

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

MONIQUE SANTOS PIMENTEL

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE DISCUTIDO SOB
DIFERENTES PERSPECTIVAS TEÓRICAS**

Porto Alegre

2022

MONIQUE SANTOS PIMENTEL

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE DISCUTIDO SOB
DIFERENTES PERSPECTIVAS TEÓRICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia - Habilitação Psicóloga - do
Instituto Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial à obtenção do grau.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Ruschel Bandeira.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Liege Barbieri.

Porto Alegre

2022

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) caracteriza-se por um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, de autoimagem, dos afetos e impulsividade acentuada. Sendo assim, trata-se de um transtorno complexo, que por uma impulsividade acentuada, pode acarretar desafios no desenvolvimento e implementação de intervenções terapêuticas específicas para essa condição. É crescente o número de estudos a respeito de diferentes abordagens do Transtorno de Personalidade Borderline e propostas de intervenção, uma vez que é evidente a grande prevalência de pacientes com esse diagnóstico. Nessa direção, objetivou-se neste trabalho explorar as diversas correntes teóricas que estudaram o transtorno e algumas questões respectivas às suas propostas de tratamento. Diante disso, será realizada uma revisão narrativa de literatura de acordo com a linha temporal do surgimento das abordagens teóricas e tipos de intervenção, buscando as principais obras e artigos a respeito de cada uma delas.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Psicopatologia; Transtorno de Personalidade; Psicanálise, Terapia Cognitivo-Comportamental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	5
1.2 O TRANSTORNO BORDERLINE	7
1.3 O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE PELA PERSPECTIVA DO DSM 5	9
1.4 ETIOLOGIA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	12
1.5 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO	15
2 DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS E PRÁTICAS	17
2.1 O VIÉS PSICANALÍTICO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	17
2.1.1 Abordagens técnicas do viés psicanalítico para o Transtorno de Personalidade Borderline	20
2.1.2 Especificidades dentro do viés psicanalítico	23
2.1.2.1 Psicoterapia psicodinâmica e a terapia focada na transferência	23
2.1.2.2 Terapia da mentalização	25
2.1.2.3 Psicoterapia breve individual	25
2.2 O VIÉS COGNITIVO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	26
2.2.1 A técnica proposta em TCC para indivíduos Borderline	27
2.2.2 A terapia do esquema	29
2.2.3 A terapia comportamental dialética	31
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos da década de 2010 pesquisas já indicavam interesse crescente no Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), fenômeno que pode ser explicado, em linhas gerais, pelo aumento significativo de pacientes com o transtorno buscando atendimento nos serviços de saúde e, também, por conta da dificuldade que os profissionais encontram em realizar os tratamentos preconizados nas diferentes modalidades de terapia. Somado a isso, cabe destacar que o conceito formal que nomeia e caracteriza o TPB é relativamente novo no campo da psicopatologia. Ainda que o conjunto específico de traços que estabelece o diagnóstico de TPB fosse reconhecido anteriormente por outros vieses psicológicos, o conceito atual sobre o transtorno aparece pela primeira vez em 1980 no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais III (DSM). Nesse sentido, o interesse atual pelo TPB resulta, em grande medida, de seu recente “status oficial”, da estabilização — ainda que relativa — de sua caracterização enquanto psicopatologia. Destaca-se que a nomenclatura oficial em uso, bem como os critérios diagnósticos atuais foram estabelecidos por meio de muitos embates e disputas entre diversas correntes teóricas e técnicas, envolvendo concessões políticas e atenção a dados empíricos (LINEHAN, 2010).

Outro aspecto relevante acerca do Transtorno de Personalidade Borderline é sua peculiaridade em relação aos demais transtornos de personalidade. O TPB ocupa papel de destaque nas discussões teóricas e técnicas devido a sua complexidade, heterogeneidade e dificuldade de tratamento, sendo considerado o mais grave ou o mais problemático dos transtornos de personalidade, ao lado do transtorno antissocial. Pacientes com TPB enfrentam problemas severos e sofrimento intenso. A instabilidade que estes indivíduos comumente apresentam desestabiliza a vida familiar, social, profissional e a própria identidade do sujeito (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

Nesse sentido, essa condição clínica leva a uma vida marcada por intenso sofrimento, instabilidade e volatilidade, características que permeiam desde os círculos mais íntimos desses pacientes até o relacionamento terapêutico. Tais pontos geram desafios significativos para o estudo e manejo do TPB. Diante disso, pode-se dizer que o Transtorno de Personalidade Borderline tem sido estigmatizado por conta das dificuldades que os pacientes apresentam no âmbito social e

individual e que atravessam a relação entre o profissional de saúde e o paciente. Assim, ao longo dos anos, formas específicas de entender e tratar essa condição foram surgindo e sendo aprimoradas.

1.1 HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

A delimitação do transtorno é recente, apesar de discussões relativas a quadros ditos “limítrofes” já existirem anteriormente, nos quais os sintomas relacionados se estendem desde o espectro neurótico, passando pelos distúrbios de personalidade, até o espectro psicótico. A necessidade de se criar categorias diagnósticas para distúrbios mentais graves, mas que não apresentam os sintomas geralmente associados a “loucura”, não é nova na tradição psicopatológica. Desde o período de alienistas como Philippe Chaslin já se pensava em um estado fronteiro entre a loucura e ansiedade tal qual a chamada “borderland of insanity” sugerida por ele nos anos 1800. Posteriormente, Karl Ludwig Kahlbaum e Ewald Hecker criaram o conceito de hebefrenia, uma espécie de alienação juvenil com alterações na esfera das relações sociais e de personalidade, delineando uma categoria semelhante ao que hoje se configura como transtorno borderline (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

Em 1911, Eugen Bleuler trouxe em seus trabalhos sobre esquizofrenia novas contribuições sobre o tema, apontando para um grupo de pacientes que, apesar de apresentarem comportamento social convencional, trariam elementos da esquizofrenia, o que Bleuler chamou de “esquizofrenia latente”. Dessa forma, os teóricos começavam a reconhecer elementos psicóticos presentes nessa condição. Décadas depois, Adolph Stern publicou o artigo intitulado “Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses” - introduzindo um debate sobre situações clínicas sobre pacientes com comportamentos extremamente instáveis e sem desenvolverem um quadro psicótico de fato (DALGARRONDO; VILELA, 1999). Neste trabalho, Stern utilizou o termo *borderline* pela primeira vez e inaugurou as bases do pensamento psicanalítico a respeito deste quadro clínico.

Stern descreve os dez sintomas fundamentais do quadro, buscando situá-los sob uma visão psicanalítica: narcisismo; sangramento psíquico (colapso das capacidades de reação do indivíduo); hipersensibilidade desordenada; rigidez

psíquica; tendência a reações terapêuticas negativas; sentimentos de inferioridade; masoquismo; ansiedade; uso de mecanismos de projeção e dificuldades para testar a realidade. Stern postulou a precária constituição narcísica dos sujeitos borderline como etiologia fundamental do quadro, conduzindo a uma postura de extrema dependência e de necessidade de proteção. Ainda, Stern discutiu o fato da constituição psicopatológica desses pacientes propiciar reações terapêuticas negativas e frequentes mudanças de atitude em relação ao seu tratamento. Nesse sentido, percebe-se que já se discutia nessa época as dificuldades e peculiaridades do tratamento desses sujeitos (PEREIRA, 1999).

O conceito atual sobre o diagnóstico do paciente borderline foi formulado em 1980 pelo DSM-III, deixando de ser uma aceção vaga entre estados intermediários de neurose e psicose para ser um distúrbio específico de personalidade. Essa noção presente tanto no DSM, quanto no manual Código Internacional de Doenças (CID) (onde é denominado Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável), tem suas concepções de “transtorno borderline” fortemente marcadas pelas ideias do psicanalista Otto Kernberg, um dos teóricos mais importantes desse campo, sobretudo por introduzir o conceito de “organização borderline de personalidade” (HEGENBERG, 2009). Em um artigo de 1967, Kernberg descreve a organização borderline como uma estrutura psicopatológica específica, dentro da qual estaria presente o transtorno de personalidade borderline, inaugurando uma nova forma de pensar a respeito dessa condição (DALGARRONDO; VILELA, 1999).

Na linha das definições de Kernberg, o termo borderline deveria se referir a indivíduos com uma organização estrutural da personalidade que seria caracterizada por uma conformação específica de operações defensivas do ego, pela internalização das relações de objeto e por achados genético-dinâmicos característicos. Kernberg descreve elementos diagnósticos fundamentais desse quadro, destaca-se: a presença de uma ansiedade crônica e difusa; sintomas neuróticos múltiplos e persistentes; tendências sexuais perversas; componentes paranoides, esquizóides e maníacos de personalidade e caráter impulsivo e caótico. O autor também destacou a labilidade emocional, as necessidades exibicionistas e de dependência e os sentimentos crônicos de vazio (PEREIRA, 1999).

Dessa forma, é possível apontar nas contribuições de Otto Kernberg, bem como naquelas de autores anteriores, aspectos do que se tornaria o conceito de Transtorno de Personalidade mais utilizado atualmente, sobretudo em manuais

médicos. Nessa direção, entende-se que a concepção geral adotada por manuais médicos como o DSM e o CID permite uma linguagem comum, fundamental para pesquisa e para se saber de qual paciente se fala. Essa descrição feita pelos manuais permite uma designação universal e informações a respeito do transtorno, essenciais no desenvolvimento de estratégias de intervenção (HEGENBERG, 2009).

Por fim, a despeito das discussões históricas acerca dessa condição, o sujeito borderline não é um histérico, nem neurótico e há diferenças no modo de se lidar com a neurose e com o TPB. O borderline também não é um psicótico nem está no limite entre a neurose e a psicose. Trata-se de um quadro clínico específico, com suas características próprias (HEGENBERG, 2009). Tendo em vista a complexidade dos conhecimentos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline, suas particularidades serão descritas a seguir.

1.2 O TRANSTORNO BORDERLINE

Em algum momento da vida é comum que as pessoas apresentem tristeza, raiva incontrolável, impulsividade, desespero, ciúmes, instabilidade de humor, medo de ser rejeitado, apego afetivo, insatisfação pessoal ou descontrole emocional, gerando muitas vezes prejuízos para elas mesmas e/ou para as pessoas ao que estão ao seu redor. No entanto, se essas emoções e comportamentos disfuncionais apresentarem-se frequentemente, de forma intensa, pode-se estar diante de um quadro complexo, confuso e desorganizado, denominado transtorno de personalidade borderline (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

A palavra em inglês “borderline” significa fronteira ou linha que compõe a margem, um limite. O “posicionamento” do Transtorno de Personalidade Borderline, entre os campos da neurose e da psicose (e frequentemente com atuações do tipo psicopático) inspirou a designação de “fronteira” (SCHERER; HUTZ, 2016). A organização atualmente conhecida como borderline caracteriza-se essencialmente como um transtorno de personalidade com atuações que em muitos fatores assemelham-se às psicoses, mas que conservam ainda um grau de integração da personalidade e de contato com a realidade.

Apesar dessa relativa integração da personalidade e conexão com a realidade, o Transtorno de Personalidade Borderline é fundamentalmente caracterizado pela volubilidade psíquica em nível pessoal e interpessoal, bem como

desregulação comportamental, emocional e cognitiva. Estudos recentes caracterizam este transtorno como a instabilidade em todos os aspectos do funcionamento da pessoa, incluindo os relacionamentos, a autoimagem, o afeto e o comportamento. Esses indivíduos, em sua grande maioria, apresentam explosões de fúria com crises intensas que levam geralmente a comportamentos extremistas, configurando uma característica bem peculiar e dando jus à designação “na borda da linha”, ou seja, sempre vivenciando o exagerado, a instabilidade e o extremo (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005).

As características desse transtorno podem ser organizadas em cinco domínios, os quais são marcados por diferentes tipos de desregulação. O primeiro domínio diz respeito a desregulação e instabilidade emocional, onde os indivíduos têm respostas emocionais reativas, depressão episódica, ansiedade e irritabilidade. O segundo aborda a desregulação comportamental, evidenciado por comportamento impulsivo extremo e problemático, com tendência a direcionar comportamentos destrutivos a si mesmo. O terceiro seria a desregulação cognitiva que indivíduos com TPB às vezes experimentam, com formas breves e não-psicóticas de desregulação sensorial e do pensamento, como despersonalização, dissociação e delírios causados por situações estressantes. O quarto domínio se refere à desregulação do sentido de *self* que também é comum, sendo relatado por pacientes como uma falta de sentido a respeito de si mesmos, sentem-se vazios e não sabem quem são. Por fim, esses indivíduos muitas vezes têm desregulação interpessoal, de forma que seus relacionamentos podem ser caóticos, intensos e marcados por dificuldades. Apesar dessas relações serem conflituosas, considera-se que essas pessoas costumam ter muita dificuldade de se distanciar delas (LINEHAN, 2010).

Nessa direção, indivíduos com esse transtorno podem viver em uma luta para evitar perda ou abandono, seja este real ou imaginário. A mera possibilidade faz com que o sujeito sofra profundas alterações em diversos níveis de sua cognição. Frente a frustrações ocasionadas pelo ambiente, como uma mudança de planos ou uma separação real de curta duração, ocorrem reações intensas de medo, raiva desmedida, desespero e julgamentos inadequados sobre as pessoas próximas, cujo sentimento em relação a elas oscila dicotomicamente entre ótimas e péssimas. Essa oscilação emocional pode gerar expectativas irrealizáveis com amigos, parceiros, médicos e terapeutas (APA, 2014).

Ainda que esses pacientes estejam em relacionamentos estáveis, esses tendem a ser menos satisfatórios, mais hostis, com vínculo inseguro e marcados por comunicações passivas e agressivas. Há nesses indivíduos uma baixa capacidade de adaptação ao estresse e do próprio controle em relação ao relacionamento com os outros por dificuldade de compreensão. A fragilidade dos mecanismos mentais os torna mais dependentes, com instabilidade afetiva, impulsivos, com identidade difusa, suscetíveis a experiências dissociativas e a um profundo sentimento de dor interior. Essas dificuldades podem resultar em incapacidade de manter limites apropriados nas relações, ideação e tentativas de suicídio (APA, 2014).

Notadamente os pacientes borderline quase sempre estão vivenciando crises, já que as oscilações de humor e instabilidade generalizada são comuns. Eles podem mostrar-se briguentos num momento, deprimidos em outro ou, ainda, queixarem-se de não sentirem coisa alguma em outro momento. Podem ocorrer, também, episódios psicóticos breves e delimitados, incluindo automutilações que possuem traduzem uma forma de tentar conquistar ajuda ou manejar angústias. Logo, esse transtorno possui uma configuração intensa de funcionamento, o que implica em uma ampla e complexa descrição nosológica que se faz presente nos principais manuais diagnósticos utilizados para orientação clínica, como o atual DSM 5 (PASINI; DAMETTO, 2010).

1.3 O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE PELA PERSPECTIVA DO DSM 5

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (APA, 2014), um transtorno de personalidade é um persistente padrão de comportamento e de vivência que não condiz com o que é esperado pela cultura na qual o sujeito está inserido. É um padrão difuso e inflexível que começa na adolescência ou início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva ao sofrimento ou prejuízo do indivíduo que o vivencia e aos sujeitos próximos. Nesse sentido, o DSM 5 caracteriza o Transtorno de Personalidade Borderline por um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada. Segundo o manual, os transtornos de personalidade estão divididos em três grupos, baseado em suas semelhanças descritivas. O TPB faz parte do Grupo B, dividindo espaço com os transtornos da personalidade

antissocial, histriônica e narcisista. Os indivíduos diagnosticados com transtornos do Grupo B costumam apresentar-se de modo dramático, emotivo ou errático (APA, 2014).

Pacientes com transtorno de personalidade borderline são muito sensíveis a condições ambientais e fazem grandes esforços na tentativa de evitarem um abandono real ou imaginário. A percepção da possibilidade de perdas gera alterações drásticas de comportamento. Precisam do outro para se perceber, o que leva a um sentimento crônico de vazio. A percepção de separação, rejeição ou perda de estrutura externa incita uma profunda desorganização do sujeito, podendo levar a mudanças na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento que irão refletir em seus relacionamentos (APA, 2014).

Dessa forma, são sujeitos que apresentam um padrão instável e intenso na sua maneira de relacionar, idealizando suas relações nos primeiros contatos e oscilando para um extremo de desvalorização dos mesmos. Esse padrão de comportamento acaba por gerar desilusão e conflito com as pessoas com as quais se relacionam, podendo gerar ideação paranóide. Além disso, há uma perturbação na identidade na qual esses indivíduos são instáveis na percepção de si, com mudanças súbitas na autoimagem, metas, valores e aspirações (APA, 2014).

Outro fator característico é a instabilidade afetiva em indivíduos com o transtorno, com reatividade do humor. Este pode ser composto por períodos de raiva, pânico ou desespero e é dificilmente aliviado por períodos de bem-estar e satisfação. Se faz necessário destacar que estas oscilações de humor são, em sua maioria, relacionadas a conflitos nos relacionamentos interpessoais. Também é característica a impulsividade em pelo menos duas áreas da vida, expressas por intensa destrutividade, como, por exemplo, gastar dinheiro de forma excessiva e irresponsável, apostar, abusar de substâncias e envolver-se em sexo desprotegido. É frequente, por parte dos pacientes com esse transtorno, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação, ocorrendo suicídio em 8 a 10% dos casos, sendo a ideação suicida e automutilação mais recorrentes. A trajetória do transtorno se apresenta variável, sendo mais comum o surgimento de uma instabilidade crônica no início da vida adulta, com episódios de descontrole afetivo e impulsivo, com tendência a alguma estabilização de sintomas na faixa etária dos 30 e 40 anos (APA, 2014).

Em relação ao seu diagnóstico, o DSM 5 (APA, 2014) estabelece os seguintes critérios para Transtorno de Personalidade Borderline, sendo que é preciso que pelo menos cinco destes sejam identificados:

- Esforço para evitar abandono real ou imaginário;
- Padrão de relacionamentos instável e intenso;
- Perturbação na identidade;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas destrutivas;
- Recorrência de gestos ou ameaças suicidas e comportamento automutilantes;
- Instabilidade afetiva;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva intensa e inapropriada;
- Ideação paranóide transitória.

É importante destacar que a apresentação do diagnóstico de TPB, bem como os demais transtornos de personalidade no DSM 5, está colocada em duas seções diferentes do manual, a seção II e a seção III. Na seção II, a qual corresponde à versão oficial do manual, os critérios diagnósticos previstos para o TPB permanecem os mesmos da sua edição anterior. Entretanto, a seção III introduz uma revisão baseada em uma avaliação dimensional dos transtornos de personalidade, diferentemente da visão categórica apresentada na primeira seção.

Nessa nova abordagem, ainda em estudo pelo grupo de trabalho dos TP do DSM 5, existiriam cinco domínios gerais de traços da personalidade: afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicotismo. Esses cinco domínios foram inspirados na teoria dos cinco grandes fatores da personalidade, cuja validade é demonstrada por uma ampla gama de estudos. Dentro desses cinco domínios gerais estariam agrupados 25 traços específicos: afetividade negativa - labilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, submissão, hostilidade, perseverança, depressividade, desconfiança e afetividade restrita; distanciamento - isolamento, evitação de intimidade, anedonia, depressividade, afetividade restrita e desconfiança; antagonismo - manipulação, enganador, grandiosidade, busca de atenção e insensibilidade; desinibição - irresponsabilidade, impulsividade, distratibilidade, assumir riscos e falta de perfeccionismo rígido; psicotismo - pensamentos e experiências não habituais, excentricidade e desregulação cognitiva e perceptual (APA, 2014).

Esse novo sistema implica em uma perspectiva diferente de avaliação dos transtornos de personalidade, onde leva-se em conta o funcionamento da personalidade dos pacientes. Para medir o nível de funcionamento, foi desenvolvida uma escala, denominada Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (em inglês *Level of Personality Functioning Scale* (LPFS)), que diferencia cinco níveis do transtorno conforme o comprometimento do paciente. Dessa forma, os critérios diagnósticos para TPB ficariam agrupados da seguinte maneira: (A) possuir moderado ou grave comprometimento do funcionamento da personalidade caracterizado pela dificuldade em duas ou mais das quatro áreas seguintes: identidade; auto-orientação; empatia; intimidade. (B) possuir quatro ou mais dos sete traços de personalidade patológicos, sendo que pelo menos um deles deve ser impulsividade, assumir riscos ou hostilidade (APA, 2014).

Há de se destacar que o Transtorno de Personalidade Borderline é uma condição que traz muito sofrimento para as pessoas. Estima-se que 10% das pessoas que buscam atendimento em saúde mental apresentam o transtorno (APA, 2014). O impacto social desse transtorno é muito grande; mesmo recebendo medicamentos e tratamento psicossocial, os pacientes na maioria dos casos continuam com graves desajustes no trabalho, nas relações sociais, na satisfação global e no funcionamento geral. Ainda, estudos recentes apontam que o TPB é um problema que afeta entre 1,6% da população em geral (HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020), sendo que estudos não clínicos realizados nos EUA relataram a prevalência ao longo da vida em 5,9% dos casos, enquanto outros estudos em ambientes clínicos expuseram a presença do TPB para pacientes urbanos de cuidados primários, pacientes psiquiátricos ambulatoriais e pacientes psiquiátricos internados, respectivamente em 6,4%, 9,3% e 20% dos casos (APA, 2014).

1.4 ETIOLOGIA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Ainda que se entenda a importância clínica desta patologia, as bases etiológicas não são bem definidas. A maioria das teorias sugerem uma etiologia multifatorial resultante da combinação de fatores psicossociais, neurobiológicos e epigenéticos. Situações traumáticas e estressoras podem resultar na manifestação do TPB - em especial, quando ocorrem na infância e adolescência – podendo estar associados à prevalência do Transtorno de Personalidade Borderline ao longo da

vida. Achados em neuroimagem relatam alterações anatômicas e funcionais na biologia neurológica, como disfunções da amígdala, nos neurotransmissores serotoninérgicos, gabaérgicos, dopaminérgicos e em neurotrofinas. Além disso, outros estudos encontraram fatores genéticos no surgimento do transtorno, assim como a possível hereditariedade da psicopatologia (HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020).

Em relação a fatores psicossociais, estudos apontam que pacientes borderline apresentam maiores índices de adversidades durante a infância quando comparados com pacientes que possuem outros transtornos psiquiátricos de Eixo I e II (FERREIRA, 2019). Esses fatores adversos podem ser entendidos como ambiente traumático, envolvendo separações precoces prolongadas, negligência física e emocional, abuso físico, emocional e sexual, desarmonia emocional na família, insensibilidade às necessidades e aos sentimentos das crianças, trauma de graus variáveis, entre outros (CRAWFORD *et al.*, 2009 *apud* FERREIRA, 2019). Ainda, o trauma na infância é considerado o principal fator ambiental envolvido no TPB (MARTIN-BLANCO *et al.*, 2014 *apud* FERREIRA, 2019). Além disso, há uma tendência dos indivíduos TPB com histórico de maus-tratos nos anos iniciais da vida de manifestarem automutilação, sintomas dissociativos, distúrbios emocionais, psicose e angústia global de maneira mais grave comparado com aqueles que não o sofreram (HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020).

Nessa direção, pesquisadores realizaram um estudo transversal para investigar a sintomatologia pós-traumática e o histórico de trauma na infância em sujeitos com TPB, no qual foi constatado que os pacientes com o diagnóstico de TPB apresentam diversos sintomas de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), como dificuldade de concentração, lembranças intrusas, tensão ao lembrar e evitação de lembranças (CONCEIÇÃO *et al.*, 2015). Ainda, alguns estudos apontam para um índice de comorbidade entre TEPT e TPB que pode chegar a 58% e que os sintomas de ambos os transtornos podem ser similares em algum grau (LEWIS; GRENYER, 2009 *apud* FERREIRA, 2019). Além da alta comorbidade com TEPT, estudos apontam que TPB apresenta altos índices de coocorrência com outros transtornos do Eixo I (48 a 54% dos pacientes) como transtorno do pânico e fobia social. Além disso, 61% tinham transtorno depressivo maior, 41% distímia e 28% sofriam de transtorno de alimentação sem outra especificação (CONCEIÇÃO *et al.*, 2015).

Ademais, pesquisas apontam que os diferentes traços de personalidade influenciam em como as pessoas reagem a situações de abuso e/ou negligência e isso interfere na evolução do transtorno, uma vez que a sensibilidade temperamental – níveis aumentados de emocionalidade e impulsividade – colaboram para o surgimento da psicopatologia (LAPORTE *et al.*, 2011 *apud* HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020). Outro fator de influência se concentra nos relacionamentos parentais, em especial, nos disfuncionais. Ao utilizar Parental Bonding Instrument para analisar esse tipo de relação, constata-se atitudes maternas perturbadas, falhas paternas e, em grande maioria, falha biparental, entre pais e filhos com TPB (LAPORTE *et al.*, 2011 *apud* HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020).

Observou-se que 14,9% das crianças abusadas/negligenciadas identificadas com TPB na fase adulta possuíam pais com Transtorno por uso de substâncias, Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Estresse Pós-traumático (MARTIN-BLANCO *et al.*, 2014 *apud* FERREIRA, 2019). Corroborar-se, portanto, que apenas a exposição a fatores de risco psicossociais não implica no surgimento do transtorno, isto posto, faz-se necessária uma combinação de predisposições orgânicas e estressores para a etiologia do TPB (LAPORTE *et al.*, 2011 *apud* HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020); há, ainda, uma influência do trauma infantil na patogênese e na expressão da sintomatologia do transtorno.

Além dos fatores psicossociais, é possível compreender a manifestação do TPB, desde o desenvolvimento à sua permanência, por diversos fatores neurobiológicos. Entretanto, mesmo com os avanços técnicos e tecnológicos, os estudos mostram resultados heterogêneos, incluindo conclusões ambíguas e até mesmo contraditórias. As principais investigações podem se basear em alterações neuroendócrinas – sistema serotoninérgico e eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenérgico –, alterações morfofuncionais, em especial na amígdala, no córtex cingulado anterior, no córtex pré-frontal dorsolateral e no córtex orbitofrontal, e na distribuição de substância cinzenta e substância branca (HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020).

Além disso, estudos de neuroimagem têm apontado volume reduzido na amígdala em pacientes com TPB, sobretudo naqueles que apresentam Transtorno do Estresse Pós-Traumático (WENIGER *et al.*, 2009 *apud* FERREIRA, 2019). Ainda, tem sido associado ao TPB aumento do volume da glândula pituitária, do hipocampo e do córtex parietal direito. A tendência para o desenvolvimento do TPB pode

também ser causada por lesão perinatal ou pós-natal ao feto. Por fim, alguns estudos relataram a associação entre o TPB com lesões cerebrais orgânicas (BANDELOW *et al.*, 2005; STELLE; SIEVER, 2010 *apud* FERREIRA, 2019).

Em relação aos fatores genéticos, estudos conceituados têm mostrado forte evidência da contribuição de fatores genéticos na gênese do TPB, como o realizado com 221 pares de gêmeos que apresentou concordância de 35% em relação ao diagnóstico de TPB nos gêmeos monozigóticos e de 7% nos gêmeos dizigóticos (BANDELOW *et al.*, 2005; GABBARD, 2006 *apud* FERREIRA, 2019). Segundo a literatura atual, nenhum gene em específico é claramente relacionado de forma direta com o TPB, ainda que estudos indiquem a possível relação de genes envolvidos no sistema serotoninérgico na origem ou ampliação da sintomatologia do TPB (HONORIO; KUWAKINO; SOUZA, 2020).

Nessa direção, a interação gene-ambiental na etiologia do TPB tem recebido destaque na literatura, visto que a melhor compreensão desses mecanismos pode favorecer eficientes fatores de proteção em relação ao desenvolvimento do transtorno em questão (GABBARD, 2006). Os modelos teóricos mais influentes na atualidade defendem que as crianças desenvolvem características temperamentais, ou seja, características comportamentais e emocionais, que são elaboradas e modificadas pelas experiências ambientais, consolidando-se em uma personalidade quando o indivíduo atinge a idade adulta (ROGOSH; CICCHETTI, 2005 *apud* FERREIRA, 2019).

Nesse sentido, certos tipos de temperamento de base genética poderiam aumentar a probabilidade de que ocorram eventos negativos na vida, de forma que existe um efeito interativo em atividade entre genes e ambiente no desenvolvimento do TPB, podendo cada paciente borderline possuir um caminho etiológico particular, envolvendo diferentes graus de cada um dos fatores etiológicos (BANDELOW *et al.*, 2005). Esse fato corrobora com a necessidade de se pensar em cada paciente como um caso único, tendo em vista as diferentes variáveis que podem estar relacionadas em sua trajetória e conseqüente desenvolvimento psíquico.

1.5 JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Profissionais concordam que os pacientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline são difíceis de tratar, já que tal transtorno implica em

prejuízos significativos no que diz respeito à instabilidade de autoimagem, interpessoal e de afetos, questões centrais na maioria dos ambientes terapêuticos.

Dentre as dificuldades que o transtorno impõe ao trabalho psicoterápico, tem-se a inconstância de sua adesão ao tratamento, com diversas tentativas de “sabotagem” do processo, como: a tentativa de perverter os objetivos do tratamento, fazendo uso do ganho secundário da doença; a tentativa de formação de vínculos não terapêuticos e de intimidade com o terapeuta; a dificuldade em sustentar os progressos do tratamento, pois estes põem em risco seu status de dependência e controle; a dificuldade em sustentar a agressividade e angústia projetada no terapeuta, dentre outros entraves (PASINI; DAMETTO, 2010).

Além disso, há uma prevalência geralmente alta de comportamento suicida para essa população. Aproximadamente 75% dos pacientes que cumprem os critérios de TPB têm uma história de tentativas de suicídio, com uma média de 3,4 tentativas por indivíduo (LIMA *et al.*, 2021). Há, portanto, uma tensão permanente já que as ameaças de suicídio e as crises são frequentes, mesmo entre os que nunca apresentam comportamento de agressão não-suicida.

Apesar dos desafios que envolvem o tratamento desses pacientes, pode-se afirmar que aqueles que se engajam em um processo de psicoterapia costumam apresentar melhoras. Por estas razões se faz necessário mais estudos acerca do tema, visto que a psicoterapia tem o potencial de representar um grande auxílio na vida desses indivíduos.

Sendo assim, objetivou-se neste trabalho explorar as diversas correntes teóricas que estudaram o transtorno e algumas questões respectivas às suas propostas de tratamento. Para tanto, será realizada uma revisão de literatura a partir de diferentes abordagens teóricas e tipos de intervenção, buscando as principais obras e artigos a respeito de cada uma delas.

2 DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Neste capítulo trata-se de diferentes abordagens teóricas e práticas voltadas para o Transtorno de Personalidade Borderline. No primeiro subcapítulo, aborda-se o viés psicanalítico e no segundo subcapítulo o viés cognitivo.

2.1 O VIÉS PSICANALÍTICO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

A fim de abordar o viés psicanalítico sobre o funcionamento mental de indivíduos que se enquadram no Transtorno de Personalidade Borderline, primeiramente se faz necessário tecer considerações a respeito da especificidade da teoria psicanalítica. A própria caracterização do TPB por esse viés se diferencia do viés nosológico presente em manuais como o DSM, uma vez que a abordagem psicanalítica vai para além de uma estrutura que reúne vários sintomas, define elementos que constituem o sujeito psiquicamente e nessa constituição, inconscientemente se atribui um saber a uma figura de lei, o objeto que trará prazer ou desprazer (NASCIMENTO *et al.*, 2020). Nesse sentido, o conceito de objeto irá ocupar uma posição de destaque na conceitualização do quadro borderline na perspectiva psicanalítica.

Nessa linha, o objeto enquanto representação psíquica que está relacionada à escolha de amor, processo que ocorre de forma inconsciente e não racional, sendo o objeto de amor escolhido nas primeiras relações (FREUD, 2010 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2020). É a partir dessa escolha, de maneira subjetiva, que se forma a constituição do sujeito. Na constituição do borderline há uma falha nas relações iniciais parentais - no início do complexo de Édipo - que gera frustração e risco de perda do objeto, momento esse chamado de trauma psíquico precoce. Tal trauma, no sentido afetivo, acarreta emoção pulsional mal organizada e imatura, o que vai influenciar os sintomas do quadro borderline (BERGERET, 2010 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Diante desses princípios, entende-se que na essência da condição borderline está a dificuldade em delimitar as barreiras e os limites da própria individualidade, da individualidade do outro, da insuficiência, da imperfeição, etc. O desenvolvimento psicológico nesses casos foi insatisfatório, de forma que não houve condições para que esse indivíduo criasse um mundo mental interno suficientemente adequado às

demandas da vida humana e suas relações. A resposta imediata a essa insuficiência, na qual não é possível transformar sensações em pensamentos e representações, é o evacuação, a descarga em forma de ações e comportamentos imediatos, intensos e vorazes. Essa mente intolerante aos próprios sentimentos é saturada e, diante da mínima exigência externa, transborda. Dessa forma, os borderline tendem a reagir emocionalmente de maneira primitiva, expressando suas emoções de forma mais atuante do que falada (NETO; ALARCÃO, 2020).

Nessa direção, cabe destacar as formulações de Otto Kernberg, um dos autores de maior importância na compreensão do quadro borderline. Ele formula o conceito de Organização de Personalidade Borderline para caracterizar uma estrutura de personalidade estável que apresenta processos de defesa do tipo primitivos (VIDAL; LOWENKRON, 2010). O autor utiliza pressupostos oriundos da teoria psicanalítica - Psicologia do Ego e Teoria das Relações Objetais - para inserir uma nova forma de pensar a condição, para além do embate teórico anterior centrado em aspectos neuróticos e psicóticos.

A Organização Borderline de Personalidade é pensada através de três critérios estruturais: a difusão de identidade, o nível das operações defensivas e a capacidade do teste de realidade. Na difusão de identidade, as relações objetivas internas que compõem o sentido de self são polarizadas, ou seja, “todas boas” ou “todas más”, associadas a estados afetivos fortemente positivos ou fortemente negativos. O resultado dessa organização é a ausência de um sentido do self ou das pessoas significativas abrangente e coerente, o que gera a instabilidade na experiência subjetiva desses pacientes (CALIGOR; CLARKIN, 2013).

O nível das operações defensivas pode ser entendido como as formas comumente usadas pelo indivíduo de enfrentar estresse externo e conflito interno. Dentro do que Kernberg chamou de nível borderline, as operações defensivas são primitivas e baseadas no processo de cisão, o qual produz uma internalização patológica e departamentalizada das relações de objeto que é vista como origem do transtorno. O processo de cisão procura manter separados aspectos bons e maus dos objetos, com o fim de evitar a angústia causada ao paciente pelo reconhecimento do caráter dual de todo o objeto, causando uma percepção errônea já que não há uma integração de diferentes imagens produzidas por um mesmo vínculo (BLEICHMAR; BLEICHMAR, 1992).

Também são apontadas como defesas características do nível borderline a identificação projetiva, a idealização primitiva e a negação. Na identificação projetiva o paciente externaliza aspectos intoleráveis de si próprio, projetando-os em um objeto externo, o que produz um conflito no vínculo com o objeto, distorcendo a imagem que o indivíduo tem ao seu entorno e perturbando relações interpessoais. A defesa de idealização primitiva, por sua vez, consiste em manter a dissociação entre objetos bons e maus, concentrando aspectos bons no objeto externo, desprovendo assim o objeto interno de aspectos frustrantes. Na defesa de negação, os pacientes percebem seus sentimentos e pensamentos como completamente opostos aos que realmente tiveram. O emprego de mecanismos de defesa primitivos dificulta a integração do ego, ocasionando sintomas típicos do quadro borderline como falta de tolerância a angústia, falta de controle das pulsões e o desenvolvimento insuficiente dos canais de sublimação (BLEICHMAR; BLEICHMAR, 1992).

Nessa direção, Kernberg apontou para o nível genético-dinâmico do estudo da síndrome, no qual a etiologia do transtorno se dá a partir de um déficit nas relações de objetos internalizadas, as quais surgem da interação de disposições afetivas e relacionamentos de apego inatos. Desde os primeiros dias de vida, estados afetivos determinados pela constituição são ativados em relação a interações com os cuidadores, regulados por elas e cognitivamente ligados a elas. Na medida que essas interações são internalizadas como padrões de relacionamento, são formadas estruturas psicológicas resistentes e carregadas de afeto, a que nos referimos como relações objetais internas (CALIGOR; CLARKIN, 2013).

Como inicialmente a criança mantém dissociada as pulsões, os objetos são percebidos de forma parcial e segundo o tipo de afeto que predomina em cada momento. Cada internalização constitui um “estado egóico”, onde se podem identificar um objeto, um tipo de vínculo e um afeto predominante. Ao longo do desenvolvimento, esses estados egóicos vão ficando mais integrados. Os pacientes borderlines demonstram que a dissociação primitiva ainda está vigente e de forma desintegrada em sua mente, ou seja, uma organização psíquica arcaica. O predomínio dessa organização se dá por conta de experiências de frustração extrema e intensa agressão ocorridas no início do desenvolvimento desses pacientes (BLEISHMAR; BLEISHMAR, 1992).

Outro ponto em comum para entender o quadro borderline sob o viés psicanalítico é a força do ego. O que define as diferenciações no psiquismo é a capacidade de o sujeito reconhecer os limites entre o ego e o mundo externo. O ego não tem uma verdadeira fronteira com o id, sua relação com o mundo exterior é marcada por um limite. Essa “não diferenciação” nos sujeitos borderline pode ocasionar o não estabelecimento de limites na concepção psíquica. A diferenciação entre interno e externo acontece pelo julgamento, através da perda do objeto (NASCIMENTO *et al.*, 2020). Nessa direção, considera-se que a constituição da subjetividade é importante para que o sujeito, através da perda do objeto, volte a atenção para si. Justamente pelos déficits nas relações de objeto na tenra infância, que sujeitos com TPB sofrem de um ego enfraquecido. Esse objeto permanece no psiquismo em forma de excitação não significada, originando uma ameaça de aniquilamento pela viabilidade da invasão do “outro”, dado que a fronteira que os separa não se constituiu propriamente. Neste sentido, entende-se que em tais sujeitos o ego não tem capacidade de julgamento, tendo em vista que a diferenciação entre interno e externo acontece precisamente pelo julgamento, através da perda do objeto (COSTA; HOLFFMANN, 2014; KEHL, 2018 *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2020).

2.1.1 Abordagens técnicas do viés psicanalítico para o Transtorno de Personalidade Borderline

O tratamento com a abordagem psicanalítica é eficaz, principalmente quando ocorre uma boa identificação do paciente com o analista. (SILVA *et al.*, 2016). Algumas adaptações, principalmente em relação à técnica, precisam ser adequadas à capacidade de elaboração dos pacientes e às peculiaridades de suas manifestações clínicas. Além disso, as técnicas tradicionais, como interpretação e análise da transferência são utilizadas de maneira diferente devido à dificuldade de aceitar limites que é característica do paciente borderline (KERNBERG *et al.*, 1991 *apud* AUSEN; LOPES, 2020).

Alguns estudos indicam que para a análise se tornar possível, faz-se necessário, primeiramente, o trabalho com psicoterapia de apoio, pois esta técnica torna os conteúdos inconscientes mais suportáveis, ajudando a diminuir a culpa e o medo, pois tais sentimentos podem impedir o progresso do tratamento. Dessa

forma, é possível pensar a clínica desses pacientes como um conjunto articulado entre psicoterapia e análise (STERN, 1945 *apud* SILVA *et al.*, 2016). Ainda no sentido de diminuir sentimentos de culpa e medo, é aconselhado ao terapeuta manter uma postura mais ativa, excluindo o uso do divã e da associação livre, aspectos que podem estimular a regressão e o afastamento da realidade, tornando impossível ao paciente integrar as interpretações. Além disso, a postura mais ativa é indicada também porque o silêncio do analista pode ser doloroso e pode chamar a atenção para as interpretações, que frequentemente causam desconforto e angústia (SANTOS, 2017).

Outro aspecto calcado na relação paciente/terapeuta é o entendimento de que a modificação do *setting* se dá em uma proximidade maior com o terapeuta, na flexibilização de horários de atendimentos, na abertura para ligações telefônicas em situações de crise, nas frequentes intervenções de apoio, no uso associado de fármacos, nas hospitalizações e nas entrevistas com familiares (algo de suma importância em função do grande risco de suicídio nesses casos). Tendo em vista que a ansiedade de separação é muito frequente, o contato mais próximo com o terapeuta possibilita ao paciente maior segurança no vínculo, aplacando em alguma medida sua ansiedade de separação (AUSEN; LOPES, 2020).

Quanto aos objetivos buscados pelo viés psicanalítico em terapia, as definições são diversas, variando conforme as correntes teóricas dos autores. Contudo, alguns pontos são entendidos como fundamentais, como por exemplo manter aspectos da realidade, auxiliar no fortalecimento do ego e possibilitar a reintegração dos afetos (ZILBOORG, 1941 *apud* SANTOS, 2017). Como explicitado anteriormente, a vinculação afetiva é difícil no quadro borderline, por isso a relação entre paciente e terapeuta vai além do âmbito terapêutico em si, é necessário que o paciente perceba a personalidade do analista, tornando-o uma pessoa real, o que possibilita a vinculação afetiva (STERN, 1945 *apud* SANTOS, 2017). O funcionamento do ego e sua característica prejudicada no quadro borderline torna essa questão essencial nos objetivos buscados pela terapia, deve-se ajudar o paciente a funcionar de maneira equilibrada, com base no entendimento de seu funcionamento psíquico, o que constitui grande parte do trabalho psicanalítico (EINSENSTEIN, 1951 *apud* SANTOS, 2017).

Algumas perspectivas consideram que o terapeuta tem de ser ativo, podendo até ser insistente (ZILBOORG, 1956 *apud* SANTOS, 2017) outras abordagens

preconizam que deve haver flexibilidade do terapeuta no início do trabalho, para que as interpretações possam ser aceitas (BYCHOWSKI, 1953 *apud* SANTOS, 2017). Existe ainda a concepção de que o profissional é, também, um cuidador, alguém que representa apoio e suporte (STERN, 1957 *apud* SANTOS, 2017). Ademais, recomenda-se que o paciente seja comunicado sobre seus aspectos transferenciais para que ele possa compreender sua maneira de agir e de perceber a si e o ambiente (EISENSTEIN, 1951 *apud* SANTOS, 2017).

A interpretação da análise da transferência, foco da psicanálise clássica, deve ser adaptada. Qualquer interpretação deve ser feita com base no “aqui e no agora”, ou seja, no contexto do que está acontecendo na vida atual do paciente, já que a falta de diferenciação dos objetos interfere na capacidade de distinguir os relacionamentos objetivos presentes e passados. Essas dificuldades, por terem origem em uma perturbação precoce no desenvolvimento, demandam que o terapeuta propicie ao paciente borderline um estado de regressão similar com o início de seu desenvolvimento. Para isso, sugere-se durante a terapia a tendência à regressão, a valorização da comunicação não-verbal e a experiência de mutualidade vivenciada pela dupla paciente/terapeuta, que podem ser comparáveis analogicamente à relação mãe/bebê no começo da vida (LUZ, 2009 *apud* SILVA *et al.*, 2016). Assim, considera-se primordial o estabelecimento da aliança/vínculo terapêutico devido a primitividade do vínculo, que tende a ser fraca. Compreende-se então que esse modo primitivo de vinculação reflete em um maior esforço por parte psicoterapeuta por meio da aproximação, já que as dificuldades relacionadas aos seus investimentos objetivos refletem na transferência.

Reitera-se a necessidade de adaptações das técnicas psicanalíticas, que se dão na manutenção de *setting* a partir do estabelecimento de uma aliança psicoterapêutica mais estreita. Nessa direção, o vínculo/relação terapêutica parecem fazer parte do cerne da questão. Pessoas com transtorno de personalidade borderline têm dificuldades no estabelecimento de fronteiras do “eu” e dos objetos, o que implica na sua relação com o psicoterapeuta tomar lugar central no processo psicoterápico psicanalítico através da transferência e manejo da contratransferência pelo psicoterapeuta.

Quanto ao manejo e a relação nessa abordagem — que se dá a partir da transferência — o terapeuta deve conduzir o tratamento de acordo com as especificidades do paciente, levando em conta os recursos defensivos do ego e

como ocorre a própria transferência. O enfoque buscado na análise é, em sua maioria, proporcionar de maneira suplente os elementos constitutivos que se encontraram ausentes na primeira infância e construir contingência, ou borda, para a angústia vivenciada. Por fim, embora a identificação da estrutura psíquica dos sujeitos seja um dos fatores importantes para o manejo clínico, espera-se que o analista preconize a escuta do sujeito em detrimento da noção classificatória/patológica (NASCIMENTO *et al.*, 2020). É na possibilidade de uma escuta que o analisando pode se escutar e, portanto, ouvir mais sobre si e sobre as maneiras de lidar com o seu sofrimento.

2.1.2 Especificidades dentro do viés psicanalítico

2.1.2.1 Psicoterapia psicodinâmica e a terapia focada na transferência

As abordagens psicodinâmicas têm origem em diversos autores influenciados pelo olhar psicanalítico, entre eles destaca-se Otto Kernberg e sua a postulação teórica e técnica. Seu modelo de relações objetais é abrangente e postulou uma psicoterapia expressiva, chamada de “terapia voltada à transferência” ou psicoterapia focada na transferência (PFT). Essa psicoterapia foi desenvolvida especificamente para tratar a psicopatologia borderline e é baseada nas concepções de Kernberg sobre a organização da personalidade borderline (YEOMANS; DIAMOND, 2013).

O modelo de patologia borderline da PFT considera que os entendimentos psicanalíticos da organização estrutural da personalidade derivam de conhecimentos novos, trazidos pelas pesquisas em múltiplos níveis, incluindo o âmbito neural, sociocognitivo, o neurocognitivo e interpessoal. Esse modelo propõe interação dinâmica de temperamento (diferenças individuais na ativação e regulação do afeto e na reatividade motora), fatores ambientais como abuso ou negligência, ausência de um senso coerente do self e dos outros no contexto de um modelo de apego operante inseguro, *déficits* na mentalização e esforço de controle baixo. A PFT considera a difusão de identidade como aspecto central do transtorno de identidade do TPB (YEOMANS; DIAMOND, 2013). A difusão da identidade corresponde a uma falta de integração do significado de self que se apresenta na prática clínica como um sentimento crônico de vazio, auto percepções contraditórias, percepções

empobrecidas e contraditórias dos outros e incapacidade de revelar suas interações significativas com outros ao terapeuta (BUCK, 2012).

No processo de psicoterapia são enfatizados três fatores principais: interpretação, manutenção da neutralidade técnica e análise de transferência. O foco da terapia está na exposição e na resolução do conflito intrapsíquico. O tratamento geralmente tem duração de um ano, com sessões de terapia individual duas vezes por semana. Se operacionaliza nas emoções que surgem no relacionamento com o terapeuta e no uso de técnicas psicodinâmicas tradicionais, como a interpretação. Limites bem estabelecidos e um contrato de tratamento são desenvolvidos no início da terapia. Nesse sentido, o profissional desempenha um papel muito ativo, trabalhando em seu relacionamento com o paciente na tentativa de explorar e esclarecer aspectos dessa relação para que as relações objetais subjacentes se tornem claras (LINEHAN, 2010).

Nessa abordagem, busca-se como objetivos o aumento do controle dos impulsos, tolerância à ansiedade, bem como a capacidade de modular o afeto e o desenvolvimento de relações interpessoais estáveis. Também há uma hierarquia de metas para o primeiro ano de tratamento, como exposto a seguir: 1) contenção de comportamentos suicidas e autodestrutivos; 2) contenção de tratamentos destrutivos em relação à terapia; 3) identificação e recapitulação de padrões objetais dominantes, vivenciados na relação transferencial (LINEHAN, 2010).

Na psicoterapia focada em transferência, a hipótese é de que as mudanças no paciente surjam a partir de uma série de intervenções promovidas pelo tratamento, que ocorre em fases distintas. A primeira, decorre do estabelecimento de um contrato e uma fase de avaliação com o propósito de criar uma base segura na qual o paciente e terapeuta podem trabalhar afetos intensos e conflituosos, despertados no ambiente de tratamento. A seguir, há uma fase de identificação dos cenários de relação objetal dominantes do paciente e, mediante técnicas de esclarecimento, confrontação e interpretação, ligando os estados afetivos do paciente às inversões de papel que ocorrem no tratamento, à medida que acontece as relações objetais dentro da transferência. Essa visão sistemática da relação de transferência busca aumentar a capacidade do paciente de representar cognitivamente e conter sua experiência afetiva. Isso leva a melhoras na capacidade de reflexão e de simbolização sobre sua experiência obtida através da transferência (YEOMANS; DIAMOND, 2013).

Kernberg também postulou uma psicoterapia de apoio para pacientes com perturbações como o transtorno borderline, na qual se enfatiza a importância das relações interpessoais na terapia (transferência), porém com o diferencial das interpretações terem menos probabilidade de ocorrer no início do tratamento, de forma que o foco se dá na exploração das respostas negativas do paciente em relação ao terapeuta e à terapia. A psicoterapia expressiva e de apoio duram vários anos, concentrando-se principalmente nos comportamentos suicidas e aqueles que possam comprometer o tratamento (AUSEN; LOPES, 2020).

2.1.2.2 Terapia da mentalização

A teoria da mentalização, desenvolvida por Bateman e Fonagy, é uma técnica intensiva baseada na terapia do apego, ou seja, o transtorno borderline é visto como um transtorno do apego. O foco está em padrões de relacionamento e fatores não-conscientes que inibem a mudança. A “mentalização”, nesse processo, é a percepção ou a interpretação da pessoa em relação às ações das outras e às próprias como sendo intencionais. Fundamentalmente, na terapia da mentalização o TPB é visto como um transtorno do self, já que este desenvolve-se no contexto regulador do afeto dos primeiros relacionamentos. Nesse sentido, o tratamento se baseia na hipótese que indivíduos com TPB tem uma capacidade inadequada de mentalização. Diante disso, o tratamento consiste em trazer as experiências mentais do paciente à consciência, facilitando o sentido mais complexo e integrado de uma função mental. O objetivo é aumentar a capacidade do paciente de reconhecer a existência de pensamentos e sentimentos que este está vivenciando (BATEMAN; FONAGY, 2013).

2.1.2.3 Psicoterapia breve individual

A psicoterapia breve individual é uma proposta de intervenção com número de sessões reduzidas, que pode beneficiar os pacientes em um trabalho de preparação para o processo psicanalítico. O objetivo é facilitar o desenvolvimento do sentido de realidade e solidez interna, de forma que o paciente fique mais integrado. Essa intervenção acontece a partir de uma aliança psicoterapêutica, onde se busca mostrar ao paciente o papel de suas defesas em suas percepções, tornando-o mais

consciente de suas limitações. Além disso, pode ser uma alternativa mais viável financeiramente para sujeitos que não possuem condições econômicas de se submeter às sessões de psicanálises clássicas (AUSEN; LOPES, 2020).

2.2 O VIÉS COGNITIVO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Desde a formulação da terapia cognitiva proposta por Aaron T. Beck, teorias e técnicas de tratamento de viés cognitivo tem se destacado como eficazes no tratamento do transtorno borderline. O olhar cognitivo surge como uma nova proposta de pensar os processos envolvidos no Transtorno de Personalidade Borderline, juntamente com ideias de intervenções objetivas, ativas e focadas em produzir melhoras e mudanças no indivíduo.

Beck desenvolveu a terapia cognitiva no início da década de 60 como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, a fim de lidar com depressão e direcionada a resolver problemas atuais, modificando os pensamentos e os comportamentos disfuncionais. No modelo cognitivo, o pensamento disfuncional tem papel central no comportamento e no humor do indivíduo, influenciando todos os transtornos psicológicos. Portanto, nesse viés, a avaliação e a modificação do pensamento seria responsável pela melhora dos sintomas dos transtornos psicológicos. Beck preconiza que a modificação das chamadas “crenças disfuncionais”, acarretaria em uma melhora duradoura no quadro dos pacientes (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

O modelo cognitivo trabalha a partir de três níveis, são eles: pensamentos automáticos; pressupostos subjacentes ou crenças intermediárias; e crenças nucleares ou crenças centrais. Os pensamentos automáticos ocorrem de maneira rápida e quando são disfuncionais atuam negativamente nas emoções e no comportamento do indivíduo. É importante ressaltar que todos nós temos crenças e pensamentos positivos e negativos. Um indivíduo pode ter crenças disfuncionais que o predispõe para uma psicopatologia mesmo sem sintomas perceptíveis. Tais crenças se manifestam quando surge uma situação que as ativa, culminando em pensamentos automáticos que evocam um humor correspondente. Esse humor leva o indivíduo a processar as memórias de forma a experienciar mais pensamentos automáticos disfuncionais e humor disfuncional, desenvolvendo um ciclo característico dos transtornos (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

Nas primeiras formulações teóricas cognitivas a respeito do Transtorno de Personalidade Borderline, destacava-se o papel das suposições, ou seja, pensamentos extremos por conta da representação dicotômica de si e dos outros, originada por conta da fragilidade na identidade. Pode-se considerar três suposições principais que se manifestam nos casos de TPB: “o mundo é mau e perigoso”, “sou inaceitável”, “sou incapaz e vulnerável”. A primeira suposição articulada com a segunda leva o paciente a altos níveis de vigilância e desconfiança interpessoal, como também a hipervigilância. Essas suposições, bem como as características cognitivas, exercem a manutenção do transtorno, alimentando o comportamento interpessoal instável e extremo do paciente. Estes tendem a experimentar os acontecimentos comuns da vida como ameaçadores por conta dessa sensibilidade, reagindo com afeto negativo e comportamentos de autoderrota.

2.2.1 A técnica proposta em TCC para indivíduos Borderline

Fundamentada na hipótese de que a cognição exerce um papel de grande influência sobre as emoções e comportamentos, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) busca a reestruturação cognitiva a partir de uma compreensão e conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas. Esse viés de tratamento objetiva devolver ao paciente a flexibilidade cognitiva, através da intervenção sobre as suas cognições e suas respectivas formas de perceber e processar a realidade, a fim de promover mudanças nas emoções e comportamentos que o acompanham (MARTINS; DOTA, 2017). Mais especificamente, a TCC concentra-se em reduzir as crenças negativas e polarizadas que resultam em afetos instáveis e comportamentos destrutivos.

Nessa direção, para o desenvolvimento do tratamento, o terapeuta cognitivo precisa dominar uma das ferramentas mais importantes que é a conceituação cognitiva, já que o bom entendimento das distorções cognitivas e dos consequentes comportamentos mal adaptativos do paciente é crucial para um planejamento adequado e eficaz da terapia. É através da conceituação cognitiva que o terapeuta irá desenvolver intervenções e tarefas a serem realizadas, reforçando o entendimento e o trabalho produtivo da própria relação terapêutica, bem como ajuda a entender e a lidar com possíveis desafios e fracassos ao longo do tratamento (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

Dessa forma, a TCC faz uso do estabelecimento de uma relação de cooperação entre terapeuta e paciente, na qual paciente e terapeuta trabalham juntos em uma reestruturação cognitiva. Nessa relação, terapeuta e paciente atuam como uma equipe investigativa, desenvolvendo hipóteses sobre uma série de cognições e comportamentos disfuncionais, bem como acerca da importância de seu enfrentamento. Assim, juntos eles colaboram no desenvolvimento de um estilo mais saudável de pensamento, de habilidades de enfrentamento e da mudança de padrões desadaptativos de comportamento (CAVALCANTI; NUNES, 2016). Diante disso, considera-se que a terapia cognitivo-comportamental faz uso da psicoeducação, ou seja, fornece conhecimento ao paciente a fim de subsidiar mudanças de comportamento. O caráter psicoeducativo tem como objetivo monitorar e identificar pensamentos automáticos; reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento; testar a validade de pensamentos automáticos e crenças nucleares; corrigir conceitualizações tendenciosas, substituindo pensamentos distorcidos por cognições mais realistas; e identificar e alterar crenças, pressupostos ou esquemas subjacentes a padrões disfuncionais de pensamento

No quadro de indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline, busca-se com a TCC o controle de sua impulsividade, seus sentimentos de violência e sua sensibilidade perante julgamentos. Entre as técnicas mais importantes usadas no tratamento do paciente borderline, salienta-se: estratégias para intervenção em crise; estabelecimento de uma relação terapêutica especial; técnicas de psicoterapia cognitiva comportamental padrão e conceitualização focada em entender seu modo de funcionamento (MARTINS; DOTA, 2017).

De acordo com o modelo de Beck aplicado a pacientes com TPB, o tratamento é voltado para a correção dos pensamentos dicotômicos e disfuncionais, do tipo “preto ou branco”. Isso é realizado demonstrando ao paciente que é importante a modificação de tais pensamentos. Através de experimentos comportamentais testa-se a validade das crenças e recebe-se treinamento de assertividade. Nos estágios iniciais do tratamento, pacientes com TPB têm pouco conhecimento das próprias emoções, pensamentos e comportamentos. Logo, uma parte importante do tratamento é dedicada a auxiliar o paciente na compreensão desses aspectos; com isso objetiva-se que o sujeito perceba com clareza qual seu modo de funcionamento de forma a ajudá-lo a reduzir a confusão e a obter certo controle sobre seu comportamento (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

Além disso, há técnicas específicas que podem ser benéficas ao tratamento de viés cognitivo de paciente borderline como o estabelecimento de agenda, que tem como objetivo focar nos problemas a serem trabalhados e suas soluções, evitando possíveis desculpas do paciente para não aderir ao processo. O cartão de enfrentamento é utilizado nesses casos com intuito de o paciente lembrar o que foi feito e alcançado na sessão, ajudando o mesmo a lutar contra pensamentos disfuncionais no momento que for necessário, uma vez que o cartão oferece uma visão funcional para lidar com os problemas. Ademais, o treinamento de habilidades sociais também é utilizado, já que esses pacientes não possuem um repertório socialmente habilidoso para lidar com os problemas e com as pessoas.

2.2.2 A Terapia do Esquema

A terapia do esquema (TE) é uma proposta de terapêutica inovadora e integradora, desenvolvida por Jeffrey Young e colegas em meados de 1990. Amplia significativamente o modelo original da TCC proposto por Beck. Foi criada com o intuito de tratar pacientes com dificuldades significativas de tratamento, os quais não estavam tendo sucesso no tratamento com a TCC clássica, entre eles pacientes com transtornos de personalidade (MAFFINI; FINOQUETO; CASSEL, 2020).

A teorização dessa proposta mescla elementos das escolas cognitivo-comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetivas construtivista e psicanalítica em um modelo conceitual e de tratamento rico e unificador. A Terapia do Esquema de Young postula que padrões estáveis de pensamento - esquemas mal adaptativos precoces - podem se desenvolver na infância e resultam em comportamento mal adaptativo que reforça os esquemas. Nesse sentido, a TE inclui uma série de intervenções voltadas a questionar e mudar esses esquemas precoces mediante a identificação de um conjunto de modos de esquema disfuncionais que controlam os pensamentos, emoções e comportamentos do indivíduo (LINEHAN, 2010).

Apesar de fazer uso de pressupostos e técnicas da TCC clássica, a TE apresenta diferenças importantes, como: maior ênfase na investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos; técnicas emotivas; relação terapeuta-paciente e estilos desadaptativos de enfrentamento. Ademais, são utilizados instrumentos de avaliação como o inventário multimodal de histórico de

vida; inventário parental de Young e o questionário de esquemas de Young. Por meio dessas técnicas, o modelo identifica a trajetória dos esquemas disfuncionais desde a infância até o presente, com foco nos relacionamentos interpessoais do paciente. A partir disso, os pacientes obtêm a capacidade de perceber os problemas caracterológicos como egodistônicos, ou seja, como aspectos cognitivos que contrariam e os perturbam, com a intenção de que se capacitem para “abrir mão” deles (CAVALCANTI; NUNES, 2016). O terapeuta se alia aos pacientes para lutar contra os esquemas, usando estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais e interpessoais.

A efetividade dessa terapia se dá na ênfase direcionada ao nível mais aprofundado de cognição, o nível de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID). Os EIDs são temas ou padrões psicológicos amplos, difusos e fundamentais que se desenvolvem a partir de necessidades emocionais não satisfeitas durante a infância e adolescência, sendo estes associados a diversas psicopatologias. Ao aplicar o tratamento em pacientes com TPB, observou-se que todos os EIDS se manifestavam, o que tornou difícil a tarefa de se trabalhar com todos. Além disso, as mudanças de humor constantes dos pacientes borderline não eram explicadas pelo modelo tradicional (MAFFINI; FINOQUETO; CASSEL, 2020). A partir disso, foi fundamentado o conceito teórico de modos esquemáticos, para trabalhar com pacientes com este transtorno.

De acordo com a TE, os principais modos de esquemas que caracterizam pacientes com TPB são: 1) Criança abandonada; 2) Criança zangada e impulsiva; 3) Pai/Mãe punitivo; 4) Protetor desligado e 5) Adulto saudável. O modo criança abandonada é a criança interior machucada; que sente a dor e o pavor associados a maioria dos esquemas, como abandono, abuso, privação, defectividade e subjugação. O modo criança zangada e impulsiva expressa fúria em relação aos maus tratos e às necessidades emocionais não satisfeitas que originaram os esquemas, ou seja, abuso, abandono, privação, subjugação, rejeição e punição. O modo pai/mãe punitivo é a voz internalizada dos pais que critica e pune o paciente. Quando ativado, esse modo torna o paciente um perseguidor cruel de si mesmo. No modo protetor desligado, ele recusa todas as emoções, desconecta-se de outras pessoas. Por fim, o modo adulto saudável é extremamente frágil e pouco desenvolvido na maioria dos pacientes com TPB, principalmente no começo do

tratamento, já que tal modo é o problema básico do paciente borderline (MAFFINI; FINOQUETO; CASSEL, 2020).

O desenvolvimento do tratamento para Transtorno de Personalidade Borderline, por meio da Terapia de Esquemas, contém três estágios principais: 1) vínculo e regulação emocional, 2) mudança dos modos e de esquema, 3) autonomia. Na primeira etapa se realiza a restauração emocional com o modo criança abandonada e se faz a restauração parental, onde terapeuta deve construir junto ao paciente um vínculo emocional seguro, proporcionando segurança e estabilidade emocional. Também nessa etapa são ensinadas ao paciente técnicas de enfrentamento para controlar humores e suavizar o desconforto causado pelo abandono. Na segunda etapa, se realiza a reparação parental do paciente, buscando proteger a criança abandonada e estabelecer limites à criança zangada. Na última etapa, o terapeuta oferece autonomia ao paciente em relação às escolhas adequadas de parceiros e ajuda a generalizar as transformações ocorridas dentro da terapia para os relacionamentos interpessoais (MAFFINI; FINOQUETO; CASSEL, 2020).

Diante disso, o principal objetivo do tratamento é identificar os modos a fim de fortalecer o modo adulto saudável do paciente, para, assim, oferecer carinho e proteger a criança abandonada e ensinar a criança zangada e impulsiva maneiras mais adaptativas de expressar raiva e fazer com que suas necessidades sejam satisfeitas, bem como para eliminar o modo pai/mãe punitivo e substituí-lo progressivamente pelo protetor desligado. Com esse tratamento almeja-se que o paciente internalize as atitudes, emoções, reações e comportamentos como seu próprio modo adulto saudável, melhorando seus sintomas e desenvolvendo a autonomia (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

2.2.3 A terapia comportamental dialética

Um dos tratamentos que têm alcançado maior difusão e eficácia nos casos de TPB é a chamada Terapia Comportamental Dialética (TCD). Essa técnica enfatiza a interação recíproca de influências biológicas e sociais na etiologia do transtorno, foi criada em 1990 pela Dra. Marsha Linehan com o objetivo de tratar mulheres com o transtorno de personalidade Borderline, indivíduos com suicidalidade e gravemente disfuncionais. A orientação teórica do tratamento é uma mistura de três posições: a

ciência comportamental, a filosofia dialética e a prática zen. A ciência comportamental é acionada pelo seu enfoque na mudança de comportamento, realizando uma articulação disso com técnicas oriundas do zen e das práticas contemplativas ocidentais que buscam a aceitação do paciente em uma estrutura dialética, onde são realizadas estratégias que partem do diálogo e relacionamento persuasivo com o paciente, tendo como objetivo levar à sua mudança (LINEHAN, 2010).

A TCD tem suas bases em postulações teóricas do behaviorismo, mas seus procedimentos e técnicas coincidem em grande medida com os preconizados por outras orientações terapêuticas, como as terapias psicodinâmicas, terapia centrada no paciente e estratégias cognitivas. A terapia individual da TCD tende a ser bastante direta e confrontatória; busca abordar em uma sessão semanal os conteúdos que venham a se apresentar. Nessa técnica, prioriza-se comportamentos suicidas e autodestrutivos, depois lida-se com comportamentos que interferem na própria terapia. A seguir trabalha-se com os assuntos ligados à qualidade de vida e a sua melhora. As sessões de grupo também são uma possibilidade e fornecem a oportunidade de colocar essas competências em prática (CAVALCANTI; NUNES, 2016).

O foco reside na troca e na negociação com o paciente, orbitando entre o racional e emocional, entre a aceitação e a mudança, possibilitando o aprendizado de novas habilidades que tendem a ser muito úteis para pacientes com o transtorno, tais como: a consciência; a eficácia interpessoal; a cooperação adaptativa (lidar com decepções e crises); a correta identificação e regulação de reações emocionais. Para esse fim, são realizadas sessões de terapia individual e de grupo, sendo que as sessões individuais focam no desenvolvimento e ensino de novas competências ao paciente e as sessões de grupo fornecem a oportunidade de colocar essas competências em prática (LINEHAN, 2010).

Cabe destacar que os pacientes que aderem a esse tipo de tratamento chegam em diferentes níveis de gravidade e para cada nível é identificado um alvo inicial de tratamento, conforme a prioridade. Essa questão se mostra especialmente relevante em casos de TPB, considerando o potencial autodestrutivo do transtorno. No tratamento de tentativas de suicídio e automutilação, em geral, prepara-se um protocolo específico onde pode-se fazer um contrato que estabeleça claramente o papel do paciente e do terapeuta quando houver ameaças e tentativas de suicídio. É

feita uma análise para esclarecer as respostas cognitivas e emocionais que levam as tentativas de suicídio, discutindo-se soluções alternativas e reforçando-se respostas mais adaptativas e não suicidas (CERUTTI; DUARTE, 2016).

O problema principal do TPB é o padrão de desregulação emocional, que ocasiona os problemas comportamentais, desregulação cognitiva e os problemas interpessoais. Essa desregulação emocional é derivada e mantida por fatores biológicos e ambientais. Na formulação da TCD, se pensa na invalidação das necessidades emocionais da criança como um fator importante na etiologia do transtorno. Essa invalidação, ou melhor, ambiente invalidante é onde a criança se percebe punida por ser como é, por se comportar como se comporta e por se sentir da maneira como se sente. Nessa direção, um dos aspectos que diferencia a TCD da terapia comportamental clássica é o foco na aceitação e validação do comportamento como ocorre no momento, já que os pacientes borderline frequentemente são acostumados a trazer suas próprias respostas como inválidas. O terapeuta cria um contexto de validação em detrimento ao sentimento de culpa, com o objetivo de evitar maus comportamentos e buscar bons comportamentos de forma a torná-los reforçadores, dando continuidade a eles. Portanto, a TCD tem como objetivo promover a eficácia interpessoal, regulação emocional, tolerância a estresses e autocontrole (LINEHAN, 2010). Trata-se de uma abordagem de intervenção estruturada, na qual o processo terapêutico se organiza em duas linhas gerais: comportamentos a serem reduzidos e comportamentos que necessitam ser aumentados. Para isso o compromisso do paciente é essencial, já que se estabelecem metas adequadas para a mudança.

Nesse sentido, a TCD trabalha com o estabelecimento de metas de acordo com a prioridade em relação à ameaça à vida do paciente. Dessa forma, são postulados quatro estágios: 1) Estabilidade emocional e dos relacionamentos, onde o alvo é adquirir expectativa de vida, controle das ações e vínculo suficiente para o tratamento; 2) Trabalho sobre processamento emocional do passado, em que o foco é alcançar experiências não traumáticas e a conexão com o meio ambiente; 3) síntese e resolução de problemas, onde o paciente sintetiza o que foi aprendido nos estágios anteriores e busca aumentar o respeito próprio e resolução de problemas da vida; 4) senso de completude, onde são trabalhados sentimentos de imperfeição e insuficiência que podem ocorrer em pacientes borderline mesmo após a resolução de seus problemas de vida (LINEHAN, 2010).

É importante ressaltar que na TCD as metas e objetivos da terapia não buscam apenas extinguir comportamentos disfuncionais graves e sim oferecer ao paciente uma maior qualidade de vida e o desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos. Dessa forma, além das estratégias supracitadas, a TCD utiliza intervenções através do treino de habilidades, resolução de problemas e a validação (LINEHAN, 2010). O treino de habilidades objetiva desenvolver habilidades através de estratégias cognitivas e comportamentais para minimizar comportamentos e emoções disfuncionais. Isso possibilita ao paciente regular emoções, tolerar o sofrimento emocional, ser mais efetivo nos conflitos interpessoais e desenvolver maior estabilidade (MARTINS; DOTA, 2017). A resolução de problemas tem um enfoque em determinar o controle e lidar com dificuldades utilizando estratégias psicoterápicas da TCC, como a psicoeducação e a reestruturação cognitiva.

Essas intervenções podem utilizar como complemento o automonitoramento e a técnica de *mindfulness*, caracterizada pela atenção plena, que pode auxiliar tais pacientes a desenvolverem a capacidade de prestar atenção às próprias sensações e sentimentos. Por fim, como mencionado anteriormente, a validação é fundamental para a mudança dos padrões disfuncionais do paciente, principalmente referente à desregulação emocional, onde se busca comunicar e validar emoções do paciente, bem como seus pensamentos e ações (CAVALCANTI; NUNES, 2016). Assim, pode-se sintetizar que a TCD visa promover a eficácia interpessoal, regulação emocional, tolerância ao estresse e autocontrole, questões fundamentais na sintomatologia do paciente borderline.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da literatura consultada sobre o Transtorno de Personalidade Borderline e suas respectivas propostas de tratamento, foi possível obter um entendimento mais amplo acerca da etiologia do transtorno, suas características e funcionamento. O caráter desafiador dessa condição foi consoante com todas as diferentes abordagens teóricas e vieses ao se pensar tratamentos possíveis para buscar uma melhora na saúde psíquica dos pacientes. Foi possível perceber que a complexidade do transtorno implica no desenvolvimento de formulações e técnicas específicas, o que, além de enriquecer a ciência psicológica no entendimento e intervenção em casos de pacientes considerados difíceis de serem tratados, traz inovações no processo terapêutico, ampliando o potencial transformador do saber psicológico em problemáticas nas quais ele é essencial.

Dessa forma, foi possível contextualizar o tema desde a origem do entendimento do transtorno sob o olhar da psicanálise, passando pela visão biomédica dos manuais e seus critérios diagnósticos, até o desenvolvimento de abordagens teóricas mais atuais e até mesmo criadas especificamente para se lidar com pacientes borderline. O avanço promissor no tratamento de TPB possibilitou propostas terapêuticas que buscam um olhar mais aguçado para essa condição tão peculiar. Nessa direção, apesar de ser considerado um transtorno complexo e difícil de tratar, foi possível perceber que há intervenções terapêuticas viáveis formuladas, desenvolvidas, aprimoradas e validadas empiricamente, trazendo alternativas à estigmatização do transtorno uma vez que proporcionam maior compreensão dos fenômenos borderline e suas respectivas possibilidades de tratamento e melhora da qualidade de vida. Ademais, o crescente desenvolvimento de estudos sobre a condição borderline explicita a importância de um olhar atento para tais pacientes que, por sua vez, se fazem cada vez mais presentes nos ambientes terapêuticos e necessitam da ciência psicológica.

REFERÊNCIAS

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AUSEM, Isabela Cabral; LOPES, Ana Maria Pereira. **Tratamentos psicoterápicos de orientação psicanalítica com pessoas com transtornos de personalidade borderline, a partir de artigos disponibilizados na literatura científica**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Araranguá, 2020.

BANDELOWA, Borwin *et al.* Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. **Psychiatry Research**, [S./l.], v. 134, n. 2, p. 169-179, abr. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15840418/>. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.07.008.

BARLOW, David H. et al. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BATEMAN, Anthony; FONAGY, Peter. Tratamento baseado na mentalização e transtorno de personalidade borderline. *In*: CLARKIN, John F.; FONAGY, Peter; GABBARD, Glen O (Orgs.). **Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos de Personalidade**. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 202-224.

BECK, Aaron T.; FREEMAN, Arthur; DAVIS, Denise D. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BLEICHMAR, Célia; BLEICHMAR, Norberto M. Otto Kernberg: discussão e comentários. *In*: BLEICHMAR, Célia; BLEICHMAR, Norberto M. **A psicanálise depois de Freud: teoria e clínica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 392-400.

BUCK, Marina Bertone. **Características psicodinâmicas do transtorno de personalidade borderline**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) - Faculdade de Medicina de Marília em Psicologia Clínica em Saúde Mental, Marília, 2012.

CALIGOR, Eve; CLARKIN, John F. Um modelo de personalidade e patologia da personalidade baseado na teoria das relações objetais. *In*: CLARKIN, John F.; FONAGY, Peter; GABBARD, Glen O (Orgs.). **Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos de Personalidade**. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 21-49.

CAVALCANTI, Cynthia Carolina Pessoa; NUNES, Juliana Carvalho. **Interações em terapias cognitivas para transtorno de personalidade borderline**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Tiradentes -UNIT/AL, Maceió, 2016.

CERUTTI, Priscila Sardi; DUARTE, Tomas Camargo. Transtorno da personalidade borderline sob a perspectiva da terapia comportamental dialética. **Revista**

Psicologia em Foco, Frederico Westphalen, v. 8, n. 12, 2016. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/2466>.

CONCEIÇÃO, Isadora Klamt da *et al.* Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 87-107, abr. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a07.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

CORREALE, Antonello. Estado limítrofe e transtorno borderline: diferenças e semelhanças. A difícil questão do núcleo psicótico. **Psicanálise**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 135-149, 2017. Disponível em: http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Psican%C3%A1lise_SBPdePA_v19_n2_2017-12.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. II**, [S./l.], v. 2, n. 2, p. 52-71, abr./jun. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/zY7LYw46XxX3jPypqNvYB6x/?lang=pt>. Acesso em: 08 abr. 2022. DOI: 10.1590/1415-47141999002004.

DE SOUSA, Ana Carolina Aquino; VANDENBERGHE, Luc. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 381-390, 2005. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/4778>. DOI: 10.5380/psi.v9i2.4778.

FERREIRA, Jorge de Almeida. Transtorno de personalidade borderline: considerações da avaliação psicológica sobre a relação paciente/família. **Revista Científica Multidisciplinar**, [S./l.], v. 8, p. 13-31, jul. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/transtorno-de-personalidade>. Acesso em: 08 abr. 2022.

FIGUEIREDO, Alessandra Cauduro; MARQUES, Eunaihara Ligia Lira. Mulheres que amam demais: uma breve compreensão acerca do jeito de ser da mulher com transtorno de personalidade borderline. *In*: **Psicologia.pt: Portal dos Psicólogos**, dez. 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1088.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

FINKLER, Débora Cassiane; SCHÄFER, Julia Luiza; WESNER, Ana Cristina. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S./l.], v. 19, n. 3, p. 274-292, dez. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/325731315_Transtorno_de_personalidade_borderline_Estudos_brasileiros_e_consideracoes_sobre_a_DBT. Acesso em: 08 abr. 2022. DOI: 10.31505/rbtcc.v19i3.1068.

GABBARD, Glen O. Ação terapêutica na psicoterapia psicanalítica do transtorno da personalidade borderline. *In*: CLARKIN, John F.; FONAGY, Peter; GABBARD, Glen O (Orgs.). **Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos de Personalidade**. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 255-272.

HEGENBERG, Mauro. **Borderline**: clínica psicanalítica. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

HONORIO, Luiz Guilherme Figueira; KUWAKINO, Mateus Kenzo Sanches; SOUZA, José Carlos. Teorias Etiológicas do Transtorno de Personalidade Borderline: da neurobiologia à epigenética. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 3, e0610312929, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12929>. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.12929.

LIMA, Caroline Silva de Araujo *et al.* Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7052, 24 abr. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7052>. Acesso em: 08 abr. 2022. DOI: 10.25248/reas.e7052.2021.

LINEHAN, Marsha. **Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos de Personalidade**. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MAFFINI, Gabriela; FINOQUETO, Yanco Ortiz; CASSEL, Paula Argemi. Modos esquemáticos nos Transtornos de Personalidade Borderline - abordagens em Terapia do Esquema. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 9, n. 8, e900986467, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6467>. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.6467.

MARTINS, Letícia; DOTA, Fernanda. Transtorno de Personalidade Borderline: a intervenção da terapia cognitivo comportamental. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, [online], v. 29, n. 1, p. 3-28, nov. 2017. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/Y6b3Uo8knpOBzzz_2019-3-8-17-16-45.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

MELO, Anna Karynne da Silva; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; STOLTENBORG, Violeta. Reconstruindo sentidos na interface de histórias: uma discussão fenomenológico-existencial da constituição do sujeito borderline. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 133-144, dez. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-6867200900020009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2022.

NASCIMENTO, Sther Victória Alves *et al.* A perspectiva psicanalítica no manejo clínico. **Revista Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás**, Goiânia, v. 3, n. 2, p.137-146, ago./dez. 2020. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/rrsfesgo/article/view/180>. Acesso em: 08 abr. 2022.

NETTO, Oswaldo Ferreira Leite; ALARCÃO, Gustavo Gil. Um olhar psicanalítico sobre o transtorno da personalidade borderline. *In*: LOUZÃ, Mario Rodrigues; CORDÁS, Táki Athanássios (Orgs.). **Transtornos da personalidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 243-247.

NUNES, Fábio Luiz *et al.* Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**,

Porto alegre, v. 11, n. 2, p. 68-76, 2015. Disponível em:
http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=216. Acesso em: 08 abr. 2022.

PASINI, T.F.; DAMETTO, J. Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. **Perspectiva**, Erechim. v. 34, n. 128, p.133-149, dez. 2010. Disponível em:
https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_143.pdf. Acesso em: 08 abr. 2022.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. II**, [S./l.], v. 2, n. 2, p. 153-158, abr./jun. 1999. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/307527495_A_introducao_do_conceito_de_estados-limitrofes_em_psicanalise_o_artigo_de_A_Stern_sobre_the_borderline_group_of_neuroses. Acesso em: 08 abr. 2022. DOI: 10.1590/1415-47141999002011.

PIERI, Giuliana Angeli; CASTELLANA, Gustavo Bonini. Transtorno de personalidade borderline ou transtorno afetivo bipolar? Contribuições da Psicopatologia Fenomenológica para o diagnóstico diferencial. **Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 145-159, 2016. Disponível em:
<https://www.revistapfc.com.br/rpfc/article/view/994>. Acesso em: 08 abr. 2022.

SANTOS, Guilherme Geha dos. **O paciente borderline na literatura psicanalítica, de 1930 a 2016**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2017.

SCHERER, Paula Fernanda. **Avaliação psicológica no transtorno de personalidade Borderline: Estudos brasileiros**. 2016. Monografia (Curso de Especialização em Avaliação Psicológica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

SILVA, Milena da Rosa *et al.* Andando na corda bamba: desafios técnicos do atendimento de pacientes borderline. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 13-22, 2016. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n1a02.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

USEVICIUS, André Alvares; SOUZA, Marília Caixeta de; ENETÉRIO, Núbia Gonçalves da Paixão. **Transtorno de personalidade borderline e a estruturação do self**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2018.

VIDAL, Manola; LOWENKRON, Theodor. Ensino da psicoterapia no atendimento psiquiátrico dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-728, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/bNsp8kc4vfh4v63fDJLCXsr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022. DOI: 10.1590/S0102-37722010000400016.

YEOMANS, Frank E.; DIAMON, Diana. Psicoterapia focada na transferência e transtorno da personalidade borderline. *In*: CLARKIN, John F.; FONAGY, Peter;

GABBARD, Glen O (Orgs.). **Psicoterapia Psicodinâmica para Transtornos de Personalidade**. Trad. Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 225-254.