



Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores crônicas

Consequences of a borderline personality in chronic pain treatment

Brisa Burgos Dias Macedo¹
Catarina Nívea Bezerra B. Menezes²
Josenília Maria Alves Gomes³
Cristiane Von Werne Baes⁴
Mario Francisco Juruena⁵

Resumo

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é tema recorrente em saúde mental devido aos prejuízos acarretados aos aspectos emocionais, interpessoais, cognitivos, comportamentais e de identidade do paciente. O objetivo deste artigo radica em debater sobre a interferência do TPB na adesão ao tratamento das dores crônicas e em como a Terapia Comportamental Dialética pôde ser aplicada neste caso. Para tanto, foi realizado um estudo de caso, decorrentes dos atendimentos de Karla, paciente com TPB e diagnóstico de fibromialgia. Notou-se que a situação de desregulação, bem como a baixa adesão ao tratamento, foi elemento importante para o baixo rendimento do tratamento.

Palavras-chave: Transtorno da personalidade borderline. Terapia Comportamental Dialética. Dor crônica. Adesão.

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a recurrent topic in mental health due to the damaged to emotional, interpersonal, cognitive, behavioral and self of patients. The aim of this study is to discuss about the interference of BPD on adherence to treatment of chronic pain, and understand how Dialectical Behavior Therapy could be applied in this specific case. Therefore, we conducted a case study resulting from Karla calls, patients with BPD and diagnosis of fibromyalgia. It was noted that the situation of deregulation and low adherence to treatment were important elements for the low profit of the treatment.

Keywords: Borderline Personality Disorder. Dialectical Behavior Therapy. Chronic Pain. Adhesion.

¹ Psicóloga, mestranda em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP), com ênfase em dor crônica e estresse precoce. Formada pela Universidade de Fortaleza e Pós graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental, pela Universidade Christus. Atualmente, membro do Programa de Assistência, Ensino e Pesquisa em Estresse, Trauma e Doenças Afetivas (EsTraDA).

² Psicóloga, Doutora em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP). Professora da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da Universidade Christus (UNICHRISTUS)

³ Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1993), mestrado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (1997) e doutorado na mesma área pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2001). Possui Título superior em anestesiologia pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia e título de especialista em terapia de dor pela Associação Médica Brasileira. Professora Adjunta do departamento de cirurgia da Universidade Federal do Ceará(UFC).

⁴ Possui graduação em Medicina (2006). Especialização em Psiquiatria (2010). Mestre (2012) e Doutora (2016) em Saúde Mental na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2012). Médica Assistente do Ambulatório de Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Supervisora do serviço de residência em psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto no ambulatório de Transtornos de Humor. Preceptora da Residência Médica em Psiquiatria do HC da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Professora assistente do Centro de Estudos Cyro Martins. Desenvolve atividades de ensino e formação acadêmica, com ênfase em Saúde Mental, Psiquiatria e Neurociências.

⁵ Graduou-se médico na PUCRS. Fez residência em Medicina Geral e Comunitária; residência em Psiquiatria e Curso Interdisciplinar de Especialização em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do RS/Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre- RS. Mestrado no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP/ EPM, 2o mestrado em Affective Neuroscience, na Universiteit Maastricht- Holanda, e doutorado (PhD em Psiquiatria) na Universidade de Londres e Pós-doutorado no Instituto de Psiquiatria do King's College London. Especialista em Psiquiatria para Adultos no Reino Unido de acordo com a The Specialist Training Authority of the Medical Royal Colleges (STA) e General Medical Council (GMC-full registration). Membro revisor do CID-11/ Organização Mundial de Saúde (ICD-11/WHO) no Grupo de Transtornos do Humor e Ansiedade. Atualmente é Professor Doutor no Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento e na Pós Graduação em Saúde Mental da FMRP da Universidade de São Paulo (USP), sendo Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq e Honorary Senior Lecturer no Instituto de Psiquiatria do Kings College London.

Contatos: brisaburgos@hotmail.com; catarinanivea@yahoo.com.br

1 Introdução

De acordo com American Psychiatric Association - APA (2014, p. 645), os transtornos da personalidade (TP) constituem, de uma forma geral, “um padrão de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo, e leva a sofrimento ou prejuízo”. Tal definição deve ser levada em conta em todos os casos relativos à personalidade, pois se refere à classificação geral.

A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 2002) aponta que, para uma pessoa ser classificada como *borderline*, precisa-se observar a existência de cinco entre os seguintes critérios fundamentais: 1) medo de sofrer abandono real ou imaginário por parte das pessoas; 2) padrões de relacionamentos inconstantes; 3) dificuldades em reconhecer e agir com suporte em uma noção de *self* sólida; 4) comportamentos impulsivos e relacionados aos excessos; 5) comportamentos suicidas ou automutilações; 6) instabilidade dos afetos em virtude da inconstância do estado de humor; 7) sentimento de solidão e vazio persistente; 8) sentimento de raiva incontrolável e 9) ideias paranoides relacionadas ao elevado nível de estresse.

Pressupõe-se que tanto fatores genéticos quanto estressores psicossociais interferem na manifestação do quadro de TPB (LEICHSENRING, LEIBING, KRUSE, NEW & LEWEKE, 2011; CROWELL, BEAUCHAINE & LINEHAN, 2009). Um estudo que avaliou 481 pacientes com personalidade *borderline* e 442 controles saudáveis comparou a modulação do eixo HPA e influência da história de estresse precoce na manifestação do transtorno. O estudo concluiu que o eixo HPA desenvolve função importante na manifestação e que o estresse precoce aparece como variável de interferência da modulação e gravidade dos quadros de TPB (MARTÍN-BLANCO ET AL., 2015).

Sadock e Sadock (2012) revelam dados de que cerca de 2% da população mundial expresse transtorno da personalidade *borderline* (TPB). Dentro os pacientes psiquiátricos, 11% correspondem aos critérios necessários para classificação dessa psicopatologia, o que indica a necessidade que este público tem do apoio da equipe de saúde mental (LINEHAN, 2010).

De acordo com Linehan e Dexter-Mazza (2009), o indivíduo acometido pelo TPB exprime desregulação em cinco aspectos consideráveis da vida: emocional, interpessoal, cognitivo, perda de identidade ou *self*, e comportamental, como mostrado na Figura 1 abaixo.

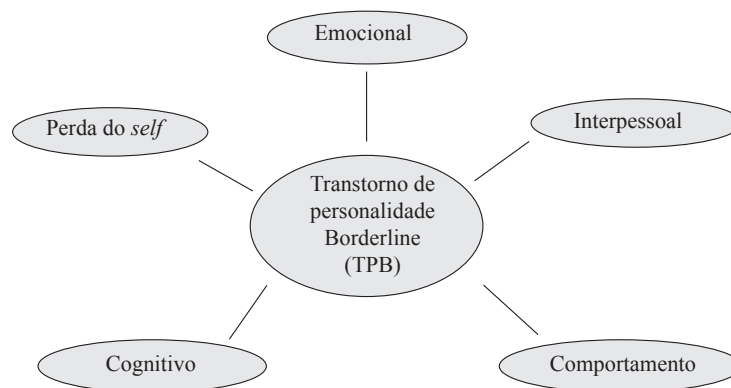


Figura 1- Aspectos desregulados no paciente com transtorno de personalidade *borderline*

As desregulações sofridas pelo paciente com TPB podem ser fruto da influência de um ambiente invalidante, que se resume a uma atmosfera que “não ensina a criança a rotular suas experiências privadas, incluindo as emoções, de um modo normativo em sua comunidade social mais ampla para as mesmas experiências ou experiências semelhantes” (LINEHAN, 2010, P. 59).

Tal ambiente costuma valorizar apenas reações extremas da criança, obrigando-a a se recolher a enorme inibição ou reações exageradas. Há, frequentemente, relatos de ambivalência sentimental quando os progenitores, muitas vezes, são responsáveis pela segurança ou pelo medo exacerbado das crianças (LINEHAN, 2010).

Observa-se, por estudos já realizados, que pessoas expostas a traumas durante a infância têm maior propensão a desenvolver TPB (LIEB, ZANARINI, SCHMAHL, LINEHAN & BOHUS, 2004; LINEHAN, 2010; MARTÍN-BLANCO ET AL., 2014; PARIS, 2009). Problemas como a negligência e os abusos são comuns no discurso de paciente com a sintomatologia *borderline*. O mais comum, porém, é a ocorrência de abusos sexuais, relatados por 40% a 71% dos pacientes internados (LIEB ET AL., 2004).

Para abordar os contextos, comportamentos, pensamentos e emoções invalidantes característicos do TPB, utiliza-se, como uma das possíveis abordagens, a Terapia Comportamental-Dialética (TCD), que se resume em uma proposta de Linehan (2010), a qual, inicialmente, se concentrou em controlar comportamentos de automutilação e no treino de habilidades sociais.

A TCD propõe uma postura dialética por parte do terapeuta, com o intuito de validar o sofrimento vivenciado pelo paciente. É preciso, no entanto, além de validar os sentimentos, desenvolver conjuntamente com o paciente novas habilidades de comportamento e pensamento (BECK, FREEMAN & DAVIS 2005; LINEHAN, 2010; CROWELL, BEAUCHAINE & LINEHAN, 2009).

Mediante um levantamento de estudos feitos por Crowell et al., (2009), concluiu-se que pacientes *borderlines* submetidos ao modelo da Terapia Comportamental Dialética foram menos susceptíveis a praticar atos suicidas, frequentes nas emergências de hospitais gerais e psiquiátricos. Além disso, o estudo mostrou que os pacientes adeptos dessa modalidade terapêutica persistiram na terapia por mais tempo, ultrapassando barreiras de ocorrência de abandono do processo, comum neste tipo de transtorno da personalidade.

Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kernberg (2007) concluíram, por intermédio de estudo comparativo entre os tratamentos do TPB com métodos psicoterapêuticos distintos - terapia comportamental dialética, terapia com foco na transferência e tratamento de suporte -, que a TCD é tão eficaz no tratamento do paciente *borderline* quanto a terapia com foco em transferência, principalmente em relação ao comportamento suicida e parassuicida, comum entre esses pacientes.

Kreitman (1977) conceituou no meio científico o termo “parassuicídio” para identificar comportamentos de autodestruição, que buscam causar qualquer tipo de dano físico ao corpo. Observa-se que nesses quadros não há o desejo de morrer por parte daquele que o pratica, no entanto, muitas vezes, isso ocorre acidentalmente.

Conforme Linehan (2010), os comportamentos autodestrutivos podem variar entre aqueles considerados leves, como arranhões e queimaduras com pontas de cigarro, até aqueles que exigem atendimentos especializados por conta de seus riscos, como no caso de overdoses e cortes profundos. É expresso ainda o fato de que uma média de 70 a 75% dos pacientes com este tipo de transtorno têm pelo menos um episódio de comportamento automutilante durante a vida.

Um estudo comparativo entre pacientes com TPB, depressivos e controles saudáveis demonstrou que indivíduos com TPB não apresentam níveis de “dor mental” significativamente maiores quando comparado aos pacientes depressivos. Observa-se que a diferença entre os quadros pode ser notada quando sintomas de rejeição e desvalor, mais presentes no *borderline*, são considerados separadamente (FERTUCK, KARAN & STANLEY, 2016).

Arcoverde e Soares (2012) reportam-se à recorrência destes comportamentos parassuicidas como forma de deslocar a atenção da dor emocional para uma lesão tangível, com o intuito de interromper os pensamentos e memórias que ensejam prejuízos ao funcionamento emocional. As autoras apontam ainda que fatores como raiva desmedida de si mesmo ou de outrem, necessidade de aliviar tensões e o desejo de morrer podem levar o indivíduo a praticar atitudes consideradas deveras nocivas a ele mesmo.

Na compreensão de Da Silva e Ribeiro-Filho (2006), a dor deve ser tratada como multidimensional, sendo necessário levar em conta fatores subjetivos implicados na sua manifestação. Sob tal perspectiva, é comum que essas pessoas busquem certas atitudes e comportamentos, como isolamento, automutilação, ingestão de bebidas alcoólicas e drogas, além de se queixarem de ordem somática (BECK, FREEDMAN & DAVIS, 2005).

Experimento realizado com 117 pacientes de um ambulatório de dor não identificou relação entre as dores crônicas sentidas e a prevalência do TPB. Os autores afirmam, no entanto, que não se pode concluir, apenas com esse estudo, que não existe qualquer correlação entre os fatores (SANSONE; SINCLAIR & WIEDERMAN, 2009).

Observa-se, entretanto, que os estudos encontraram prevalência significativa de até 30% de TPB em pacientes com dores crônicas (SANSONE; SINCLAIR & WIEDERMAN, 2009; SANSONE, POLE, DAKROUB & BUTLER, 2006). As estratégias de enfrentamento mal adaptativas, como a catastrofização e a sensação de incapacidade, são mais acentuadas em pacientes que exprimem ambos os diagnósticos (HASENBRING, HALLNER & KLASSEN 2001; KALIRA, TREISMAN & CLARK, 2013).

Tal estudo de caso apresenta relevância social por expor as dificuldades vivenciadas pela equipe e pela paciente na adesão do tratamento, podendo abrir novas questões e caminhos de pesquisa na área clínica. Dentro desta perspectiva, o objetivo deste artigo radica em debater a possível interferência do TPB na gravidade da sintomatologia dolorosa e na adesão ao tratamento e como a TCD pode ser aplicada em casos de comorbidade entre TPB e dor crônica.

2 Métodos

O ensaio foi definido como abordagem qualitativa, que segue o formato de um estudo de caso. Para análise dos dados, foram utilizados os exames dos discursos da paciente e do material clínico decorrente dos atendimentos promovidos por parte dos Serviços de Medicina e Psicologia do Ambulatório de dor.

As intervenções adotadas no estudo de caso foram conduzidas baseando-se nos pressupostos da Terapia Comportamental Dialética (TCD), idealizada por Linehan (2010). Tal abordagem tem como princípios básicos a regulação emocional do paciente, aceitação e compromisso diante do diagnóstico e do tratamento, além da promoção de necessidade de mudança a partir do uso de metáforas que facilitem a compreensão e flexibilização por parte do paciente (LINEHAN, 2010; MAY, RICHARDI & BARTH, 2016).

2.1 Participante

O estudo contou com uma participante, nomeada ficticiamente de Karla, do sexo feminino, 32 anos de idade, auxiliar de enfermagem, cadeirante há nove anos e aposentada por invalidez. Ela chegou ao Ambulatório de Dor de uma universidade queixando-se de fortes dores no corpo que a impediam de andar. Foi acompanhada no período de dezembro de 2012 a março de 2014 por profissionais da Medicina e Psicologia envolvidos no serviço do ambulatório.

2.2 Instrumentos

O acompanhamento foi realizado por equipe multiprofissional, formada por médico da dor, psicóloga, psiquiatra e neurologista. No caso descrito, só foram possíveis as contribuições mais incisivas da médica da dor e da psicóloga, além de uma sessão com o médico neurologista. Tal situação se deve ao fato de o médico neurologista não possuir prontuário fixo no ambulatório, pois não integra a equipe de forma constante, mas ocasional.

Foi utilizada, na evolução deste estudo de caso, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), mais precisamente com foco na dialética proposta por Linehan (2010) como abordagem de tratamento psicológico. Além disso, ainda foi utilizado como instrumento de auxílio o Inventário Breve de Dor (BPI), responsável pela avaliação multidimensional da dor da paciente.

Os atendimentos psicológicos foram realizados por uma estagiária do serviço, estudante da graduação em Psicologia, sob supervisão da psicóloga chefe. O tratamento durou 21 meses, com sessões semanais de 45 minutos.

Pela profissional clínica da dor foram utilizados instrumentos como a escala analógica visual (EVA) e o *widespread pain index* (WPI). Os atendimentos da clínica da dor foram realizados pela médica chefe do serviço, que acompanhou o caso com regularidade.

2.3 Procedimentos

Realizou-se por meio de atendimentos psicoterápicos, amparando a escuta das questões levantadas por Karla na Terapia Cognitivo-Comportamental com foco na dialética. As sessões foram transcritas e armazenadas no prontuário, bem como os exercícios terapêuticos realizados pela paciente em casa e durante os atendimentos. O material armazenado no prontuário da psicologia serviu como base primordial para execução deste estudo de caso.

Paralelamente aos atendimentos na Psicologia, a paciente foi atendida, em razão da gravidade do caso, sempre pela médica responsável pelo ambulatório de dor. Em tais atendimentos eram realizados os exames clínicos, sendo a evolução do caso registrada nos prontuários do serviço e, posteriormente, analisados para a adaptação deste artigo.

Em decorrência da evolução - melhora do quadro de dor -, foi solicitada uma avaliação com neurologista, que, após realização de exame completo, reiterou o diagnóstico de fibromialgia, sem descartar a possibilidade de um transtorno mental associado. O atendimento referido foi registrado no prontuário médico da paciente.

2.4 Análise de dados

Foram consultadas as transcrições e as tarefas realizadas durante o período do tratamento, articulando-as à bibliografia referente à TCC e às questões observadas no acompanhamento médico e psicoterapêutico, principalmente as relativas à síndrome fibromiálgica e ao TPB transcritas nos prontuários.

2.5 Considerações Éticas

Este estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Parecer nº 34359). Afirma-se que este faz parte de um projeto mais abrangente acerca da mensuração de dor e da aplicação do Inventário Breve de Dor (BPI).

Foram conservados o sigilo de identidade ou qualquer dado que ajudasse na identificação da paciente, e a paciente assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 Resultados

A paciente chegou ao ambulatório de dor após descobrir o serviço por meio do sítio eletrônico da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. Trouxe um histórico de múltiplas passagens por várias especialidades médicas em diversos serviços clínicos, a destacar Neurologia, Ortopedia, Clínica Médica e Reumatologia.

A paciente obteve diagnóstico de fibromialgia em 2002, tendo sido afastada das atividades em 2005 por agravamento do quadro. Relatou que, no início, as dores se limitavam à região da coluna, mas que houve depois uma irradiação para as pernas e o pescoço, adquirindo benefício pelo INSS em 2007, em razão do mau estado permanente de saúde.

De acordo com o prontuário médico, a história clínica tinha por queixa principal a dor generalizada, mal definida, constante, intensa, difusa pelo corpo todo, sem identificação de fatores de melhora ou piora. Disse sentir, há alguns anos, incômodo em todo corpo em forma de pontada e fígada, e que a intensidade da dor a impedia de andar e a fazia passar a maior parte do tempo acamada ou na cadeira de rodas.

A avaliação da dor pela escala analógica visual (EVA) foi de 10. Além da dor, se queixava de dificuldades para conciliar o sono, existindo sono não reparador, constipação, dor abdominal pouco caracterizada e anorexia. No exame físico, destacam-se a obesidade grave e a impossibilidade de deambular, apesar do exame neurológico normal. A paciente denotava ainda 15 dos 18 pontos diagnósticos de fibromialgia. A aplicação dos novos critérios diagnósticos para fibromialgia revelou um WPI (*widespread pain index*) de 9 e um escore de gravidade (SS) de 6.

Apesar da EVA ser considerada um instrumento de fácil e rápida aplicação, ela considera a dor em perspectiva unidimensional (DA SILVA & RIBEIRO-FILHO, 2006). A equipe avaliou que o comprometimento da paciente abordava outros aspectos igualmente, influenciando na intensidade da dor e interferindo na qualidade de vida da paciente. Utilizou-se a escala BPI para comprovar tal suspeita. A escala confirmou os altos índices de intensidade e interferência da dor.

Logo de início, o humor evidenciou ampla variação durante as consultas psicológicas e médicas, demonstrando momentânea e instantaneamente mudanças de deprimido para agressivo, com manifestações efusivas de esperança e cura em alguns momentos, expressando falas como “*agora, ficarei curada*”. Chamou a atenção pelas intensas reclamações que procedia em relação a todos os atendimentos médicos anteriores, que classificou como inadequados pela falta de cuidado e atenção dos profissionais para com ela.

Esta variação ampla do humor pode ser alinhada a uma desregulação emocional da paciente proposta por Linehan (2010). De acordo com a autora, a desregulação é caracterizada por um humor reativo, com respostas emocionais intensas, voláteis, negativas e que prejudicam a vida do paciente.

É importante frisar que a paciente fazia acompanhamento psiquiátrico com diagnóstico de depressão e estava em uso de fluoxetina (60mg/dia) e flurazepam (30mg/dia). Não fazia acompanhamento psicológico, exceto avaliação para cirurgia bariátrica. Já havia realizado ampla investigação complementar para afastar todos os possíveis diagnósticos diferenciais de neuropatia periférica, apresentando sorologias, provas de autoimunidade, eletroneuromiografia, tomografia e ressonância normais. De acordo com os novos critérios diagnósticos (MARQUES, ASSUMPCÃO & MATSUTANI, 2015), a paciente realmente fechava fibromialgia e o tratamento foi iniciado com pré-gabalina, em doses crescentes, até atingir 300mg/dia.

No curso do tratamento médico, apesar de referir que não melhorava, ela recusava alterações na medicação prescrita e a adesão ao tratamento farmacológico era parcial. Foi encaminhada para um psiquiatra, a fim de avaliar possibilidade de alterações no esquema de psicoterápicos em uso, mas se recusou firmemente. As solicitações da médica de dor para realizar interlocução com o psiquiatra que a acompanhava foram infrutíferas. A paciente recusava-se a passar o contato.

Karla se recusava a aceitar o diagnóstico já imposto de síndrome fibromiálgica, relatando a indignação com os profissionais que não sabiam tratar os pacientes e a incompreensão das equipes médicas por que já havia transitado. Ela afirmava que “*no final todos abandonam*”.

Desta forma, a continuação do tratamento da paciente na clínica da dor foi pareada com a necessidade que a mesma realizasse psicoterapia uma vez na semana com a equipe de psicologia do ambulatório.

O processo terapêutico teve início com o diagnóstico já fechado de fibromialgia e a hipótese diagnóstica de transtorno psiquiátrico relativo afetivo bipolar I e/ou a personalidade borderline, que foram avaliados e investigados durante os atendimentos psicológicos.

As subseqüentes sessões de terapia puderam apontar para a manifestação de um transtorno de personalidade emocionalmente instável, e os atendimentos médicos, paralelamente seguidos durante o mesmo período, endossavam as dificuldades em lidar com a difícil personalidade da paciente. Durante estes, não foram constatadas quaisquer alterações significativas que pudessem impedir a paciente de andar, o que provocou indagação na equipe. Foi constatado um transtorno de personalidade borderline.

Durante a primeira sessão, a paciente relatou sobre a resistência ao tratamento psicológico, intensificada após ter iniciado o processo pré-operatório para cirurgia bariátrica. Afirmou se sentir abandonada e rejeitada, além de se aborrecer com a ideia de ter que “*bater na porta e tirar a roupa para todo mundo*”, referindo-se à necessidade de contar sua história de vida para muitos profissionais diferentes, tendo em vista a rotatividade característica do sistema público de saúde.

Mesmo diante das objeções iniciais, os atendimentos psicológicos tiveram início, sendo, posteriormente, transferidos para o mesmo dia das consultas médicas, haja vista a dificuldade de locomoção da paciente. A dificuldade quanto à adesão ao tratamento logo ocorreu, pois a paciente faltava constantemente e adotava a desculpa recorrente de estar acamada em razão de fortes dores.

Quanto ao vínculo terapêutico, a ambivalência característica do transtorno logo foi observada nas mudanças de comportamento da paciente com relação à terapeuta. Em algumas sessões, ela se mostrava aberta e sensível para com a estagiária, enquanto, em outras, se expressava de forma impaciente e impulsiva, desejando deixar o *setting* o mais rápido possível.

O quadro não obteve grandes avanços nesse período, pois, como pressupõe Linehan (2010), é preciso que haja o engajamento do paciente no processo terapêutico, haja vista que a falta de adesão compromete a intervenção por inteiro. A autora ainda aponta a aliança terapêutica como grande propiciador da mudança de paciente com TPB.

Como apontam Sansone, Pole, Dakroub e Butler (2006), a comorbidade entre os diagnósticos de TPB e a síndrome fibromiálgica é significativa. Desta forma, tal convergência delimitou as intervenções durante todo o tratamento, porquanto a paciente pôde usar a dor crônica como meio de automutilação e comprometer os familiares e amigos, neles produzindo sentimento de culpa. Na escala EVA, os níveis de dor sempre eram mais elevados quando a paciente se sentia confrontada ou abandonada, confirmando a sua dificuldade em manejar os problemas. Entretanto, Karla se recusava a fazer qualquer associação.

4 Discussão

4.1 Primeiras sessões e manejo inicial da dor crônica

Ainda nas primeiras sessões de psicoterapia, buscou-se compreender os níveis de comprometimento global das atividades exercidas pela paciente e o papel da dor em sua vida, tendo em vista que era a principal causa do sofrimento. Para isso, foi realizada a conceitualização cognitiva do caso (Figura 2) e, diariamente, a mensuração dos níveis de dor (Figura 3), com o intuito de avaliar possíveis situações interpessoais que interferiam em melhorar a qualidade de vida de Karla.

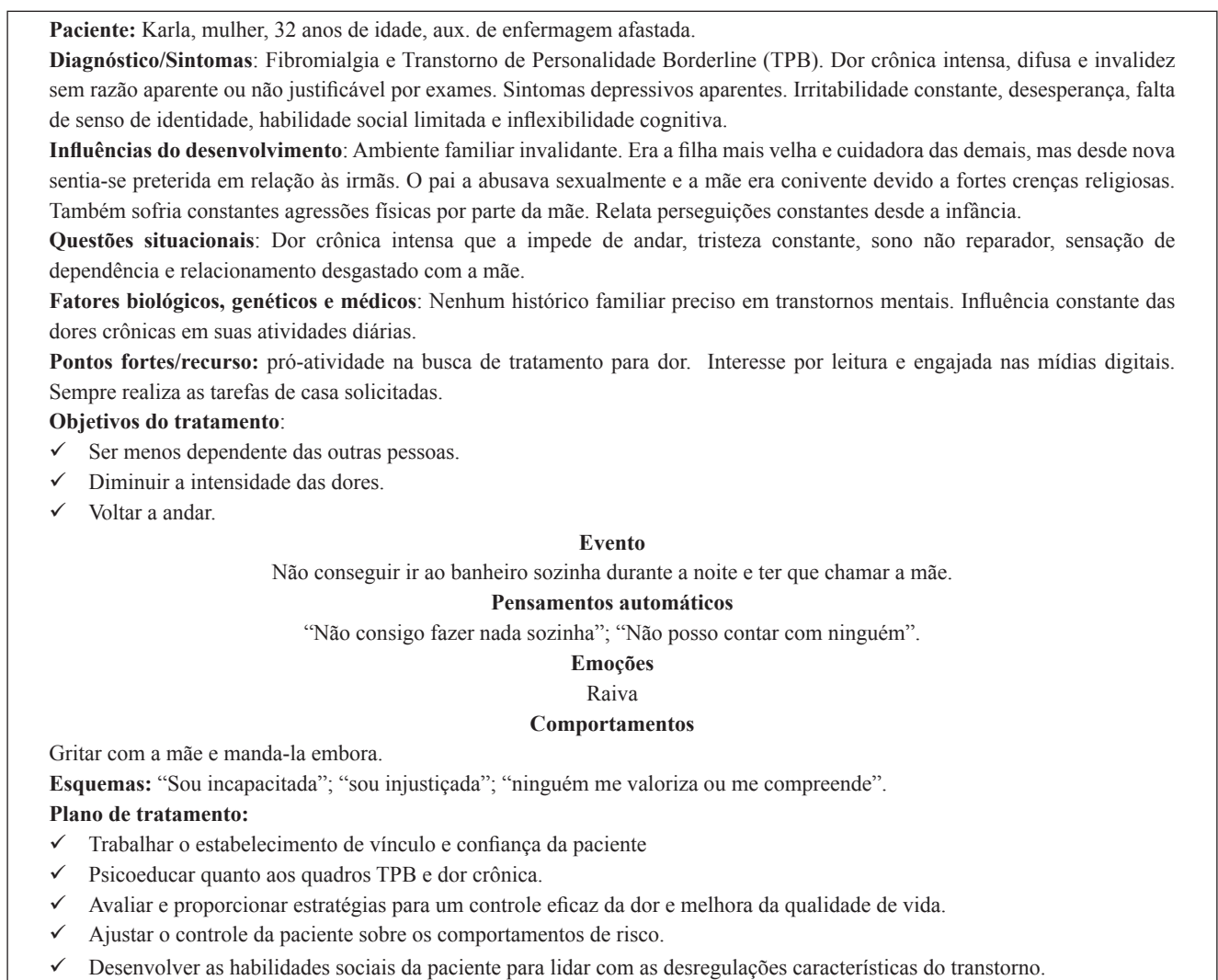


Figura 2. Diagrama de Conceitualização Cognitiva do caso. Modelo proposto por Knapp e Beck (2008)

Apesar de Teixeira, Yeng e Kaziyama (2006, p. 239) assinalarem que a síndrome fibromiálgica denota um quadro de dor que “causa incapacidade significativa”, não se encontram na literatura argumentos que a apontem como responsável pela perda da capacidade de andar. No caso da paciente aqui retratada, o diagnóstico de fibromialgia foi considerado uma realidade pela equipe. No entanto, não houve explicação plausível para sua permanência como cadeirante há nove anos, levantando a hipótese de um transtorno conversivo utilizado como meio de punir aqueles que a circundam, principalmente a mãe.

Dia da semana	Intensidade da dor (EVA)	Houve eventos importantes?	Pensamentos associados à dor	Sentimentos associados à dor	Comportamentos associados à dor
Segunda-feira					
Terça-feira					
Quarta-feira					
Quinta-feira					
Sexta-feira					
Sábado					
Domingo					

Figura 3. Modelo de registro de avaliação semanal da dor utilizado nos atendimentos.

Tendo em vista o sofrimento causado pelas intensas dores sentidas pela paciente, logo de início buscou-se ensinar técnicas de respiração diafragmática e atenção plena, conhecida como *mindfulness*. Tendo em vista que a respiração pode ser uma aliada no processo de relaxamento interno e externo do corpo, e que funciona como um aspecto importante na atenção plena (BURCH, 2011), foi a primeira intervenção terapêutica a ser ensinada para a paciente.

Tendo em vista que as intervenções utilizando *mindfulness* são tão eficazes quanto a TCC no tratamento de dores crônicas (VEEHOF, TROMPETTER, BOHLMMEIJER & SCHREURS, 2016), esta foi escolhida inicialmente. Propiciou que a paciente conhecesse melhor o funcionamento do seu corpo e compreendesse a dor como um mecanismo presente e não controlável, porém manejável em sua totalidade.

Os métodos utilizados para ajudar a paciente quanto ao manejo da dor, no entanto, não obtiveram sucesso, haja vista que ela não realizava as técnicas de relaxamento nem os registros dos níveis diários de dor com regularidade, e sentia dificuldade em relacionar o aumento e a diminuição dos sintomas com as situações vivenciadas durante o dia. Tal falta de engajamento comprometia a efetividade da intervenção psicológica, que não podia trabalhar diretamente os fatos relacionados com a dor, despertando níveis de frustração na equipe e, principalmente, na terapeuta. Além disso, a paciente não conseguia ver a dor como parte de sua vida, e sim como o centro dela. Tal formato de pensamento não gerava espaço para qualquer mudança cognitiva que a desvinculasse desta condição de “sujeito incapaz”.

As frustrações pioraram, no entanto, com as subsequentes tentativas da equipe em psicoeducar Karla quanto ao seu quadro, inclusive por meio de sessões transdisciplinares entre medicina e psicologia. Buscou-se, na ocasião, esclarecer acerca da síndrome fibromiálgica, tirando possíveis dúvidas sobre a doença, o tratamento e o prognóstico. Esta medida, infelizmente, não mudou o fato de a paciente desacreditar e negligenciar o diagnóstico sugerido pela equipe, tornando o tratamento cada vez mais comprometido. Mesmo com a resistência, foi possível, em alguns momentos, indicar leituras e textos para que a paciente conhecesse melhor seu caso.

Na compreensão de Salvetti et al (2012), o papel psicoeducativo característico da abordagem cognitivo-comportamental é responsável por propiciar mais conhecimento ao paciente com dor crônica quanto ao seu quadro, sendo capaz de aliviar seus medos e sintomas ante o adoecimento.

A psicoeducação sobre o transtorno de personalidade *borderline* foi, por várias vezes, negligenciada pela paciente, que desconsiderava, contundentemente, qualquer possibilidade de perturbação psicológica que não fosse a depressão. Esta negligência prejudicou de forma incontestável o andamento do tratamento, tendo em vista a importância da contribuição do paciente para sua melhora.

A terapeuta pôde concluir, diante da pouca eficácia das intervenções iniciais, que apesar de mais disseminada, as intervenções beckianas não se mostraram muito eficazes no caso exposto. Dessa forma, buscou-se uma conceitualização diferente do TPB, o modelo proposto por Linehan (2010), mais focado em habilidades sociais, aceitação e validação de emoções.

4.2 Histórico de estresse precoce e desregulações

Ao investigar a história de vida da paciente mais detalhadamente foi possível compreender os aspectos da vida relacionados a suas crenças de desamor e da sensibilidade a rejeição explicitados na figura 2.

A desregulação comportamental, proposta por Linehan (2010), foi outro ponto suscitado durante as sessões com a paciente. Tal aspecto consiste em um padrão de comportamentos impulsivos e extremos, podendo ser classificados como disfuncionais.

No caso retratado, a paciente exprime comportamentos impulsivos, como o consumo de bebidas alcóolicas e medicamentos simultaneamente, e relacionamentos comprometidos em razão do seu sintoma persecutório e perda de controle. Tais atitudes prejudicaram o funcionamento global de Karla, fazendo com que ela cultivasse pensamentos disfuncionais em relação aos outros, a si e ao mundo. Ainda se citam situações vivenciadas, como os abusos ocorridos na infância, que reforçavam as crenças disfuncionais da paciente de que algo ruim pode acontecer (KNAPP & BECK, 2008).

Em decorrência das situações de descontrole, a paciente relatou o aumento das dores. Afirmou que, para conseguir lidar com a situação, recorria ao consumo de bebidas alcóolicas ou medicações. Relatou ter tentado suicídio por duas vezes por conta de “estresses que só pioraram a situação e as dores”.

Os comportamentos que colocavam em risco a vida e a permanência de Karla na terapia também foram constantemente trabalhados na sessão. A paciente conseguiu cessar a ingesta de misturas de bebidas alcóolicas e dos medicamentos utilizados no tratamento da dor, o que se caracterizou como um avanço na terapia, devidamente reforçado.

Aos comportamentos de ingesta de álcool desenfreada foram incorporados os padrões impulsivos relacionadas às constantes ameaças de suicídio e de automutilação. Nesse campo, pode-se ressaltar a inabilidade inexplicável de andar da paciente. Além disso, coloca-se o perfil parassuicida como comum entre aos pacientes categorizados como *borderlines*.

Apesar das associações encontradas por Ilgen et al (2013) entre dor crônica e tentativas de suicídio, a paciente não chegou a atentar, de maneira direta, contra sua vida. Ela demonstrou atitudes de parassuicídio, que, segundo Linehan (2010), é característico do TPB, pois o paciente não quer, apesar das ameaças constantes, de fato morrer.

Compreendeu-se, dessa forma, que a autossabotagem de Karla foi expressa de maneiras diversas, dificultando um prognóstico favorável. É oportuno mencionar algumas situações, como: o não comparecimento na sessão marcada com o médico psiquiatra; as faltas arbitrárias nas sessões de psicoterapia; o consumo de álcool e medicamentos de forma simultânea; além da recusa do diagnóstico.

De acordo com os preceitos de Linehan (2010), a sensação de vazio, a baixa autoestima e a sensação de pouco conhecer a respeito de si mesmo são comuns ao paciente com TPB e é denominada *disfunção do self*.

As crenças da paciente seguem a hipótese proposta por Pretzer (1990), que coloca três temas como principais nas crenças de pacientes com TPB: “o mundo é perigoso”; “eu sou incapaz e vulnerável” e “sou inaceitável”.

Tais crenças desadaptativas e a rigidez cognitiva parecem ser determinantes na desregulação cognitiva e na construção do senso de identidade de Karla, que parece abalado durante todo o processo. Compreende-se que a paciente se coloca na posição de incapaz de assumir a autonomia de sua vida e como rejeitada por um mundo injusto.

A infância e os abusos vivenciados por Karla parecem refletir de forma significativa na sua forma de ver o mundo e o futuro. Filha mais velha de um total de quatro irmãs, disse sempre ter sido considerada “*maçã podre da família*”. A mãe, evangélica praticante, atuava como auxiliar de enfermagem em um município próximo a Fortaleza e demonstrava comprometimento quanto ao peso e ao quadro hipertensivo. O pai, referido sempre como “*progenitor*” pela paciente, faleceu em decorrência de um câncer de esôfago.

O desenvolvimento psicomotor de Karla transcorreu normalmente. A paciente falou e andou nas idades corretas. Tratando-se dos aspectos sociofamiliares, no entanto, relatou sofrer até hoje com as lembranças do abuso sexual por parte do pai quando tinha 9 anos de idade, com os quais a mãe era negligente devido sua devoção religiosa e abnegação. A paciente afirmou ainda que a mãe costumava surrá-la, constantemente e sem razão aparente, até os 17 anos de idade. Em uma das sessões, chegou a mostrar uma das supostas marcas deixadas em seu corpo decorrente de uma surra de cinto.

Diante desses relatos, afirma-se que a paciente sofreu estresse precoce durante a infância. Tal evento se caracteriza pela ocorrência de experiências traumáticas durante os anos iniciais da vida. Pode ser classificado em cinco subtipos, três tipos de abuso - emocional, físico, sexual – e dois aspectos de negligência – física e emocional (CARR, 2013).

Consoante Sansone et al (2006), há uma correlação entre os abusos sexuais e a prevalência dos quadros de dor crônica. Os autores acentuam, no entanto, que há outros estudos a contradizerem tal evidência, mostrando baixa ou nenhuma correlação entre os fatos.

Neste momento, foram trabalhadas com a paciente as perspectivas de aceitação e diminuição da culpa quanto às experiências traumáticas da infância, com o intuito de diminuir a sua desregulação emocional e o impacto de tais lembranças na vida de Karla.

Como proposto por Linehan (2010), as intervenções iniciais na desregulação emocional foram no sentido de ajudar a paciente a desenvolver habilidades de identificar e rotular as emoções sobre os eventos traumáticos e situações desafiadoras, além de estabelecer a necessidade de mudar seu padrão emocional. Posteriormente, esse exercício de aceitação e tolerância das emoções negativas foi estendido para outros aspectos da vida.

Várias situações a faziam perder o controle, como ser interrompida durante o sono, esperar por atendimento e não dizer o que deseja. Em uma das sessões, a paciente chegou a gritar com a estagiária e bater na mesa do consultório quando confrontada a respeito de suas relações familiares. Demonstrou insatisfação, mas foi repreendida pela terapeuta e informada das regras e limites da relação terapêutica.

Outro ponto importante trabalhado nas sessões subsequentes foram as desregulações interpessoais e mania de perseguição. Esta última também característica do quadro de TPB, como aponta a *Classificação Internacional de Doenças - CID 10*.

Com suporte no discurso de Karla, era sensível a sua instabilidade emocional e a tangível dificuldade de regulação das relações interpessoais. A paciente tinha um gênio indomável, ressaltando sempre que não aceitava ser contrariada e que era capaz de “matar sorrindo”.

A paciente revelou ter tido um relacionamento duradouro e que chegou a morar com este homem e seus dois filhos. Disse, porém, ter desistido da relação quando desconfiou que o seu companheiro pudesse estar tendo um caso com sua irmã. No entanto, Karla não soube precisar as evidências que apontavam para a possibilidade de estar sendo duplamente traída.

Apesar do sentimento de solidão e da desconfiança que a paciente acentuava carregar desde sempre, o incômodo maior era consequência das “sensações de perseguição” constante, que tiveram início na infância e perduraram ao longo de toda a vida. Acentuou que este termo se encaixa perfeitamente com o que sente e que o teor de seus pesadelos sempre está relacionado a essa temática, impedindo-a de “levar uma vida sossegada”.

Nesta fase da terapia, relatou que os sintomas de perseguição tiveram início logo na infância com os meninos do bairro. Afirmou que a sensação de inadequação se repetia com o tratamento recebido pela babá e pela professora do primário. Na vida adulta, disse que as colegas de curso de enfermagem, bem com as do trabalho, sempre queriam seu mal.

A melhora das relações sociais foi trabalhada por meio das habilidades sociais, mas as faltas frequentes da paciente às sessões comprometiam a lógica das intervenções e dificultavam sua manutenção. Tal motivo era associado à dificuldade de situar as habilidades treinadas no *setting* terapêutico em prática no cotidiano.

As emoções de Karla também foram validadas pela terapeuta no decorrer do tratamento, porém, a paciente recuava no processo todas as vezes que era levemente confrontada, principalmente quanto à “completa incapacidade” que ela referia.

Intervenções relacionadas aos sintomas persecutórios fizeram com que a paciente ameaçasse abandonar o tratamento pela primeira vez, alegando fortes dores no corpo todo. Ela confirmou que falar de tal assunto, mesmo com o intuito de validar suas emoções, incitava pesadelos durante a noite, que provocavam o aumento significativo da dor. Foi nesse período que fez relações consistentes entre os níveis de dor e as questões emocionais.

Karla chegou a abandonar o tratamento por mais duas vezes. A primeira, quando a equipe deu parecer contrário à realização da cirurgia bariátrica; e a segunda, no momento em que foi pedido que ela convidasse a mãe para o atendimento. Percebeu-se, entretanto, que sua falta de assiduidade não permitiu, em nenhum dos retornos, que temáticas relevantes fossem amplamente abordadas.

No segundo retorno, foi percebido que as queixas da paciente não mais focalizavam nas dores corporais, tanto ressaltadas inicialmente, mas sim nas relações interpessoais. Mesmo assim, Karla permanecia andando de cadeiras de rodas, dizendo-se incapacitada, sustentando-se em suas dores no ambiente familiar para conseguir a atenção dos que a cercavam, como a mãe e o vizinho de sua estima.

A paciente retratou, posteriormente, o fato de que um dos fatores que influenciaram para que ela deixasse o tratamento foi o medo de ser abandonada pela terapeuta. Karla alegou sentir receio de que a estagiária se formasse e fosse embora sem dar satisfações, deixando-a, assim como outros psicólogos já fizeram. Nesse momento, a angústia da paciente foi acolhida e trabalhada, explicando não haver possibilidade de desligamento de nenhum estagiário do serviço sem aviso prévio.

Ressalta-se, com efeito, que um dos pontos positivos do processo foi a mudança da visão que a paciente exprimia sobre a Psicologia. Em sua última sessão, ela assinalou que “todos precisam de auxílio psicólogo, principalmente crianças abusadas”, contradizendo o que havia afirmado nas sessões iniciais. Além disso, a paciente demonstrou ter consciência de que suas dores são perpassadas pelas suas reações emocionais e que a formação de vínculo foi relevante para o processo terapêutico, pois ser escutada por alguém a levava a se achar melhor.

As dores foram utilizadas como plano de fuga para o abandono do tratamento pela segunda vez, pois a paciente alegava não poder mais comparecer às sessões por “não conseguir levantar da cama”. Tal atitude de descompromisso obrigou a equipe a encerrar os acompanhamentos, pois não houve mais meios de engajá-la no tratamento.

5 Considerações finais

Com suporte no caso relato, observou-se a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental com foco na dialética em casos de transtorno de personalidade *borderline*, como o de Karla. Assinala-se, entretanto, que apesar das exaustivas tentativas da equipe de saúde em situar a paciente como agente ativo em seu tratamento, a sua baixa adesão à terapêutica médica e à intervenção psicoterápica trouxe comprometimento ao quadro e sua evolução.

Malgrado as diversas críticas ao sistema público de saúde, em que se alega a escassa possibilidade de tratamento multidisciplinar, observou-se, neste caso, a tentativa exaustiva da equipe em comprometer o maior número de profissionais no processo de avaliação do quadro de Karla. A paciente, no entanto, se mostrou inflexível, utilizando sempre suas dores como bengala para manutenção do lugar de vítima, ocupado nos mais diversos setores de sua vida. A autossabotagem constitui a marca registrada de Karla.

O comportamento disfuncional da paciente estudada pode ser explicado pela sua estrutura familiar e pelo ambiente invalidante característico de sua infância. As situações traumáticas vivenciadas durante a infância podem representar grande contribuição para o surgimento dos quadros de transtorno de personalidade *borderline* e dor crônica, como no caso exposto.

Observou-se, com amparo dos dados explicitados, como o transtorno de personalidade *borderline* pode frustrar, de forma significativa, aqueles que tratam do paciente e a família envolvida nos cuidados. No caso relatado, identificou-se claramente as desregulações sofridas pela paciente e as tentativas de manipulação da terapeuta, além das exaustivas tentativas da equipe em promover engajamento de Karla.

Considera-se, então, que o caso sob relato pode servir de auxílio aos profissionais de saúde que lidam com TPB e dor crônica, demonstrando os impasses vivenciados na clínica e as limitações quanto à intervenção dos profissionais que compõem a equipe. Mostra-se que a adesão do paciente se faz imprescindível para o sucesso do tratamento.

Por fim, observou-se que a TCD se apresenta como uma abordagem flexível, que atende aos padrões de cada indivíduo e de cada queixa individualmente. Neste estudo, ainda se mostrou a impossibilidade de definir padrões de tempo para tratamentos dessa magnitude, e a importância do empirismo colaborativo por parte do paciente e da terapeuta.

6 Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. São Paulo: Artmed Editora, 2014.
- ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. S. L. C. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, 2012.
- BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- BURCH, V. *Viva bem com a dor e a doença: método da atenção plena*. São Paulo: Sommus, 2011.
- CARR, C. P. et al. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 201, n. 12, p.1007-1020, 2013.
- CLARKIN, J. F. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, v. 164, p. 922–928, 2007.
- CROWELL, S. E.; BEAUCHAINE, T. P.; LINEHAN, M. M. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, v. 135, n. 3, p. 495-510, 2009.
- FERTUCK, E. A.; KARAN, E.; STANLEY, B. The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, v. 3, n. 2, 2016.
- HASENBRING, M.; HALLNER, D.; KLASSEN, B. [Psychological mechanisms in the transition from acute to chronic pain: over- or underrated?]. *Schmerz*, Berlin, v. 15, n. 6, p. 442-447, 2001.
- KALIRA, V.; TREISMAN, G. J.; CLARK, M. R. Borderline personality disorder and chronic pain: a practical approach to evaluation and treatment. *Current pain and headache reports*, v. 17, n. 8, p.1-8, 2013.
- KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, v. 30, supl 2, p. 54-64, out. 2008.
- KREITMAN, N. *Parasuicide*. Chichester: Wiley, 1997.
- LEICHSENDRING, F. et al. Borderline personality disorder. *The Lancet*, v. 377, n. 9759, p. 74-84, 2011.

- LIEB, K. et al. Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, v. 364, n. 9432, p. 453 – 461, 2004.
- 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.
- LINEHAN, M. *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2010a.
- _____. *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2010b.
- MARQUES, A. P.; ASSUMPÇÃO, A.; MATSUTANI, L. A. *Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2015.
- MARTÍN-BLANCO, A. et al. The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, v. 266, n. 4, p. 307-316, jun. 2016.
- _____. et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, v. 55, n. 2, p. 311-318, 2014.
- MAY, J. M.; RICHARDI, T. M.; BARTH, K. S. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, v. 6, n. 2, p. 62-67, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10 Classificação Internacional de Doenças: décima revisão*. 5.ed. São Paulo: Edusp, 2002. 1 v.
- PARIS, J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *Journal of Personality Disorders*, v. 23, n. 5, p. 433-446, 2009.
- PRETZER, J. Borderline personality disorder. In: BECK, A. T.; FREEMAN, A. (Eds.). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990. p. 175-207.
- SADOCK, B; SADOCK, V. *Manual de Psiquiatria Clínica: referência rápida*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- SANSONE, R. A. et al. Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood. *Psychosomatics*, v.47, p.158–162, 2006.
- SANSONE, R. A.; SINCLAIR, J. D.; WIEDERMAN, M. W. Borderline personality among outpatients seen by a pain management specialist. *Int J Psychiatry Med.*, v. 39, p. 341–344, 2009.
- SILVA, J. A. D.; RIBEIRO-FILHO, N. P. *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática*. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.
- VEEHOF, M. M. et al. Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive behaviour therapy*, v. 45, n.1, p. 5-31, 2016.

Data de submissão: 08/03/2107

Data do Aceite: 15/10/2017