

Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade *borderline*

Mónica Costa
Catarina Pinheiro Mota¹

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real – Portugal

Cláudia Milheiro
Hospital de Magalhães Lemos, Porto – Portugal

Resumo: O presente trabalho versa a temática da personalidade *borderline* traduzida na vivência de uma jovem, em que está patente uma agitação interna e passagem ao acto sob forma de automutilação. A avaliação realizada expressa uma fragmentação do Eu e a ineficácia de utilização de mecanismos de defesa, marcada por uma personalidade frágil, imatura e com pouco controlo de impulsos. Trata-se de um trabalho desenvolvido no âmbito da consulta psicológica do Serviço de Psicologia do Hospital de Magalhães Lemos. É proposta uma intervenção psicológica no sentido de clarificar, organizar e transformar os elementos internos em elementos pensáveis, sugerindo a necessidade de mudança de um comportamento reactivo singular e permanente. O resultado do processo de acompanhamento psicológico, concebido no modelo psicodinâmico, surtiu um efeito estruturante, levando a uma maior discriminação entre fantasia e realidade, demonstrando, ainda que de forma prematura, uma maior capacidade para pensar e elaborar os sentimentos e emoções.

Palavras-chave: jovem adulto; conflitos; autoagressão; transtorno da personalidade *borderline*; psicoterapia.

PSYCHODYNAMIC APPROACH IN A CASE STUDY OF PERSONALITY BORDERLINE DISORDER

Abstract: This case study refers to the borderline personality theme shown through the life experience of a young adult woman who demonstrates inner instability and the passage to action through self-mutilation. The evaluation reveals self-fragmentation and inefficiency in the use of defense mechanisms, shown by a fragile and immature personality with low impulse control. This study was developed within the psychology consultations in the Psychology Department of Hospital Magalhães Lemos. Psychological intervention is recommended in order to clarify, organize and transform the internal elements into thinkable elements, suggesting the need for change of a singular reactive and permanent behavior. The result of the psychological counseling process, designed under the psychodynamic model, had a structuring effect, leading to a better discernment between fantasy and reality, demonstrating, even if prematurely, a greater capacity to think and produce feelings and emotions.

Keywords: young adult; conflicts; self-aggression; personality borderline disorder; psychotherapy.

¹ **Endereço de correspondência:** Catarina Pinheiro Mota, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Utad), Departamento de Educação e Psicologia, Edifício do Cifop, Rua Dr. Manuel Cardona – Utad, Apartado 1013, Vila Real – Portugal. CEP: 5001-558. E-mail: catppmota@utad.pt.

ABORDAJE PSICODINÁMICA EN UN ESTUDIO DE CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Resumen: Este estudio aborda el tema de la personalidad *borderline* traduciendo la experiencia de una joven, en la que queda patente la agitación interna y el pasaje al acto en forma de auto-mutilación. La evaluación expresa la fragmentación del yo y la ineficiencia del uso de mecanismos de defensa, marcado por una personalidad frágil, inmadura y con poco control de los impulsos. Este es un trabajo desarrollado en el ámbito de la consulta psicológica del Servicio de Psicología del Hospital de Magalhães Lemos. La intervención psicológica propuesta tuvo como objetivo clarificar, organizar y transformar los elementos internos en elementos pensables, sugiriendo la necesidad de un cambio, de la conducta reactiva singular y permanente. El resultado del proceso de consulta psicológica, diseñado en el modelo psicoanalítico, ha tenido un efecto estructural, llevando a una mayor discriminación entre la fantasía y la realidad, lo que demuestra, aunque de forma prematura, una mayor capacidad para pensar y desdoblarse sus sentimientos y emociones.

Palabras clave: joven adulto; conflictos; auto-agresión; trastorno límite de la personalidad; psicoterapia.

A temática que versa este trabalho relaciona-se com o desenvolvimento de um transtorno *borderline* descrita na vivência de uma jovem de 22 anos de idade, destacando-se uma significativa instabilidade emocional pautada pela intolerância à frustração e um *acting-out* dirigido para a automutilação.

O transtorno da personalidade *borderline* é uma perturbação psiquiátrica complexa e de diagnóstico diferencial difícil, uma vez que apresenta comorbidades com outras perturbações de personalidade. É caracterizada, segundo a American Psychiatric Association (2002), como um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, da autoimagem e dos afetos, marcada impulsividade que começa no início da idade adulta e se encontra presente numa diversidade de contextos. Estas características são severas e persistentes, traduzindo-se em prejuízos clínicos significativos em nível social, ocupacional e noutras áreas importantes. As relações interpessoais desses sujeitos tendem a ser instáveis, intensas e tempestuosas, uma vez que a percepção que têm dos outros pode alterar, de repente e drasticamente, entre extremos de idealização e crueldade. Outras características da personalidade *borderline* são a impulsividade, a instabilidade afetiva, a automutilação e os comportamentos suicidas. Esses comportamentos autodestrutivos são frequentemente precipitados pela separação, rejeição ou abandono dos outros, quer seja real ou imaginária (American Psychiatric Association, 2002).

Com Kernberg (1975) a investigação sobre esta temática deu um salto qualitativo, criando o conceito de "organização *borderline* da personalidade", no qual eram contempladas todas as entidades que apresentassem um fundo *borderline* comum, apesar das possíveis diferenças sintomatológicas. Esse autor defendeu que esse tronco comum era caracterizado por uma fragilidade egóica típica, pelo uso de defesas primitivas e por relações objectais perturbadas.

Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr e Appelbaum (1991) descrevem o funcionamento psicodinâmico desses pacientes a partir de três critérios, mais especificamente,

a difusão de identidade, o nível de operações defensivas e a capacidade do teste de realidade. A difusão de identidade refere-se à falta de integração do conceito de *self*. Apresenta-se na experiência subjectiva do paciente como sensações de vazio crônico, percepções sobre si contraditórias, comportamentos e percepções contraditórias dos outros e incapacidade de se mostrar. As operações defensivas concentram-se nas defesas primitivas, especialmente a clivagem. Para proteger o ego de conflitos são utilizados outros mecanismos de defesa, nomeadamente, a idealização primitiva, identificação projetiva, denegação, controlo onnipotente e desvalorização. Por último, a capacidade de teste da realidade nestes sujeitos é mantida, contudo possuem alterações na sua relação com a realidade. Desta forma, a percepção e avaliação da realidade é adequada, mas a resposta comportamental é inapropriada e incoerente tendo em conta sua avaliação.

Atualmente, os casos de transtorno *borderline* da personalidade têm sido chamados de “casos difíceis”, contemplando situações cujas principais propriedades são a complexidade, a cronicidade, o largo alcance das consequências negativas e a elevada resistência à mudança (McWilliams, 2005). Neste sentido, o acompanhamento psicológico do paciente *borderline* constitui um desafio na atual prática clínica.

O presente trabalho relaciona-se com o desenvolvimento de um transtorno da personalidade *borderline* descrita na vivência de Ana, que foi encaminhada para o Hospital de Magalhães Lemos, na cidade do Porto, pelo médico de família do centro de saúde da sua área de residência. Desde então tem acompanhamento na consulta de psiquiatria, que, por sua vez, a encaminhou para a consulta de psicologia por motivo “de comportamentos automutilatórios e falta de controlo de impulsos”. A paciente não teve qualquer contacto com a psicologia anteriormente.

Método

Trata-se de um trabalho desenvolvido no âmbito da consulta psicológica do Serviço de Psicologia do Hospital de Magalhães Lemos, sendo seleccionado enquanto proposta de estudo de caso pela sua relevância clínica em torno do transtorno da personalidade *borderline* e pela pertinência do processo psicoterapêutico seguido na intervenção. Todos os dados pessoais da paciente foram salvaguardados, assim como todas as questões éticas inerentes ao processo obtendo-se aprovação da Direcção Clínica do Hospital para o desenvolvimento e a divulgação deste trabalho. A exploração do caso e a elaboração do diagnóstico foram realizadas tendo em conta a análise da história clínica da paciente e o recurso a meios auxiliares de diagnóstico. O processo de intervenção passou pela possibilidade de a paciente verbalizar os seus conflitos e angústias no sentido de desenvolver atitudes menos autodestrutivas e consequente capacidade de enfrentar situações destabilizadoras de forma mais adequada. Pretendeu-se atingir um grau de elaboração pessoal por forma a aumentar a eficácia adaptativa de Ana sendo integrante e responsável da sua própria história.

Caracterização clínica do caso

Ana nasceu de uma gravidez planeada e desejada. Assiste a um divórcio litigioso aos 7 anos de idade, em que são retratados episódios de violência física entre ambas as figuras parentais. Em Janeiro de 2010 regista-se uma tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Atualmente, Ana tem 22 anos e reside sozinha na cidade do Porto (Portugal). Tem o 12º ano de escolaridade, tendo ingressado num curso superior do qual desistiu sem qualquer motivo aparente. Aponta dificuldades em manter relações de amizade.

Procedimentos de exploração/diagnose

No seguimento deste processo inicial de avaliação, verificou-se uma ênfase em alguns aspectos em particular, como seja, a queixa de comportamentos automutilatórios e falta de controlo de impulsos. A primeira sessão foi marcada por inquietação e agitação motora.

Tornou-se pertinente recorrer a meios auxiliares de diagnóstico, no sentido de obter uma descrição e compreensão mais profunda e completa da personalidade de Ana. Esse processo incluiu vários momentos e resultou da complementação de diversas provas psicológicas. Numa primeira fase e de forma a obter um quadro geral sobre a sintomatologia da paciente, recorreu-se à escala de sintomatologia *Symptom Checklist – SCL-90* (Derogatis, 1994). Assim sendo, apresentou valores assinaláveis em todos os itens, abrangidos pela escala, sendo que os mais elevados aparecem nos itens referentes à morte, sensibilidade interpessoal (*interpersonal sensitivity – IPS*), depressão e obsessão. Neste sentido, Ana demonstra algum risco de suicídio, pelo elevado valor nos itens referentes à morte. Para além disso, o valor elevado na subescala sensibilidade interpessoal traduz a insegurança e os sentimentos de inferioridade que exprime no contacto social. O alto valor no item depressão e obsessão está de acordo com alguns aspectos referentes à vivência pessoal da paciente. Apesar de ser uma escala de autopreenchimento, os valores são congruentes com seu relato (Derogatis, 1994). Com vista à obtenção da capacidade intelectual, também solicitada pela psiquiatra de referência, considerou-se pertinente a realização da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – versão revista (Wechsler, 1981). Os resultados obtidos indicam um QI total = 77 (funcionamento intelectual limite) (Wechsler, 1981).

O teste de personalidade Rorschach foi aplicado na sétima sessão, uma vez que, pelo seu cariz de abordagem, o estabelecimento de uma relação de confiança e percepção de aceitação pode facilitar o processo. Depois de explicado o objectivo da administração da prova, Ana aceitou a tarefa, dando consentimento, mostrando-se cooperante durante a avaliação psicológica realizada e percebendo, sem dificuldade, as indicações para a execução do teste proposto. Sugere tratar-se de uma pessoa com capacidade média de ancoramento no real, utilização da exterioridade dos objectos como barreira mais ou menos dispendiosa de energia afectiva e pouco eficaz face às

emergências fantasmáticas, conflituosas ou afectivas. Verificou-se o uso de mecanismos de isolamento necessários ao funcionamento mental, numa discriminação mínima do real e do imaginário de tal forma extrema que pode obrigar a uma ruptura entre afectos e representações. Constatou-se ainda rigidez dos mecanismos de defesa que utilizam a realidade exterior objectiva para evitar a expressão subjectiva alimentada pelas pressões pulsionais e fantasmáticas. Deste modo, trata-se de uma personalidade frágil, de grande agitação interna e com grande possibilidade de passagens ao acto de forma agressiva e destruidora: impulsividade. No que diz respeito à resolução de conflitos perante os estímulos, Ana revela ineficácia na utilização de mecanismos de defesa, o que pode gerar angústia. Revela-se uma pessoa com uma estrutura afectiva instável, frágil e mal organizada, pois não encontra nas suas experiências afectivas precoces a necessária segurança. Reconhecem-se assim angústias de abandono de natureza precoce e uma identidade sexual imatura. São evidentes os sinais de depressão e angústia referenciadas a carências afectivas de natureza precoce: problemas na relação materna (Rorschach, 1942).

Deste modo, a avaliação parece revelar uma vivência afectiva de tipo *borderline*, caracterizada pela labilidade emocional patente na baixa tolerância à frustração. Esta problemática é expressa na dificuldade de controlo de impulsos e pelo uso insuficiente do mecanismo de sublimação (Kernberg, 1967). Considera-se ainda a utilização da clivagem do ego enquanto defesa, bastante eficaz na função defensiva e na redução da ansiedade (McWilliams, 2005). Tendo em conta estes aspectos, considera-se que Ana se debate com uma patologia *borderline*, com graves dificuldades nos limites e falta de coesão do Eu (Rocha, 2008). Em que o agir funciona como uma “procura de simbolização que actua contra a ameaça do nada” (Viegas & Marques, 2009). A avaliação parece revelar uma vivência cuja dinâmica indica um funcionamento no qual prevalece a labilidade emocional e a descarga sem capacidade de reflexão, cedendo aos impulsos.

Procedimentos de intervenção

A proposta de intervenção passa pela psicoterapia breve individual de forma a facilitar o desenvolvimento do seu sentido de realidade e solidez interna, ou seja, de um sentido integrado. Nesta medida, sugere-se a necessidade de mudança de um comportamento reactivo singular e permanente para uma confiança firme nas suas percepções, sentimentos e valores (McWilliams, 2005).

Tendo em conta a problemática de Ana e subsequente instabilidade do estado do ego, considerou-se pertinente iniciar um processo terapêutico com o “estabelecimento das condições consistentes da terapia”, uma vez que, no espectro *borderline*, as dificuldades com as fronteiras são ilimitadas (McWilliams, 2005). Tratou-se de uma perspectiva de ajuda, sem que nenhuma estratégia específica fosse concebida, ou seja, criou-se a oportunidade de Ana clarificar e elaborar os conflitos internos, com a certeza de que nada lhe seria imposto ou objectado. Neste sentido, coloca-se como objectivo final a ajuda na direcção do desenvolvimento pessoal de Ana, com vista a permitir

que esta viva com a sua realidade, pense e elabore sobre as dificuldades que lhe causam angústia e sofrimento interno.

O processo de psicoterapia decorreu em 19 sessões individuais no período de seis meses, inicialmente com uma periodicidade semanal e posteriormente quinzenal, com duração média em torno de 55 minutos por sessão. A abordagem inicial foi orientada com vista a recolher a história de vida de Ana e a enquadrá-la na sua vivência actual. As sessões iniciais integraram a avaliação psicológica com vista a um conhecimento mais profundo da vivência e problemática da paciente. Ana expõe a sua vivência actual ficando patente um sofrimento continuado que foi sendo acompanhado e elaborado junto de si. É de salientar que inicialmente a paciente revelou uma atitude defensiva mantendo-se resistente ao processo, abordando pequenos aspectos da sua vida ao longo das primeiras sessões. Desta forma, e por meio da psicoterapia breve individual, tentou-se propiciar a mudança terapêutica por meio da criação das condições de aceitação de si mesma que desenvolvessem o sentido de realidade e solidez interna da paciente.

Neste sentido, na sessão *quatro* Ana apresentou-se bastante angustiada. Evidenciaram-se formas caóticas de organização, com relacionamentos instáveis e oscilações quanto ao sentimento e à forma de vinculação em relação a uma ex-companheira e à família de origem. Esteve presente um padrão de condutas impulsivas, com necessidade de resultados imediatos e baixa tolerância à frustração. Essa impulsividade assumiu um carácter autoagressivo, nomeadamente por meio das automutilações, “como forma de aliviar a angústia”. Descreve ter infringido 25 cortes no corpo, seguindo-se o sentimento de calma e tranquilidade. Associando esse comportamento ao facto de a ex-companheira lhe ter enviado mensagens, acabando por fazer emergir uma série de sentimentos desagradáveis. Aponta dúvida quanto ao que sente pela ex-companheira, reflectindo acerca da sua dificuldade em ter um relacionamento mais equilibrado. Ainda nesta sessão, o pedido de Ana em relação às consultas de psicologia tornou-se mais claro: “acabar com as automutilações”. Afirma que “as lâminas andam sempre com ela, uma vez que não adianta deitá-las fora porque acaba por comprar outras, e o que precisa para o fazer está sempre ao seu alcance, daí ser difícil controlar esta questão”. Para além disso, revela que actualmente já inconscientemente se belisca e arranha para sentir dor.

Na sessão *cinco*, Ana apresenta-se bastante ansiosa afirmando que “as coisas na sua vida não andam bem”. Acrescenta que sente que “a sua vida está um caos, que não tem nada de que se orgulhar, tem muito medo de estagnar e que o trabalho não a satisfaz”. A intervenção passou por solicitar que clarificasse esta questão, acabando por dar respostas muito vagas. Deste modo, Ana demonstrou uma preocupação pueril em relação ao seu futuro, sem demonstrar comprometimento e objectivos consistentes a serem alcançados. Contudo, emociona-se, acabando por dizer que se “voltou a cortar”. A ex-companheira continuava a enviar-lhe mensagens, ao que Ana nega qualquer associação com as suas mutilações. A intervenção remeteu para a devolução a Ana do sentimento de desconforto que sente nessas situações, ao que Ana despoleta

agitação e choro, enfatizando a inevitabilidade dos seus actos: “os cortes são a única solução, começo a ficar farta”. Desta vez, apenas teria realizado 15 cortes, parando face à ambivalência dos seus actos, fez um esforço enorme com cremes para que os cortes ficassem disfarçados e pensou que todo esse trabalho estava a ser em vão. Começou por se automutilar nos braços e na barriga, mas, como eram sítios difíceis de esconder, passou para as pernas, onde actualmente se corta. Em relação a este aspecto, Ana transmite algum desânimo, acabando por dizer que “não gosta do que se tornou e não era esta a vida que sonhava”. Evidenciando-se assim a confusão mental e ambivalência afectiva de Ana, em que, por um lado, manifesta vontade em não se magoar, mas, por outro, um desejo de rapidamente colmatar a sua dor interna, o que a leva a refugiar-se por meio da dor física. Por conseguinte, ficou evidente um baixo limiar à frustração, com tendência para a desestruturação.

Relativamente à sessão seis, Ana apresenta-se mais calma e tranquila. Nesta sessão, pareceu resgatar um espaço mental para pensar, tentando definir alguns objectivos futuros. Afirmou que se encontra de férias e “também por isso se sente melhor”. Aborda ainda projetos que tem para a sua vida, nomeadamente, tirar um curso de audiovisuais. A sessão pareceu ter aberto a possibilidade de Ana elaborar acerca do seu funcionamento, nomeadamente, a fuga que faz por meio das automutilações. Neste sentido, afirmou que o “cortar-se é uma forma de se sentir bem de forma rápida”, o que paradoxalmente se repercute no mal-estar físico que sente. Torna-se nesta fase relevante perceber que Ana havia encontrado uma forma de gerir as suas dificuldades, e esta forma vinha cada vez mais a fazer parte do seu funcionamento: “o acto de se cortar passou a constituir uma maneira de estar”. A intervenção remeteu para a devolução a Ana da possibilidade de ela elaborar os sentimentos ao invés da hipótese de fuga, entendendo-se o cortar como forma de fugir aos problemas. Note-se que para Ana contornar as dificuldades parece ser uma tarefa sempre pautada pela procura de formas extremas que impliquem dor física. A paciente reconhece que “na sua vida faz muitas coisas de extremos”. A intervenção remeteu para a devolução de que existem outras formas de lidar com os problemas, ao que Ana acaba por referir que a automutilação “tem vantagens para si – as marcas”. Revela “gostar de olhar para as suas marcas”. Encarando a automutilação como “algo complexo” que vai para além do cortar, “é ver o sangue, o cuidar dos cortes, vê-los ficarem inchados e negros, em suma todo este processo é gratificante”. Estes aspectos remetem de forma particular a uma estruturação psíquica e às modalidades características de estabelecer relações de objecto, que reflectem a instabilidade emocional de Ana (Pasini & Dametto, 2010). Deste modo, é possível verificar um predomínio da agressividade sobre o amor, assim como uma dominância das forças destrutivas sobre o poder construtivo e criativo (Maranga, 2002). Ana refere-se novamente às automutilações como uma recompensa, afirma tirar benefícios delas. Nomeadamente, “ficar mais tranquila, o conseguir sobreviver naquele momento e o ficar com um estado de espírito mais estável”. Salienta o controlo que exerce sobre os cortes, referindo que “faz cortes de cinco em cinco e

nas pernas onde não apanhe nenhuma veia em que possa cortar". Verificando que o controlo e estruturação do pensamento de Ana se elabora por meio de comportamentos obsessivos.

Nas sessões *sete e oito*, a paciente mostra-se angustiada, ficando manifesta sua fragilidade psíquica, em que os limites internos e externos estão pouco definidos. Verificando-se uma vivência de angústia, independentemente da proximidade com o objecto externo. Deste modo, torna-se perceptível uma ambivalência vivencial, em que, mesmo próximo do outro, está presente uma forte angústia de separação, e, mesmo que o objecto externo esteja distante, verifica-se uma angústia de intrusão (McWilliams, 2005). Refere que esse estado se deve ao facto de um desentendimento que teve com a amiga mais próxima. Aponta que "tem medo do abandono e já se sentiu desamparada na sua vida". Neste sentido, salienta que faz uma fuga de relações mais profundas como forma de fugir ao abandono, sendo mais tolerável a ideia de fuga do que ser abandonada. A fuga parece constituir a forma como afasta as pessoas para não sofrer.

A sessão *nove* mantém a instabilidade emocional característica de Ana. Revelou que se voltou a cortar, salientando que "precisava daquele conforto, não conseguindo adiar mais os cortes". Ana refere, ao mesmo tempo, que os cortes são como uma forma de "controlo", salientando que se trata de um controlo em relação a si mesma e não em relação ao processo psicoterapêutico. Acrescenta que o facto de sentir os cortes e de as marcas estarem presentes a deixa menos ansiosa, sendo que, quando estas começam a desaparecer, começa a entrar em pânico. Neste sentido, Ana refere que, à medida que os cortes desaparecem, sente como se estivesse a desaparecer também a sua identidade. Salienta que este aspecto a deixa numa ambivalência total que se reflecte na revolta que está a sentir em relação ao tratamento, pelo facto de "não querer abandonar o que conhece de si". Deste modo, torna-se evidente o sentimento ambivalente de Ana em relação ao processo psicoterapêutico, em que uma parte de si deseja avançar e outra resiste. Este aspecto estende-se à forma como ela se sente em relação aos seus cortes, manifestando uma ambivalência em relação a este assunto. Por um lado, afirma que sente repulsa e, por outro, aprecia-os; aquilo que para si é familiar parece aportar segurança. Cabe ressaltar que qualquer que seja a abordagem psicoterapêutica é comum encontrar nesses pacientes comportamentos ambivalentes, que oscilam entre o desejo de aproximação e fuga (Conte & Brandão, 2001). Cunha e Azevedo (2001, p. 7) sugerem a labilidade dos pacientes em que a ambivalência de sentimentos é uma constante: "ele amava, mas odiava; ele queria, mas não queria; ele gostava, mas não gostava". Destaca-se a pertinência de o psicoterapeuta estar atento às manifestações de resistência do paciente, pois só assim poderão ser trabalhadas em contexto psicoterapêutico, com o objetivo de serem neutralizadas e dissolvidas. Neste caso, colocaram-se claramente os limites, reforçando-se o *setting*, o que parece ter contribuído para a viabilização do processo terapêutico.

Nas sessões *dez e onze*, Ana apresenta-se mais calma e tranquila, afirmando que se encontra mais estável. A psicoterapia breve individual surge como um recurso valioso

em saúde mental, demonstrando, neste caso clínico e em outros trabalhos, a sua eficácia em quadros de personalidade *borderline*. Neste sentido, o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva e a manutenção do *setting* começaram a colocar ordem nas vivências caóticas de Ana, o que lhe proporcionou maior controle de impulsos e uma melhoria sintomática. Fica patente que, para si, estar estável significa não ter impulsos ou conseguir controlá-los, não correspondendo a uma resolução efectiva dos conflitos internos. Revela o desejo que tem em voltar a ingressar na Faculdade, tendo decidido seguir o curso de Audiovisuais ligado ao cinema. Comenta ainda ter iniciado um novo relacionamento. O acompanhamento pareceu trazer-lhe a possibilidade de pensar sobre a forma como conduzia a sua vida e a sua participação nela, o que se traduziu numa aprendizagem para o novo relacionamento, nomeadamente, que é possível estabelecer relações de confiança e mais estruturantes.

A sessão doze constitui o reflexo da vinculação insegura que pauta a vivência de Ana. Revela intolerância face ao afastamento da figura que se tornou objecto de amor, nomeadamente, a actual companheira, o que repercute numa vivência de angústia. Manifesta o medo em momentos críticos por não conseguir ceder aos seus impulsos e não ter consciência do seu funcionamento. Acresce ainda que consegue ser de extremos e agressiva. Saliu também que se encontra numa fase boa da sua vida, mas que tudo pode mudar a qualquer momento, ficando mais uma vez visíveis a instabilidade emocional de Ana e uma vulnerabilidade inerente.

Percebe-se uma personalidade frágil e com ganhos importantes em continuar em acompanhamento psicológico. Deste modo, em função do tempo percorrido com a paciente, ficou evidente algum conforto nas sessões, interiorizado como “o seu espaço” com a possibilidade de elaboração e resolução das dificuldades, no sentido de um funcionamento psíquico mais elaborado.

Discussão

Análise compreensiva da problemática

O enquadramento das vivências de Ana revela uma capacidade insuficiente para transformar os elementos internos em elementos pensáveis, encontrando-se a paciente impedida de pensar sobre os conteúdos psíquicos mais complexos, colocando-se sempre à beira da acção (Matos, 2000). Os comportamentos automutilatórios são um reflexo do seu *acting-out*. Uma das características da sua vivência é o impulso que assume necessária preocupação na gravidade dos fenómenos que apresenta, nomeadamente a autoagressão e a tentativa de suicídio (Viegas & Marques, 2009). O seu funcionamento deixa adivinhar a hipótese de um transtorno *borderline* marcado por uma personalidade frágil e imatura.

Verifica-se uma vivência de angústia e um sofrimento significativo, em que a forma de ultrapassar as suas crises é agindo no sentido de procura constante de um continente (Viegas, 2007). Ana desorganiza face a situações de separação, evidenciando o sentimento de perda e abandono. De acordo com Dias (2004), existe nesses indivíduos a

necessidade de utilizar o objecto como uma segunda pele mental, sendo que a perda do objecto é vivida como a perda de si próprio. Este aspeto é observável na vivência de Ana também ao verbalizar o desaparecimento das marcas das automutilações como a perda da sua identidade.

Segundo Matos (2000), a tentativa de colmatar sentimentos de solidão, tipicamente relatados pelo *borderline* e, no caso específico de Ana, decorrentes da inexistência de objectos internos suficientemente bons e estáveis, expressa-se por meio de uma forte dependência do objecto externo. Por conseguinte, a separação em relação ao mesmo é gerador de angústia de separação, dado o estabelecimento de uma “equação simbólica” descrita por Segal (1970) que coloca o objecto externo como algo equivalente ao objecto interno, ou seja, insuficiente. Uma vez que, no transtorno *borderline*, a representação do *self* está ligada à representação objectal, a perda do objecto de apoio fundamental implica uma possível perda na continuidade do *self* (Matos, 1994), isto é, no sentimento de existir. Estas dificuldades associam-se à dificuldade de Ana em aceder à capacidade de estar só (Winnicott, 1958) por falta de bons objectos internos geradores de segurança (Maranga, 2002). Bergeret (2000) preconizou a existência de um “tronco comum” no nível da organização do Eu. Este tronco comum é caracterizado por um impasse no desenvolvimento afetivo do Eu, e consequente fixação na clivagem como mecanismo de defesa privilegiado. As relações objetais são do tipo anaclítico. Este conceito remete para a dependência do objeto externo devida à inexistência de um objeto interno ambivalente e narcisicamente securizante. Neste sentido, a ansiedade de perda de objeto constitui a ansiedade dominante e traduz um fundo depressivo e narcísico.

Verificam-se, neste tipo de patologia, mecanismos de defesa primitivos que funcionam como base para actuar contra as exigências pulsionais insatisfeitas ou contraditórias, relacionadas com angústias de perda do objecto (Viegas & Marques, 2009). Este aspecto é visível pelos esforços de Ana para evitar um abandono, seja um abandono real ou imaginado, limitando a aproximação para evitar uma perda profunda e dolorosa. Contudo, vive na procura de apoio, afecto e amor continuamente, sendo que esse medo de abandono está relacionado a uma grande intolerância à solidão e à necessidade de ter outras pessoas consigo, de ser aceite e reconhecida. Masterson (1976) descreveu esta ambivalência, perspectivando que pessoas que se debatem com uma patologia *borderline*, quando se sentem próximas de outra pessoa, tendem a entrar em pânico pelo medo de aniquilamento e controlo total. Entretanto, quando se sentem separadas, sentem-se traumáticamente abandonadas. Este conflito, central da vivência emocional de Ana, resulta num avançar e retroceder nas relações, incluindo a relação terapêutica, cuja proximidade e distância são sentidas de igual forma desconfortavelmente. Esta oscilação separação-reaproximação objectal, verificada na infância e nunca sossegada, mantém-se na idade adulta, pela vivência de Ana, a mesma essência, com expressão ao nível da alternância relacional típica do *borderline* (Maranga, 2002). Uma vez que não foi adquirida a síntese do *self*, o sujeito *borderline* não

constrói um objeto total e ambivalente. Neste sentido, a empatia com o objeto torna-se impossível, dificultando o estabelecimento de relações estáveis e duradouras. Desta forma, a vivência *borderline* é caracterizada por uma necessidade obsessiva e ansiosa do objeto, marcada pela angústia de o perder como suporte e segunda pele. Contudo, esta dependência é sentida como muito perigosa, porque pode conduzir à fusão. Como forma de suportar esta ambivalência e preservar o sentimento de independência em relação ao objeto, só resta a agressão como separador. Desta forma, a ausência do objeto torna-se insuportável e a luta constante contra a depressão uma presença (Kernberg, 1975).

É ainda visível em Ana uma rápida passagem da idealização elogiosa para sentimentos de desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa o suficiente com ela, não dá o bastante de si e não se mobiliza o suficiente. Segundo McWilliams (2005), esta é uma característica dos pacientes que padecem de uma patologia de personalidade *borderline*, em que as transferências são bastante fortes e perturbadoras. Este aspecto de inconstância objectal é típica desses pacientes, ou seja, o objecto torna-se para Ana ou presente em excesso, ou ausente também em excesso, muito elevado, ou muito denegrido, muito bom, ou muito mau, permanecendo assim na dialéctica do tudo ou nada (McWilliams, 2005).

Enfatiza-se ainda a inadequação das respostas de Ana aos estímulos desencadeantes, ou seja, embora a paciente mantenha comportamentos adequados em grande número de situações, verifica-se uma inadequação em certas situações aparentemente comuns e simples. Concluindo-se que o limiar de tolerância às frustrações é extremamente susceptível em si. Segundo Bergeret (2000), este aspecto é consequente de uma circulação nos espaços fronteiros da vida psíquica, acarretando graves consequências na constituição do seu Eu. Também está patente a oscilação afectiva e pulsional, ou seja, as desordens emocionais da vida afectiva da paciente manifestas nos seus relacionamentos. Deste modo, parece que Ana se debate com um transtorno da personalidade *borderline*, responsável por perturbar o seu estado mental, deixando-a emocionalmente instável, criando, assim, um certo desequilíbrio psicológico.

Como foi possível observar através deste caso clínico, o atendimento psicoterapêutico de pacientes com transtorno de personalidade *borderline* é bastante desafiante, pois a capacidade técnica e teórica do técnico é posta à prova, assim como o próprio sistema de atendimento em saúde mental. Este estudo possibilita uma análise deste quadro clínico de forma rica em detalhes. Neste sentido, são observados os fatores que têm vindo a ser descritos como elementos relevantes para o resultado satisfatório do processo terapêutico. Mais especificamente, a delimitação e manutenção do *setting*, o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva e o estabelecimento dos limites permitem colocar ordem nas vivências caóticas destes pacientes, possibilitando a continuidade do tratamento (Cunha & Azevedo, 2001; McWilliams, 2005). Vários avanços para a compreensão deste quadro clínico foram alcançados ao longo do tempo, nomeadamente implicações neuropsicológicas (O'Leary, 2000), alterações genéticas

(Torgersen, 2000) e fatores ambientais, apontando para um modelo multifatorial da etiologia do transtorno *borderline* de personalidade (Zanarini, 2000). A análise deste caso veio corroborar a hipótese já descrita por outros estudos de que é possível acompanhar com sucesso estes pacientes dentro da psicoterapia dinâmica breve. Um estudo elaborado por Winston *et al.* (1994) sobre a eficácia da psicoterapia breve com pacientes com transtorno de personalidade *borderline* comprovou melhorias significativas destes sujeitos em comparação com os do grupo de controlo que permaneceram na lista de espera sem psicoterapia. Para além disso, permite aperfeiçoar a intervenção dos técnicos que lidam com estes pacientes, dando uma visão clara de que a técnica precisa ser adequada à capacidade de elaboração dos pacientes e às peculiaridades das suas manifestações clínicas.

O transtorno da personalidade *borderline* congrega alguns dos sintomas psiquiátricos que acarretam as maiores dificuldades no manejo terapêutico (Wildgoose, Waller, Clarke, & Reid, 2000). Apesar de a fragilidade egóica da paciente ser indicação para psicoterapia psicodinâmica a longo prazo, Ana obteve benefícios com a psicoterapia individual breve. A estruturação da terapia e a delimitação e manutenção do *setting* ajudaram a clarificar e colocar uma ordem nas vivências caóticas de Ana, possibilitando a continuidade do acompanhamento psicológico e a permanência nele.

Na fase inicial do processo de acompanhamento, Ana revelou grandes dificuldades em descrever os seus pensamentos e sentimentos, manifestando uma falta de sentido de atribuição face à sua problemática. Ficou ainda patente uma dificuldade de Ana em verbalizar os seus conflitos e angústias. Foi visível a desconfiança inicial de Ana em relação à possibilidade de ajuda terapêutica, em parte em virtude das experiências relacionais tumultuosas e dolorosas da sua vida. Nas últimas sessões, reportadas face ao acompanhamento de Ana, verificaram-se atitudes menos autodestrutivas e consequente capacidade de enfrentar situações desestabilizadoras de forma mais adequada. O pensar representou para Ana a possibilidade de colocar em palavras experiências angustiantes, nomeá-las e simbolizá-las, por meio da relação transferencial. O processo de acompanhamento psicológico permitiu melhorar, gradualmente, a eficácia adaptativa de Ana, possibilitando o início da nomeação dos sentimentos, um melhor controlo sobre os impulsos e a possibilidade de pensar, colocando-se a paciente como parte integrante e responsável da sua própria história. Em geral, essas descobertas contribuíram para uma melhoria na qualidade de vida.

Para finalizar, o processo de acompanhamento psicológico surtiu um efeito estruturante, levando a uma maior discriminação entre fantasia e realidade e a capacidade de *insight*, possibilitando um alargamento de perspectiva sobre o seu modo de funcionamento. Demonstrando uma maior capacidade para pensar sobre os seus sentimentos e suas emoções e conseguir elaborá-los. Contudo, salienta-se que se trata de um equilíbrio frágil, com possibilidade de desestabilização em situações mais exigentes. O que foi possível alterar na vivência de Ana foi a possibilidade de reconhecimento de alguns aspectos da sua estrutura de personalidade, com as respectivas limitações e

dificuldades. Contribuiu para este processo um trabalho da contratransferência pelos sentimentos que foram surgindo ao longo do tratamento, havendo por vezes sensação de retrocesso e insegurança do terapeuta. Neste sentido, houve um trabalho de supervisão continuada realizada por terapeutas experientes ao longo do processo. Destaca-se que, mais além do acompanhamento psicológico retratado neste trabalho, Ana tem indicação para dar continuidade ao processo em paralelo com o acompanhamento na consulta de psiquiatria. Julgamos que existe ainda um longo caminho a percorrer com a paciente, particularmente face ao seu crescimento pessoal e aceitação de si, já que a desestruturação do Eu acrescida à imaturidade afectiva e labilidade emocional poderá vir a comprometer uma vivência mental saudável.

Torna-se relevante discutir algumas limitações deste estudo, como sendo a duração do processo, pelo que futuramente seria pertinente o desenvolvimento de estudos sobre o processo terapêutico a longo prazo de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, perspectivando-se uma melhor compreensão sobre a sua dinâmica e benefícios terapêuticos (Kernberg *et al.*, 1991); embora alguns autores, como Fiorini (1999) defendam que a psicoterapia breve pode beneficiar os pacientes num trabalho de preparação para o processo psicanalítico. Neste sentido, considera-se que são necessários mais estudos que possam esclarecer de forma mais aprofundada as mudanças proporcionadas pela psicoterapia dinâmica breve em pacientes *borderline*, de forma a delimitar as vantagens e dificuldades desta abordagem nestes quadros clínicos.

Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bergeret, J. (2000). *Personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conte, F. C. S., & Brandão, M. Z. S. (2001). Psicoterapia funcional-analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e de personalidade. In B. Range (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 19-33). Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, P. J., & Azevedo, M. A. S. B. (2001). Um transtorno de personalidade *borderline* atendido em psicoterapia dinâmica breve. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 17(1), 5-11.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom checklist – 90-R. Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Dias, C. A. (2004). *Costurando as linhas da psicopatologia borderland (estados-limite)*. Lisboa: Climepsi.
- Fiorini, H. J. (1999). *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal American of Psychoanalyze Assessment*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1991). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Maranga, A. R. (2002). Organizações *borderline*: aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 2(20), 219-223.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychoterapy of the borderline adult: a developmental approach*. New York: Brunner, Mazel.
- Matos, A. C. (1994). Estados-limite: etiopatogenia, patologia e tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 6, 7-25.
- Matos, M. (2000, novembro). No limite da adolescência – ou aquém e além da adolescência. *Simposium da Sociedade Portuguesa de Psicanálise*, Coimbra, Portugal, 13.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- O’Leary, K. M. (2000). Neuropsychological testing results – borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 41-60.
- Pasini, T. F., & Dametto, J. (2010). Abordagem psicodinâmica do paciente *borderline*. *Perspectiva*, 34(128), 133-149.
- Rocha, Z. (2008). Para uma abordagem estrutural da depressão: contribuições freudianas. *Psyche*, 12(23). Recuperado em 04 novembro, 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382008000200001&lng=pt&tlng=pt.
- Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics. A diagnostic test based on perception*. New York: Grune and Stratton.
- Segal, H. (1970). Note sur la formation du symbole. *Revue Française de Psychanalyse*, 34(4), 685-696.
- Torgersen, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1-9.
- Viegas, J. C. (2007). *O Rorschach e o agir na patologia borderline: a alucinação negativa e a simbolização*. Tese de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Viegas, J. C., & Marques, M. E. (2009). O Rorschach e o agir na patologia *borderline*: a alucinação negativa e a simbolização. *Análise Psicológica*, 27(3), 295-306.

- Wechsler, D. (1981). *Wechsler adult intelligence scale – revised*. New York: Psychological Corporation.
- 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.
- Winnicott, D. (1958). The capacity to be alone. *The International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-420.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.

Submissão: 04.11.2011

Aceitação: 03.09.2013