

Psicoterapia breve em pacientes com distúrbio *borderline* de personalidade

Aderbal de Castro Vieira Júnior*

Introdução

Nos últimos 20 anos, tem havido um aumento consistente no número de pacientes diagnosticados como portadores de distúrbio *borderline* de personalidade. Ainda não está claro se isto se deve a uma simples tendência ao maior uso desta categoria diagnóstica, ao desenvolvimento de critérios diagnósticos mais precisos ou mesmo ao aumento real de portadores deste quadro entre a população geral¹⁷. Para o tratamento deste grupo de pacientes, portadores de uma estrutura egóica mais frágil, têm sido preconizadas várias abordagens psicoterapêuticas, como terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia psicanalítica longa ou terapia de grupo, por um lado, ou breves intervenções em situações de crise ou terapia de suporte, com o uso concomitante ou não de medicação, por outro. Há certo consenso de que as abordagens psicoterapêuticas devem se localizar em um destes extremos, e de que haveria pouco benefício decorrente e uma terapia de duração limitada, dinâmica, voltada para o *insight* e para a integração e fortalecimento do ego¹⁸.

Psicoterapia breve

As abordagens dinâmicas breves de modo geral se apóiam teoricamente e são desenvolvimento da psicologia psicanalítica, ou psicologia do ego, e da teoria das relações objetais. Os pacientes aos quais se destina geralmente estão sofrendo com conflitos psicológicos, se bem que não necessariamente estejam no meio de uma crise. Situações de crise podem eventualmente ocorrer ao longo de uma terapia breve, que pode ser mantida sem alterações se o paciente demonstrar capacidade de suportar momentos agudos de angústia ou ansiedade decorrentes destas¹⁷.

As psicoterapias dinâmicas breves, de desenvolvimento relativamente recente, se comparadas com técnicas mais tradicionais, têm sido objeto de crescente uso e interesse por parte de terapeutas, companhias de seguro, grupos de saúde e figuras ligadas à esfera legal^{18,16}. Isto parece se dever a, além do tempo de tratamento pré-definido, estratégias de intervenção melhor delimitadas e à existência de toda uma metodologia de avaliação de tratamento específica e de contornos mais "científicos" do que a comumente usada

RESUMO

O autor descreve as bases teóricas da psicoterapia breve, bem como dos pacientes *borderline*.

Discute a seguir a heterogeneidade de ambos os conceitos, bem como a aplicabilidade do modelo de psicoterapia breve aos pacientes com distúrbio *borderline* de personalidade.

PALAVRAS CHAVE

Psicoterapia breve, distúrbio *borderline*.

* Residente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

nas terapias longas convencionais. Vários trabalhos já foram realizados com a intenção de comparar os resultados obtidos nas terapias breves com os das convencionais, ou os resultados obtidos em diferentes modalidades de terapias breves. A maioria destes aponta melhora consistente obtida de qualquer forma de terapia se comparada a terapia nenhuma, e graus semelhantes de melhora dos sintomas obtidos a partir de abordagens longas e breves e das diferentes formas de terapia breve⁴. Alguns poucos apontam melhora mais consistente a partir de terapias profundas longas²³.

Está bastante consolidada na literatura médica a possibilidade de se intervir positivamente com abordagens psicoterapêuticas de curta duração em quadros de instalação relativamente aguda e gravidade não muito grande, como reações de luto ou situações de ajustamento^{11,19}, mas até recentemente esta modalidade de terapia não dispunha de técnicas que levassem consistentemente a alterações mais profundas de traços de personalidade e padrões de relacionamento²⁵. A partir de meados da década de 70, diferentes pesquisadores, como Danvanloo, Pollack, Malan e Sifneos, passaram a desenvolver abordagens breves que pudessem ser aplicadas em situações mais amplas e de maior gravidade. Em comum, tinham uma proposta de compreensão dinâmica, maior atividade do terapeuta e menor importância dada à transferência do que ocorreria em uma terapia de longa duração, e a delimitação de um foco de trabalho bastante ligado a situações presentes da vida do paciente. Estudos controlados e de meta-análise apontam maior grau de melhora de sintomas relatados e de ajustamento social em pacientes submetidos a estas técnicas se comparados aos resultados de intervenções mais convencionais, e postulam que talvez isto se deva exatamente a este repertório terapêutico mais específico, com a delimitação do tempo de terapia, abordagem focal interpessoal, maior confrontação e ênfase no vínculo terapêutico²⁵.

Distúrbio borderline

O DSM-IV define como “distúrbio de personalidade” um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, invasivo e inflexível, com início geralmente no fim da adolescência e começo da idade adulta, estável ao longo do tempo e que provoca sofrimento ou prejuízo a seu portador⁶. Ao contrário das patologias agrupadas como pertencentes ao eixo I deste manual, não se tratam de modo geral da presença de distúrbio formal ou da reorganização de funções psíquicas, mas da exacerbação ou deficiência de traços vastamente presentes também nas pessoas ditas de persona-

lidade “normal”. Distúrbios de personalidade não são excludentes entre si, e podem eventualmente se sobrepor.

O distúrbio de personalidade *borderline* é definido como 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. Alguns dos aspectos freqüentemente observados nos indivíduos com este distúrbio são o boicote a si mesmos quando alguma meta está prestes a se cumprir, desenvolvimento de sintomas psicóticos (alucinações, distorções de imagem corpórea, idéias de referência) quando submetidos a estresse, maior segurança com objetos transicionais (um cãozinho ou uma coleção de discos) do que em relações interpessoais, automutilações, baixo desempenho em atividades sociais e profissionais. O suicídio tem alta incidência (8% a 10%) e está bastante relacionado a quadros depressivos ou ao uso de substâncias psicoativas. Dos portadores deste distúrbio, 75% são mulheres. Os *borderlines* constituem aproximadamente 2% da população geral e até 20% dos pacientes internados em serviços psiquiátricos. Há incidência 5 vezes maior do que na população geral em parentes consanguíneos diretos de portadores de personalidade *borderline*⁶.

Deve-se atentar para o diagnóstico diferencial com transtornos do humor, outros distúrbios de personalidade (como o histriônico, narcisista, dependente e anti-social), alterações de personalidade devidas a condição médica geral e sintomas desenvolvidos a partir do uso crônico de substâncias psicoativas.

O diagnóstico de distúrbio de personalidade *borderline* pelo DSM-IV compreende o preenchimento de ao menos cinco dos seguintes critérios operacionais: 1) esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginado; 2) padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, com alternância entre extremos de idealização e desvalorização; 3) perturbação da identidade, instabilidade acentuada e persistente da auto-imagem ou do sentimento de *self*; 4) impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (gastos, sexo, dirigir, comer compulsivamente); 5) recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou automutilação; 6) instabilidade afetiva devida a acentuada reatividade do humor (disforia, ansiedade, irritabilidade, que duram algumas horas e nunca mais do que poucos dias); 7) sentimentos crônicos de vazio; 8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade de controlá-la; 9) ideação paranóide transitória e relacionada a estresse ou severos sintomas dissociativos.

Kernbeg, um dos principais teóricos do distúrbio de personalidade *borderline*, distingue este da psicose na

medida em que os portadores desta estrutura não são capazes de manter e diferenciar representações de si mesmos e de objetos externos, enquanto os *borderlines* de modo geral conseguem fazê-lo razoavelmente, exceto por curtos períodos de grande estresse, durante os quais podem apresentar sintomas psicóticos. Sua dificuldade essencial seria a de manter mesclados aspectos de valência afetiva positiva e negativa de um mesmo objeto ou de si mesmos, da qual procurariam se defender por meio de um claro mecanismo de *splitting*. Tal impossibilidade de lidar com a ambivalência levaria também ao extenso uso de identificações projetivas e idealizações primitivas¹³. A este quadro se somariam ainda fraquezas menos específicas de funções egóicas dos pacientes, expressas por ansiedade difusa, múltiplas fobias, aspectos hipocondríacos e obsessivo-compulsivos e a preponderância de impulsos agressivos pré-genitais¹.

Psicoterapia breve e distúrbio *borderline*

A psicoterapia de pacientes *borderlines* tem sido reiteradamente descrita como árdua e tecnicamente difícil, devido às características peculiares a estes pacientes, como o estabelecimento de intensa transferência hostil e dependente, reações severamente regressivas, comportamento violento e auto-destrutivo e eventual desenvolvimento de sintomatologia psicótica^{15, 22}. Devido a isto, a maior parte dos teóricos preconiza apenas intervenções limitadas de suporte, desestimulando outras abordagens^{9,10}. Ainda, duvidam de que os *borderlines* tenham capacidade de internalização suficiente para se beneficiarem consideravelmente de psicoterapia, e alguns acreditam que estes pacientes necessitam permanentemente de um vínculo com o psicoterapeuta ou outra pessoa que supra as falhas de desenvolvimento de algumas das suas funções egóicas⁸. Contudo, nas últimas duas décadas tem crescido o interesse por abordagens psicoterapêuticas desta população que visassem não apenas ao manejo de crises, mas a uma reestruturação psicodinâmica mais profunda²⁶.

Os referenciais teóricos dos autores dedicados à psicoterapia dos *borderlines* são vários (psicanálise, análise do ego, psicodrama, comportamentalismo, etc.), assim como os procedimentos técnicos utilizados. Há divergências quanto à maior conveniência do estabelecimento precoce de uma interpretação da transferência ou, em seu lugar, da criação de um ambiente mais empático e de maior contenção^{3,12}. Alguns autores acreditam que a intensa transferência negativa tem origem unicamente nas relações primárias do passado com os pais ou figuras equivalentes, enquanto outros acreditam que esta se fundamenta largamente nas distorções defensivas ocorridas durante essas primeiras relações,

devidas a experiências danosas concretas^{3,12}. Outro fator de discordância diz respeito à proximidade que se deve ou não desenvolver em relação ao paciente *borderline*. Alguns acreditam ser melhor desestimular contato suplementar àquele preestabelecido no fechamento do contrato, como forma de oferecer ao paciente uma experiência de limite, enquanto outros acham fundamental que o terapeuta ofereça ao paciente um ambiente rico em novas oportunidades e experiências afetivas e relacionais, quase como suprindo as faltas ocorridas ao longo das relações parentais^{3,2,21}.

Por outro lado, todos os autores parecem concordar em uma série de pontos quanto à abordagem de *borderlines*, como o estabelecimento de parâmetros e limites claros que norteiem o tratamento, a maior atividade verbal do terapeuta do que geralmente se aplica no tratamento de outros pacientes, a maior tolerância a comportamentos hostis, ao mesmo tempo indicando-os como contraproducentes, o desestímulo a atuações e o privilégio do aqui-e-agora em detrimento da análise de reminiscências²¹.

De fato, as diferenças quanto às propostas de abordagem possivelmente decorram de diferentes definições de distúrbio *borderline* adotadas pelos vários autores, nem sempre seguindo códigos mais globalmente aceitos como o DSM-IV ou a CID-10. Estes tenderiam a selecionar, de acordo com facilidades de abordagem pessoais, subpopulações específicas de portadores de distúrbio de personalidade que classificariam como *borderlines*, de modo que estes acabariam dando a impressão de responder melhor a esta ou aquela técnica terapêutica. O processo inverso de seleção também ocorre. Pacientes *borderlines* que acabam chegando ao fim do tratamento com determinado terapeuta geralmente já iniciaram outros processos que acabaram abandonando, até terem chegado a uma terapia com cujas características se adaptaram melhor²⁷. Devem-se ainda levar em conta aspectos da personalidade do próprio terapeuta, que podem acabar levando-o a imprimir características específicas ao tratamento e até mesmo um artifício de publicações científicas: os autores enfatizam em seus trabalhos aspectos aos quais atribuem o sucesso de suas práticas e que os distinguem de outros terapeutas, o que não significa que os apliquem exatamente do mesmo modo e na mesma proporção nas situações reais de atendimento de seus pacientes²⁶.

Uma psicoterapia dinâmica integrativa breve de pacientes *borderlines* visa fundamentalmente aliviar os sintomas angustiantes e propiciar a alteração de alguns dos padrões de personalidade que se mostram pouco adaptativos. Isto é feito procurando-se colocar o paciente em contato com suas distorções cognitivas e principalmente dinâmicas, corrigir deficiências egóicas

e fortalecer habilidades sociais, e fazê-lo perceber e usar a seu favor suas funções egóicas mais estáveis. A abordagem dinâmica breve de tais pacientes é pouco centrada no passado ou em fatores ontológicos, e privilegia os conflitos emocionais presentes e a observação dos aspectos relacionais presentes no vínculo terapêutico formado. A abordagem de aspectos transferenciais é restrita àqueles apresentados no período delimitado do tratamento, principalmente os negativos¹⁷.

A técnica terapêutica se apóia teoricamente na compreensão da resolução insatisfatória de vínculos pré-edípicos, mais especificamente da fase de separação e individualização no desenvolvimento psicológico do indivíduo. A terapia procurará trabalhar com as representações intrapsíquicas destes processos, tais como experimentados pelo paciente, de modo a tentar integrar o melhor possível seu ego fragmentado¹⁷.

Uma intervenção breve pode ser tentada tanto em pacientes virgens de tratamento psicológico quanto naqueles que já foram submetidos a várias intervenções psicoterapêuticas e/ou medicamentosas, que não tenham alcançado resultados satisfatórios ou tenham mesmo suscitado fenômenos regressivos e piora dos sintomas. A indicação desta modalidade terapêutica deve levar em conta o diagnóstico psicodinâmico do paciente e a presença ou não de certas características egóicas suficientemente desenvolvidas, de modo a possibilitar este tipo de abordagem.

A avaliação psicodinâmica leva em consideração o desempenho egóico em áreas como as relações interpessoais e o trabalho, diretamente relacionado ao grau de separação e individualização alcançadas pelo indivíduo. A observação de funções egóicas como a diferenciação, capacidade de treino de habilidades, afastamento e reaproximação, e a própria individualização, permitirão o diagnóstico de uma estrutura de personalidade neurótica, psicótica ou *borderline*¹⁷.

A psicoterapia breve integrativa apresenta algumas características que a tornam uma boa opção de abordagem dos pacientes *borderlines*. Por se tratar de um encontro terapêutico de duração curta e pré-delimitada – o que deve ser deixado bastante claro ao paciente –, coloca em questão uma eventual ruptura e atualiza o receio do abandono, tão característico e temido por estes pacientes. Passar por uma relação que tem bem definido um começo, meio e fim pode ter efeito bastante fortalecedor do ego neste aspecto, além de dar ao indivíduo uma sensação mais clara de propósito e compromisso com o tratamento. Se finalizado o período da terapia, o paciente pode entrar em contato com a sensação de meta atingida, proposta concretizada. Por colocar seus objetivos e campo de intervenção mais claramente, a psicoterapia breve pode se mostrar mais aceitável aos *borderlines*, que via de regra desconfiam de terapias mais longas e

de contornos mais indefinidos. Se a experiência breve se mostrar positiva, pode acabar constituindo a porta de entrada para processos terapêuticos mais profundos. A própria brevidade da técnica facilita o desenvolvimento da expectativa de ocorrência de algum benefício a partir da terapia, após um curto período, postura que pode por si mesma constituir um fator importante no tratamento. A maior participação e produção verbal do terapeuta (em oposição a uma postura que privilegie a escuta) ajuda no estabelecimento de limites mais claros entre o *self* do paciente e o mundo e pessoas externas. Ao se apresentar como uma “pessoa real”, o terapeuta oferece ao paciente *borderline* um modelo no qual se espelhar. O estabelecimento e delimitação em comum acordo de um foco de trabalho mais claro, a partir do qual afastamentos muito grandes são desestimulados, geram no paciente uma noção de colaboração e cumprimento com seu terapeuta, sensações que podem ser aproveitadas no processo de estruturação egóica. A adoção de um tom mais interpessoal e eventualmente quase didático na terapia reforça a estruturação e observação de limites que talvez o paciente tivesse dificuldade de estabelecer por conta própria¹⁸.

Algumas características dos portadores de personalidade *borderline* também parecem sugerir a conveniência de uma abordagem dinâmica breve; por geralmente terem autonomia psicológica bastante prejudicada, pode lhes ser mais fácil envolver-se com uma terapia menos assustadora em termos de tempo e resultados esperados. Cada pequena conquista pode então ser enfatizada e constituir passos iniciais para objetivos maiores. Os temores comumente presentes nos *borderlines* quanto a serem avassalados e sufocados em uma relação podem ser melhor tolerados quando os limites desta são mais nítidos, e esta pode então ser utilizada para mostrar ao paciente que tais fantasias não se concretizam. A escolha de um ou poucos pontos focais que serão abordados estimula o paciente a fazer opções, de modo controlado e monitorado. O planejamento de um trabalho terapêutico breve permite o exercício de funções egóicas geralmente pouco consolidadas, como a percepção, planejamento e execução. Os *borderlines* apresentam intensa preocupação com a destrutividade que seu amor ou afeto pode possuir. O estabelecimento de normas mais claras e a menor duração da terapia pode auxiliá-los a se colocar em relação. Os portadores deste distúrbio tendem a existir em um mundo fantasioso ou mesmo em alguns momentos francamente delirante. O direcionamento da terapia breve para o reconhecimento da realidade e melhor desempenho nesta pode então lhes ser útil. Ainda nesta modalidade terapêutica, são realçadas as características mais sólidas e saudáveis do ego do paciente, o que lhes dá alento para a exploração e fortalecimento das funções mais frágeis e menos desenvolvidas¹⁸.

Apesar de pretender tratar indivíduos com distúrbios bastante graves de estruturação egóica, algumas características devem estar presentes em certo grau mínimo para viabilizar o processo. O paciente deve demonstrar possuir uma função de teste de realidade suficiente para lhe possibilitar se comprometer com o processo terapêutico e todas as suas regras e pressupostos. Deve estar suficientemente motivado para o trabalho terapêutico e alimentar perspectivas realísticas quanto a este, que incluam a noção de um trabalho feito em conjunto, e não exclusivamente pelo terapeuta. É importante que seja capaz de contato afetivo e emocional mínimo, e que ao mesmo tempo possua certo senso de separação afetiva em relação ao terapeuta, oposta ao movimento de fusão emocional que costuma ser visto em *borderlines* graves. É também desejável que funções egóicas não diretamente dependentes da boa estruturação da separação e individualização, como percepção, disciplina, perseverança, ambição e principalmente a verbalização, estejam razoavelmente desenvolvidas, e que inteligência ao menos média e capacidade de introspecção estejam presentes. É importante que o paciente possa estruturar e reconhecer um foco de conflito básico, ao redor do qual suas experiências angustiantes pareçam se localizar. Às vezes, ao longo da terapia pode se evidenciar como foco o uso inadequado de defesas egóicas primitivas, como a identificação projetiva ou a cisão¹⁷.

São descritos estados de humor básicos a partir dos quais os *borderlines* apresentam flutuações²⁰. Dentre eles, é de especialmente bom prognóstico para o tratamento certa condição de sobreexcitação e autoconfiança exagerada que alguns deles demonstram.

A psicoterapia breve pode ser especificamente útil em pacientes que apresentem prejuízo em apenas certos aspectos das relações interpessoais, enquanto em outras áreas apresenta desempenho satisfatório, pois os recursos mobilizados nestas atividades podem ser enfatizados e reafirmados ao longo do processo terapêutico¹⁷.

Não é indicada uma abordagem dinâmica breve para pacientes com fraco controle sobre si mesmos e comportamento marcadamente impulsivo ou destrutivo, defesas egóicas rígidas e arraigadas a ponto de impossibilitar uma interação significativa com o terapeuta, aspectos esquizóides de comportamento, devido ao pouco contato interpessoal que estes acarretam, ou períodos proeminentes de afastamento da realidade, caracterizados por quadro delirante ou alucinatório. Nestes casos, o tratamento medicamentoso e psicoterapias longas continuam sendo mais adequadas¹⁷.

Conclusão

É simplório pensar no distúrbio de personalidade *borderline* como uma única categoria homogênea,

quando na verdade engloba portadores de síndromes, sinais e sintomas bastante diversos. Por este motivo, é importante o correto diagnóstico psicodinâmico do paciente, assim como a caracterização das subfases mais afetadas no processo de separação-individualização. Estes pacientes via de regra apresentam em sua personalidade uma mescla de funções egóicas muito e pouco desenvolvidas, as primeiras das quais devem ser realçadas e utilizadas como alavanca no fortalecimento das segundas.

A própria psicoterapia breve, mais do que constituir um único e bem estabelecido método psicoterapêutico, é um termo que engloba uma série bastante diversa de práticas, desde aquelas que lidam com conflitos triangulares claramente edípicos, num registro fortemente transferencial, até abordagens direcionadas para questões de maior gravidade, ligadas a fases mais iniciais do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo. Estas geralmente requerem um número um pouco maior de sessões, o que é determinado não só pelo tipo de conflito nuclear mas também por vários outros fatores como a força egóica do paciente e até mesmo o grau de habilidade do terapeuta^{5,7}.

A maioria dos estudos apontam resultados semelhantes obtidos a partir de diversas modalidades de intervenção, breves ou não, mas é razoável admitir que isto se deva à randomização e aleatoriedade com que os indivíduos acabam distribuídos nos grupos de tratamento. Provavelmente subpopulações específicas se beneficiariam mais com abordagens também particulares, mas a identificação destes subgrupos é tarefa metodologicamente muito difícil¹⁴.

Empiricamente, percebe-se que o paciente *borderline* em geral não é capaz de suportar grande quantidade de ansiedade ou se beneficiar de abordagens que tenham como eixo o estímulo e a interpretação massiva da neurose de transferência. Se esta naturalmente ocorre, sua abordagem deve ser limitada a apontar que determinado comportamento expresso no presente tem relação com figuras e experiências passadas. Qualquer proposta de psicoterapia breve para *borderlines* deve privilegiar uma abordagem mais relacional do que transferencial, mais ativa e expressiva do que passiva e expectante, mais suportiva do que eliciadora de ansiedade⁵, além de dever ser personalizada ao máximo de acordo com a estrutura e as necessidades do paciente em questão²⁴.

Finalmente, há mais um ponto importante a ressaltar; ao passo que as psicoterapias breves vêm demonstrando sua utilidade e efetividade no tratamento do distúrbio *borderline*, quer como procedimento reestruturante e fortalecedor do ego em si mesmo, quer como abordagem inicial que possibilite um trabalho mais longo e profundo, esta abordagem não se aplica universalmente a todos os *borderlines*, e sua indicação deve

ser feita apenas após a cuidadosa avaliação de vários parâmetros. Apesar de se pretender com esta exatamente o desenvolvimento do ego do paciente, este deve já possuir uma estrutura egóica mínima que possibilite a passagem por este processo. Em casos mais graves, de estrutura mais próxima à psicótica, as intervenções longas e profundas ou então limitadas ao simples apoio em situações de crise continuam sendo mais defensáveis, juntamente com o uso de medicamentos quando necessários.

SUMMARY

The author describes the theoretical basis of brief psychotherapy, as well as of the borderline patients. Following, he discusses the heterogeneity of both concepts, as well as the applicability of brief psychotherapy's model to patients with borderline personality disorder.

KEY WORDS

Brief psychotherapy, borderline disorder.

Bibliografia

1. ADLER, G. – Psychotherapy of the Narcissistic Personality Disorder Patient: Two Contrasting Approaches. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 430-436, 1986.
2. BOYER, L. B. – Working with a Borderline Patient. *Psychoanal Q*, **46**: 386-424, 1977.
3. BUIE, D. & ADLER, G. – The Definitive Treatment of the Borderline Patient. *International Journal of Psychoanalytical Psychotherapy*, **9**: 51-58, 1982.
4. CRITS-CRISTOPH, P. – The Efficacy of Brief Psychodynamic Psychotherapy: a Meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 151-158, 1992.
5. DAVANLOO, H. – **Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy**. Jason Aronson Inc. London.
6. DSM-IV Task Force Of The American Psychiatric Association. DSM-IV Sourcebook. 1st edition. 1994. A. P. A., Washington, DC, USA.
7. FERREIRA-SANTOS, E. – **Psicoterapia Breve: Abordagem Psicodramática de Situações de Crise**. Flumen, São Paulo, 1990.
8. FLEGENHEIMER, W. – Brief Psychotherapy. In *Modern Perspectives in Psychiatry*. Howells J. G., New York, 1989.
9. FRIEDMAN, H. J. – Psychotherapy of Borderline Patients: the Influence of Theory on Technique. *American Journal of Psychiatry*, **132**: 1048-1052, 1975.
10. GRINKER, R.; WERBLE, B. & DRYE, R. – **The Borderline Syndrome**. Basic Books, New York, 1968.
11. HOROWITZ, M.; MARMAR, C.; WEISS, D. *et al.* – Comprehensive analysis of Change After Brief Dynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, **143**: 582-589, 1986.
12. KERNBERG, O. F. – **Borderline Conditions and Pathological Narcissism**. Jason Aronson, New York, 1975.
13. KERNBERG, O. – **Internal World and External Reality**. Jason Aronson, New York, 1980.
14. KIESLER, D. J. – Some Myths of Psychotherapy Research and the Search for a Paradigm. *Psychology Bulletin*, **65**: 110-136, 1966.
15. KNIGHT, R. P. – Borderline States. *Bull Menninger Clin*, **17**: 1-12, 1953.
16. KRUPNICK, J. L. & PINCUS, H. A. – The Cost-Effectiveness of Psychotherapy: a Plan for Research. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1295-1305, 1992.
17. LEIBOVICH, M. A. – Short-Term Psychotherapy for the Borderline Personality Disorder. *Psychother. Psychosom*, **35**: 257-264, 1981.
18. LEIBOVICH, M. A. – Why Short-Term Psychotherapy for Borderlines? *Psychother. Psychosom*, **39**: 1-9, 1983.
19. LUBORSKY, L. – **Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment**. New York: Basic, 1984.
20. MAHLER, M. S. – A Study of the Separation-Individuation Process and Its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalyt. Study Child*, **26**: 403-425, 1971.
21. MASTERSON, J. F. – **Psychotherapy of the Borderline Adult**. Brunner/Mazel, New York, 1976.
22. STERN, A. – Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *Psychiatr Q*, **7**: 467-489, 1938.
23. SVARTBERG, M. & STILES, T. C. – Comparative Effects of Short-term Psychodynamic Psychotherapy: a Meta-analysis. *Journal Consult Clinical Psychology*, **59**: 704-714, 1991.
24. WINSTON, A.; LAIKIN, M.; POLLACK, J.; SAMSTAG, L. W.; McCULLOUGH, L. & MURAN, J. C. – Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, **151**: 190-194, 1994.
25. WINSTON, A.; POLLACK, J.; McCULLOUGH, L.; FLEGENHEIMER, W.; KESTEMBAUM, R. & TRUJILLO, M. – Brief Psychotherapy of Personality Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **179**: 188-193, 1991.
26. WALDINGER, R. J. – Intensive Psychodynamic Therapy with Borderline Patients: an Overview. *American Journal of Psychiatry*, **144**: 267-274, 1987.
27. WALDINGER, R. J. & GUNDERSON, J. G. – Completed Psychotherapies with Borderline Patients. *American Journal of Psychotherapy*, **38**: 190-202, 1984.
28. ZETZEL, E. R. – A Developmental Approach to the Borderline Patient. *American Journal of Psychiatry*, **127**: 867-871, 1971.