

A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental

The pain of being borderline: literature review based on cognitive behavioral therapy

Catarina Nívea Bezerra de Menezes¹
Brisa Burgos Dias Macedo²
Cinthy Karyne Sampaio Viana²

Resumo

O estudo tem como objetivo discutir, com suporte em estudos já realizados, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em seus diversos aspectos, com o intuito de conhecer melhor as possíveis intervenções para esta doença. Tal transtorno vem se apresentando em evidência na contemporaneidade, principalmente devido a oscilação de humor presente nas pessoas que são acometidas, exigindo dos profissionais da saúde, uma maior atenção e preparo para identificação desta desordem mental. Para tanto, procedeu-se a uma busca em bases de dados eletrônicas – CAPES, BVS – Psi, Scielo, Google Acadêmico – onde foram identificados 85 artigos, dos quais se analisaram dados como título, autoria, resumo e conteúdos. A pesquisa ocorreu de agosto a outubro de 2013. Com base em estudos revisados, foi possível entender a correlação significativa entre abusos sexuais sofridos na infância e os índices de prevalência do TPB. Observou-se, ainda, a prevalência de outros tipos de desregulação em pacientes borderlines, gerando, por exemplo, comportamentos de parassuicídio e distorções cognitivas relevantes. Constatou-se a escolha da Terapia Cognitivo-Comportamental Dialética (TCD) como intervenção psicoterápica mais apropriada, pois o uso de metáforas e o Treino de Habilidades Sociais (THS) foram considerados de exuma relevância para o prognóstico. Os avanços neurocientíficos apontaram o uso de psicofármacos como essencial para a evolução do tratamento do TPB. Conclui-se, com base nos estudos referendados neste artigo, que os traumas podem apresentar grande contribuição para o desenvolvimento do TPB. Ainda com o apoio em tais estudos, notou-se que os comportamentos de automutilação podem estar diretamente relacionados à necessidade dos pacientes em buscar alívio das dores emocionais presentes em decorrência dos traumas cultivados.

¹ Universidade de Fortaleza – Professora de Psicologia da UNIFOR (Universidade de Fortaleza) e UNICHRISTUS (Centro Universitário Christus). Doutora e Mestra em Psicobiologia pela FFCLRP-USP

Contatos: brisaburgos@hotmail.com

² Universidade de Fortaleza – Aluna do Curso de Psicologia da UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Palavras-chave: Borderline. Terapia Cognitivo-Comportamental Dialética. Transtorno de Personalidade.

Abstract

The study aims to discuss, supported on studies already carried out, the Borderline personality disorder (TPB) in its various aspects, in order to better understand the possible interventions for this disease. This disorder has been showing in evidence in contemporary times, mainly due to oscillation of humor present in the people who are involved, demanding of health professionals, greater attention and preparation to identification of this mental disorder. For this purpose, a search of electronic databases-CAPES, VHL-Psi, Scielo, Google Scholar – where 85 articles were identified, which analyzed data such as title, author, summary and contents. The survey took place from August to October 2013. On the basis of studies reviewed, it was possible to understand the significant correlation between sexual abuse suffered in childhood and the prevalence rates of the TPB. It was noted the prevalence of other types of deregulation in patients borderlines, generating, for example, parasuicide behaviors and cognitive distortions that are relevant. It was noted the choice of cognitive-behavioral therapy Dialectic (TCD) as most appropriate psychotherapeutic intervention, because the use of metaphors and the Social Skills training (HRT) were considered to exume relevance to the prognosis. Advances in Neuroscience pointed to the use of psychoactive drugs as essential for the evolution of the treatment of the TPB. It is concluded, on the basis of approved studies in this article, that the traumas may have great contribution to the development of the TPB. Yet with the support in such studies, it was noted that self-harm behaviors can be directly related to the need of patients get relief from the emotional pain present as a result of trauma.

Keywords: Borderline. Cognitive Behavioral Dialectical Therapy. Personality Disorder.

Introdução

Os estudos sobre os mais diversos transtornos aferiram força na sociedade contemporânea. O papel assumido pelo ser humano moderno integra-se à visão de homem apresentada pelos pressupostos de abordagens que levam em consideração não apenas o viés comportamental ou emocional, mas também o cognitivo (PLISKA, 2004).

Observa-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se mostra complementar às intervenções médicas contemporâneas. Nessa perspectiva, pode-se fomentar a importância dos avanços neurocientíficos e da TCC no tratamento de pacientes com transtornos de personalidade, mais especificamente, *borderlines*.

O surgimento da TCC decorre, prioritariamente, dos trabalhos de pesquisadores advindos da corrente psicanalítica e da Psiquiatria. Percebendo a falta de uma intervenção mais diretiva por parte da abordagem psicanalítica, Beck e Ellis observaram a necessidade de uma prática que buscasse, de forma mais rápida e empírica, explicações para determinados comportamentos, sentimentos e pensamentos de pessoas. Apesar de evidências das influências psicanalíticas sobre o surgimento da TCC, observam-se outras fontes teóricas explicitadas a seguir (LIPP, 2012).

Desde a Grécia Antiga, pensadores como o filósofo Epíteto ressaltam as influências da imaginação das pessoas sobre as suas ações, declarando ser o pensamento capaz de afetar o homem de forma positiva ou negativa. Com essa perspectiva, observa-se a convergência entre o pensamento do filósofo grego e os aspectos teóricos da TCC, pois, segundo Knapp e Beck (2008), esta é uma abordagem empírica que consiste na avaliação dos pensamentos do homem. Com suporte dessa avaliação, percebem-se as estratégias de elaboração dos pensamentos disfuncionais e funcionais do paciente, podendo, desde então, intervir com o intuito de aumentar a qualidade de vida das pessoas e reduzir o número de pensamentos disfuncionais.

Além da influência direta de Epíteto, a TCC é perpassada pelo pensamento de outros filósofos, como Heidegger, Kant e Husserl, precursores da fenomenologia existencial. Tendo como base para a terapia o pensamento consciente das pessoas, e levando em consideração a essência dele e a relação com o mundo, esses filósofos foram capazes de acrescentar fundamentos à TCC. Carl Rogers contribuiu para o desenvolvimento das bases para a terapia de Beck, expressando pontos tais como os conceitos de empatia e aceitação incondicional do paciente, primordiais a qualquer abordagem que se sustenta na relação terapeuta-paciente (KNAPP & BECK, 2008).

Para Lipp (2012), a abordagem cognitivo-comportamental é expressa como uma junção da abordagem cognitiva e das técnicas oriundas da corrente comportamental, mais especificamente, da análise do comportamento. Outras evidências que relacionam à análise do comportamento a abordagem discutida são as influências de teóricos como Goldfried; entretanto, o que se confirma na intervenção psicoterapêutica da teoria cognitiva-comportamental é que, apesar das influências e das técnicas utilizadas na sessão serem advindas da análise do comportamento, a abordagem ao paciente assemelha-se mais aos aspectos humanistas, haja vista o trabalho indispensável em relação aos sentimentos e

pensamentos suscitados pelo paciente, que sofre com determinadas crenças (KNAPP & BECK, 2008).

Malgrado as tentativas constantes de padronizações da TCC em uma só abordagem, é necessário explanar o fato de que, assim como os demais ramos da Psicologia, essa abordagem se divide em diversas linhas de intervenção. Em decorrência desse fato, ressalta-se que, neste estudo, será abordada, mais especificamente, a Terapia Cognitiva Comportamental Dialética (TCD), adotada por Linehan (2010) e considerada a mais eficiente para o tratamento de Transtornos de Personalidade Borderline (TPB). É necessário esmiuçar, no entanto, a respeito da Terapia Cognitiva (TC) de Beck, denominação genérica conferida para diferenciar o modelo consagrado de um dos precursores da TCC e elevá-lo à importância para o constructo teórico e epistemológico da abordagem (DOBSON & DOZOIS, 2001).

A cognitivo-comportamental teve eficiência empiricamente testada com pacientes depressivos, em um grupo-controle de 20 participantes. Concluiu-se que esse tipo de abordagem agia primeiramente sobre o córtex pré-frontal, estimulando as reações cognitivas e diminuindo a atenção concedida às emoções presentes na amígdala e no sistema límbico como um todo (GOLDAPPLE et al., 2004). Pode-se assentir que tal modelo interventivo é complementar à psicofarmacologia, que intervém na amígdala antes que haja qualquer alteração cortical.

A TCC representa uma abordagem que vê as pessoas como ser integrado ao mundo e, por isso, ela é biopsicossocial, pois acredita na interação das questões relacionadas ao processamento biológico, ambiental, interpessoal e a cognição, conseguindo, assim, uma visão unificada e mais fidedigna da realidade a que a pessoa está submetida (BECK, 1976).

A Terapia Cognitivo-Comportamental exprime um crescimento constante, que pode ser constatado com a observação de três aspectos. O primeiro consiste nos estudos e pesquisas relacionados à área, que cresceu de forma considerável nas últimas décadas, proporcionando notoriedade no meio acadêmico e clínico. O segundo está relacionado à adesão de profissionais, principalmente da área da saúde, que se apoiam na eficiência dessa abordagem para melhorar as condições de tratamento de seus pacientes. O último condiz com a eficiência da TCC em relação a assuntos tão atuais, como os transtornos de ansiedade, considerados de grande repercussão e implicações na vida das pessoas (KNAPP & BECK,

2008). Observa-se a expansão dos estudos da TCC para as doenças psicológicas mais complexas, como a esquizofrenia e o transtorno de personalidade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental de Beck, também conhecida como Terapia Cognitiva (TC), ressalta os aspectos relacionados ao monitoramento e mudanças das funções cognitivas e a sua relação com os comportamentos de determinada pessoa. A cognição ainda se mostra, entretanto, como peça-chave para a compreensão dos mecanismos dessa abordagem. Por tal razão, Beck e Alford (2000, p. 23) ressaltaram que a cognição representa “a função que envolve deduções sobre nossas experiências e sobre a ocorrência e o controle de eventos futuros”. Pode-se comparar a definição de Beck com a do lexicógrafo Ferreira (1993, p. 128), que situa o aspecto cognitivo como aquele “relativo ao conhecimento”.

Essa perspectiva mostra que o homem desenvolveu aspectos cognitivos acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, os quais podem, desde o seu desenvolvimento cognitivo, tender para o lado irracional (KNAPP & BECK, 2008).

Na reflexão de Beck (1997), para entender de forma contundente a TCC, é necessário levar em consideração a estrutura organizacional do pensamento humano e a definição de cada esfera dessa estrutura.

Os pensamentos automáticos se mostram como os mais superficiais e manifestos fluxos da cognição, por serem rápidos e superficiais. São facilmente aceitos como verdadeiros e estão presentes a todo o momento, influenciando inclusive na apresentação das emoções da pessoa. Se a pessoa em questão não estiver sendo orientada para que os monitore, esses pensamentos são capazes de passar de forma despercebida. No contexto da terapia, os pensamentos automáticos alertam o terapeuta para investigar em busca das crenças intermediárias e centrais (BECK, 1997).

A autora referenciada ainda situa as crenças intermediárias como uma espécie de defesa para que a pessoa não entre em contato com suas crenças nucleares, presentes em diversificados contextos da existência humana, influenciando a forma como o homem pensa e sente.

As ideias mais enraizadas e advindas do desenvolvimento pessoal são normalmente chamadas de crenças. Elas se exprimem como constitutivas do sujeito, influenciando de forma direta o estabelecimento do *self*. São as mais difíceis de serem atingidas e, quando disfuncionais, causam prejuízos

significativos à vivência do sujeito. O objetivo último da terapia deve ser propor a mudança das crenças inadequadas que permeiam a vida da pessoa. Ressalta-se a importância de se diferenciar as crenças e os esquemas presentes na estrutura cognitiva do homem, considerando que a redução dos termos ao mesmo significado pode comprometer a compreensão sobre o fato. É importante diferenciar e explicar como cada termo é referenciado no decurso da TCC e como devem ser utilizados (DUARTE, NUNES & KRISTENSEN, 2008).

As doenças psicológicas são decorrentes de pensamentos irracionais. Tais atitudes se manifestam no comportamento expresso à sociedade ou na afetividade do sujeito. O mesmo ocorre com os pensamentos considerados racionais (BECK, 1997). É necessário frisar que, para tal perspectiva, o ser humano não adoece em decorrência dos pensamentos, mas estes são responsáveis pela manutenção do comportamento adoecido.

Beck consagrou-se como o primeiro a realizar pesquisas na área TCC, com o desenvolvimento de estudos acerca da depressão que comprovaram empiricamente a eficiência dessa abordagem. Os experimentos evidenciaram que pacientes com aspectos essencialmente depressivos exibiam dificuldade em lidar com problemas, tendendo sempre a visualizar os aspectos negativos de determinadas situações. Esses pacientes exibiam maior dificuldade em imaginar seu futuro e a desenvolver memórias autobiográficas favoráveis. Foi atestado, desde esses experimentos, que o sofrimento das pessoas advém não dos eventos em si, mas da interpretação dada a eles (PERGHER, STEIN & WAINER, 2013).

Constatou-se ainda, nesses estudos, a relação que envolve a doença e a forma com que a pessoa depressiva vê o mundo, a si mesmo e o futuro. Nesse momento, surgem outros estudos relacionados aos mais diversos temas da atualidade e de interesse da doença (PERGHER, STEIN & WAINER, 2013).

No modelo cognitivo-comportamental de intervenção, os atendimentos podem ocorrer de maneira individual ou em grupo, e o intuito não é que o processo terapêutico perdure por anos. Ao contrário de abordagens como a Psicanálise, a TCC busca uma resolução rápida do problema, que dura em média 20 sessões para transtornos considerados leves. Esse modelo de abordagem psicoterapêutica, no entanto, já foi alvo de críticas por muitos, por compreenderem que o processo fica comprometido em razão dessa temporalidade erroneamente tida como pré-delimitada. Pouco se comenta que, em casos graves, o número de sessões pode aumentar consideravelmente, como acontece com os transtornos de personalidade, que chegam a demorar de dois a três anos para apresentarem

resultados significativos. No âmbito desses transtornos, que devem ser assistidos por um período mais longo, encontram-se os Transtornos de Personalidade Borderlines – TPB (KNAPP & BECK, 2008).

Segundo Dalgalarrondo (2009), o transtorno de personalidade (TP) engloba aspectos como a constituição corporal, o temperamento e o caráter. As alterações de tais aspectos dificilmente retornam à normalidade com o passar dos anos, pois a personalidade constitui algo perpassado pelo desenvolvimento biopsicossocial do sujeito.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – décima revisão (CID-10, 1997), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997), alguns aspectos determinantes para classificação do TP devem ser levados em consideração.

É válido lembrar que os transtornos de personalidade surgem na infância e na adolescência, e por isso não costumam apresentar um prognóstico favorável com o passar dos anos. Além disso, as desarmonias das reações da pessoa, tanto cognitivas quanto comportamentais, comprometem-na de forma global, não sendo possível prever qualquer atitude subsequente que possa prejudicar a ela mesma ou a outrem.

Posteriormente, lembra-se da pouca relação dos transtornos de personalidade com as alterações neuroanatômicas. Por fim, expressa-se a dificuldade das pessoas acometidas por TP em se relacionar ocupacional e socialmente (OMS, 1997).

Para o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV, 2002), da American Psychiatric Association (APA, 2002), o TP pode ser classificado no eixo II, que engloba os casos de retardos mentais. Esse eixo se divide em A, B e C. O grupo B engloba os transtornos de personalidade *borderline*, pois leva em consideração os aspectos relacionados à dramaticidade e instabilidade do sujeito (APA, 2002). Nessa perspectiva, observa-se que, em razão das mudanças ocasionadas no comportamento da pessoa, intimamente ligadas aos traços pessoais, o TPB corresponde aos critérios para classificação como TP.

Ressalta-se, no universo da saúde mental, que o transtorno de personalidade *borderline* é considerado de exuma complexidade e prognósticos imprevisíveis, haja vista a cronicidade e a resistência à mudança por parte desses pacientes,

apresentando-se como um transtorno de custoso diagnóstico e com altos índices de comorbidades (SADI, 2011).

Dentro das correlações já feitas, o objetivo deste artigo consiste em discutir a respeito de estudos realizados sobre o TPB, com a finalidade de conhecer melhor essa doença psicológica e, a partir de então, propor novas pesquisas a respeito do tema, além de viabilizar outras formas de intervenção e tratamento.

Metodologia

Este artigo baseou-se em uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se de fontes como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico e Pubmed, sendo selecionado um total de 86 artigos, todos ligados ao transtorno de personalidade *borderline*. Para realização da pesquisa, foram utilizadas as palavras “*borderline*”, “*personalidade*”, “*transtorno*”, bem como suas traduções em inglês: “*borderline*”, “*personality*” e “*disorder*”.

Para confecção deste estudo, escolheu-se, dentre as referências pesquisadas, um total de 15 artigos, publicados de 1992 a 2012, que atendiam aos requisitos necessários para serem utilizados. O material foi escolhido com base nos critérios de inclusão pré-definidos: abordar o transtorno de personalidade *borderline* de uma forma global e irrestrita, ou fatores que sejam pertinentes às reações comuns a ele, como a automutilação e as distorções cognitivas. Artigos referentes à TCC foram utilizados para descrever o método interventivo e suas bases históricas e epistemológicas. Para critérios de exclusão, foram utilizadas palavras-chaves, autor, ano, título e direcionamento do artigo.

Além das bases de dados já citadas, foram consultados livros a respeito do assunto, possibilitando, com suporte de tais pesquisas, um conhecimento mais detalhado da visão de vários autores a respeito do TPB, sua evolução, tratamento e prognóstico. Recorreu-se a nomes importantes, como Beck (1997), Zanarine (2005) e Cordioli (2011).

Reportou-se a Linehan (2010) como autora de base para efetivação deste estudo, pois, com procedência na visão para a linha da abordagem cognitivo-comportamental dialética, entendeu-se que tal autora exerce dominância no assunto e é referência de vários estudos na área.

Resultados

Segundo dados epidemiológicos trazidos por Sadock e Sadock (2012), o TPB atinge cerca de 2% da população em geral, acometendo um número relativamente maior de mulheres. Observa-se a correlação entre a existência de transtornos de humor nos familiares de primeiro grau de pessoas e o TPB.

Para compreender de forma veemente o comportamento *borderline*, é preciso entender que tipo de contexto propicia o desenvolvimento desse transtorno. Linehan (2010, p. 58) exprime a ideia de que, nos ambientes invalidantes, “as interpretações do indivíduo sobre seu próprio comportamento, incluindo a experiência de intenções e motivações associadas ao comportamento, são rejeitadas”. Observa-se, pois, como consequência, a dificuldade das pessoas com TPB de se relacionar, pois os sujeitos com essa enfermidade demonstram intensa dificuldade em se ater aos fatos reais, pondo-se em situação de fragilidade e fraqueza diante da vida.

Os chamados “ambientes invalidantes” são considerados relevantes no desenvolvimento do TPB. Como leciona Linehan (2010), os insucessos ou reações ditas negativas não são valorizados, mas tratados como fracassos nesses tipos de ambientes. Dessa forma, a pessoa é cobrada a controlar-se em todas as situações, abrindo muitas vezes mão daquilo que julga ser necessário para sua sobrevivência ou para expressão de valores pessoais.

Com referência a essa autora, o sujeito não é ensinado ou abre mão da oportunidade de aprender a lidar e reconhecer suas emoções, desenvolvendo dificuldade em controlar e falar de sentimentos. Ainda há, nessa perspectiva, uma dificuldade em lidar com as frustrações e desenvolver objetivos compatíveis com a realidade.

Levando em conta o fato de que, nos “ambientes invalidantes”, as pessoas só passam a ter suas necessidades e sentimentos validados quando seus interesses são demonstrados de forma exacerbada, percebe-se o grau de comprometimento daqueles que são educados emocionalmente nesse contexto social. Muitos são convidados a calar diante de situações traumáticas e por demais conflituosas. No caso do TPB, o abuso sexual não pode ser desprezado, haja vista a dificuldade recorrente que os sistemas familiares têm de reconhecer esse evento (LINEHAN, 2010).

Segundo pesquisa realizada por Stone (1981), a proporção de pacientes *borderlines* com histórico de abuso sexual chega a 9:12. Poucos são os casos em

que a pessoa revela a ocorrência do abuso, o que invalida e dá mais conotação ao evento, aumentando a probabilidade de ocorrência do TPB. Os abusos sexuais ainda podem provocar mudanças significativas nas ligações neuronais, modificando o funcionamento cognitivo. Com esses números, conclui-se que o sexismo se exprime como variável relevante para o desenvolvimento do TPB e deve ser investigado pelas modalidades psicoterápicas utilizadas.

O contexto familiar mostra-se como invalidante no quadro de TPB. Dividem-se os tipos de família em três. As famílias *caóticas* são aquelas que negligenciam as necessidades das crianças e se constituem, de modo geral, por pais ausentes da educação dos filhos. As famílias *perfeitas* são aquelas nas quais os pais têm dificuldades em aceitar os comportamentos negativos dos filhos – nesse caso, as ocorrências de abusos sexuais costumam ser negligenciadas, principalmente quando ocorrem em contexto intrafamiliar. As famílias *típicas* são as mais comuns no continente americano – elas valorizam o autocontrole, mesmo em situações adversas, dificultando o desenvolvimento da maturidade e o enfrentamento realista das situações desfavoráveis (LINEHAN, 2010).

Muitas das adversidades apresentadas por pessoas com TPB podem ser constatadas na alteração do sono. Pesquisa realizada por Simor, Csóka e Bódizs (2010) com uma amostra de 46 participantes – divididos em dois grupos, com 23 respondendo aos critérios necessários para o diagnóstico de TPB e outros 23 sujeitos se apresentando como voluntários, sem diagnóstico provável para o transtorno – teve a finalidade de verificar a possível correlação entre os pesadelos recorrentes e o TPB. Constatou-se que o grupo acometido pelo TPB relatou um número mais significativo de pesadelos e ansiedade durante o sono. Verificou-se, ainda, que os pesadelos interferem de forma significativa no humor dessas pessoas no decorrer do dia.

No contexto da pesquisa, a fantasia foi credenciada como um fator de significativa importância na elaboração dos pesadelos, pois capacita a regulação das emoções com o amparo na reestruturação dos pensamentos, permitindo que a pessoa ressignifique as cenas traumáticas revividas nos sonhos, principalmente em casos de comorbidade ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), já descrito como comumente relacionados a quadros de TPB.

Todo o aparato teórico acerca dos ambientes invalidantes e traumas vivenciados fundamentam a interligação do diagnóstico de TPB com os transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), pois, na vivência de situações consideradas por demais difíceis e negativas para a pessoa, é possível visualizar

a correlação entre as psicopatologias ressaltadas. É nessa concepção que se entende a proposta de autores, como Herman (1992), de denominar o TPB como um TEPT mais complexo.

Consoante Schesttatsky, Abreu e Ceitlin (2005), no entanto, esse pensamento já se observa como defasado diante de pressupostos possivelmente levantados pelo DSM-V (2002), que suscita a possibilidade da criação de uma categoria que englobe os transtornos relacionados ao trauma. Leva-se em conta o fato de que, apesar da alta prevalência da comorbidade entre o TEPT e o TPB, ela não se revela como totalitária e não despreza a manifestação de outras doenças psicológicas de forma considerável. No caso, outras comorbidades, que devem ser mencionadas se referem aos transtornos de ansiedade e de humor, exprimem grau elevado de correlação com a prevalência de TPB. A correlação entre abuso de substâncias, transtornos alimentares e somatoformes não deve ser negligenciada, posto a sua recorrente manifestação.

Linehan e Dexter-Mazza (2009) enumeram cinco pontos cruciais para o diagnóstico de um TPB: a instabilidade emocional, a desregulação comportamental, cognitiva, interpessoal e a perda do senso de *self*.

Segundo Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan e Bohus (2004), a *instabilidade emocional* é uma das características mais marcantes do paciente acometido por TPB, pois representa a dificuldade quanto ao controle das emoções. No tratamento, é necessário levar em conta a imprevisibilidade do humor desses pacientes, que pode passar por alterações em questão de segundos.

Em seguida, a *desregulação comportamental* deve ser avaliada, por indicar um descontrole dos impulsos vivenciados pelo paciente acometido pelo TPB. Nessas circunstâncias, observam-se as questões relacionadas às automutilações e autoagressões.

Para Almeida e Horta (2010), é necessário diferenciar os comportamentos de mutilação, relacionados a culturas, daqueles de origem psiquiátrica, como no caso do TPB.

A automutilação difere da autolesão por agrupar comportamentos mais agressivos, como enucleações de olhos e órgãos sexuais. Esses tipos de intervenção sobre o corpo são considerados irreversíveis, causando muitas vezes o agravamento das questões psicológicas. Mesmo ameaçando a integridade, a automutilação não tem o intuito de levar ao suicídio, mas, na maioria dos casos, ao extravasamento das funções psíquicas (WALSH, 2006).

Tais comportamentos têm ocorrência recorrente na presença de alucinações e traços psicóticos no geral, mais precisamente em esquizofrênicos (NUCCI & DALGALARRONDO, 2000). Nos pacientes com TPB, pode-se observar a prevalência de atitudes parassuicidas em maior número.

Na perspectiva de Kreitman (1977), o comportamento da pessoa é denominado parassuicídio quando se observa a prevalência de comportamentos de automutilação intencional, mas que não produz risco de morte. Conforme expresso pelo autor, esse tipo de ato é diferente do suicídio, por não haver a intenção de morrer. Essa é a forma encontrada pelas pessoas de mostrar à sociedade a necessidade de ser ajudada.

A dor que se sente ao se automutilar serve, em diversos casos, para regular outra dor, causada por uma intensa emoção negativa. Yates (2004) sugere que causas e motivações para o ato decorrem de mecanismos negativos na história de vida da pessoa, como trauma infantil, abuso sexual ou emocional, falta de comunicação familiar e isolamento. Isso mostra a alta sensibilidade às emoções e a falta de habilidade em lidar com eventos negativos, levando a pessoa, muitas vezes, a uma falta de controle sobre o ato, para dissipar a dor.

Além do que foi referido, Sadock e Sadock (2012) referem-se a atitudes impulsivas comuns a esses pacientes. Por exemplo, sexo e gastos excessivos, consumo de álcool ou compulsão alimentar podem ser constatados ante o diagnóstico de TPB.

A *desregulação cognitiva* é outro critério a ser levado em consideração. Como apontam Lieb et al. (2004), esse tipo de desregulação pode ser dividido em três grupos. O primeiro retrata a amostra de pacientes sem sintomatologia psicótica, porém, com dificuldades quanto ao senso de realidade e de personificação. O segundo exprime sintomas relacionados à psicose, como alucinações e desilusões. O último está relacionando ao tipo de paciente com características psicóticas, como falsas crenças e delírios permanentes.

Para Linehan e Dexter-Mazza (2009), no TPB, tais disfunções cognitivas ocorrem em virtude do constante nível de estresse a que o paciente com esse tipo de transtorno se submete. Nessas ocasiões, a pessoa pode perder o contato com a realidade. Os aspectos cognitivos devem ser entendidos pelo olhar neurocientífico.

Na perspectiva de Pliszka (2004), o papel das neurociências ainda é muito confundido e erroneamente criticado na contemporaneidade, pois se

acredita que a importância concedida aos aspectos biológicos relacionados às doenças mentais pode culminar na redução das causas do adoecimento apenas aos aspectos fisiológicos. Observa-se, no entanto, que as descobertas neurocientíficas não têm o intuito de reduzir o tratamento das doenças mentais ao uso de psicofármacos, muito menos prejudicar a utilização de outros métodos de tratamento.

Como raciocina Linehan (2010, p 57),

Existem poucas ou nenhuma pesquisa tentando relacionar as características temperamentais dos indivíduos borderlines com dados sobre a etiologia genética e biológica desses atributos específicos do temperamento. Essas pesquisas são extremamente necessárias.

Alguns dados já levantados são cruciais para a avaliação do aspecto neurológico de tais pessoas.

Consoante entenderam Zanarini et al. (2005), diversas áreas do cérebro de pacientes *borderlines* estão afetadas, como é o caso do hipocampo, responsável pela memória; o sistema límbico, que responde pelas emoções; e o córtex pré-frontal, área a que se destina parte das associações cognitivas.

A *perda da identidade* deve ser considerada presente no TPB. Uma queixa constante é a dificuldade desses pacientes em saber o que querem e quem são. Diz-se, dessa forma, que o TPB afeta as noções de *self*. Esses pacientes expressam dificuldades em observar e interpretar o mundo que os circunda, além de registrar limitações quanto à compreensão de si mesmo e do outro (LINEHAN, 2010).

A *desregulação interpessoal* é condizente com a dificuldade na manutenção dos relacionamentos de pacientes *borderlines*, pois, em decorrência da intensidade com que os sentimentos se apresentam, eles tendem a se sentirem dependentes dos mais próximos, normalmente de seus parceiros e filhos (LINEHAN, 2010).

Podemos relacionar os repetidos erros dos *borderlines* nas suas relações interpessoais às disfunções da memória da pessoa acometida pelo transtorno. Os altos níveis de estresse podem influenciar nas reações dessas pessoas, pois os altos níveis de cortisol, provocados pelas situações desencadeadoras do estresse, podem se tornar altamente nocivos em médio e longo prazo. As células ligadas à área do hipocampo (memória) podem ser afetadas, comprometendo a

capacidade de a pessoa se lembrar e evitar a repetição de erros, principalmente no campo afetivo (SILVA, 2012).

De acordo com Sadock e Sadock (2012), o prognóstico para o TPB ainda é difícil de ser revelado, pois tais pacientes podem desenvolver aspectos problemáticos no curso do tratamento. O aparecimento de outros transtornos, como as psicoses, somatoformes e de humor, não raramente se tornam presentes em pacientes com TPB. Para os autores citados, existem duas formas básicas de tratamento para o TP: a terapêutica *farmacológica* e a *psicoterápica*.

Levando em conta o fato de que nenhum medicamento tem a capacidade de reduzir ou erradicar todos os sintomas do transtorno, é necessário recorrer a vários tipos de psicofármacos, no intuito de amenizar os quadros apresentados (CORDIOLI et al., 2011).

De acordo com Sadock e Sadock (2012, p. 327), cada grupo de medicamento recebe um papel perante o tratamento do TPB, como pode ser constatado no trecho a seguir:

Os antipsicóticos são úteis para controlar a raiva, a hostilidade e os episódios psicóticos breves. Os antidepressivos, por sua vez, são ideais para melhorar o humor deprimido. Os inibidores de monoaminoxidase podem ser mais eficazes para modular o comportamento impulsivo. Os benzodiazepínicos, particularmente o alprazolam (Xanax), são eficazes no caso de ansiedade e depressão, mas alguns pacientes demonstram desinibição com esses fármacos. Os anticonvulsivantes, como a carbamazepina, podem melhorar o funcionamento global. A utilidade dos agentes serotoninérgicos como fluoxetina (prozac) foi comprovada.

Tal visão acerca do tratamento medicamentoso pode ser constatada nas colocações de Linehan e Dexter-Mazza (2009). Para as autoras, quanto ao suicídio e às tentativas recorrentes dos pacientes em atentar contra a própria vida, nenhum medicamento obteve mais funcionalidade do que o efeito placebo. O antidepressivo fluoxetina e os estabilizadores de humor, como o topiramato, são as medicações utilizadas para a estabilização das questões afetivas e a irritabilidade. Eles se mostraram mais eficazes do que o efeito placebo.

Para a regulação do comportamento, o medicamento mais utilizado é o anticonvulsivante valproato. A olanzapina se mostrou eficaz de forma global,

agindo melhor sobre os quesitos relacionados ao afeto e ao comportamento, simultaneamente. É preciso considerar, entretanto, que os pacientes com TPB geralmente sentem dificuldade em cumprir o que é previamente prescrito pelos médicos, o que deve ser sinal de alerta para a constante ocorrência de superdosagens.

Quanto ao tratamento psicoterápico, é preciso levar em conta o fato de que, em razão da dificuldade quanto às relações projetivas e aos processos inconscientes, recomenda-se uma intervenção centrada na realidade dos pacientes. Sugere-se a utilização da abordagem comportamental, mais especificamente, da cognitivo-comportamental dialética, referência em estudos de TPB (SADOCK & SADOCK, 2012; LINEHAN, 2010).

Para esses autores, esse tipo de abordagem pode ser considerado eficiente no contexto grupal e individual e concentra maior probabilidade de melhora quanto às atitudes impulsivas e à desregulação comportamental comumente observada em pacientes com TPB. Encaixa-se nessas atitudes o comportamento de automutilação, característico desses pacientes.

Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel et al. (2004) referem que a TCD surgiu como proposta de tratamento para pacientes fora de contexto psiquiátrico que apresentassem ideações suicidas e critérios para o diagnóstico de TPB.

Consoante Dorin (1977, p. 72), o termo dialético consiste em dizer que “fenômenos e os objetivos se caracterizam pela contradição, um lado positivo e um negativos, um passado e um futuro, um aspecto novo e um velho”. Dentro de tal perspectiva, é importante que a TCD enfoque na dialética *mudança x aceitação* constantemente, considerando que “a mudança só pode ocorrer no contexto de aceitação daquilo que existe” (LINEHAN, 2010, p. 101). Ou seja, é preciso que os pacientes se reconheçam e percebam a existência de outros meios que não as polaridades, para que mudem seus aspectos disfuncionais da personalidade.

Assevera-se que a TCD trabalha com a questão das polaridades. Nesse tipo de intervenção, é necessário tomar conhecimento dos comportamentos considerados bons e ruins. No processo, buscar-se-á o reforço dos bons comportamentos, para que os ruins sejam gradualmente extinguidos (LINEHAN, 2010).

Uma forma de intervenção comum e aceita pelos terapeutas da TCD é o uso de metáforas, pois, por meio delas, pode-se evitar o confronto direto com as ideias do paciente, diminuindo a probabilidade de abandono do processo. A partir das metáforas utilizadas, torna-se possível ensinar a importância de trabalhar os pensamentos dialéticos e a existência além das polaridades, que levam a visões mais realistas e a opções mais eficazes na condução do comportamento (LINEHAN, 2010).

A autora ainda exprime a importância da definição dos objetivos e de considerar por ordem de importância as metas do tratamento. Primeiro, cita-se como meta o impedimento dos comportamentos suicidas e parassuicidas. Em seguida, as atitudes que facilitem a interrupção do processo psicoterápico devem ser trabalhadas. Posteriormente, comportamentos que interferem na qualidade de vida dos pacientes devem ser evocados. Outro ponto a ser trabalhado é o Treino de Habilidades Sociais (THS), que proporciona um reforço dos comportamentos mais aceitáveis do paciente. Após o estabelecimento de novas atitudes, o enfoque deve fixar-se na manutenção dos comportamentos adquiridos pelo THS. Por fim, há que se trabalhar as questões traumáticas relacionadas ao transtorno.

Ainda de acordo com Linehan (2010, p. 76), o terapeuta enfrenta desafios quanto ao tratamento do TPB. Consoante a autora, “tanto o terapeuta quanto o processo de terapia não podem deixar de causar experiências emocionais intensamente dolorosas no paciente *borderline*. O terapeuta e o paciente devem ter a coragem de enfrentar a dor que ocorre”. Nesse discurso, percebem-se as dificuldades vivenciadas por ambas as partes no decorrer do tratamento.

Convém, ainda, fazer referência às dificuldades dos terapeutas em validar as emoções dos pacientes, haja vista que aqueles, muitas vezes, procuram que estes não vivenciem sentimentos como o de raiva e ciúmes, invalidando-os. O terapeuta não deve buscar que o paciente deixe de lado seus sentimentos negativos, e sim que entre em contato com eles de uma nova forma. É importante que, ante a atitude de enfrentamento, o paciente se ache reforçado, e não punido pelo terapeuta (SILVA, 2012).

A autora entende que atrasos, faltas frequentes e até o abandono da terapia são comuns em pacientes com esses tipos de transtorno, principalmente quando se sentem invalidados ou confrontados emocionalmente. As dificuldades de compreensão podem estar diretamente ligadas à relação com o terapeuta, haja vista que o este pode criar ambientes que invalidem as manifestações comportamentais do paciente durante a sessão. É comum que isso ocorra em

situações nas quais o terapeuta se opõe de forma clara ao que é dado como verídico pelo paciente, quando estabelece metas que não sejam creditadas pelo próprio paciente. Além disso, outras situações podem ser consideradas invalidantes, dependendo da personalidade e das demais queixas relacionadas ao TPB (LINEHAN, 2010).

Nessa perspectiva, observa-se a necessidade de estar atento aos sinais verbais e não verbais do paciente, facilitando a prevenção de recaída de atitudes que possam vir a comprometer a vida do cliente e o processo terapêutico em que ele se encontra implicado, como os episódios envolvendo tentativas de automutilação e desregulações emocionais e cognitivas (LINEHAN & DEXTER-MAZZA, 2009).

Considerações finais

Com suporte nos dados obtidos para a redação deste artigo, acentua-se que o Transtorno de Personalidade Borderline tem diagnóstico e tratamento difíceis. Na leitura das obras indicadas nas referências as quais se recorreu, foi possível entender as diferenças entre transtornos como o estresse pós-traumático e o TPB, que costumam causar confusão em meio aos profissionais da saúde mental.

A importância do ambiente e da sua relação com as pessoas aparecem como fatores a serem considerados para o desenvolvimento do TPB, podendo-se sugerir que seja um dos facilitadores do aparecimento dessa desordem mental, mas não o único fator desencadeador. Considerando essa correlação, cabe aos profissionais da saúde capacitar-se, com o intuito de correlacionar os fatos vivenciados pela pessoa ao possível diagnóstico de TPB.

Foi possível constatar, com amparo nos dados obtidos, a prevalência significativa de autolesões em pacientes com TPB. Pode-se sugerir que tal fato decorre da busca do alívio das tensões emocionais e das situações traumáticas advindas de inserções de lesões no corpo. De tal modo, desde uma perspectiva da TCC, acredita-se que a pessoa transfere para o corpo a dor trazida pelos seus pensamentos disfuncionais e os sentimentos invalidantes.

A TCD pode ser considerada, com base nos dados levantados, como a abordagem psicoterápica que proporciona prognósticos mais favoráveis ao tratamento do TPB, haja vista suas intervenções menos diretivas quanto à confrontação, mas que atuam diretamente no pensamento das pessoas por meio

de metáforas atuantes de forma incisiva na cognição. Além dessas constatações, foram encontrados mais dados a respeito do transtorno em questões correlacionados a TCD, porém, devem ser mais bem averiguados, como o uso de álcool e drogas, comum a esse tipo de paciente.

Apesar do número considerável de artigos sobre TCD combinada com TPB, constata-se a necessidade de expansão dos estudos sobre essa psicopatologia. Sugere-se o uso de estudos de caso e pesquisas científicas a respeito do assunto, fazendo-se necessárias pesquisas a respeito do prognóstico e tratamento.

Mesmo ante os esclarecimentos propostos a respeito do TPB, ainda há necessidade de prestar maiores informações à equipe de saúde mental, aos portadores e componentes familiares, pois eles precisam de mais orientação quanto a essa desordem mental pouco compreendida e constantemente subdiagnosticada.

Referências

ALMEIDA, C.; HORTA, P. Autolesão, automutilação e autoagressão: a mesma definição?. *Espaço aberto*, Lisboa, n.16, ago./set. 2010. News. Disponível em: < <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=65&mid=420&cid=1139>>. Acesso em: 17 ago. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR* : manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Tradução organizada por C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECK, J. *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A. The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. [S.l.], v. 6, n. 4, p. 276-284, 1997.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. *O Poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BECK, A.T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

BOHUS, M. et al. Effectiveness of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, [S.l.], v. 42, n. 5, p. 487-499, 2004.

CORDIOLI, A.V. *Psicofármacos*: consulta rápida. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

DOBSON K. S.; DOZOIS, D. J. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson K.S., (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2. ed. New York: Guilford Press, 2001. p. 3-38.

DORIN, L. *Enciclopédia de psicologia contemporânea*. Campinas, SP: Iracema, 1977.

DUARTE, A. L.; NUNES, M. L.; KRISTENSEN, C. H. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-13, 2008.

FERREIRA, A. B. H. *Minidicionário da língua portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GOLDAPPLE K. et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, [S.1.], v. 61, n. 1, p. 34-41, 2004.

HERMAN, J. L. *Trauma recovery: the aftermath of violence from domestic abuse from political terror*. New York: Basic Books, 1992.

KNAPP, P. ; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo , v. 30, p. 54-64, out. 2008. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26. set. 2013.

KREITMAN, N. *Parasuicide*. Chichester: Wiley, 1977.

LIEB, K. et al. Borderline personality disorder. *The Lancet*, [S.1.], v. 364, n. 9432, p.453-461, 2004.

LINEHAN, M. *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*: guia do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LINEHAN, M.; DEXTER-MAZZA, E. Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade Borderline. In: BARLOW, D. *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 366-422.

LIPP, M. *Psicoterapias breves nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

NUCCI, MG.; DALGALARRONDO, P. Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10: Classificação Internacional de Doenças 1. 5. ed.* São Paulo: EdUSP, 1997.

PERGHER, G. K.; STEIN, L. M.; WAINER, R. Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 82-90. 2013.

PLISZKA, S. *Neurociência para o clínico de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SADI, H. M. *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline*. 2011. 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SADOCK, B.; SADOCK, V. *Manual de psiquiatria clínica: referência rápida*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SCHESTTATSKY, S.; DE ABREU, P.; CEITLIN, L. *Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline: um estudo de caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileiras de pacientes mulheres*. 2005. 345 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, A. *Corações descontrolados: ciúmes, raiva, impulsividade: o jeito borderline de ser*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SIMOR, P.; CSOKA, S.; BODIZS, R. Nightmares and bad dreams in patients with borderline personality disorder: fantasy as a coping skill? *European Journal of Psychiatry*, Zaragoza, v. 24, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632010000100004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 Oct. 2013.

STONE, M. Psychiatrically ill relatives of borderline patients: a family study, *Psychiatric Quarterly*. [S.l.], v. 58, n. 2, p. 71-83, 1981.

WALSH, B. W. *Treating self-injury: a practical guide*. New York: GuilfordPres, 2006.

YATES; M. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 35-74, Mar. 2004.

ZANARINI, M. C. (Org.). *Borderline personality disorder*. New York: Taylor & Francis, 2005.

Data da submissão: 10/08/14

Data do aceite: 06/11/14