

Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade *borderline*: implicações para o tratamento

Bruno de Paula Rosa
Manoel Antônio dos Santos

268

O estudo investiga o manejo clínico de pacientes com comorbidade entre transtorno alimentar e transtorno de personalidade borderline. Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso e o enfoque psicanalítico para análise dos dados. Após revisão teórica do tema, acompanha-se a evolução do tratamento por meio de vinhetas clínicas. Finalmente, postula-se o lugar do terapeuta como alguém que oferece um ambiente de confiança e acolhimento do sofrimento do paciente.

Palavras-chave: Psicoterapia, processos psicoterapêuticos, bulimia, distúrbio de personalidade *borderline*

Introdução

Os transtornos alimentares (TA) têm sido cada vez mais objeto de atenção dos profissionais da área da saúde por apresentarem significativos graus de morbidade e mortalidade (American Psychiatric Association, 2009; Andrade & Santos, 2009). Anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) figuram como os transtornos predominantes (Polivy & Herman, 2002). Na última década houve significativo aumento na incidência desses quadros, embora esse crescimento não se compare à escalada epidêmica dos casos de obesidade. A maior visibilidade social dos TA motivou a criação de serviços especializados para tratamento médico, reabilitação nutricional e atendimento psicológico desses transtornos.

De caráter multidimensional, o desenvolvimento desses quadros abrange fatores socioculturais (por exemplo, influência da mídia e do grupo de pares), familiares (indiferenciação de fronteiras individuais, com enredamento das identidades dos membros da família e acentuado criticismo), intrapsíquicos (afeto negativo, baixa autoestima e insatisfação corporal) (Polivy & Herman, 2002). Estudos recentes corroboram o entrelaçamento de múltiplos fatores na etiologia dos quadros de TA e sugerem a busca de intervenções mais abrangentes, que incluam como estratégia de atenção em saúde mental a unidade familiar, sobretudo em pacientes mais jovens (Souza & Santos, 2006, 2007, 2009, no prelo).

A valorização exacerbada da forma e do peso corporais têm levado muitas pessoas, especialmente as mulheres, a cometer vários sacrifícios, que podem acarretar severos prejuízos à saúde, como a prática de exercícios excessivos e dietas radicais. Esse esforço exagerado para emagrecer pode resultar no desenvolvimento do quadro de BN.

O termo *bulimia* foi criado por Russell e vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *lemos* (fome), isto é, uma fome intensa ou suficiente para devorar um boi (Cordás & Claudino, 2002). Russell (1979) descreveu o quadro como uma “variante sinistra” da AN. Geralmente nota-se, entre as pessoas acometidas, uma valorização significativa da forma do corpo e do peso, com uma autopercepção física distorcida e dificuldade em identificar as emoções. Além disso, cos-

tumam apresentar baixo limiar à frustração, nível alto de ansiedade, autoestima rebaixada e prejuízo no controle dos impulsos (Romaro & Itokazu, 2002). Os hábitos e comportamentos alimentares são distorcidos (Dunker & Philippi, 2003; Leonidas & Santos, no prelo) e essas pessoas se lançam em uma busca obstinada por conseguir alcançar um padrão de beleza quase inatingível, à custa da mortificação do corpo (Fraga & Santos, 2005). Ao perceber que não podem alcançá-lo, sentem-se fracassadas, deprimidas e cometem atos compulsivos, sentindo-se culpadas e ainda mais deprimidas depois de praticar manobras compensatórias para aliviar o excesso alimentar (Behar, 1994).

A experiência clínica sugere que a psicoterapia auxilia na melhora dos sintomas de quadros de BN, mas é insuficiente como tratamento exclusivo (Gorgati, Holberg & Oliveira, 2002). Não há, por enquanto, estudos controlados que tratam da eficácia das psicoterapias psicodinâmicas na BN. O que alguns autores apontam é que essa modalidade de seguimento contribui para o tratamento das comorbidades, diminuição da ansiedade, melhoria dos relacionamentos interpessoais e elaboração dos traumas por abuso sexual. O guia prático para o tratamento dos transtornos alimentares, da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatry Association, 2009), aponta que a psicoterapia psicodinâmica é aplicável aos pacientes mais comprometidos, com maior incidência de comorbidades.

No DSM-IV-TR™ – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (Associação Americana de Psiquiatria, 2002) é mencionada a associação da BN com sintomas depressivos ou transtornos de humor, transtornos obsessivo-compulsivos, transtornos de ansiedade, abuso ou dependência de álcool e drogas, além de transtornos de personalidade, especialmente do tipo *borderline*. A ocorrência conjunta de TA e outros distúrbios, como os transtornos afetivos e de personalidade, é conhecida como comorbidade psiquiátrica. Essa associação vem sendo investigada nas últimas décadas em virtude de suas implicações na abordagem e tratamento dos pacientes. Essa propensão a desenvolver comorbidades psiquiátricas torna o prognóstico ainda mais crítico e representa, na prática clínica, enorme desafio para os profissionais de saúde mental.

O DSM-IV-TR™ caracteriza o transtorno de personalidade *borderline* como um padrão global de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, dos afetos e da autoimagem, que se inicia na idade adulta e incide em uma variedade de contextos. A noção de *borderline* faz parte do vocabulário norte-americano e anglo-saxão e acabou se integrando à terminologia psicanalítica francesa, com o nome de *états-limites* (estados-limite).

Os estudos dedicados à investigação da interface bulimia-*borderline* não são conclusivos com relação ao manejo clínico e as manobras psicoterapêuticas necessárias na condução dos casos. A aplicabilidade da psicoterapia psicodinâmica a essas situações permanece como questão em aberto, o que justifica a proposi-

ção de novos estudos que focalizem a relação estabelecida entre paciente e psicoterapeuta, com vistas a ampliar a compreensão das particularidades envolvidas no manejo clínico de pacientes com comorbidade entre TA e transtorno de personalidade *borderline*. Para Schestatsky (2005), esses pacientes não constituem uma população homogênea.

Ao considerar esses pressupostos, este estudo teve por objetivo analisar o manejo clínico de uma paciente com quadro de BN associado a transtorno de personalidade *borderline*.

Material clínico

Na condução deste estudo foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo o direito à privacidade e anonimato da participante. Considerando que o projeto de pesquisa envolveu intervenções em seres humanos, foi submetido à apreciação e recebeu aprovação do Comitê de Ética da instituição onde foi realizado.

Serão apresentados fragmentos clínicos extraídos de um seguimento psicoterápico de orientação psicodinâmica de três anos. A paciente, de nome fictício Júlia, foi admitida no ambulatório de um serviço especializado em TA de um hospital público quando tinha 18 anos de idade. Relatou estar se sentindo muito gorda. Foi encaminhada pelo serviço de emergência por ter injetado em si mesma soda cáustica no estômago com uma seringa. Júlia justificou esse comportamento como uma tentativa de emagrecer. Apresentava diversos sintomas relacionados ao comportamento alimentar, como manter-se em jejum por vários dias, ingerindo apenas sucos e chás, recorrência de vômitos logo após as refeições e uso abusivo de laxantes. Preencheu os critérios diagnósticos para BN e foi levantada a hipótese de comorbidade com transtorno de personalidade emocionalmente instável (*borderline*), que seria, posteriormente, confirmada por meio de uma avaliação psicodiagnóstica.

Morava com a família de origem, constituída por pai, mãe, um irmão e duas irmãs. Era a terceira filha da prole. Aluna de um curso técnico em enfermagem, trabalhava como autônoma, cuidando de pacientes idosos. Do ponto de vista clínico-nutricional apresentava sobrepeso, que se manteve, com discretas variações, ao longo de seu percurso de atendimento. A condição nutricional era considerada insatisfatória pela equipe multiprofissional, uma vez que, a despeito de seu sobrepeso, apresentava sinais de desnutrição.

A necessidade premente de controle alimentar pode ser entendida como uma resposta à impossibilidade de conter a compulsão em comer. Por meio da des-

controlada ingestão, a paciente tentava preencher o vazio e dar contorno ao que lhe faltava como ser. Por essa razão, o TA faz parte do grupo de manifestações que, contemporaneamente, caracterizam a *clínica do vazio* (Recalcati, 2003).

*Aproximações iniciais ao vale da morte:
O estabelecimento da aliança terapêutica*

No primeiro ano de atendimento, Júlia iniciou as sessões psicoterapêuticas com uma frequência de uma vez por semana, realizadas no serviço ambulatorial do hospital-escola. No ano seguinte, os atendimentos foram transferidos para uma clínica-escola do curso de Psicologia da mesma instituição, também com a mesma frequência, uma vez que a paciente recusava, tenazmente, a aceitar aumento do número de sessões.

No início dos atendimentos, a paciente se mostrava bastante ansiosa, passando quase todo o tempo das sessões balançando freneticamente as pernas. As temáticas mais abordadas durante os primeiros meses do processo psicoterápico foram suas relações afetivas, em especial com rapazes e familiares. Os sintomas alimentares permeavam os relatos. Mencionava estar bastante preocupada com seu peso, com seu corpo e com o que comia. Algumas vezes, iniciou a sessão com falas que descreviam como se sentia fraca por não se alimentar, mas que, mesmo assim, não comeria para não engordar.

Para Nunes & Abuchaim (1998), no início do trabalho psicoterapêutico é comum que o paciente bulímico se expresse por meio da preocupação com o peso e forma corporais. Essa preocupação atua no sentido de evitar a experiência emocional desagradável. Uma atitude acolhedora por parte do terapeuta é fundamental nessas ocasiões e, à medida que o processo psicoterapêutico vai se estruturando, o paciente tem a possibilidade de perceber suas ambivalências frente aos objetos e conversar com o terapeuta sobre tal temática (Zerbe, 1993).

Júlia mantinha uma relação bastante ambivalente em relação ao irmão, três anos mais velho que ela, com fortes sentimentos de amor e ódio. Quando este rompeu relações com o pai e deixou a casa da família, Júlia afirmou que estava sentindo muita raiva do pai, que ela considerava o real culpado pela briga. Quando o irmão passou a não visitar mais a família, Júlia também ficou enraivecida com o irmão e, em grande parte das sessões, expressou seu ódio por essa ausência. Nessas experiências emocionais marcadas por perdas e separação, Júlia manifestava intensa dificuldade em lidar com a angústia depressiva. Kernberg, Seltzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum (1991) afirmam que pacientes *borderline* demonstram ter muita dificuldade para elaboração de lutos, pois a raiva e agressividade incrementam as experiências de ansiedade e culpa persecutória.

Na medida em que transcorriam os atendimentos, pôde-se investigar com maior profundidade o relacionamento de Júlia com o irmão. Em diversas ocasiões a paciente relatou que sofreu agressão física e moral na infância. O irmão batia-lhe com pedaços de ferro e por vezes a amarrava para espancá-la. Emocionava-se ao narrar esses episódios de sevícias e abusos, verdadeiras sessões de tortura às quais se submetia, aparentemente sem esboçar reação ou reclamar proteção a terceiros. Estudo de Zanarini (2000) mostrou que experiências infantis negativas (abusos físico, emocional e sexual), combinadas com cuidados parentais deficientes (cuidador negligente, emocionalmente distante e não protetor, que adota práticas educativas inconsistentes e não legitima os pensamentos e sentimentos da criança), estão presentes na maior parte dos *borderline*.

O psicoterapeuta buscou construir um campo de confiança no *setting* terapêutico, valorizando a aliança terapêutica com a paciente, ao mesmo tempo em que buscava clarificar as ambivalências vivenciadas nas relações interpessoais. O vínculo de trabalho foi construído com base na transferência, mas esta não foi interpretada com muita frequência, considerando que Júlia também apresentava dificuldade de estabelecer relações afetivas mais profundas e duradouras, especialmente com o sexo oposto. Relacionava-se com vários homens ao mesmo tempo e mantinha relações sexuais com alguns deles, mas seus envolvimento não duravam mais do que alguns dias ou semanas. A literatura aponta que é frequente a existência de uma organização sexual confusa em pacientes bulímicas, sendo comum a promiscuidade (Romaro & Itokazu, 2002).

Para Júlia, os homens eram os culpados de tudo o que não dava certo, pois não tinham valores e não respeitavam as mulheres. Frequentemente intransigente, mostrava-se incapaz de reconhecer e aceitar limites, outro traço comum aos pacientes *borderline*, que fazem de tudo para que sua vontade prevaleça soberanamente (Tanesi et al., 2007). Em sua carapaça narcísica, não conseguia perceber de fato o outro, apenas suas próprias necessidades, vivenciadas como urgentes e inadiáveis. Com frequência sentia-se lesada pelas pessoas, como se a estivessem espoliando continuamente e em eterna dívida com ela, o que incluía o psicoterapeuta, que ela supunha não lhe dar a atenção que merecia.

Demonstrava forte impulsividade, que transbordava em comportamentos autolesivos, principalmente ao se cortar. Chegava às sessões com curativos nos pulsos e nos braços e descrevia em detalhes e com perceptível deleite como havia se ferido e, algumas vezes, ria enquanto narrava o modo como produzira em si mesma os ferimentos. A impulsividade do paciente *borderline* parece estar relacionada à sensação crônica de vazio e desesperança na vida. A falta de esperança e a crença de que está só levam ao desespero e à prática de atos impulsivos e a exposição a situações de risco (ibid.). Por outro lado, de forma complementar, o TA pode representar um modo que a paciente encontra de lidar com problemas

de identidade e a sensação de que não detém o controle de sua vida (Polivy & Herman, 2002). Por outro lado, a obesidade a mantinha psiquicamente colada à mãe, o que evidencia a alienação ao objeto e o fracasso da separação psíquica (Recalcati, 2003). Incapaz de decidir-se entre a fome e a saciedade, que caminho escolher, sentia-se demasiado plena depois de se fartar de tanto comer, para se proteger do horror de estar demasiado oca. Assim, debatia-se com o dilema: comer para viver ou viver para comer?

“Eu me machuco por fora porque tento diminuir a dor que sinto por dentro”

O psicoterapeuta precisa estar atento às manifestações contratransferenciais de raiva, culpa ou impotência, que estão presentes desde os primeiros contatos com o paciente *borderline*, tornando o encontro especialmente tenso (Schestatsky, 2005). Se adequadamente contida, a ansiedade que o psicoterapeuta desenvolve na constratransferência pode servir-lhe de guia para compreender as tempestades emocionais que agitam o mundo interno do paciente. Nesse sentido, destaca-se a função de *holding* do psicoterapeuta (Fraga & Santos, 2005; Kreling & Santos, 2005) como favorecedora da aliança terapêutica, na qual o que faz diferença não é tanto o papel de intérprete do inconsciente, mas a relação real que é capaz de estabelecer com o paciente (Gomes, 2005).

Como pontua Schestatsky (2005), o desenvolvimento de uma psicoterapia com indivíduos com funcionamento *borderline* requer que, ao trabalhar o material psíquico do paciente durante as sessões, as verbalizações do psicoterapeuta explorem desde o extremo expressivo ao extremo apoiador. Para ilustrar essa dinâmica relacional que deve nortear a relação terapêutica, será apresentada uma vinheta clínica. Em uma sessão, ocorrida no início do segundo ano de atendimento, Júlia relatou, sem qualquer crítica, o desejo de realizar uma lipoaspiração artesanal em si mesma. Planejava fazer a intervenção por sua própria conta, utilizando instrumentos cirúrgicos a que tinha acesso, uma vez que era aluna de um curso de técnico em enfermagem. Percebendo a iminência de risco de vida, o terapeuta interveio, abordando a paciente acerca da necessidade de informar seu psiquiatra sobre essa intenção. Júlia se mostrou relutante e agressiva, afirmando que não contaria mais nada ao terapeuta. Porém, após muita insistência, aceitou marcar uma consulta com o psiquiatra, com a presença do terapeuta. Foi realizada a consulta com a presença dos três e o terapeuta da paciente expôs as intenções dela em realizar o procedimento.

Após intensa e acalorada discussão sobre o assunto, o médico julgou que havia indicação de internação devido aos claros indícios de ideação suicida. Optou por interná-la em uma unidade de emergência psiquiátrica. Júlia contestou a

decisão e se opôs veementemente à internação, mostrando-se bastante agressiva com toda a equipe durante o processo. Ficou internada durante uma noite e foi liberada na tarde do dia seguinte pela equipe de plantão da instituição, com alta a pedido, avalizada pela família.

Nas sessões psicoterápicas seguintes à brevíssima internação psiquiátrica, a paciente mostrou-se extremamente agressiva com o terapeuta, dizendo estar com muita raiva de toda a equipe e com desejo de vingança. Passou cerca de um mês desvalorizando o vínculo terapêutico e verbalizando ameaças explícitas ao terapeuta, que envolviam conteúdos cruentos e bizarros: “*Minha vontade era fazer com você como eles fazem no Iraque: cortar a sua cabeça e segurar na mão. E, se possível, beber o seu sangue...*”

Kernberg (2005) alerta para o perigo das explosões emocionais dos pacientes *borderline*. Se não forem acolhidas com firmeza pelo terapeuta podem precipitar o rompimento do vínculo. Júlia afirmava enfaticamente que havia perdido a confiança no terapeuta e que não lhe contaria mais nada de sua vida. Em algumas sessões, sentava-se o mais distante possível do terapeuta e realizava ações que sinalizam menosprezo, como atender ao telefone celular durante a sessão.

As explosões de agressividade parecem indicar uma manifestação de ódio intensa, uma transferência negativa maciça dirigida ao terapeuta e à equipe. Para Kernberg et al. (1991), há uma forma de transferência que abrange um esforço para se livrar de aspectos internos odiosos das autorrepresentações internalizadas de si mesmo, projetando-os sobre o terapeuta e outros membros da equipe. Buscando controlar o outro temido e odiado, percebe o profissional como ameaçador, traiçoeiro, incompetente e negligente. Segundo Schestatsky (2005), a qualidade da aliança terapêutica com pacientes *borderline* é, com frequência, afetada pela tendência à cisão dos objetos e relações objetais internalizadas, que se desdobra na dissociação dos objetos externos, podendo levar a constantes violações do contrato terapêutico. As atitudes do paciente em relação ao psicoterapeuta tornam-se imprevisíveis.

O psicoterapeuta buscou salientar que sua atitude de quebra de sigilo, circunscrita ao outro profissional que a atendia, deveu-se a uma situação que colocava em risco sua saúde e, no limite, sua vida, e que era seu dever preservar a vida da paciente. Nesse período turbulento, conversaram bastante a respeito dos limites do *setting* terapêutico, bem como da confiança estabelecida na relação entre os dois ao longo do tempo. Peres (2009) salienta o papel da escuta empática, da atitude amistosa e da atividade clarificadora das intervenções do psicoterapeuta para promover a postura reflexiva e sustentar a relação transferencial com o paciente *borderline*.

Com o decorrer do tempo, a frequência de comportamentos automutilatórios diminuiu, embora ainda ocorressem esporadicamente. Alguns meses depois, em

casa, a paciente fez deliberadamente um corte na mão esquerda e quase atingiu o tendão de um dos dedos da mão. Veio à sessão alguns dias depois dizendo estar se sentindo muito culpada pelo ato, pois não conseguira pensar em deter a ação, embora tenha sentido muita dor. Quase perdeu os movimentos do dedo afetado.

Júlia demonstrava suscetibilidade aos *acting-outs*, uma vez que a ação, impulsiva e irrefletida, precedia o pensamento. Um aspecto a ser enfatizado, e que foi abordado em sessão, é o surgimento da culpa pelos atos autolesivos, a qual não se dava em situações anteriores. Júlia passou a se emocionar ao relatar como se sentia após se ferir. Afirmava que sua maior dor não era física, mas emocional e machucar-se trazia alívio às dores “de dentro”: “*Eu me machuco por fora porque tento diminuir a dor que sinto por dentro. Parece que a dor de fora dói menos...*”

“*É bom você conferir o dinheiro que estou lhe dando para se certificar de que não são notas falsas*”

276

À medida que os atendimentos foram transcorrendo, a paciente pôde refletir sobre as consequências de seus comportamentos autodestrutivos, frequente automutilação, bem como das suas inusitadas (e frustradas) estratégias para perder peso. Entretanto, passou a ter episódios de ingestão excessiva de medicamentos. Em um deles, após uma discussão com uma colega de trabalho, tomou uma cartela de antidepressivos que encontrara na casa onde trabalhava. Desmaiou e foi levada ao hospital. Quando recuperou a consciência, teve de ser contida com muita dificuldade pelos profissionais da instituição.

A partir da metade do segundo ano de atendimento, emergiu de forma intensa a relação transferencial negativa, o que suscitou novas turbulências no vínculo estabelecido. Afetos negativos, como raiva e frustração, passaram a dominar a cena terapêutica. Manifestações explosivas de transferência erótica e idealizações maciças em relação ao terapeuta foram expressas de maneira ainda mais franca e crua, o que exigiu um esforço extra para utilizar a relação transferencial e contratransferencial como uma forma de acesso ao caótico mundo interno da paciente (Gorgati, Holcberg & Oliveira, 2002). Sentimentos de impotência, ineficácia e vazio foram experimentados pelo psicoterapeuta, que os comunicou e os remeteu a Júlia, de forma que esta pudesse dar significado aos mesmos e conectá-los com experiências relevantes de sua vida.

Júlia afirmou algumas vezes que o terapeuta não se preocupava com ela, não respondia às suas perguntas e que não tinha mesmo a obrigação de cuidar dela. A regressão emocional tinha se intensificado a um ponto quase insuportável. Após

a falta em uma das sessões, o terapeuta tentou entrar em contato com a paciente via telefone. Na sessão seguinte, Júlia iniciou o atendimento sorrindo, dizendo que não havia atendido à ligação do terapeuta porque já sabia o que ele iria lhe dizer e que estava se sentindo muito bem por ter ignorado o chamado.

No terceiro ano de atendimento, realizado no consultório particular, a paciente começou a apresentar atrasos e faltas recorrentes, sem oferecer justificativas, tal como ocorria anteriormente em situações semelhantes. Expressou por diversas vezes o desejo de não permanecer no *setting* terapêutico. Dirigia ataques maciços ao terapeuta, inclusive quando pagava os honorários, ao final do mês. Em um desses episódios, disse ao terapeuta para conferir as notas de dinheiro que lhe havia dado, para que ele se certificasse que não eram falsificadas.

A partir do segundo semestre, a paciente compareceu quase que apenas às sessões de final de mês e passava praticamente toda a sessão em silêncio, perguntando se poderia realizar o pagamento e ir embora. O terapeuta enfatizou que, naquele espaço, ela era livre e poderia se retirar caso o desejasse. Todavia, seria importante poder pensar o que estaria se passando com ela naquele momento. É interessante apontar que, ainda que Júlia afirmasse querer deixar o *setting*, permanecia até o final da sessão, embora assinalasse seu alívio quando o terapeuta indicava que o tempo havia se esgotado.

Ao final de algumas semanas, após sucessivas faltas e de várias tentativas sem sucesso de se comunicar com a paciente, o terapeuta conseguiu entrar em contato com a mãe de Júlia, que lhe informou que a paciente havia viajado para a casa da avó, no interior de outro Estado, sem previsão de volta para a sua cidade de origem. Não foi possível restabelecer o contato com Júlia depois desse afastamento e os atendimentos psicoterápicos foram encerrados. O abandono do processo terapêutico por parte de pacientes *borderline* com BN é bastante frequente, o que corrobora a necessidade de abrir mão do entusiasmo excessivo quando esses pacientes parecem ter aderido ao tratamento, pois qualquer expectativa a esse respeito pode ser desastrosa para o trabalho clínico.

Para compreender o fenômeno da dissolução do laço terapêutico é preciso lembrar que uma das características mais marcantes desses indivíduos é perderem de notório alheamento da realidade e de certo autismo e isolamento, que os impedem de se darem conta do que significa para eles o objeto perdido. Eles sabem da perda, mas não têm consciência do objeto que perderam e vivem como se essa perda não houvesse existido, o que os aproxima da descrição freudiana da melancolia. Como notou Freud (1917) a propósito do melancólico, perde-se sem saber o que se perdeu e por isso não há possibilidade de elaboração da perda e sua cicatrização. A ferida psíquica fica aberta.

Considerações finais

Este estudo demonstrou que a comorbidade TA e transtorno *borderline* interfere de forma substancial na evolução e prognóstico do paciente. No relato de caso apresentado, pôde-se apontar que o processo psicoterápico alcançou em parte seus objetivos, uma vez que a impulsividade e a frequência de atos autolesivos e vômitos autoinduzidos foram amenizados no segundo ano de tratamento. Foi possível construir um ambiente de confiança e acolhimento para o compartilhamento de conteúdos de seu mundo interno, o que não evitou o abandono do tratamento no decorrer do terceiro ano.

Referências

ANDRADE, T.F.; SANTOS, M.A. A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 454-468, set. 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders*. 3. ed. Washington, DC: Autor. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx>. Acesso em: 24 dez. 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TR™ Manual diagnóstico e estatístico de transtornos alimentares*: texto revisado. Trad. C. Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEHAR, V.S. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. *Insight-Psicoterapia*, São Paulo, n. 43, p. 11-14, 1994.

CORDAS, T. A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 3-6, 2002.

DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.

FRAGA, L.B.; SANTOS, M.A. A mortificação do corpo na anorexia nervosa: considerações sobre a função de *holding* na psicoterapia. In: SANTOS, M.A.; SIMON, C.P.; MELO-SILVA, L.L. (Org.). *Formação em Psicologia: processos clínicos*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 163-184.

FREUD, S. (1917[1915]). Luto e melancolia. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. V. XXIII.

- GOMES, F.G. (2005). A aliança terapêutica e a relação real com o terapeuta. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S. (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 246-653.
- GORGATI, S.B.; HOLCBERG, A.S.; OLIVEIRA, M.D. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 44-48, 2002.
- KERNBERG, O.F. Abordagem psicodinâmica das explosões emocionais dos pacientes *borderline*. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S. (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 628-645.
- KERNBERG, O.F.; SELTZER, M.A.; KOENIGSBERG, H.W.; CARR, A.C.; APPELBAUM, A.H. *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Trad. R. C. S. Lopes. Porto Alegre: Artmed, 1991.
- KRELING, D.B.; SANTOS, M.A. Anorexia nervosa: um relato de atendimento clínico realizado em contexto multidisciplinar. In: SANTOS, M.A.; SIMON, C.P.; MELO-SILVA, L.L. (Org.). *Formação em Psicologia: processos clínicos*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 143-161.
- LEONIDAS, C.; SANTOS, M.A. Avaliação da imagem corporal e atitudes alimentares de pacientes com anorexia nervosa. *Psychologica*, Coimbra (no prelo).
- NUNES, M.A.A.; ABUCHAIM, A.L. Abordagem psicoterápica nos transtornos alimentares. In: CORDIOLLI, A.V. (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 359-365.
- PERES, R.S. Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, SP, v. 26, n. 3, 2009, p. 383-389.
- POLIVY, J.; HERMAN, C.P. Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, CA, v. 53, n. 1, p. 187-213, 2002.
- RECALCATI, M. El demasiado lleno del cuerpo. In: *Clinica del vacío: anorexias, dependencias y psicosis*. Madrid: Síntesis Editorial, 2003.
- ROMARO, R.S.E.; ITOKAZU, F.M. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 407-412, 2002.
- RUSSELL, G.F.M. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, London, v. 9, n. 3, p. 429-448, 1979.
- SANTOS, M.A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*. Ribeirão Preto, SP, n. 39, v. 3, p. 386-402, 2006.
- SANTOS, M.A.; OLIVEIRA, E.A.; MOSCHETA, M.S.; RIBEIRO, R.P.P.; SANTOS, J.E. Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 46-51, 2004.

SCHESTATSKY, S.S. Abordagem psicodinâmica do paciente *borderline*. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S. (Orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 606-627.

SICCHIERI, J.M.F.; SANTOS, M.A.; SANTOS, J.E.; RIBEIRO, R.P.P. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: resultados após a alta hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, PR, v. 6, n. 1, p. 68-75, 2004.

SOUZA, L.V.; SANTOS, M.A. A família e os transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 403-409, 2006.

____; _____. *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor, 2007.

____; _____. A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2009.

____; _____. Construcionismo social e prática grupal no contexto dos transtornos alimentares. *Psychologica*, Coimbra (no prelo).

TANESI, P.H.V.; YAZIGI, L.; FIORE, M.L.M.; PITTA, J.C.N. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade *borderline*. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 12, n. 1, p. 71-78, 2007.

ZANARINI, M.C. Childhood experiences associated with the development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, New York, v. 23, n. 1, p. 89-101, 2000.

ZERBE, K.J. Whose body is it anyway?: understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bulletin of Menninger Clinic*, New York, v. 57, p. 319-327, 1993.

Agradecimentos: Os autores agradecem ao apoio e acolhimento do prof. dr. José Ernesto dos Santos e à profa. dra. Rosane Pilot Pessa Ribeiro, coordenadores do GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, vinculado ao Ambulatório de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto, SP, Brasil).

Resumos

(Comorbidity of bulimia nervosa with borderline personality disorder: implications for treatment)

This study investigates the clinical management of patients with comorbidity combining eating disorders and borderline personality disorder. A case study was used

as methodological strategy and the psychoanalytic approach was applied for analyzing the data. After providing a theoretical review of the topic, the evolution of treatment was observed through clinical vignettes. Finally, the author concludes that the therapist should be seen as someone who offers an environment of trust and acceptance of the patient's suffering.

Key words: Psychotherapy, psychotherapeutic processes, bulimia, borderline personality disorder

(Co-morbidity entre la bulimia y el trastorno de personalidad borderline: implicaciones para el tratamiento)

Cette étude examine la gestion clinique de patients porteurs d'une comorbidité située entre les troubles de l'alimentation et le trouble de personnalité borderline. Une étude de cas et une approche psychanalytique ont été utilisées comme stratégies méthodologiques d'analyse des données. Après une révision théorique du thème, l'évolution du traitement a été accompagnée en utilisant des vignettes cliniques. Enfin, le rôle du thérapeute est formulé comme celui de quelqu'un qui offre un environnement de confiance et d'acceptation de la souffrance du patient.

Mots clés: Psychothérapie, processus psychothérapeutique, boulimie, trouble de personnalité borderline

(La comorbidez de la bulimia nerviosa y el trastorno de personalidad límite: implicaciones para el tratamiento)

Este estudio investiga el manejo clínico de pacientes que tenían comorbidez de trastorno de alimentación y trastorno de personalidad límite. Fue utilizada como estrategia metodológica el estudio de caso y el enfoque psicoanalítico para analizar los datos. Fue realizada una revisión teórica del tema y, a través de viñetas clínicas, se acompaña la evolución del tratamiento. Por último, se postula que el lugar del terapeuta es el de alguien que ofrece un ambiente de confianza y aceptación del sufrimiento del paciente.

Palabras clave: Psicoterapia, procesos psicoterapéuticos, bulimia, trastorno de personalidad límite

Citação/Citation: ROSA, B.P.; SANTOS, M.A. Comorbidade entre bulimia nervosa e transtorno de personalidade *borderline*: implicações para o tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 268-282, jun. 2011.

Editor do artigo/Editor: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck

Recebido/Received: 22.3.2010 / 3.22.2010 **Aceito/Accepted:** 13.6.2010 / 6.13.2010

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: O autores declaram que não há conflito de interesses/The authors declare that has no conflict of interest.

BRUNO DE PAULA ROSA

Psicólogo; Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo – USP-RP (Ribeirão Preto, SP, Brasil); Bolsista de mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (São Paulo, SP, Brasil).

FFCLRP-USP

Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
14040-901 Ribeirão Preto, SP, Brasil
Fone: (16) 3602-3645 / 8132-9896
e-mail: brunoprosa@yahoo.com.br

MANOEL ANTÔNIO DOS SANTOS

Psicólogo; Mestre e doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP-SP (São Paulo, SP, Brasil); Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP-RP (Ribeirão Preto, SP, Brasil); Bolsista de Produtividade em Pesquisa, nível 1D, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Brasília, DF, Brasil); Editor da revista *Paideia* (Ribeirão Preto, SP, Brasil).

FFCLRP-USP

Av. Bandeirantes, 3900 – Monte Alegre
14040-901 Ribeirão Preto, SP, Brasil
Fone: (16) 3602-3645 / 8132-9896
e-mail: masantos@ffclrp.usp.br