

Cecília Attux

**Personalidade borderline na psiquiatria, psicanálise e
análise psicodramática**

Monografia apresentada na
Escola Paulista
de Psicodrama para obtenção
do título de psicodramatista

São Paulo
2007

Cecília Attux

**Personalidade borderline na psiquiatria, psicanálise e
análise psicodramática**

Monografia apresentada na
Escola Paulista
de Psicodrama para obtenção
do título de psicodramatista

São Paulo
2007

Attux, Cecília

Personalidade borderline na psiquiatria, psicanálise e análise psicodramática/Cecília Attux. - - São Paulo, 2007.
x, 33f.

Monografia – Escola Paulista de Psicodrama.

Borderline personality disorder in psychiatry, psychoanalysis and Psychodramatic Analysis

1. transtorno da personalidade borderline. 2. psiquiatria. 3. psicodrama.

Cecília Attux

**Personalidade borderline na psiquiatria, psicanálise e
análise psicodramática**

Monografia apresentada na
Escola Paulista de
Psicodrama para obtenção
do título de psicodramatista

Orientadora: Virgínia de Araújo Silva

São Paulo
2007

Dedicatória

A todas as Clarisses...

Clarisse

*Estou cansado de ser vilipendiado, incompreendido e descartado
Quem diz que me entende nunca quis saber
Aquele menino foi internado numa clínica
Dizem que por falta de atenção dos amigos
Das lembranças, dos sonhos que se configuram tristes e inertes
Como uma ampulheta imóvel não se mexe, não se move, não trabalha
E Clarisse está trancada no banheiro
E faz marcas no seu corpo com o seu pequeno canivete
Deitada num canto, seus tornozelos sangram
E a dor é menor do que parece
Quando ela se corta ela se esquece
Que é impossível ter da vida calma e força
Viver em dor, porque ninguém entende
Tentar ser forte a todo e cada amanhecer
Uma de suas amigas já se foi
Quando mais uma ocorrência policial
Ninguém entende, não me olhe assim
Com esse semblante de bom samaritano cumprindo seu dever
Como se eu fosse doente
Como se toda essa dor fosse indiferente ou inexistente
Nada existe pra mim
Não tente, você não sabe, não entende
E quando os antidepressivos e os calmantes não fazem mais efeito
Clarisse sabe que a loucura está presente
E sente a essência estranha do que é a morte
Mas esse vazio ela conhece muito bem
De quando em quando é um novo tratamento
Mas o mundo continua sempre o mesmo
O medo de voltar pra casa à noite
Os homens que se esfregam nojentos no caminho de ida e volta da escola
A falta de esperança e o tormento de saber
Que nada é justo e pouco é certo
E que estamos destruindo o futuro
E que a maldade anda sempre ali por perto
A violência e a injustiça que existem contra todas as meninas e mulheres
Um mundo onde a verdade é o avesso
E a alegria já não tem mais endereço
Clarisse está trancada no seu quarto
Com seus discos e seus livros, seu cansaço
Eu sou um pássaro, me trancam na gaiola
E esperam que eu cante como antes
Eu sou um pássaro, me trancam na gaiola
Mas um dia eu consigo resistir
E vou voar pelo caminho mais bonito
Clarisse só tem catorze anos.*

(Renato Russo)

Agradecimentos

À Virgínia, minha querida orientadora e supervisora nesse árduo trabalho de auto conhecimento.

Aos meus terapeutas Francisco, Inês, Mery, Osvaldir, Victor, pelo imenso apoio durante minha trajetória.

Aos professores do curso de Psicodrama, especialmente Victor, Virgínia e Mery, pelos ensinamentos valiosos que me proporcionaram.

Aos amigos Andres dos Santos e José Paulo Fiks, que me ajudaram com discussões a respeito de psiquiatria e são exemplos enquanto terapeutas.

Aos meus pacientes, razão pela qual tento melhorar todo dia enquanto terapeuta.

Ao Fernando, pelo amor constante e crescente.

Sumário

Lista de Quadros	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Abreviaturas e Símbolos	ix
Resumo	x
1. Introdução	01
2. Histórico e epidemiologia	02
2.1 Histórico do transtorno de personalidade borderline	02
2.2 Epidemiologia e curso do transtorno de personalidade borderline	06
3. Psicopatologia geral do borderline	07
3.1 Aspectos etiológicos	07
3.1.1 Aspectos biológicos	08
3.1.2 Aspectos sócio-culturais	09
3.1.3 Aspectos psicodinâmicos	10
3.2 Sintomas clínicos	11
3.2.1 Critérios afetivos	11
3.2.2 Critérios cognitivos	12
3.2.3 Critérios comportamentais	13
3.2.4 Critérios interpessoais	13
3.3 Uso de medicação no TPB	14
4. Psicopatologia geral na Análise Psicodramática	16
4.1 Teoria do desenvolvimento	16
4.2 Psicopatologia das configurações internas	18
5. O borderline na Análise Psicodramática	20
5.1 Patologia da estrutura cenestésica	20
5.2 Patologia da estrutura psicológica	21
6. Caso clínico	26
6.1 Apresentação do caso	26
6.2 Comentários sobre o caso	28
7. Considerações finais	30

Abstract

Bibliografia Consultada

Lista de quadros

Quadro 1	Critérios diagnósticos para transtorno de personalidade borderline	04
Quadro 2	Tipos de patologia e configurações internas correspondentes	19

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo neurocomportamental da personalidade borderline	07
Figura 2	Modelos psicológicos segundo a teoria do Núcleo do Eu	17

Lista de Abreviaturas e Símbolos

5 - HIAA	Ácido 5-hidróxi-indolacético
DSM-IV	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais
FIB	Figura internalizada em bloco
FMI	Figura de mundo interno
FRNM	Ressonância magnética funcional
HHA	Eixo hipotálamo-hipófise-adrenal
IMAO	Inibidores da mono-amino-oxidase
ISRS	Inibidores seletivos de recaptção de serotonina
PCI	Psiquismo caótico e indiferenciado
POD	Psiquismo organizado e diferenciado
SNC	Sistema nervoso central
TPB	Transtorno de personalidade borderline

Resumo

Título: Personalidade borderline na psiquiatria, psicanálise e análise psicodramática.

Resumo: O objetivo do presente estudo foi discorrer sobre a psicopatologia do transtorno de personalidade borderline na análise psicodramática, a partir de algumas experiências clínicas. Foi realizada uma revisão histórica da personalidade borderline na Psiquiatria, Psicanálise e Análise Psicodramática. Após um breve resumo da Teoria de Programação Cenestésica foram traçadas algumas características clínicas e psicodinâmicas do borderline. A partir de uma descrição de caso clínico e exemplos de casos atendidos é comentada a teoria da personalidade borderline segundo a análise psicodramática.

1. INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline é um diagnóstico recente dentro da psiquiatria, e cada vez mais difundido. Tem aparecido com frequência na mídia, como por exemplo, nas revistas (*Isto é*, 2004), nos filmes (*Garota, interrompida*), e na própria internet, em sites de consulta. Em 1989, Kreisman lançou um livro para leigos sobre a personalidade borderline (*I hate you, don't leave me* - eu te odeio, não me abandone). Alguns especialistas acreditam que estamos na era borderline, onde as dinâmicas repressoras tão comuns na Viena de Freud são substituídas por um clima de permissividade e valores questionáveis, propiciando o surgimento de identidades fragmentadas e relacionamentos instáveis. A neurose histérica dá lugar à personalidade borderline na clínica e nos códigos, e há quem diga que no fundo seria a mesma doença; essa proposta tem sido desmentida por pesquisas como a de Ohshima (2001), que encontrou apenas traços comuns - como distúrbio da identidade - entre esses dois quadros.

O objetivo deste trabalho é comentar sobre a psicopatologia do transtorno de personalidade borderline na análise psicodramática, a partir de algumas experiências clínicas. Foi realizada uma revisão histórica da personalidade borderline na Psiquiatria, Psicanálise e Análise Psicodramática. Após um breve resumo da Teoria de Programação Cenestésica traçamos algumas características clínicas e psicodinâmicas do borderline. Acrescentei ao trabalho uma descrição de caso clínico atendido na época da formação, além de relatos e fragmentos de cartas que recebi de Ana, Clarisse e Elisa (nomes fictícios) durante os atendimentos, para torná-lo mais interessante e próximo à prática clínica.

Espero que minha experiência possa contribuir, mesmo que minimamente, com outros terapeutas que trabalham com essas pessoas.

2. HISTÓRICO E EPIDEMIOLOGIA

2.1 Histórico do transtorno de personalidade borderline

O termo *borderline* é utilizado para definir diferentes quadros clínicos. Foi empregado pela primeira vez em 1938 por Adolph Stern para descrever um grupo de pacientes que não se encaixavam nas neuroses e psicoses. Em 1949, Hoch e Polatin descrevem um grupo intermediário de pacientes como “esquizofrenia pseudoneurótica”, que não seriam suficientemente graves para serem diagnosticados como esquizofrênicos nem adequados para o tratamento psicanalítico tradicional. Tais pacientes apresentavam quadro de pan-neurose, pan-ansiedade e pan-sexualidade. Outros autores também relacionaram os quadros *borderline* com aspectos da esquizofrenia, usando os termos de esquizofrenia ambulatorial, pré-esquizofrenia e esquizofrenia latente (apud Kreisman).

Em 1942, Helen Deutsch denomina de “personalidade como se” aqueles pacientes com sensação de vazio permanente e que alternam suas experiências emocionais internas e externas para se adaptarem às pessoas e ao ambiente, como camaleões. Esse mimetismo é observado na prática clínica, como descreverei adiante na psicopatologia.

Grinker et al. (1968) definem quatro subgrupos de pacientes fronteirços, que estariam em um *continuum* desde a fronteira psicótica até a fronteira neurótica:

- a) Grupo I - fronteira psicótica: condutas inadequadas e não adaptativas, problemas com o teste de realidade e o sentido de identidade; condutas negativas e raivas abertamente expressas.
- b) Grupo II - síndrome *borderline* nuclear: afeto negativo generalizado, envolvimento interpessoal turbulento, identidade inconsistente, atuação de raiva.

c) Grupo III - grupo como se: tendência a copiar a identidade de outros, destituído de afeto, conduta mais adaptativa e relacionamentos sem autenticidade e espontaneidade.

d) Grupo IV - fronteira neurótica: depressão anaclítica, ansiedade, características neuróticas e narcísicas.

Os autores levantaram características comuns aos quatro subgrupos, como: 1) raiva como principal afeto; 2) relacionamentos interpessoais comprometidos; 3) ausência de identidade consistente; 4) depressão difusa. A contribuição mais importante deste estudo foi separar estes quadros da esquizofrenia, mostrando que estes pacientes não evoluem para uma franca deterioração, mas apresentam uma “instabilidade estável” segundo Schmeidler (1959).

Na década de setenta duas correntes de pensamento foram delineadas em relação ao estudo da personalidade borderline. Uma delas, mais descritiva, preocupada em definir os critérios diagnósticos de borderline (Gunderson e Singer, 1975). Por outro lado, Otto Kernberg adota uma perspectiva psicanalítica para caracterizar esses pacientes, sobre a qual falaremos mais adiante.

Gunderson e Singer (1975) definiram seis características para o diagnóstico de borderline:

- a) afeto intenso de natureza predominantemente depressiva ou raivosa;
- b) impulsividade;
- c) adaptação superficial a situações sociais;
- d) episódios psicóticos transitórios;
- e) tendência a pensamento frouxo na testagem projetiva ou em outras situações não estruturadas;
- f) padrão oscilante de relações que vai da extrema dependência à superficialidade transitória.

O DSM-IV (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 1994) preconiza o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline (TPB) baseado

numa gama de sinais e sintomas, não levando em conta a psicodinâmica do quadro (quadro 1). O diagnóstico de borderline pelo DSM-IV exige cinco dos nove critérios, o que gera 151 combinações possíveis para esse diagnóstico, ou seja, 151 apresentações diferentes para uma mesma doença. Este tipo de classificação por sintomas não ajuda em termos de compreensão do quadro por ser apenas descritivo; por outro lado, delimita e permite que quando dizemos borderline estejamos nos referindo a esses indivíduos que apresentam estas características, o que é fundamental em termos epidemiológicos e de pesquisa. O desafio é unir essas concepções de forma a serem mais eficazes para nossos pacientes.

Quadro 1- Critérios diagnósticos para transtorno de personalidade borderline (DSM-IV)

Um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:
(1) esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário. Obs: Não incluir comportamento suicida ou automutilante coberto no critério 5.
(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 persistência da auto-imagem ou do senso de self
(4) impulsividade em, pelo menos, duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substância, direção imprudente, comer compulsivamente). Obs: Não incluir comportamento suicida ou automutilante coberto no critério 5.
(5) comportamento, gestos ou ameaças suicidas recorrentes ou comportamento automutilante.
(6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., intensa disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e, apenas, raramente mais de alguns dias).
(7) sentimentos crônicos de vazio
(8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade para controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes).

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

Em relação ao referencial psicanalítico, Kernberg (1991) caracterizou a expressão “organização de personalidade borderline” baseando-se em um diagnóstico estrutural, e engloba vários transtornos de personalidade diferentes, como o narcisista, anti-social, esquizóide, dentre outros. Os critérios básicos de Kernberg são:

a) Sintomas descritivos como evidência suposta:

- ansiedade crônica, difusa e equiflutuante
- neurose polissintomática: fobias múltiplas, sintomas obsessivo-compulsivos, sintomas múltiplos de conversão, reações dissociativas, hipocondria e tendências paranóides e hipocondríacas com qualquer outra neurose sintomática
- tendências sexuais perversas polimorfos
- estruturas de personalidade pré-psicóticas clássicas: personalidade paranóide, esquizóide, hipomaníaca e ciclotímica
- neurose de impulso e adições
- transtornos de caráter de nível mais baixo.

b) Falta de uma identidade integrada - a síndrome de difusão de identidade:

A difusão de identidade seria representada por um self insuficientemente integrado. Como resultado, o indivíduo experimentaria uma sensação subjetiva de vazio crônico, autopercepções contraditórias, e percepções empobrecidas dos outros.

c) Mecanismos primitivos de defesa:

Especialmente a clivagem, idealização projetiva, identificação projetiva, negação, onipotência e desvalorização.

d) O teste da realidade:

Clinicamente, o teste de realidade é reconhecido por ausência de alucinações e delírios; ausência de afeto, conteúdo do pensamento ou comportamentos bizarros.

e) Manifestações inespecíficas de fragilidade egóica:

Ausência de tolerância à ansiedade, ou de controle de impulsos, ou de canais sublimatórios desenvolvidos.

Dentro da compreensão psicodramática, Cukier (1998) contribuiu no estudo de pacientes borderlines. Baseada em sua experiência com estes pacientes comenta três causas relacionadas a esses distúrbios: desenvolvimento emocional inadequado (abusos de natureza física, sexual e emocional), fatores constitucionais e sócio-culturais. Em termos de psicodinâmica, destaca a fragilidade do borderline – “sem pele emocional” -, a dificuldade em lidar com as frustrações, e a instabilidade emocional, aspectos que serão abordados mais profundamente no capítulo de psicodinâmica. Além disso, relata o uso de algumas técnicas psicodramáticas no manejo desses pacientes.

Dias (2006) propõe a psicopatologia do borderline baseado numa assimilação maciça e patológica de características psicológicas familiares na fase do modelo de urinador, como será melhor descrito a seguir.

2.2 Epidemiologia e curso do transtorno de personalidade borderline

“... ontem fiquei desenhando e fazendo colagem. Matisse quando não podia mais pintar em virtude do chumbo da tinta começou a fazer colagem. Talvez um dia eu também saiba administrar a minha doença”. (Elisa)

O transtorno de personalidade borderline (TPB) afeta 1 a 2% da população geral, mais de 10% de pacientes psiquiátricos ambulatoriais, e 20% de pacientes

internados (Lieb et al., 2004). É mais comum em mulheres, cerca de 70% dos casos. É um transtorno de importância, já que acima de 10% dos pacientes cometem suicídio - cerca de 50% a mais que a média de suicídios na população geral (Lieb et al., 2004). Os estudos mostram que geralmente o TPB inicia no final da adolescência ou início da vida adulta, tem uma trajetória difícil na primeira década da doença e tende a estabilizar na segunda década após a primeira hospitalização (Gabbard, 1998). É justamente neste início de tratamento que os clínicos sentem-se desanimados com esses pacientes, já que o retorno é muito pequeno, as crises, as tentativas de suicídio e as hospitalizações são freqüentes além do risco de suicídio ser muito alto.

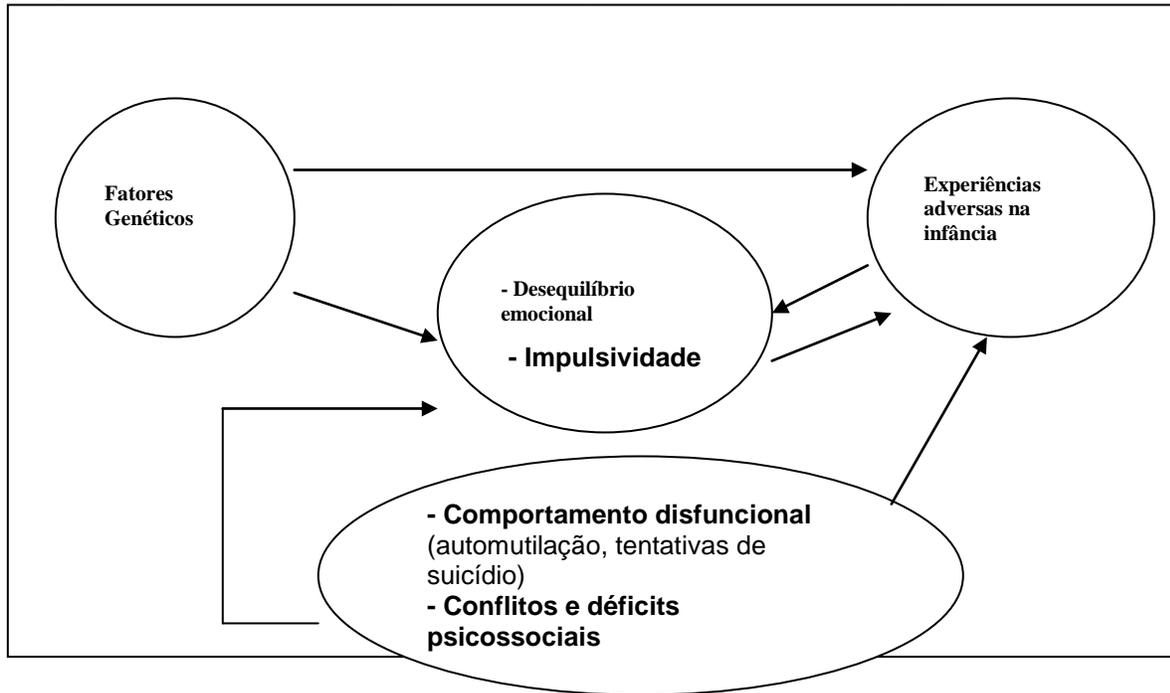
3. PSICOPATOLOGIA GERAL DO BORDERLINE

3.1 Aspectos etiológicos

“Muitas vezes eu quero me deletar e nascer de novo e junto com um manual dizendo: esse bebê é borderline, todo cuidado é pouco, mas tem uma grande sensibilidade, não o deixe assistir filmes futuristas porque o futuro é o seu grande bicho papão; o tempo, a ampulheta, a AIDS e a bomba atômica, agora. Dêem-lhe uma infância cheia de crianças, porque assim será mais fácil a socialização. Tegretol® três vezes ao dia mas sobretudo um pai que o respeite e lhe sorria.”
(Elisa)

Assim como na maioria dos transtornos psiquiátricos, a etiologia do TPB não está bem definida. O modelo multicausal vem sendo o mais utilizado. Fatores genéticos e experiências adversas na infância podem promover o desequilíbrio emocional e impulsividade, levando a comportamentos disfuncionais, conflitos e déficits psicossociais que reforçam o desequilíbrio emocional e a impulsividade (figura 1). Para fins didáticos dividiremos a etiologia em: aspectos biológicos - genética e achados de neuroimagem; aspectos sócio-culturais e aspectos psicodinâmicos, aos quais daremos mais ênfase nesse trabalho.

Figura 1 – Modelo neurocomportamental da personalidade borderline (adaptado de Lieb et al.,



3.1.1 Aspectos biológicos

Dentro dos aspectos biológicos, os eixos de impulsividade/ agressividade e a instabilidade afetiva são os mais estudados no TPB.

A impulsividade/agressividade está ligada à atividade serotoninérgica, como demonstram trabalhos de aumento de metabólitos da serotonina como o ácido 5-hidróxiindolacético (5HIAA) no líquor em pacientes deprimidos que tentaram suicídio, e em pessoas heteroagressivas como militares, população carcerária e voluntários. Os episódios de abuso sofrido por pacientes com TPB podem ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), e suas relações com serotonina. Em alguns pacientes com TPB e história de abuso prolongado na infância há uma hiperresponsividade do eixo HHA (Skodol et al., 2002).

Estudos estruturais e neuroimagem mostraram regiões disfuncionais nos pacientes com TPB, como o córtex cingulado anterior, o córtex pré-frontal orbitofrontal e dorsolateral, o hipocampo e a amígdala (Skodol et al., 2002). O

córtex cingulado anterior é visto como uma região mediadora de controle afetivo, e sua disfunção poderia ser relacionada ao desequilíbrio afetivo comum na doença. A amígdala tem um papel central na regulação emocional. Estudos com ressonância magnética funcional (fRNM) mostram aumento da ativação da amígdala em resposta a expressões faciais ou emoções negativas. Alguns estudos mostram uma diminuição do volume hipocampal e da amígdala em pacientes com TPB. Estes achados de neuroimagem indicam que o controle inibitório pré-frontal mais fraco poderia contribuir para uma hiperatividade da amígdala. Distúrbios límbicos e pré-frontais simultaneamente sugerem uma correlação com a síndrome de hiperestimulação e descontrole, vista em pacientes com TPB (Lieb et al., 2004).

Em relação aos estudos genéticos, estudos com gêmeos mostram taxas de concordância de 35% para monozigóticos e 7% para dizigóticos, sugerindo uma associação genética forte no desenvolvimento da doença (Lieb et al., 2004).

Eventos adversos na infância são relatados por grande parte dos pacientes, principalmente o abuso sexual citado entre 40 e 71% dos casos (Lieb et al., 2004). A gravidade do quadro está relacionada à gravidade do abuso. Desta maneira, alguns clínicos vêem o transtorno de personalidade borderline como uma forma crônica de stress pós-traumático (apud Gabbard, 1998) Ainda não se sabe se o abuso é necessário ou suficiente para o desenvolvimento do TPB. Zweig-Frank e Paris (1991) fizeram um levantamento de abuso sexual na América do Norte e encontraram um terço de mulheres vítimas de abuso sexual na infância, dado que contrasta com a prevalência de 2% de TPB na população.

Esses achados são iniciais, e mostram que há muito a ser pesquisado nesse campo no TPB.

3.1.2 Aspectos sócio-culturais

Em relação aos aspectos sócio-culturais, Faria escreve em 2002:

Como fatores de risco sociais, encontramos algumas condições variadas que convergem para uma característica comum: a falta de continência social. Nas sociedades contemporâneas, o indivíduo jovem é muito exigido e chamado a assumir responsabilidades mais precocemente; o grau de competição estimula um modo de vida cada vez mais individualista e centrado na questão do poder. Todos esses fatores fazem com que hoje a rede social tenha perdido as condições que anteriormente possuía de amenizar os efeitos da falta de continência sentida pelo indivíduo decorrente de falhas intrafamiliares, substituindo parcialmente a malha familiar nessa função. Rápidas mudanças sociais também colaboram para a falta de identidade social e a conseqüente sensação de isolamento, especialmente no âmbito de grandes centros urbanos, onde o vínculo social estabelecido muitas vezes é de uma fragilidade e superficialidade que não permite um grau de continência satisfatório.

Dias (2000) comenta a respeito de uma mudança no perfil do cliente que busca psicoterapia, em comparação com gerações anteriores. Acredita que o código moral na década de 90 seria ditado principalmente “pela mídia, pelos meios de comunicação e pelas escolas. A religião teria perdido quase que totalmente o papel de divulgador e orientador dos valores morais e a família funcionaria mais como elemento de sustentação do indivíduo que como orientadora e educadora moral”. Por outro lado, estes indivíduos tenderiam a uma maior dificuldade de adaptação e integração nos comportamentos e regras sociais.

3.1.3 Aspectos psicodinâmicos

Será necessário revisarmos o modelo de Mahler (1982) antes de iniciarmos os comentários. Margareth Mahler propõe um modelo evolutivo baseado nas relações objetais, dividido em três fases.

A fase inicial é chamada de autista, e ocorre nos primeiros dois meses de vida. Nessa fase o bebê não percebe diferença entre realidade interna e externa nem consegue distinguir entre si mesmo e o mundo que o rodeia.

Gradualmente, o bebê começa a perceber que suas tensões instintuais (fome e outras necessidades) são aliviadas por algo vindo do mundo externo. Nessa fase, denominada de simbiótica, o bebê tem uma vaga noção da mãe como objeto separado, mas é como se a díade mãe-bebê fosse uma coisa única-o self e a mãe se confundem. A fase simbiótica dura até os cinco meses, quando inicia a fase de separação-individuação.

A separação individuação ocorre em quatro subfases:

- a) diferenciação: tem início aos cinco, seis meses. Caracteriza-se por uma diminuição da dependência corporal da mãe, até então total. Essa subfase coincide com a maturação das funções parciais de locomoção, como engatinhar.
- b) exploração: começa depois dos dez meses e prossegue até os quinze meses. O bebê aumenta sua capacidade de expandir seus conhecimentos do ambiente, explora o ambiente humano e inanimado. Entretanto, freqüentemente volta até sua mãe, buscando um reabastecimento emocional pelo contato físico com a mesma. A principal característica desta subfase é o grande investimento narcisista da criança em suas próprias funções e em seu próprio corpo, bem como nos objetos e objetivos de sua investigação da realidade em expansão.
- c) reaproximação: a criança torna-se apta a caminhar e dura até os vinte e dois meses. À medida que o bebê vai dominando a locomoção, compreende estar autorizado e destinado a separar-se da mãe. Isto provoca tanto o prazer do domínio quanto a ansiedade de separação. Uma preocupação aparente e constante com o lugar onde se encontra a mãe caracteriza a terceira subfase.
- d) a quarta subfase é caracterizada pelo desenvolvimento de complexas funções cognitivas: comunicação verbal, fantasia e critério de realidade. Nesse período o estabelecimento de representações mentais do self distintamente separadas das representações de objeto abre caminho para a constância objetal. A presença real

e constante da mãe não é mais tão imperativa. Essa subfase ocorre entre os vinte e dois até os trinta e seis meses de vida.

Kernberg (1991) acreditava que os pacientes borderline apresentavam uma crise na subfase de reaproximação, o que explicaria a angústia de separação e o medo do abandono.

3.2 Sintomas clínicos

Os aspectos clínicos do borderline serão apresentados a seguir, em uma correlação com os critérios do DSM-IV para a personalidade borderline. Os critérios podem ser divididos em quatro blocos de sintomas: os critérios afetivos, os critérios cognitivos, os critérios comportamentais – impulsividade -, e os critérios interpessoais.

3.2.1 Critérios afetivos

a) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (demonstrações freqüentes de irritação, raiva constantes, lutas corporais repetidas).

Essas manifestações podem ser vistas como uma expressão indireta da dificuldade de expressão emocional e da própria raiva. Segundo Hegenberg (2000), *“o borderline, nos momentos em que está mais agressivo, de fato está com medo, e no fundo é medo de ser abandonado”*. O borderline está mergulhado em vivências que não controla, com uma agressividade flutuante, pronta para explodir em atos impulsivos, fruto do medo de perder o apoio do outro, conseqüência de seu vazio e da falta de sentido de vida.

b) sensação crônica de vazio

Segundo Kernberg (1991), há uma difusão de identidade nesses pacientes, que seria ligada a um conceito de self e outros significativos insuficientemente integrados. A incapacidade de integrar representações positivas e negativas do self resulta em profunda difusão de identidade. Até a própria identidade sexual nestes pacientes pode estar comprometida, como no caso de uma paciente que não sabia ao certo se sentia atração sexual por homens ou mulheres, ou outra que se considerava homossexual sem ter tido nenhum contato sexual prévio com homem ou mulher.

c) instabilidade afetiva devido à grande reatividade do humor - disforia, irritabilidade ou ansiedade que pode durar entre horas e mais raramente alguns dias.

3.2.2 Critérios cognitivos

a) idéias paranóides transitórias relacionadas ao estresse ou sintomas dissociativos graves

Este critério está associado aos mecanismos de defesa mais primitivos utilizados pelo paciente borderline, como a dissociação, muitas vezes ocorrendo quadros dissociativos graves e prolongados. A relação com teste de realidade não é tão prejudicada como nos psicóticos, mas está sujeita a falhas.

b) perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentido de self

Uma crítica aos critérios cognitivos do DSM é a falta do pensamento dicotômico desses pacientes, segundo Freeman (1990). Beck e Freeman (apud Gabbard 1998) propuseram três esquemas para esse distúrbio:

1) o mundo é perigoso e malevolente; 2) sou impotente e vulnerável; 3) sou inerentemente inaceitável.

Mais recentemente Zanarini et. al (1990) identificam outros padrões:

1) estou em perigo; 2) sou como uma criança pequena; 3) eu não me sinto cuidado.

3.2.3 Critérios comportamentais - impulsividade

a) comportamento suicida recorrente, gestos, ameaças ou automutilação

As tentativas de suicídio e a automutilação são características muito comuns nesses pacientes, e muitas vezes consideradas essenciais na caracterização clínica.

b) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa - gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, dirigir de forma imprudente, comer compulsivamente - e que exclua comportamento suicida ou automutilação.

De acordo com Hegenberg (2000), a impulsividade no borderline está ligada à desesperança e ao vazio de sentido na vida. Quando ele acredita estar sem apoio, a falta de esperança no futuro leva ao desespero e aos atos impulsivos, colocando-o em situações de risco. Um exemplo comum dessas atividades de

risco é o sexo de forma promíscua e indiscriminada, o uso de álcool, e drogas como a cocaína, anfetaminas e outras, os transtornos alimentares como a bulimia. Assim como a automutilação, esses comportamentos de risco seriam uma forma de sentir de maneira mais intensa, como se o limiar desses pacientes fosse mais elevado que da população em geral.

3.2.4 Critérios interpessoais

a) esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário

Os estudos de Mahler sobre o esquema evolutivo da criança serviram de base a Kernberg para a explicação do quadro do borderline. Kernberg acreditava que os pacientes borderline estavam fixados na subfase de reaproximação, entre os 16 e 30 meses. Nessa fase, a criança fica alarmada quanto ao potencial de sua mãe desaparecer. Os pacientes borderline estariam vivendo repetidamente uma crise, na qual, temem que a separação de suas mães resulte em desaparecimento e abandono. Isso explicaria o medo destes pacientes de ficarem sozinhos e de serem abandonados. Essa fixação na subfase de reaproximação tem relação com uma alteração na disponibilidade emocional da mãe nesse período crítico, tanto devido a um excesso constitucional de agressão da criança quanto a problemas maternos com a maternidade, ou a associação de ambos (Kernberg, 1991).

b) padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.

É nesse critério do DSM IV que é possível falarmos sobre a cisão ou clivagem, o mecanismo de defesa mais importante no borderline. Consiste em dividir os objetos em inteiramente bons ou inteiramente maus, e de forma oscilante. Essa

inconstância objetal também é uma característica desses pacientes. Como resultado da cisão, a pessoa não considera as outras como tendo um misto de qualidades positivas e negativas, mas divide os outros em extremos polarizados.

3.3 Uso de medicação no TPB

O uso de medicações nesses quadros é apenas com a finalidade de tratar sintomas, e não a causa do problema. Em geral são usadas várias medicações concomitantes e em doses mais altas que o habitual, até mesmo pela grande dificuldade de lidar com esses casos. As medicações podem ser usadas para tratar certos aspectos, como:

a) sintomas cognitivo-perceptuais: desconfiança, ideação paranóide, idéias auto-referentes, alucinações transitórias relacionadas a estresse. Nesses casos é indicado o uso de antipsicóticos, tais como o haloperidol e antipsicóticos atípicos como clozapina, risperidona, olanzapina, dentre outros;

b) descontrole emocional: mudanças bruscas de humor, sintomas depressivos e ansiedade, disforia, raiva intensa, sensação crônica de vazio. Essa sintomatologia responde melhor a antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS), como a fluoxetina. Antidepressivos tricíclicos e inibidores da mono amino oxidase (IMAO) são contra-indicados devido ao risco de superdosagem e toxicidade.

c) comportamento impulsivo: uma opção são os estabilizadores de humor, como carbamazepina e ácido valpróico.

4. PSICOPATOLOGIA GERAL NA ANÁLISE PSICODRAMÁTICA

4.1 Teoria do desenvolvimento

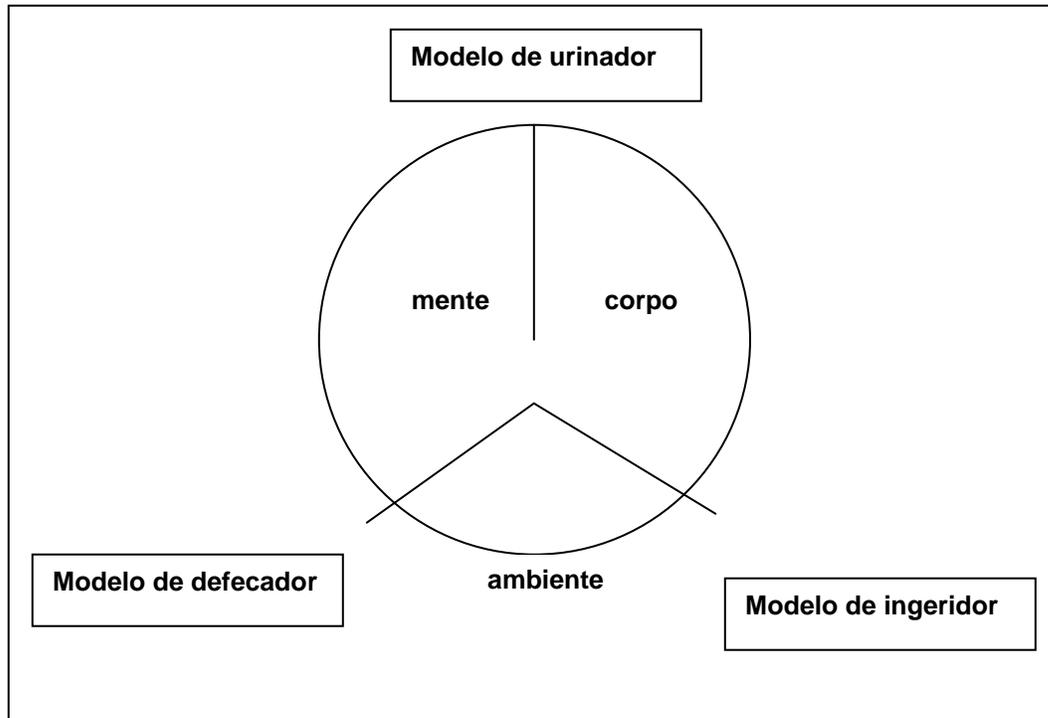
A teoria da programação cenestésica é o referencial teórico da análise psicodramática. Foi desenvolvida por Dias (1984) a partir da teoria do núcleo do eu de Rojas-Bermúdez (1971), e foi escolhida para direcionar este trabalho. O recém nascido tem um sistema nervoso central imaturo, que desenvolverá capacidades mais refinadas ao longo do desenvolvimento. Durante esse processo de diferenciação e especialização neurológica ocorre o desenvolvimento cenestésico e psicológico do indivíduo. Basicamente o recém nascido vai ter contato com sensações viscerais; neste universo cenestésico a primeira sensação que é captada é a sensação de existir. O psiquismo, a princípio, é caótico e indiferenciado (PCI), consistindo apenas desta sensação. À medida que outras experiências viscerais vão acontecendo (amamentação, desejo de urinar e evacuar, controle dos esfíncteres) o bebê vai se relacionando com as pessoas e o ambiente que o cerca, o psiquismo vai se organizando e diferenciando (POD).

Junto com essas experiências viscerais o bebê também vai incorporando climas afetivos facilitadores (amor, aceitação, proteção) e inibidores (indiferença, raiva, rejeição, ansiedade). Estes climas são a princípio apenas da mãe ou cuidador, mas com o tempo o ambiente da casa e da família também vai sendo incorporado. Esta fase ocorre até por volta dos dois anos de idade. Neste período, ocorrerá a formação dos modelos de ingeridor, defecador e urinador. O desenvolvimento desses três modelos permite, ainda, a delimitação de áreas no psiquismo: corpo, mente e ambiente (figura 2).

O modelo de ingeridor é desenvolvido entre zero e três meses, e está ligado à incorporação de conteúdos do meio externo, e ao binômio satisfação/insatisfação.

Nesta fase o clima incorporado é basicamente da mãe ou cuidador. O modelo de ingeridor delimita as áreas corpo e ambiente.

Figura 2- Modelos psicológicos segundo a teoria do Núcleo do Eu (adaptado de Dias, 1994)



Entre três e oito meses ocorre o desenvolvimento do modelo de defecador, que está diretamente relacionado à criação, elaboração, expressão e comunicação de conteúdos internos. O modelo de defecador delimita a área ambiente e a área mente. Nessa fase o bebê irá incorporar por meio de relações diádicas não só o clima da mãe, mas do pai, do restante da família e de outras pessoas próximas.

Também ocorrerá a delimitação entre ambiente interno e externo, e a evolução do núcleo narcísico.

Por fim, até os dois anos desenvolve-se o modelo de urinador, importante no planejamento, controle, decisão e execução de ações, e que irá delimitar as áreas corpo e mente. Os climas inibidores que são captados durante a formação dos modelos são responsáveis por falhas no desenvolvimento destes e a presença de bolsões de PCI. Nessa época do desenvolvimento ocorre a introjeção do clima familiar, além de conteúdos de aprendizagem. A base da aprendizagem é a imitação, e a criança começa a imitar as pessoas que a rodeiam (pais, irmãos, filmes infantis, dentre outros). Com isso, nessa fase a criança tende a incorporar o jeito da família (Dias, 2006).

Por volta dos dois anos inicia-se o desenvolvimento psicológico; nesta fase já existe o registro de vivências conscientes e de material excluído. O ego já está constituído. O SNC é mais complexo, inclusive ocorrendo os processos de memória evocativa. Ocorre o desenvolvimento do conceito de identidade, da cadeia superegóica e o registro das figuras de mundo interno. Entretanto, ainda permanecem aquelas áreas de PCI comentadas acima, que levam a sensação de perda parcial de identidade, de incompletude, insegurança e medo. Essa fase se estende até o final da adolescência e em menor intensidade persiste por toda a vida. Os materiais excluídos na fase cenestésica irão formar a primeira zona de exclusão, e são tamponados pelos vínculos compensatórios; os materiais excluídos na fase psicológica formarão a segunda zona de exclusão, que são tamponados pelas defesas intrapsíquicas e justificativas.

4.2 Psicopatologia das configurações internas

Neste aspecto das figuras internalizadas, os indivíduos com FIB estariam entre os neuróticos, que apresentam figuras de mundo interno, e os psicóticos, que funcionam como se comportassem em sua estrutura psíquica “dois eus”, não havendo sequer questionamento sobre algo não fazer parte do seu eu verdadeiro, vir de fora (quadro 2).

Na breve descrição anterior da teoria de programação cenestésica comentamos sobre o registro de figuras de mundo interno, que seriam traços e características incorporadas pela criança de familiares mais próximos, bem como de cuidadores importantes na fase cenestésica do desenvolvimento. Essas figuras são identificadas pelo cliente no decorrer da terapia como não sendo parte do eu verdadeiro, e sim causadoras de conflito com os interesses e desejos do eu verdadeiro. Esse seria o exemplo de pacientes neuróticos, onde há a divisão eu x FMI.

Nos indivíduos esquizóides ocorre uma cisão do eu, que dará origem a um eu observador e um eu operativo. Segundo Dias (2006), o eu observador é a parte do psiquismo onde está localizada a sensação de não acolhimento, de não fazer parte, e que precisa ficar sempre encoberta devido à angústia de aniquilação. O eu operativo é a parte do psiquismo “visível”, onde são desenvolvidos os modelos e áreas. A ligação entre os eus se dá pelo mental.

Nas psicoses ocorre uma cisão mais profunda, que leva à formação de dois eus excludentes, que diferente do esquizóide, não se comunicam nem mesmo pelo mental. A explicação para a origem desses eus excludentes seria a teoria do duplo vínculo de Bateson et al. (apud Dias, 2006).

No caso dos indivíduos borderline, ocorrerá uma internalização em bloco de uma figura de mundo interno, como será detalhado a seguir.

Quadro 2 -Tipos de patologia e configurações internas correspondentes

Patologia	Configuração
Neurose	Eu x FMI (figura de mundo interno)
Esquizóide	Eu observador x Eu operativo
Psicose	Eu x Eu (excludentes)
Borderline	Eu x Figura internalizada em bloco

5. O BORDERLINE NA ANÁLISE PSICODRAMÁTICA

5.1 Patologia da estrutura cenestésica

As alterações que acontecem na fase cenestésica, até os dois anos de idade, vão repercutir em uma alteração estrutural do indivíduo. Pode ocorrer nessa fase uma internalização maciça de um clima da família inteira, ou um clima de um indivíduo que dá a tônica dessa família. O clima é assimilado durante o desenvolvimento do modelo de urinador e incorporado como um todo, ficando impresso na estrutura básica de personalidade (Dias, 2006). Neste caso o indivíduo internalizará uma figura em bloco, não apenas traços de uma determinada figura. Alguns pacientes com personalidade borderline apresentam estas figuras internalizadas em bloco (FIB). Esse clima é assimilado independente do clima dos três modelos, o que em parte explica o diagnóstico de borderline, pois os pacientes podem apresentar elementos de ingeridor, defecador e urinador. Desta maneira, um paciente borderline poderá apresentar as patologias e defesas dos três modelos, além de patologias e defesas provenientes da própria figura em bloco.

Estas figuras em bloco comprimem de tal forma o eu verdadeiro do cliente que é como se fossem elas mesmas o eu verdadeiro. Mesmo que o sujeito tenha uma vaga idéia de esta figura ser algo externo a ele, é muito difícil essa separação, porque o próprio eu não teve condições de se desenvolver, a figura ocupa muito espaço.

A sensação de vazio que esses pacientes experimentam vem do fato que o eu é vazio, é minúsculo comparado à figura. Não é possível ter um contato com o verdadeiro eu, não há uma autocontinência e capacidade de ficar a sós. Diferente de uma terapia convencional, não ocorre o enfrentamento da figura; o eu

verdadeiro não se sustenta sem a figura, é frágil, e o paciente tem essa noção de ter um self instável, ora agindo como a figura internalizada em bloco, ora como o eu verdadeiro. Uma coisa que é contraditória nesse modelo é que aparentemente o eu verdadeiro nunca estaria sozinho, o grande temor desses pacientes; a figura estaria sempre acompanhando. Entretanto, a FIB não é uma “boa companhia”, ao contrário, sufoca, inibe e comprime o indivíduo, mas é impossível existir sem essa FIB: quando a paciente diz que o problema é que não sabe ser, é porque o eu verdadeiro não foi capaz de se desenvolver adequadamente, ficando à sombra da figura.

Nem todos os pacientes que têm figuras em bloco recebem o diagnóstico de borderline, e nem todos os pacientes com diagnóstico de borderline apresentam FIB. Isso acontece porque o diagnóstico tradicional da psiquiatria é baseado em sinais e sintomas, nem sempre havendo correlação com a psicodinâmica. Nesse grupo de pacientes com FIB estariam também os pacientes com personalidade borderline, ou pelo menos uma parcela deles.

5.2 Patologia da estrutura psicológica

A partir de dois anos o indivíduo passa pela fase psicológica do desenvolvimento. No paciente borderline, a assimilação maciça do clima que resulta na formação da FIB vai levar a uma desorganização do conceito de identidade, que fica sempre em conflito entre o eu e a FIB, e será identificado como o questionamento bastante comum nesses pacientes do “quem sou eu”. O conceito de identidade do eu verdadeiro é constantemente contraposto ao conceito de identidade da figura em bloco, o que gera divisões e conflitos (Dias, 2006). O borderline utilizará mecanismos defensivos de acordo com os modelos comprometidos, e poderá apresentar no discurso elementos de ingeridor, defecador e urinator.

A seguir descreverei as manifestações psicológicas de pacientes com diagnóstico de personalidade borderline. Darei exemplos de casos clínicos atendidos por mim e por colegas, e de trechos de cartas que recebi de algumas pacientes, Ana, Clarisse e Elisa (nomes fictícios).

a) Raiva

Paciente discute com uma pessoa no trânsito. Chega em casa, quebra vários objetos, briga com a namorada e a agride fisicamente. Depois se arrepende por ter perdido o controle.

Sentimentos e manifestações ligadas à raiva são freqüentes nos pacientes, devido à baixa tolerância à frustração e impulsividade. Uma das causas dessas manifestações de raiva pode ser o esforço de evitar o abandono e rejeição.

b) Sensação de vazio

Só com o que tenho dentro de mim, eu destruo o que está à minha volta e depois me autodestruo.

A sensação de vazio é um sintoma bastante comum, e aqui não se trata daquele vazio cheio de acusações e queixas que o ingeridor refere, mas um vazio profundo e assustador, provocado pelo vácuo deixado pela devastação promovida pela FIB. A identidade não está integrada, falta um *self* coeso, íntegro.

c) Instabilidade afetiva

Odeio gente feliz!

O paciente borderline é uma verdadeira montanha russa emocional, e essas oscilações de humor a que estão sujeitos podem ocorrer até durante uma mesma sessão. É comum o paciente estar feliz e ao fim da consulta sentir-se profundamente deprimido ou irritado, e na sessão seguinte estar bem. Nunca sabemos o que vamos encontrar, e o paciente muitas vezes quer testar até onde vai a capacidade do terapeuta em acompanhá-lo nessa montanha russa.

d) Instabilidade da auto-imagem

O problema é que eu não sei ser. Preciso aprender a ser, antes de tudo...

...Eu cortei o cabelo bem curto. Você tem razão, mudança é muito difícil para mim (Elisa).

...Eu nunca sei o que as pessoas sentem quando me vêem, se é pena ou se não gostam de mim. Eu me sinto sempre deslocada ou deslucada... (Elisa).

A instabilidade da auto-imagem está relacionada ao conceito de identidade fragmentado e à baixa auto-estima. Como o conceito de identidade é prejudicado pelo constante conflito com a figura em bloco, o indivíduo tem dificuldade em se reconhecer como pessoa.

e) Automutilação e tentativas de suicídio

Estive pensando no que aconteceu na sessão passada quando me cortei e cheguei a algumas conclusões: uma é que estou muito doente; outra é que eu me cortei pelo desprezo da minha mãe e não pelo peso, na verdade eu estava querendo era cortar o braço da minha mãe, pois quando eu estava deprimida ela me mandou ir embora... (Ana)

Eu me corto porque tenho raiva de mim e da minha vida. Eu me alivio quando me corto, me faz bem. (Clarisse)

As tentativas de suicídio e a automutilação são características muito comuns nestes pacientes, e consideradas essenciais na caracterização clínica. Frequentemente as tentativas são gestos desesperados ao entrar em contato com a solidão e abandono. Em outros casos, o alívio provocado é muito grande, e muitas vezes é uma descarga dos afetos como raiva, medo, ódio. Os pacientes têm noção que esses atos são eficientes para atraírem atenção de familiares e profissionais que o atendem. Especialmente os cortes são feitos em regiões visíveis do corpo, para evidenciar ao mundo um sofrimento psíquico que não pode ser verbalizado, tamanha a intensidade. A dor provocada pelos cortes e atitudes como bater a cabeça, dar chutes em si mesmo, dar murros em paredes, é uma maneira de sentir, de entrar em contato com o corpo, muitas vezes dissociado, como vimos anteriormente.

f) Impulsividade

Paciente tem horário de consulta ao meio dia. Chego cinco minutos atrasada e ela está chutando as cadeiras da sala de espera, batendo nas portas dos outros consultórios, e ameaça quebrar os vidros das janelas; achou que eu não iria mais atendê-la.

A impulsividade é decorrente do self frágil, que numa tentativa desesperada e primitiva tenta se libertar da FIB. A impulsividade é um sintoma difícil de lidar, que pode gerar atitudes violentas e prejudiciais ao paciente e àqueles que estão à sua volta, principalmente se estiver associada à raiva.

g) Esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginado

*Paciente reage mal a comentários da mãe e do terapeuta sobre boa evolução do quadro e volta a se cortar porque “se melhorar vou parar de receber atenção...”
(Clarisse)*

*...Vampiro por vampiro eis-me aqui novamente querendo sempre mais atenção
(Elisa).*

O paciente com personalidade borderline apresenta um vazio muito grande, e entrar em contato com esse vazio ou consigo mesmo é desesperador e muito angustiante. Daí a necessidade de estar sempre acompanhado. Uma complicação disto é que muitas vezes o paciente pode querer “grudar” nos outros, inclusive no terapeuta, o que acaba gerando um afastamento reativo, pois o peso sentido pelos outros é muito grande, e essa reação gera mais solidão e abandono.

h) Relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.

... a senhora é uma médica maravilhosa...peço desculpas se em algum momento a magoei...estou arrependida e peço perdão por ter dito que parecia que eu conversava com as paredes, eu estava cega... (Ana)

Foi difícil aceitar você, não você pessoalmente, mas qualquer um que colocassem no lugar da minha outra médica. (Ana)

A relação com o terapeuta também sofre esses altos e baixos, pois um dia somos o melhor terapeuta do mundo e na sessão seguinte é como se deixássemos o paciente falando sozinho. A melhor amiga, o namorado, a mãe o pai, todos passam de perfeitos para horríveis em um curto espaço de tempo. Essa inconstância objetal também é uma característica destes pacientes. Como resultado da cisão, a pessoa não considera as outras como tendo um misto de qualidades positivas e negativas, mas divide os outros em extremos polarizados.

6. CASO CLÍNICO

6.1 Apresentação do caso

Clarisse (nome fictício), 14 anos, veio à consulta acompanhada de seus pais com quadro de automutilação e idéias suicidas. A princípio ficou calada enquanto os pais me contavam que haviam notado esse comportamento há uma semana. Disseram que Clarisse sempre foi difícil e se relacionava de forma conturbada. Já havia incendiado a própria casa e o quintal de um vizinho, três anos antes. A mãe diz que Clarisse é muito agressiva e destrutiva. “Ela gosta de deixar a sua marca nas coisas”. Se a mãe faz um bolo, Clarisse faz questão de estragar, colocando a mão, por exemplo.

Enquanto os pais falavam, Clarisse ficou bastante irritada, dizendo que era tudo mentira e não tinha nada a ver.

O pai notou que ultimamente ela estava mais quieta, sem vontade de sair de casa, sem vontade de estudar. Nisto Clarisse concorda, dizendo que odeia a escola.

Quando conversamos a sós, Clarisse começou a chorar, dizendo que sua vida não tinha sentido. Tinha ódio das pessoas felizes, queria morrer. Planejava morrer enforcada, crucificada ou afogada. O tema de morte era muito presente. Clarisse desenhava com frequência caixões, túmulos, cruces, inclusive usando seu próprio sangue. Os pais achavam esse comportamento normal, *coisa da idade*. Pergunta para mim se conheço meninas como ela, como é um hospital psiquiátrico; gosta da idéia de ficar internada. Indaga se já assisti ao filme *Garota, interrompida*; diz gostar de filmes de hospitais e orfanatos, se identifica com os personagens. Seu lugar favorito da casa é um buraco no alto do armário, onde fica ouvindo música e desenhando.

Clarisse se cortava por sentir raiva, raiva de si mesma e de sua vida, que sempre foi ruim e sem graça. Suas amigas se preocupam muito com ela, inclusive contam o número de cortes que ela faz nos antebraços. “Eu me alivio quando me corto, me faz bem”. Seu apelido é “Vandinha Addams”, e se orgulha disso. Acha-se feia, gorda, odeia seu cabelo. Pede desculpas por não ter depilado as pernas ou se diz algum palavrão. Na maior parte do tempo é meiga e fala de um jeito suave, que não combina com o visual carregado. Durante a segunda entrevista, arranca três botões da blusa e se desculpa dizendo que não consegue evitar. De fato, parece apresentar comportamentos impulsivos em alguns momentos.

Dez dias após o primeiro atendimento apresentou um episódio de automutilação muito intensa; jogava copos na parede e se atirava nos cacos de vidro. Chegou a quebrar vários objetos em casa e tentou se atirar da janela (mora em apartamento). Durante a consulta, se comporta de forma extremamente impulsiva, tentando pegar objetos cortantes ou pontiagudos em minha sala. Tinha um jardim zen e ela pegou o rastelo para se machucar enquanto saí da sala para chamar seus pais. Parecia que não agüentava ficar um minuto sequer sozinha, a sensação de abandono era insuportável. Clarisse já havia falado deste medo de ser abandonada, seja pelas amigas, pelos pais, todo mundo. Este mundo que ela dizia odiar, mas não do qual suportava sentir-se excluída. Afirmava precisar de muita atenção, o tempo todo e sempre. Acabamos optando por uma internação em clínica psiquiátrica particular, após um insistente pedido de Clarisse, que pedia ajuda e não conseguia mais se controlar. O pai ficou inconformado por não conseguir conter a filha em casa. Ficava irritado com ela, às vezes disputando poder. Esta reação do pai despertava muita raiva em Clarisse, que entrava em confronto direto com ele. Enquanto isso a mãe adotava uma atitude mais passiva, ficando muito chorosa e perdida. A internação foi curta, menos de uma semana.

Após a alta tentei que a família fizesse algum tipo de orientação familiar, mas havia uma forte resistência por parte deles. Clarisse chegou a ter um período de

melhora, mas logo recaiu e voltou a se cortar. Não sabia se fazia isso para chamar a atenção. Conta que em momentos anteriores chegou a fingir estar doente para chamar atenção. Quando era menor, colocava miçangas, feijões no ouvido para ser levada ao hospital: *eu me sinto cuidada no hospital*.

Depois da internação houve oscilações no quadro de Clarisse: pequenas melhoras - que não podiam ser apontadas porque ela se sentia muito ameaçada: *se eu melhorar vou parar de receber atenção*, e períodos de tristeza, vazio e automutilação. Dois meses antes do final do ano parou de freqüentar a escola pois apresentou diversas crises lá, o que acabou preocupando a todos. O motivo principal destas crises era medo de ser abandonada pelas amigas da escola. Clarisse fazia os exames em casa, acompanhada de um fiscal. Cheguei a propor internação na época, mas a família recusou.

Os pais decidiram colocar Clarisse em um hospital-dia, por indicação de um parente. Clarisse detestou o ambiente por achar que havia pessoas piores que ela ali. Pedia internação fechada e ao mesmo tempo não queria perder as provas da escola. Na época do hospital-dia, a mãe de Clarisse começou a se confundir com a medicação e tomar os remédios de Clarisse.

Dois meses depois do início do tratamento Clarisse começou a fazer análise três vezes por semana, com uma psicóloga indicada por um familiar.

Conseguiu passar de ano, acompanhou a escola relativamente bem por alguns meses, continuou a análise com a psicóloga e vinha em acompanhamento clínico bastante irregular: apenas duas consultas em cinco meses, diferente do contrato proposto de pelo menos uma consulta mensal. Oito meses após a primeira internação tem piora importante, inclusive com tentativa de suicídio ingerindo medicação, algo que nunca havia ocorrido antes. Desesperada, pede para ser internada, pois não conseguia se controlar; apresentava risco de suicídio

importante. A mãe concorda com a internação, mas o pai é contra. Clarisse acaba sendo internada em hospital público. Fui visitá-la durante a internação, mas após a alta a família interrompe o atendimento comigo sem nenhuma explicação.

6.2 Comentários sobre o caso

No exemplo podemos perceber a estrutura do eu x eu/ FIB destrutiva e impulsiva: uma delas pedindo ajuda, dócil, meiga, e a outra agressiva, com muito ódio, querendo cortar, xingar, agredir e matar a Clarisse frágil e sensível. No caso de Clarisse podemos perceber a patologia na linha de ingeridor histérico, com manipulação e o clima de rejeição característico do modelo de ingeridor, ao mesmo tempo em que também encontramos uma FIB. A FIB também pode ser chamada nesse caso de agressor interno.

A proposta de relação do eu verdadeiro de Clarisse é a de ingeridor, no sentido de pedir cuidado e proteção, também percebida no clima de abandono e rejeição que permeia o discurso e as situações descritas.

Já no caso da FIB podemos vislumbrar o clima da casa como sendo de maior impulsividade e que não foi completamente identificado no atendimento. Devido à gravidade do caso e ao atendimento ser predominantemente clínico, não foi possível ocorrer um aprofundamento na dinâmica da FIB.

A proposta de psicoterapia segundo Dias (2006) é fazer com que o paciente borderline consiga separar os seus conteúdos dos conteúdos da FIB. Inicialmente é necessário realizar um clareamento da dinâmica, apontando a divisão entre as vivências do cliente e as características da FIB. O ideal é nomear a FIB com uma de suas características como “cobrador”, “agressor”, “terrorista”, ou seja, algo que faça sentido para o paciente. A seguir, pode ser feito um trabalho com essa divisão interna utilizando a técnica de espelho desdobrado e espelho com cena de descarga para auxiliar o cliente na discriminação dos conteúdos do eu verdadeiro

e da FIB. A FIB deve ser identificada, discriminada e desconsiderada pelo cliente, respeitando o tempo individual. A longo prazo a FIB vai enfraquecendo e o eu verdadeiro começa a ocupar mais espaço. Observados esses aspectos, o restante do processo acontece como uma psicoterapia convencional.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de personalidade borderline está em processo de evolução. À medida que novos estudos e pesquisas são realizados, faz-se necessária uma revisão do assunto. Dentro do psicodrama o tema ainda é novidade, o que pode levar à insegurança no atendimento destes pacientes. Os terapeutas podem sentir-se frustrados, irritados, desesperançosos, cansados, resultado da projeção maciça desses conteúdos no terapeuta, do ataque da FIB. Por se tratar de casos muito graves e com grande impacto emocional, é recomendável que esses pacientes sejam atendidos por equipe multidisciplinar, com abordagem psiquiátrica, psicoterapia individual e familiar, terapia ocupacional. Ter com quem dividir o peso ajuda e evita o desejo de abandonar o caso ou de atacar o paciente (novamente resultado da projeção). É interessante enxergar essas manifestações como se fossem “amostras” dos sentimentos que esses pacientes experienciam, e ter uma noção de como deve ser difícil viver nesse caos emocional. A internação é necessária nos períodos de crise, quando o risco de suicídio e agressividade forem muito importantes.

O modelo multicausal pode ser utilizado também para compreender a psicopatologia e psicodinâmica do borderline como múltiplas dinâmicas internas. Essa é a grande complexidade do tratamento, pois estamos diante de um paciente que apresenta um “mix” de patologias, inclusive de uma patologia familiar. A terapia do borderline é permeada por ações e atuações imprevisíveis, ataques impulsivos e tentativas de suicídio, mecanismos de defesa projetivos; a terapia fica inundada de dinâmicas que confundem o diagnóstico, e muitas vezes o paciente acaba rompendo a aliança terapêutica com o terapeuta para não romper com a FIB.

Ainda temos muito pouco a oferecer a estes pacientes, mas percebo após a realização deste trabalho, que a manifestação de empatia e aceitação do terapeuta, a continência com limites, e a capacidade de agüentar a angústia nossa e do outro são fundamentais nesse processo. Novos estudos são necessários para um maior aprofundamento nas questões psicopatológicas na Análise Psicodramática, e, sobretudo intervenções mais específicas devem ser desenvolvidas a fim de aperfeiçoarmos o atendimento a essa população.

8. REFERÊNCIAS

1. Cukier R. Sobrevivência emocional: as dores da infância revividas no drama adulto. São Paulo: Ágora; 1998.
2. Dias VRCS. Análise psicodramática e teoria da programação cenestésica. 1^a ed. São Paulo: Ágora; 1994.
3. Dias VRCS. Vínculo conjugal na análise psicodramática. 1^a ed. São Paulo: Ágora; 2000.
4. Dias VRCS. Psicopatologia e psicodinâmica na análise psicodramática-volume I. São Paulo: Ágora; 2006.
5. DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. ed. American Psychiatric Association, Washington 1994.
6. Faria AA. Transtorno de personalidade borderline: uma perspectiva simbólica [monografia]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica; 2002.
7. Gabbard GO. Psiquiatria psicodinâmica. 2^a. ed. Porto Alegre: Artmed;1998.
8. Gunderson JG. Borderline personality disorder: a clinical guide. 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2001.

9. Hegenberg M. Borderline. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
10. Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline. Porto Alegre: Artmed;1991.
11. Kreisman JJ, Straus H. I hate you-don't leave me: understanding the personality disorder. New York: Avon Books; 1989.
12. Lieb K, Zanarini MC, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. Lancet 2004; 364: 453-61.
13. Mahler M. O processo de separação-individuação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982.
14. Ohshima T. Borderline personality traits in hysterical neurosis. Psychiatry Clin Neurosci 2001; 55 (2): 131-6.
15. Prado AC. Raios-X das vilãs. Revista Istoé 2004; Abr 7. nº. 1800.
16. Silva VA. Psicodinâmica do esquizóide na análise psicodramática [monografia]. São Paulo: Escola Paulista de Psicodrama; 2005.
17. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry 2002; 51: 936-950.

18. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: genetics and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 951-963.

19. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al. Discriminating borderline personality from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990;147: 161-167.

20. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 648-651.

Abstract

Title: Borderline personality disorder in psychiatry, psychoanalysis and Psychodramatic Analysis

Abstract: The objective of this study was to discourse on borderline personality disorder's psychopathology at Psychodramatic Analysis, based on some clinical experiences. A review of borderline personality disorder on psychiatry, psychoanalysis and Psychodramatic Analysis was conducted. After a brief review of "Teoria da Programação Cenesésica" we discussed some clinical and psychodynamic characteristics of borderline patients. Based on a clinical description and some examples of patients we comment borderline personality disorder according to Psychodramatic Analysis.

Bibliografia consultada

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Positivo; 2004.

Hornby AS. Oxford Advanced learner's dictionary of current english. 7th. Ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. São Paulo; 2001.