

Um Caso de Transtorno de Personalidade *Borderline* Atendido em Psicoterapia Dinâmica Breve¹

Paulo Jannuzzi Cunha²

Universidade de São Paulo

Maria Alice Salvador B. de Azevedo

Universidade Estadual Paulista - Bauru

RESUMO - Trata-se de um caso de Transtorno de Personalidade *Borderline*, encaminhado para a área de Psicoterapia Dinâmica Breve (PDB) do Centro de Psicologia Aplicada da UNESP - Bauru/SP. O foco delimitado consistiu em trabalhar as características depressivas do paciente, buscando ajudá-lo a elaborar o luto pela perda de sua mãe. A análise deste caso veio corroborar a hipótese de que pacientes com transtorno de personalidade *borderline* também podem ser beneficiados com a PDB. A peculiaridade desta modalidade de atendimento está relacionada ao estabelecimento de objetivos terapêuticos (foco) condizentes com as reais possibilidades e limites de cada paciente.

Palavras-chave: psicoterapia dinâmica breve; transtorno de personalidade *borderline*.

A Case of Borderline Personality Disorder Treated Within Short-Term Dynamic Psychotherapy

ABSTRACT - This paper presents a case of borderline personality disorder treated within Short-term Dynamic Psychotherapy at the Applied Psychology Center of the UNESP-Bauru/SP. The psychotherapy focused the patient's depressive characteristics aiming to help him to elaborate his losses. This case, considered a successful one, confirms the hypothesis that borderline patients can also benefit from Short-term Dynamic Psychotherapy, once realistic aims are set.

Key words: short-term dynamic psychotherapy; borderline personality disorder.

O que permitiu o desenvolvimento da psicoterapia psicanalítica (Alexander & French, 1946/1965) e, posteriormente, da psicoterapia breve de orientação psicanalítica ou Psicoterapia Dinâmica Breve (PDB) foram os avanços dos estudos psicanalíticos (Knobel, 1986), aliados às mudanças sociais e econômicas, que exigiram uma maior flexibilidade nos modelos de assistência à saúde mental estabelecidos até então (Azevedo, 1988).

A PDB, no entanto, não pode ser considerada uma psicanálise abreviada, já que as suas características configuram-lhe uma estrutura própria (Azevedo, 1983). É uma técnica psicoterápica ativa, de objetivos e tempo limitados, com a aplicação consciente e planejada de conceitos psicanalíticos, dentro de uma abordagem flexível e individualizada (Azevedo, 1985).

Mas, quem pode ser beneficiado com a PDB? Para vários autores, há critérios psicodiagnósticos específicos, indicando os que podem ou não ser beneficiados com uma psicoterapia breve (Yoshida, 1990).

Para Wolberg (1969), os pacientes que melhor respondem à psicoterapia breve são os que possuem uma boa força egóica. Malan (1979) apresenta algumas contra-indicações, assim como rejeita alguns casos específicos. Sifneos (1979) adota critérios mais rígidos, como por exemplo, que o paciente apresente inteligência acima da média. Marmor (1979) enfatiza a força egóica, capacidade para confiança, abstração e de interação com o terapeuta. Knobel (1986) é contrário a critérios rígidos para selecionar pacientes. Para ele, a indicação ou não para este tipo de psicoterapia dependerá do psicoterapeuta e do próprio caso clínico.

Mas, será que um sujeito com transtorno *borderline* de personalidade poderia ser beneficiado com a PDB? Fiorini (1999) considera que a psicoterapia breve oferece, embora em grau variável, uma oportunidade de beneficiar praticamente todos os pacientes que procuram ajuda psicológica.

Winston e cols. (1994) conduziram uma pesquisa sobre a eficácia da psicoterapia breve com sujeitos portadores de transtornos de personalidade, incluindo pacientes *borderline*, utilizando duas modalidades de atendimento. Os resultados demonstraram que os pacientes de ambos os grupos apresentaram melhora significativa em relação aos sujeitos do grupo controle, que permaneceram na lista de espera sem psicoterapia. Além disso, o seguimento feito um ano e meio depois revelou que as melhoras persistiam.

No Brasil, Romaro (2000) conduziu uma pesquisa com pacientes *borderline*, obtendo uma boa resposta dos mesmos à PDB. O resultado revelou uma melhora adaptativa

1 Trabalho apresentado no XXVII Congresso Interamericano de Psicologia, ocorrido de 26 de junho a 2 de julho de 1999, em Caracas, Venezuela. Agradecimentos: ao Dr. Maurício Knobel (UNICAMP) e à Dra. Cândida Helena Pires de Camargo (IPq-HC-FMUSP), pelas sugestões na redação do manuscrito.

2 Endereço: GREa - IPq-HC-FM USP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos s/nº - São Paulo-SP. CEP: 05403-010. E-mail: pj Cunha@yahoo.com

por parte dos pacientes, constatada, também, no seguimento realizado seis meses depois.

O presente trabalho consiste no relato de caso de um paciente *borderline*, atendido em PDB no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Bauru-SP. Discute-se algumas considerações sobre os principais desafios e possibilidades no atendimento de pacientes *borderline*, tema que vem ganhando, cada vez mais, repercussão nos meios clínicos e científicos do país.

Relato do Caso

Identificação e descrição geral do paciente

Batista (os nomes são fictícios), 21 anos, mulato, brasileiro, solteiro, cursava o terceiro grau, era prestador autônomo de serviços, de origem católica. O paciente tinha estatura e peso médios e, geralmente, vestia-se com simplicidade.

Impressões Iniciais

Na primeira sessão, Batista chegou com uma hora de atraso. Entrou na sala da psicoterapia, aguardando a orientação do psicoterapeuta sobre onde deveria sentar-se. Inicialmente, perguntou pela estagiária que o havia atendido na triagem, preocupando-se com a possibilidade de ter que passar, ainda, para outro terapeuta. É normal que o paciente faça um vínculo já com o primeiro profissional que o atende (Segre, 1999). Logo depois, Batista disse que não estava à vontade e que nunca havia feito terapia. Somente após esclarecimentos sobre a PDB e o contrato, passou a expressar-se melhor. Batista aparentava bom nível de inteligência e falava sobre diversos temas. Perguntou sobre hipnose e o seu uso na terapia; falou de sua impulsividade e personalidade, ocorrendo uma ideação paranóide. O terapeuta escutava-o com atenção e preocupação.

Motivo da consulta e sintomas apresentados

Batista apresentava as seguintes queixas: sentia-se deprimido, caótico e um “vazio”; auto-agredia-se, chegando a machucar-se; mudava de estado de ânimo sem razão aparente; indecisão; falhas de memória e atenção; dificuldade em lidar com as perdas; buscava uma razão para tudo isso.

Gostaria de não ser tão distraído e “sem memória”, pois tudo isto prejudicava-o em sua vida. Comparou seu funcionamento cognitivo com o de um computador, que, quando tem muita memória ocupada, funciona lentamente ao se apertar o “enter”. Disse que, talvez, isto pudesse ter algo a ver com alguma memória antiga, algum trauma, etc.

As suas fantasias de cura pareciam estar ligadas à expectativas imediatistas de melhora de seus sintomas: gostaria de se submeter a uma hipnose ou queria ter uma serra para abrir sua cabeça e ver o que o incomodava tanto.

Ideações paranóides foram detectadas logo na primeira entrevista, nos momentos em que o paciente relatava ter a impressão de que havia pessoas escutando-o atrás da porta ou

olhando pela janela. O terapeuta surpreendeu-se com os sintomas e o sofrimento do paciente, ficando preocupado o resto do dia. Recorreu então à sua supervisora, bem como à sua terapeuta, que funcionava como um continente para as angústias.

Resumo da história progressa e atual

Batista era um menino que se considerava feliz até os 4 anos, época de muitas brigas entre seus pais. Sua mãe, após trair seu pai, apanhou do mesmo e foi expulsa de casa. O paciente disse que não conseguia sentir nada ao lembrar de tudo isso, mas pensava que deveria sentir. Após esse fato, sua infância mudou bastante, para pior. Seu pai conheceu uma outra mulher, que veio a ser sua madrasta.

O paciente tinha o costume de brincar com insetos mortos, os quais gostava de enterrar. Quando criança ajudava seu pai no trabalho, a quem gostava muito de fazer perguntas. Batista era chamado de “CDF” pelos colegas e outros garotos da escola, fato que odiava. Até uma certa idade, urinava na calça, o que fazia-o sentir-se inferior ao seu irmão. Nesta época, seu pai penteava o seu cabelo com bastante força, para que ele não fosse discriminado na escola por sua ascendência materna negra.

Morava numa cidade do litoral e trabalhava numa discoteca. Quando expressou vontade de prestar vestibular, não foi estimulado pelos seus familiares. Na ocasião, tinha problemas de relacionamentos com as pessoas e sentia a falta de uma namorada. Há alguns anos, seu pai sofreu um derrame e ficou com os membros paralisados.

Quando Batista sentia-se deprimido queria ficar sozinho e parado, sem fazer coisa alguma. Quando sentia-se assim com os amigos, só escutava. Irritava-se quando estes lhe perguntavam a razão daquele estado; ele dizia que estava cansado, que estava com dor de cabeça, ou algo parecido. Gostava de fazer tudo por prazer. Às vezes, fazia gestos e sentia coisas estranhas: tremedeira, inquietude, sentimento de caos e vazio, batia em sua própria cabeça ou plantava bananeira e perdia a noção do passado e só tinha consciência do presente. Sentia-se muito inseguro e superficial. Cursava a universidade e tinha uma namorada (Débora), há cerca de três anos.

Hipóteses de trabalho

- 1 Hipótese Diagnóstica: Transtorno de Personalidade *Borderline*. Os critérios para esta patologia, de acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994/1995) pela APA, são apresentados na tabela 1. Para este diagnóstico, deve-se considerar todos os aspectos do paciente (OMS, 1992/1993).
- 2 Hipóteses Psicodinâmicas: a) dificuldade em elaborar o luto pela perda da mãe; b) bloqueio da afetividade; c) dificuldade para verbalizar experiências e desejos sexuais.
- 3 Foco: trabalhar o luto pela perda da mãe e o conseqüente bloqueio das emoções.

- 4 atendimentos propostos inicialmente: 25; prorrogação: 10; total: 35.

Evolução do paciente durante o processo

O paciente veio ao CPA por iniciativa própria. No início, mostrava-se pouco cooperativo. Atrasos e faltas ocorriam com frequência. Às vezes, dizia precisar da psicoterapia. Inicialmente, o terapeuta sentiu dificuldade em lidar com a resistência, sentindo-se desvalorizado e até agredido. Pacientemente, este buscava monitorar a contratransferência, evitando assim atuações da sua parte.

É muito importante que o psicoterapeuta esteja alerta às manifestações de resistência do paciente, para que esta possa ser trabalhada adequadamente no contexto psicoterápico, no sentido de ser neutralizada e dissolvida. Para seus atrasos e faltas, a postura ativa do terapeuta foi fundamental: combinou-se que se ele chegasse atrasado, perderia aquele tempo da terapia e se ele não viesse por algum motivo banal, não haveria reposição da falta. Desta forma, os limites foram colocados claramente, reforçando-se o *setting*, o que parece ter contribuído para a viabilização do atendimento do paciente.

O primeiro objetivo psicoterapêutico foi, basicamente, conscientizar Batista sobre a sua necessidade de atendimento e os benefícios que ele poderia ter com a psicoterapia. Após este objetivo ter sido alcançado, o processo transcorreu melhor e, a cada sessão, o paciente mostrou-se mais envolvido com o tratamento.

As expectativas imediatistas de cura do paciente foram trabalhadas, e as intervenções do psicoterapeuta pautavam-

Tabela 1. Critérios diagnósticos para transtorno *borderline* de personalidade

Caracteriza-se por um padrão invasivo de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, bem como acentuada impulsividade, que começa no início da vida adulta e está presente em uma variedade de contextos, 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 de self
- (4) impulsividade em pelo menos duas das 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 acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente alguns dias)
- (7) sentimentos crônicos de vazio
- (8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)
- (9) ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos

Fonte: DSM-IV (APA, 1994/1995)

se na clarificação de que a psicoterapia não é como um tratamento médico tradicional. É um processo, que se constrói com o decorrer do tempo, no qual se reelaboram aspectos da vivência pessoal, e para atingir tal objetivo ela exige esforço, paciência e empenho do paciente.

A participação de Batista foi modificando-se, desde o início até o final da psicoterapia. Num processo lento e gradual, sua participação e seu envolvimento no trabalho foram aumentando; o paciente foi “abrindo”-se, soltando-se e colaborando com a psicoterapia.

O paciente demonstrou possuir uma boa capacidade de *insight* durante o processo psicoterápico. Na tabela 2, é possível observar os temas principais trabalhados em cada uma das sessões.

Foi feita uma hipótese interpretativa ao paciente através da formulação de que o fato de ele ter brincado de enterrar insetos mortos durante a infância poderia estar ligado ao fato dele estar simbolicamente tentando elaborar o luto por uma perda muito significativa de sua vida, muito provavelmente o da perda de sua mãe. Batista respondeu: *interessante...é, legal...cada vez que eu escuto e aprendo aqui, parece que eu vou usar no meu dia-a-dia, como se fosse um manual de sobrevivência.*

Uma outra formulação interpretativa feita pelo psicoterapeuta, bem aceita e compreendida pelo paciente, foi a de que sua reação inicial ao ver este (após ter passado por rápido atendimento por outra estagiária do sexo feminino, que realizou a triagem) parecia ter relação com a situação em que foi abandonado pela mãe e viu-se sozinho com o pai, quem iria cuidar dele a partir daquele momento. Não fora à toa que logo na primeira sessão, quando o paciente perguntava algumas coisas para o psicoterapeuta, lembrara-se que gostava muito de fazer perguntas também para o seu pai, quando criança. O terapeuta, por sua vez, sentira-se como o pai, que, a partir daquele momento, deveria cuidar e preocupar-se com o filho abandonado.

A questão da ambivalência, sempre presente no discurso do paciente, foi trabalhada também: ele amava, mas odiava; ele queria, mas não queria; ele gostava, mas não gostava; não sabia se era negro ou branco: *Eu sou sempre indefinido...quando o assunto é de raça, me incomoda: porque eu não sou nem preto, nem branco; psicologicamente, eu não sei quem sou.*

Ele era mestiço, filho de uma mãe negra e de um pai branco. Além deste aspecto, a sua história de vida mostrava indícios de como isso foi sendo construído. Sua mãe foi uma mãe boa e carinhosa no início (*Eu era o xodó dela e ela me defendia*), mas Batista também achava que ela foi muito má, por ter traído o pai e abandonado os filhos (*minha mãe aprontava com um vendedor que passava lá em casa, por isso fiquei do lado do meu pai e é como se ela tivesse merecido o que aconteceu*). Por outro lado, o seu pai foi mau, pois não perdeu a sua mãe, expulsando-a de casa, e, ainda, porque não tinha Batista como seu xodó; mas, também foi muito bom, pois foi ele quem cuidou dos filhos.

Apresentava em certos momentos idéias confusas e lapsos de memória, principalmente quando o assunto era um

Tabela 2. Temas principais das sessões da PDB

1ª sessão:	resistência, queixas iniciais e estabelecimento do foco (ideação paranóide)
2ª sessão:	resistência e relacionamento com a família (falta de afeto e carinho)
3ª sessão:	expectativas imediatistas de cura (regressão)
4ª sessão:	dúvidas sobre a necessidade da terapia e reforço do setting terapêutico
5ª sessão:	insegurança e relacionamento com o pai
6ª sessão:	questionamento das próprias defesas (egóicas) e relacionamentos caóticos
7ª sessão:	sentimentos (verbalização da necessidade de mais tempo de psicoterapia)
8ª sessão:	briga dos pais e conseqüente abandono da mãe (crise: confusão e caos)
9ª sessão:	insegurança e fragilidade diante dos problemas pessoais
10ª sessão:	reflexão sobre o "alicerce" da sua personalidade
11ª sessão:	reflexão sobre a infância e resgate de aspectos positivos dos pais
12ª sessão:	separação dos pais; solicitação de privilégios para o terapeuta
13ª sessão:	reflexão sobre sua frágil identidade e origens da mãe e do pai
14ª sessão:	relato de "crise"; medo do abandono e dificuldade com a própria sexualidade
15ª sessão:	sentimento de incômodo e desconforto
16ª sessão:	reflexão sobre sua "loucura" nas crises
17ª sessão:	briga dos pais; características depressivas; madrasta; apreciação da psicoterapia
18ª sessão:	algumas características psicóticas e necessidade de aprovação
19ª sessão:	relacionamento com a mãe e madrasta
20ª sessão:	relacionamento com a mãe (expressão de emoções)
21ª sessão:	dificuldade de expressar emoções; resgate de qualidades paternas
22ª sessão:	relacionamento com a namorada e futuro profissional
23ª sessão:	expressão de mudanças positivas no relacionamento com a família
24ª sessão:	dificuldade na solução de problemas pessoais
25ª sessão:	sintomas depressivos e necessidade de ajuda (são oferecidas mais 10 sessões)
26ª sessão:	dificuldade na expressão e identidade sexual
27ª sessão:	relacionamento com namorada, sexualidade, álcool e outras drogas
28ª sessão:	cobrança de "cura"
29ª sessão:	identificação com o pai e sexualidade (emoção e confusão)
30ª sessão:	necessidade de autopunição e de ser "doente"
31ª sessão:	prazer masoquista e bloqueio emocional
32ª sessão:	necessidade de ser "bem resolvido"; sentimentos em relação a terapia
33ª sessão:	resgates de aspectos positivos dos pais e medo de responsabilidade pessoal
34ª sessão:	sexualidade, relacionamento com a mãe e expressão de sentimentos
35ª sessão:	insegurança pelo fim da terapia e desejo de trabalhar outras questões; ansiedade da separação; avaliação geral do processo psicoterápico

pouco mais delicado para ele: *Onde é que eu estava?* ou *Por que eu estava falando disto?*. O curso do pensamento era então interrompido, e isto ocorria mais no início da terapia,

ao falar do abandono da sua mãe e/ou de brigas com a namorada atual. Foi-lhe apontado que este bloqueio cognitivo parecia estar mais ligado a uma defesa, ao deparar-se com situações e vivências difíceis de suportar, intervenção esta que lhe trazia maior controle e permitia uma continuidade da reflexão. Da mesma forma, suas ideias paranóides vinham em momentos em que o paciente falava de assuntos mais profundos e ansiógenos, porém à medida em que estas questões eram clarificadas, o paciente voltava à realidade.

Era também nos momentos mais complicados da vida de Batista que suas "crises" apareciam, como após uma discussão com a namorada. Relatava ter dificuldade em descrever o que sentia em suas "crises". No entanto, eis alguns momentos da psicoterapia em que comentou sobre esses episódios:

Tem a ver um pouco com a loucura: você fazer o que tem vontade. Parece que a única coisa que te pára é a morte...Teve uma que extrapolou, numa discussão com a Débora; nós não conseguimos nos entender; comecei a me bater; Sabe, é ruim mas é bom. Eu tenho medo de ter, mas também tenho um pouco de vontade de ter. Se nunca mais aparecer, eu tenho muito dó...perda. Lidar com a perda é muito problemático para mim...Parece que as coisas mais profundas vão se revelando.

As "crises" foram bastante pesquisadas, e pareciam vir principalmente em momentos em que Batista sentia a iminência do retorno da vivência traumática infantil ligada ao abandono. A "crise" seria a válvula de escape, a sua última defesa como uma forma de sobrevivência emocional.

Após decorridas as 25 sessões, inicialmente propostas, em que foram trabalhadas as características depressivas ligadas ao abandono da mãe, foram oferecidas mais dez sessões, com o objetivo de se trabalhar melhor a separação e o término da psicoterapia.

Término do processo

A visão de Batista sobre a terapia foi se modificando com o decorrer das sessões. Eis o que ele verbalizou no final:

É bom fazer terapia, pois nessas horas eu me sinto melhor. Agora, eu sei mais quem eu sou. Eu me apoiei em alguma coisa...e isso me dá alívio; Eu estou contente por ter passado um tempo e agora eu vir para cá, sem ficar achando que não vale a pena. Antes, eu entendia bem menos o que estava fazendo aqui. Você vai se descobrindo.

Para avaliação do término da PDB, foi aplicado o *Questionário de Avaliação Subjetiva - QAS* (Azevedo, 1988) e procurou-se complementar os dados com a análise dos comentários e das vivências do paciente.

Batista notou melhora em seus sintomas, relatando que aprendeu a lidar melhor com seus comportamentos, suas dificuldades e entendera um pouco sobre as causas desses problemas. Sentia-se melhor do que antes da terapia e notou melhoras em seu rendimento nas esferas do trabalho, familiar, da amizade e cognitiva. Conscientizou-se da relação exis-

tente entre eventos do passado e sua vida atual, achando que não poderia ter dispensado a terapia. Outro dado obtido através do QAS mostrou a sua satisfação com o atendimento e que, se lhe fosse possível, prolongaria a terapia.

Ao longo do processo psicoterápico o paciente foi tomando consciência da sua patologia e da necessidade de se submeter a um tratamento mais prolongado.

Discussão

Vários avanços para a compreensão do transtorno *borderline* de personalidade foram alcançados até hoje (Paris, 2000). Atualmente, sabe-se que déficits neuropsicológicos, inclusive de memória e aprendizagem (O'Leary, 2000), alterações genéticas (Torgersen, 2000) e fatores ambientais (Zanarini, 2000) parecem desempenhar papéis importantes na doença, apontando para um modelo multifatorial da etiologia do transtorno *borderline* de personalidade (Zanarini, 2000).

De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (APA), a taxa de morbidade desta patologia é alta. A ocorrência do transtorno *borderline* de personalidade é de 2% na população em geral, 10% nas clínicas ambulatoriais de saúde mental e 20% entre pacientes psiquiátricos internados (APA, 1994/1995). O profissional desta área deve, portanto, estar atento aos critérios para a detecção de pacientes com transtorno *borderline* de personalidade, pronto a manejá-los de acordo com as suas especificidades e necessidades de atendimento.

Tratamentos psicodinâmicos para os pacientes *borderline*

Hegenberg (2000) considera a psicanálise uma esperança para os *borderline*. Embora a psicanálise seja uma possibilidade de atendimento, nem todos os pacientes têm condições econômicas para se submeter à mesma. Os profissionais que têm experiência de trabalho em clínicas comunitárias em nosso país conhecem a realidade brasileira e a dificuldade de uma grande parcela da população para pagar um atendimento psicológico. Muitos dos pacientes atendidos nessas clínicas têm dificuldade financeira até para pagar a condução para poderem comparecer às suas sessões.

De acordo com Marmor (1979), Batista não seria um caso para atendimento em psicoterapia breve, considerando-se sua fragilidade egóica. Para Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum (1989/1991), o tratamento de escolha seria a psicoterapia psicodinâmica a longo prazo. Por outro lado, Fiorini (1999), autor renomado na área da Psicoterapia Breve, defende o uso da psicoterapia breve para beneficiar pacientes *borderline*, como um tratamento preparatório pré-analítico. Por sua vez, o paciente foi atendido em PDB e pode-se dizer que foi bastante beneficiado com a mesma.

No caso relatado, Batista, que chegou de uma forma bastante resistente para o tratamento, afirmou ter compreendido melhor algumas situações de sua vida, em termos de pos-

síveis relações causais entre os eventos, além de ter tomado consciência da necessidade de um tratamento psicológico mais prolongado. Isto parece compatível com as idéias e o trabalho de Fiorini (1999).

A PDB mostra-se como um recurso valioso de atendimento em saúde mental (Azevedo, 1985, Azevedo, 1988, Schoueri, 1999), tendo neste relato de caso, e em outros trabalhos, demonstrado a sua eficácia em quadros de personalidade *borderline*, também, apontando para alterações duradouras mesmo após o término do processo (Romaro, 2000, Winston & cols., 1994). Além disto, as pesquisas têm sugerido que os tratamentos psicanalíticos/psicodinâmicos parecem estar associados não só com a manutenção das mudanças positivas como também à melhoria contínua após o término da psicoterapia, fato atribuído às mudanças neurobiológicas nos pacientes (Gabbard, 2000, Gabbard, 2001, Kandel, 1999).

Fatores que contribuíram para o resultado satisfatório da PDB de Batista

Entre os fatores que contribuíram para o resultado final satisfatório do processo terapêutico de Batista estão: a motivação do paciente, o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva, a supervisão de um profissional com ampla experiência clínica em saúde mental, o treino do terapeuta na técnica da psicoterapia breve e sua psicoterapia pessoal.

Desde o início, Batista demonstrou interesse pela psicoterapia e *motivação para mudança*, apesar das suas resistências iniciais, as quais foram bastante trabalhadas. O interesse do paciente e sua motivação são considerados o principal critério para indicação de psicoterapia breve por Sifneos (1979) e pela maioria dos autores nesta área (Yoshida, 1990).

O transtorno *borderline* de personalidade congrega alguns dos sintomas psiquiátricos que trazem as maiores dificuldades de manejo, como por exemplo a ideação paranóide (Wildgoose, Waller, Clarke & Reid, 2000). No caso de Batista foi muito importante a postura ativa do terapeuta, apontando e clarificando ao paciente que estes sintomas vinham nos momentos emocionalmente mais delicados para o mesmo. As intervenções do terapeuta proporcionavam ao paciente condições de reintegração cognitiva e emocional, devolvendo-lhe a capacidade de pensar. De acordo com Romaro (2000), a postura ativa do terapeuta, a delimitação e manutenção do *setting*, junto com o estabelecimento do contrato, ajudam a colocar uma ordem nas vivências caóticas dos pacientes *borderline*, possibilitando a continuidade do tratamento. Mas nem sempre a postura ativa por se pode atenuar as vivências mais primitivas dos pacientes *borderline*. Em determinados casos, a intervenção farmacológica combinada pode ser muito útil, direcionada principalmente a sintomas-alvo específicos (Gabbard, 1994/1998, Stone, 1990, Stone, 2000).

Outro fator positivo foi a psicoterapia pessoal do terapeuta, que permitiu o árduo trabalho com as questões contratransferenciais, que emergiram no decorrer do tratamento do paciente; estas não são incomuns no atendimento a pacientes

borderline (Gabbard, 1994/1998, Hegenberg, 2000, Romaro, 2000). Segundo Gabbard (1994/1998), fantasias de salvação, sentimentos de culpa, transgressão de limites profissionais, raiva e ódio, ansiedade e terror, além de sentimentos profundos de desamparo, tendem a ocorrer no terapeuta.

Conclusões

Como foi possível observar neste relato, o atendimento ao paciente *borderline* é desafiante. Coloca em xeque a capacidade técnica, teórica e de tolerância do terapeuta, bem como o próprio sistema de atendimento em saúde mental. Como afirma Hegenberg (2000), o paciente *borderline* tem algo a nos ensinar, colocando uma lente de aumento nos problemas humanos e sabendo como ninguém o que é o intangível e assustador “*nada*” (ídem). Não raramente, o *borderline* induz o profissional ao enfrentamento de suas próprias situações-limite, em que os seus sentimentos vêm à tona de um modo muito intenso e particular, proporcionando-lhe uma experiência clínica e de crescimento pessoal incomparável.

A análise deste caso veio corroborar a hipótese de que é possível atender pacientes com transtorno de personalidade *borderline* dentro da PDB. No caso relatado foram alcançados vários objetivos, dentre os quais destacam-se: 1) a conscientização do paciente no tocante a sua patologia e necessidade de tratamento; 2) elaboração da perda de sua mãe; 3) compreensão de alguns aspectos significativos de sua história de vida. A peculiaridade desta modalidade de atendimento parece estar relacionada ao estabelecimento de objetivos terapêuticos condizentes com as reais possibilidades e limites de cada paciente.

Acredita-se que são necessários outros estudos e pesquisas que possam esclarecer qual a natureza e a profundidade das mudanças proporcionadas pela PDB a pacientes *borderline*, a fim de se delimitar mais especificamente quais as vantagens e desvantagens desta abordagem para este tipo de patologia.

Referências

Alexander, F. & French, T. (1965). *Terapêutica Psicoanalítica*. (L. Fabricant, Trad.) Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1946)

Associação Psiquiátrica Americana - APA (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - IV*. (D. Batista, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994)

Azevedo, M.A.S.B. (1983). Psicoterapia breve: considerações sobre suas características e potencialidade de aplicação na psicologia clínica brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35, 92-104.

Azevedo, M.A.S.B. (1985). A Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica e suas possibilidades de intervenção a nível comunitário. *Ciência e Cultura*, 37, 937-39.

Azevedo, M.A.S.B. (1988). *Psicoterapia Dinâmica Breve: Saúde Mental Comunitária*. São Paulo: Vértice.

Fiorini, H.J. (1999). *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. (C. Sussekind, Trad.) Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Gabbard, G.O. (1998) *Psiquiatria Psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*. (L.N.A. Jorge & M.R.S. Hofmeister, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994)

Gabbard, G.O. (2000) A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 117-122.

Gabbard, G.O. (2001) Empirical Evidence and Psychotherapy: A Growing Scientific Base. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-3.

Hegenberg, M. (2000) *Borderline* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kandel, E.R. (1999) Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.

Kernberg, O.T., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C. & Appelbaum, A.H. (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. (R.C.S. Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1989)

Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve*. São Paulo: EPU.

Malan, D. (1979). *The frontier of brief psychotherapy*. Nova York: Plenum Medical Book Company.

Marmor, J. (1979). Short-Term Dynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 136, 149-155.

O’Leary, K.M. (2000). Neuropsychological Testing Results - Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 41-60.

Organização Mundial de Saúde - OMS (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1992)

Paris, J. (2000). Research on Borderline Personality Comes of Age. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), xiii-xiv.

Romaro, R.A. (2000) *Psicoterapia breve dinâmica com pacientes Borderline: uma proposta viável*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Schoueri, P.C.L. (1999). Indicação de Psicoterapias em Instituição. Em Netto, O.F.L. (Org.). *A Psicoterapia na Instituição Psiquiátrica* (pp. 39-46). São Paulo: Ágora.

Segre, C.D. (1999). Psicoterapia Dinâmica Breve e Instituição: uma Experiência em Curso. Em Netto, O.F.L. (Org.). *A Psicoterapia na Instituição Psiquiátrica* (pp. 47-56). São Paulo: Ágora.

Sifneos, P.E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy*. Nova York: Plenum Medical Book Company.

Stone, M.H. (1990). Treatment of Borderline Patients: A Pragmatic Approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 265-285.

Stone, M.H. (2000). Clinical Guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 193-210.

Torgersen, S. (2000). Genetics of Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1-9.

Wildgoose, A., Waller, G., Clarke, S., Reid, A. (2000) Psychiatric Symptomatology in Borderline and Other Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 757-763.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L. & Muran, J.C. (1994). Short-term Psychotherapy of Per-

- sonality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-94.
- Wolberg, L.R. (1969). *Short-term psychotherapy*. Nova York: Grune & Stratton.
- Yoshida, E.M.P. (1990) *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves e Critérios Psicodiagnósticos*. São Paulo, EPU.
- Zanarini, M.C. (2000). Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.

Recebido em 10.03.2000
Primeira decisão editorial em 12.01.2001
Versão final em 23.05.2001
Aceito em 13.06.2001 ■

ASSINATURAS

Assinaturas de *Psicologia: Teoria e Pesquisa* podem ser solicitadas diretamente à:

Revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*
Secretaria de Divulgação
Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia
70910-900 Brasília DF.

O valor da assinatura para indivíduos é R\$ 48,00 (profissionais) e R\$ 42,00 (estudantes); e para instituições é R\$ 75,00. Números avulsos para assinantes custam R\$ 14,00 (indivíduos profissionais), R\$ 13,00 (indivíduos estudantes) e R\$ 20,00 (instituições). Números avulsos para não assinantes custam R\$ 24,00 (indivíduos profissionais), R\$ 23,00 (indivíduos estudantes) e R\$ 37,00 (instituições). Valores sujeitos a atualização. Condição de estudante de graduação, ou pós-graduação, deve ser comprovada.

OFERTA ESPECIAL

Psicologia: Teoria e Pesquisa oferece um desconto especial de 20% na assinatura individual para estudantes de graduação ou pós-graduação para pedidos de, no mínimo, 10 assinaturas. A solicitação deste desconto especial deverá ser acompanhada de comprovante da respectiva instituição de ensino, ou carta assinada por professor, que ateste a condição de aluno dos solicitantes.