (5), os pacientes Borderline, no intento de escapar da raiva oral, tenderiam a um desenvolvimento prematuro dos esforços genitais, tendo como resultante a promiscuidade, a homossexualidade e as tendências masoquistas, com a persistência de tendências sexuais perversos polimorfos.

A forma de vida autodestrutiva, nos homens se expressou predominantemente pelo alcoolismo e autodesvalorização profissional, referindo terem sido iniciados pelos próprios pais no uso de álcool antes dos 12 anos. As mulheres tenderam a expressar a autodestrutividade no âmbito sexual, através de relacionamentos promíscuos e de relações sadomasoquistas com seus parceiros, fazendo referência a um jogo competitivo e hostil com a figura materna, além dos problemas com a figura paterna.

Segundo Sugarman & Lerner (11), uma área controversa acerca do conceito de Borderline envolve a natureza da patologia. Alguns autores buscam explicar a força ou fraqueza do ego e seus distúrbios de funcionamento em decorrência de um prejuízo nas relações objetais que dificultaria o desenvolvimento normal do ego.

Notamos nos casos estudados, de acordo com os dados da Tabela III, referência a práticas educativas coercitivas, com agressões reais na infância, praticadas em geral por pais com problemas mentais associados ao alcoolismo e mães pouco protetoras. Gunderson & Phillips (3), encontraram uma alta frequência de pais de pacientes diagnosticados como borderline que apresentavam história de abuso de substâncias, comportamentos anti-sociais e desordens afetivas, embora essa configuração familiar não seja divergente das encontradas em outros distúrbios de personalidade.

Em geral, os pais foram referidos como pouco expressivos no exercício de suas funções parentais ligadas a sobrevivência e socialização, dificultando o estabelecimento de um sentimento de identidade, o que caracteriza segundo Kernberg (5), um dos fatores etiopatológicos presentes nos quadros Borderlines, expressos pela presença de uma intolerância constitucional a ansiedade e frustrações com base em agressões reais, dificultando a estruturação do sentimento de identidade e a aceitação de si, em decorrência da síntese deficitária das introjeções positivas, que não neutralizariam as introjeções negativas.

A compreensão dinâmica dos casos estudados, apontou para a predominância de impulsos e sentimentos hostis que mitigavam a possibilidade de um desenvolvimento egóico e de um amadurecimento emocional, permeando o ego de uma angustia persecutória, dificultando a integração dos impulsos, que tenderam a se expressar de modo auto e hetero dirigido, através de formas de vida autodestrutivas e de relações interpessoais marcadas pela hostilidade.

Esse funcionamento dinâmico da personalidade, nos casos estudados, de acordo como os dados das Tabelas II e III, pareceu apontar para vivências primitivas não elaboradas ao longo da vida, as quais propiciaram o fortalecimento dos impulsos destrutivos, manifestando-se através da dificuldade para organizar, integrar e elaborar as experiências emocionais, relacionadas à introjeção

de objetos primários vivenciados como negativos, o que, em termos clínicos, expressou-se por sérios conflitos com as figuras parentais, reeditados na escolha dos parceiros e no tipo de relacionamento estabelecido, o que se aproxima dos pressupostos de Klein (6).

CONCLUSÃO

A comparação dos dados obtidos através de entrevista clínica, em dois momentos de avaliação, com um intervalo de cinco anos entre elas, empregando-se uma metodologia de estudo de caso, permitiu traçar um perfil evolutivo dos pacientes estudados, com base em suas queixas e formas de vida.

Nos casos estudados, encontramos, como descreveu Kernberg (5), uma organização de personalidade estável, com características específicas de permanência e pouca permeabilidade, com os seguintes componentes: -labilidade afetiva; -dificuldade no controle dos impulsos; -relações objetivas patológicas; -sexualidade polimorfa; -temor do abandono.

Clinicamente, as características estruturais de personalidade, nos casos estudados, expressaram-se através de falhas no estabelecimento do sentimento de identidade, apresentando-se sob a forma de uma baixa auto-estima, por comprometimentos do pensamento e por dificuldades sexuais, apontando para os aspectos descritos no DSM-III-R (7) e para aspectos ligados à compreensão dinâmica, conforme o proposto por Kernberg (5).

O momento da avaliação, quando esses pacientes procuraram tratamento, caracterizou-se como um período de crise, onde algumas dificuldades apresentaram-se de forma mais acentuada, com maior diversidade de sintomas e queixas. No momento da reavaliação, em que não havia por parte dos pacientes a identificação de um período de crise, detectamos uma gama menor de sintomas manifestos, e, em geral, uma melhor capacidade adaptativa, embora a um nível estrutural não tenhamos encontrado alterações marcantes.

A um nível evolutivo, individualmente, encontramos uma estruturação estável de personalidade, com padrões característicos de estabelecimento de vínculos, apenas com variações na forma de lidar com os conflitos e de expressão de defesas como recursos adaptativos às situações de vida diária.

O pequeno número de sujeitos estudados constituiu-se em um limite à generalização dos dados, contudo, a forma metodológica de comparação caso-a-caso, tomando cada sujeito como seu próprio controle, permitiu-nos proceder através da entrevista clínica a uma compreensão aprofundada dos aspectos estruturais e funcionais da personalidade de pacientes Borderline.

ABSTRACT

CASE STUDY - COMPARISON OF BORDERLINE CASES IN TWO EVALUATIONS USING THE CLINICAL INTERVIEW.

The objective of this study was to compare data obtained by means of clinical interviews with 5 patients diagnosed as Borderline, which were served at the Psychiatric Service of HCFMRP-USP. In two different moments of assessment, with an interval of 5 years, interviews were used to detect difficulties which were classified according to the criteria of DSM-III-R. Signs and symptoms were taken into account, and a profile of each patient was studied. Classification was performed independently by two psychologists with clinical experience, and it was taken into account the reliabilites between them.

Analysis of the data permitted a general characterization of the cases, comparing the presence of signs and symptoms in each case at two different times and relating them to the evolution of the case. The following difficulties persisted in all cases: identity disturbance, interpersonal relationship difficulties, emotional instability, and efforts to avoid abandonment. The 2 cases that received psychiatric care during the interval between the evaluations presented a greater adaptive capacity, while the other 3 cases presented an even lower adaptation level, principally by the presence of thought disturbances.

Comparison of the clinical interviews allowed the detection in these Borderline cases of the presence of manifestations of instability and the diversity in the levels of adaptive mechanisms configured in a more stable structure of personality.

UNITERMS: BORDERLINE, CASE STUDY, CLINICAL INTERVIEW.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.DUGGAN,H.F. Psicopatologia de los Estados Borderlines. Psicodiagnóstico de Rorschach y Otras Técnicas Proyectivas. Argentina, Año 9(1),1985,1-8.
- 2.GUNDERSON,J.G.; CARPENTER,W.T. & STRAUSS,J.S. Borderline and Schizophrenic Patients: A Comparative Study. Am J Psychiatry, 132:12,1257-1264,1975.
- 3.GUNDERSON,J.G & PHILLIPS,K.A. A Current View of the Interface Between Borderline Personality Disorder and Depression. AmJ Psychiatry,148:8,967-975,1991.
- 4.GUNDERSON,J.G. & SABO,A.N. The Phenomenological and Conceptual Interface Between Borderline Personality Disorder and PTSD. Am J Psychiatry,150:1,19-27,1993.
- 5.KERNBERG,O. Borderline Personality Organization. J Am Psychoanal Assoc,15,641-685,1967.
- 6.KLEIN,M. Algumas Conclusões Teóricas Sobre a Vida Emocional do Bebê, in KLEIN,M; HEIMANN,P.; ISAACS,S & RIVIERE,J., Os Progressos da Psicanálise, 3a. edição, Rio de Janeiro:Zahar Editores,1982,216-255, 1952.

7. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-III-R. São Paulo: Manole, 1987.

8. PAZ, C.A. Evolución Histórica de la Noción de Caso Fronterizo, in, PAZ, C.A; PELENTO, M.L. & PAZ, T.O., Estructuras y Estados Fronterizos en Niños, Adolescentes y Adultos. Buenos Aires: Nueva Visión, 1976, 15-108.

9. SANSONE, R.A.; FINE, M.A. & DENNIS, A.B. Treatment Impressions and Termination Experiences with Borderline Patients. Am J Psychother, 45:2, 173-180, 1992.

10. STEVENSON, J. & MEARES, R. An Outcome Study of Psychotherapy for Patients With Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry, 149:3, 358-362, 1992.

11. SUGARMAN, A. & LERNER, H. Reflections and the current state of the Borderline Concept, in, KWAWER, J.S.; LERNER, H.D; LERNER, P.M. & SUGARMAN, A., Borderline Phenomena and the Rorschach Test, New York: International Universities Press, Inc, 1980, 11-38.

Tabela II - Sinais e sintomas detectados através da história clínica relatados pelos 5 pacientes borderline estudados, agrupando-se as informações de avaliação (av) e reavaliação (reav), segundo os critérios do DSM-III-R

Crítérios /Casos	CASO A	CASO B		CASO D	CASO E
Relacionamentos Interpessoais - dificuldades.	Av:brigas recorrentes com a esposa.Reav:circunscritas aos episódios de alcoolismo.	Av:relações instáveis,- dependentes, com idealização/ desvalorização.- Conflitos com a mãe.- Reav acresceu-se o temor de perder a mãe e o namorado.	Av:relações manipulativas, hostis, dependentes e superficiais.Conflitos com pais,companheiro e filha.Reav só não re-feriu dificuldades com os pais.	Av:relações de dependência,simbiose,domínio,agressão. Conflitos com esposo e familiares.Reav:- dificuldades mantidas.	Av:conflitos com os pais e mu-lheres em geral.Reav havia se casado,não referindo conflitos com a esposa;mantendo uma relação de dependência.
Impulsividade em áreas potencialmente auto-destrutivas.	Av:alcoolismo.Reav parou de beber há 2m,por or-dem médica.	Av:preocupação com a sexualidade,frigidez/raiva.Reav:superou frigidez.	Av:não re-feriu.Reav vida sexual conturbada.	Av e Reav: relação de caráter sa-domasquista com o esposo.	Av:alcoolismo.Reav:parou de beber há 2 anos.
Instabilidade Afetiva.	Av:ansiedade,labilidade,isolamento depressão, agressividade.Reav: só quando alcoolizado.	Av e Reav: ansiedade.	Av:depressão,agressividade. Reav:só no período menstrual.	Av:ansiedade,labilidade,depressão, enurese no-turna.Reavagressividade.	Av:ansiedade,medos,contendo a raiva em si.Reav: insegurança.
Cólera intensa inapropriada ou falta de controle desta.	Av:quando alcoolizado,explosões de ira auto e hetero di-rigiditas.Reav:- quando alcoolizado heteroagressão.	Av e Reav: não detectado.	Av:tentativa de suicídio, heteroagressão-filha de 1a6m.Reavagressões contra a filha,só no período menstrual.	Av:explosões de ira,lutas corporais. Reav:explosões de ira,"brigona"(sic).	Av e Reav: não referiu dados sugestivos.
Ameaças, Gestos, Comportamentos Suicidas.	Av:8 tentativas de suicídio, vontade de morrer se contrariado.Reav: negou idéias suicidas/coma por ingestão de ál-cool.	Av:2 tentativas de suicídio. Reav:não referiu.	Av:1 tentativa de suicídio. Reav:vários episódios de depressão.	Av:idéias suicidas. Reav:não referiu.	Av:não referiu.Reav:1 tentativa de suicídio "para chamar a atenção"- (sic).
Perturbações de Identidade.	Av:idéias obsessivas tartamudez auto-imagem depreciativa,dificuldades	Av:pensamento delirante, auto-imagem depreciativa,dificuldades	Av e Reavauto-imagem depreciativa,dificuldades	Av:episódios de despersonalização,idéias de referência, auto-imagem	Av:sentimentos de menos valia e dificuldades sexuais.Reav:a-

	sexuais, hipocondria. Reav: cresceu-se dificuldade para raciocinar.	sexuais, instabilidade nos empregos. Reav: cresceu-se idéias de referência.	sexuais, hipocondria.	deprecitiva, dificuldades sexuais. Reav: cresceu-se pensamento mágico.	cresceu-se: dificuldades intelectuais e instabilidade nos empregos.
Sentimentos crônicos de vazio ou tédio.	Av e Reav: não detectado.	Av e Reav: não detectado.	Av: desânimo. Reav: insatisfação com a vida.	Av e Reav: não detectado.	Av: não detectado. - Reav: sentia sua vida como vazia.
Esforços frenéticos para evitar o abandono.	Av e Reav: temor do abandono.	Av e Reav: temor do abandono/ não selecionava as relações amorosas.	Av: temor de ser abandonada pelo companheiro alegando dificuldades econômicas. Reav: mantida a dificuldade, referindo gostar de outra pessoa.	Av e Reav: medo de viver sem o esposo e da separação. Necessidade de reunir agregados em sua casa.	Av e Reav não foi detectado.

Tabela III - Aspectos relacionados à história de vida relatados pelos 5 pacientes borderline estudados, agrupando-se as informações da avaliação e reavaliação.

Aspectos /Casos	CASO A	CASO B	CASO C	CASO D	CASO E
Dificuldades referidas na infância e adolescência.	Usava bebidas alcóolicas desde antes dos 12a, por influência do pai.Começou a trabalhar aos 7a.Aos 13a,sua mãe morreu.Morou 6m com a madrinha, frequentando a escola por 3m;ficou internado 6m e morou 1a,em um hospital prestando serviços, quando fugiu para a casa do pai.Carência econômica.	Enurese até 4a;medo de escuro,de fantasmas, de que alguém pudesse agarrá-la-dos 5 aos 11a;sonambulismo dos 6 aos 10a.Aos 10a foi ameaçada e violentada pe-lo irmão.Começou a chupar o dedo aos 11a,após o nascimento do irmão.3 reprovações escolares.Saiu de ca-sa para trabalhar, aos 15a.	Enurese noturna até os 14a.Começou a trabalhar como doméstica,morando no emprego aos 15a.Sentia-se revoltada com o fato de ser pobre,precisando in-terromper os estudos por carência econômica.	Medo acompanhado de sintomatologia física,após os 6a.Enurese noturna até os 7a.Sente-se capaz de ler os pensamentos no rosto das pessoas,desde os 12a.Saiu de casa aos 15 a,quando engravidou. Durante a gravidez, acordava à noite gritando,com a sensação de que homens e mulheres vinham por cima dela.	Referiu usar bebida alcóolica desde menino.Apresentou gagueira até os 16a.
Sexualidade	Primeira relação sexual aos 23 a.História de ereção deficiente e ejaculação precoce.	Abuso sexual(irmão de 18a) aos 10.Vários parceiros ocasionais, -conflitos referentes ao sexo. Relacionou o chamado para a reavaliação, com a possibilidade de ter diagnóstico de AIDS.	Primeira relação sexual aos 19 a,com o atual companheiro. Relação extra conjugal.Rompeu com o amante por temor a AIDS.	Abuso sexual aos 5 anos (tio de 15a). Primeira relação sexual aos 13 a,gravidez aos 15a e casamento aos 17a.Relação extra conjugal.	Crescimento das mamas aos 11a,ginecoplastia aos 17a, Primeira relação sexual aos 27a,sentia medo de não conseguir manter a ereção.
Vida Conjugal	Casamento arranjado, namorou 3m. Esposa nervosa, com a qual tem muitos conflitos.- Tratamento no Ambulatório de Infertilidade, até 4	Aos 21 a, perdeu o noivo em um acidente automobilístico, abortando espontaneamente o filho que esperava.	Casou por conveniência.Marido a maltratava,as dificuldades se agravaram com o nascimento da filha. Não conseguia gostar ou cuidar do bebê.	Esposo agressivo,com dificuldade para manter -se no emprego.Relação sadomasoquista com o esposo e com o amante(há 5 a).Tem 3	Esposa nervosa, insegura, problemas somáticosE. não quer ter filhos,pois teme que sejam imperfeitos ou problemáticos.

	anos atrás. Tem 2 filhos, 2a e 1a.		Tem 3 filhas, 7a, 3a e 1a. Relação extra conjugal, a qual atribui o nascimento da 2a. filha.	filhas, 11a, 10a e 9a.	
Práticas Educativas dos Pais.	Coercitivas - apanhava muito do pai que tentou matá-lo várias vezes.	Coercitivas e rígidas. Temia ambos os pais.	Coercitivas, pai batia, maltratava. Mãe indiferente.	Coercitivas e rígidas - apanhava de ambos os pais.	Coercitivas - apanhava muito do pai, precisando ser socorrido.
Antecedentes Psiquiátricos dos pais e irmãos.	Pai alcoólatra. Mãe falecida e descrita como "meio abobalhada" (sic).	Irmão mais velho sofreu traumatismo craniano aos 18a, com alteração do comportamento.	Pai alcoólatra, com 5 internações psiquiátricas. Dos 10 irmãos, 8 foram descritos como nervosos.	Pai alcoólatra, com internação psiquiátrica e história de hanseníase.	Pai com problemas mentais e internações psiquiátricas. Desconhece antecedentes maternos - a mãe foi adotada.

