

TERAPÊUTICAS COGNITIVISTAS COMPORTAMENTAIS EM ADULTOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Renata Coelho Lima¹
Thais Oliveira Navarro²
Mariana Fernandes Ramos dos Santos³
Camila Medina Nogueira Moco⁴

RESUMO: Considerando as inúmeras abordagens diferentes utilizadas no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, é que a base principal deste artigo se fundamentou. A lógica consiste em elucidar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, através de uma revisão bibliográfica, no qual informações como: seu surgimento, sua sintomatologia, suas principais características citadas pelos grandes estudiosos da temática, os protocolos utilizados pela TCC para tratar este transtorno, foram aprofundadas. Tendo isso em vista, as obras escolhidas para compor o artigo, tiveram como critério terem sido publicadas nos últimos cinco anos como forma de trazer as informações mais recentes do tema. Além disso, foram utilizados como referência os principais livros e artigos da temática. A importância de destacar a eficácia da TCC para o tratamento de TPB bem como suas principais formas de tratar, é o que espera-se com os resultados obtidos na pesquisa. 2207

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

1 INTRODUÇÃO

Baseando-se na teoria cognitiva, a personalidade é considerada avançada na medida em que expõe diversos aspectos para além do comportamento, como os pensamentos e as emoções. Assim, Beck, Freeman e Davis (2005) a história evolutiva do indivíduo precisa ser levada em consideração quando trata-se de formar padrões de pensamentos, sentimentos e ações. Dessa forma, é possível entender melhor sobre as estruturas, funções e os processos da personalidade

¹Discente do curso de Psicologia pela Uniredentor/Afya.

² Discente do curso de Psicologia pela Uniredentor/Afya.

³Psicóloga Mestre em Psicologia, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Neuropsicóloga; Especialista em Reabilitação Neuropsicológica, Terapia Ocupacional na Saúde Mental, Psicologia Positiva Terapia Familiar; Docente no curso de Psicologia.

⁴ Psicóloga Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Gestão Estratégica de Recursos Humanos.

se observarmos as atitudes, os sentimentos e os comportamentos. (Beck; Freeman & Davis, 2005).

Segundo Beck, David e Freeman (2017) quando falamos da personalidade humana “normal” podemos dizer que ela é composta de inúmeros traços. Essas características podem estar atreladas à desempenho, como inteligência e criatividade, aos valores sociais e ao dinamismo e à energia (temperamento explosivo/impulsividade). Assim, quando impasses relacionados à personalidade surgem, podem indicar algum sinal de instabilidade emocional/cognitiva e, conseqüentemente, algum transtorno que acarrete em prejuízos de saúde mental.

Levando isso em consideração, é importante ponderar a complexidade da mente humana e o quanto o seu adoecimento requer cuidado e entendimento, uma vez que muitos estigmas e preconceitos surgem a partir disso. Os transtornos de ansiedade, os de humor, os psicóticos e os de personalidade atingem cada vez mais uma quantidade considerável de pessoas, como é o caso do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), que será o objeto de estudo do presente artigo.

De maneira geral, os indivíduos acometidos pelo TPB demonstram tamanha instabilidade que chegam a desestabilizar a vida familiar, social, profissional e, até mesmo, a2208 sua identidade. Sendo sujeitos que sofrem e também levam sofrimento (às relações próximas) aqueles que estão próximos a eles, muitas vezes de formas dolorosas.

Para evidenciar a origem deste transtorno, é importante considerar alguns fatores como: genética, desenvolvimento neurobiológico e vivências traumáticas na fase infantil. Este último se mostra determinante, pois, as experiências vivenciadas na infância são de extrema importância para o acometimento desta patologia. Tais experiências são responsáveis pelo desenvolvimento de esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), sendo esquemas presentes em quase todos os pacientes borderlines.

Jeffrey Young foi quem apresentou o conceito de esquemas dentro da psicologia cognitiva e introduziu que os esquemas são uma estrutura. De acordo com ele, os esquemas referem-se “a qualquer princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida”. (Young; Klosko; Weichhaar, 2008, p. 22).

Segundo Young, Klosko e Weichhaar (2008) os esquemas são estruturas cognitivas capazes de organizar a experiência e o comportamento de acordo com às necessidades básicas

daquele sujeito, que são mantidas e desenvolvidas pelo relacionamento interpessoal dos mesmos. Os autores ainda afirmam que os esquemas constroem-se nas fases iniciais dos indivíduos, e podem ser caracterizados como adaptativos e desadaptativos, no entanto, também podem ser formados em outros momentos posteriores.

Tendo isso em vista, pode-se destacar que os esquemas adquiridos através de um evento traumático durante a fase inicial da vida, têm grandes chances de estar no centro dos transtornos de personalidade. Para Halperin e Carneiro (2016, p. 41), “Os EIDs são padrões emocionais, cognitivos e emocionais relacionados à representação de si e dos outros que se desenvolvem cedo na vida e se repete ao longo dela, causando sofrimento e prejuízo em diversos contextos”. Sendo assim, no que tange os EIDs, é possível observar o quanto são destrutivos e em como na maioria das vezes são causados por experiências repetitivas traumáticas que aconteceram na infância/adolescência.

Diante disso, é de suma importância relatar que o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por padrões instáveis nas relações interpessoais de afeto do indivíduo, além de constituir também comportamentos impulsivos. O TPB configura-se como um transtorno que surge no fim da adolescência e início da idade adulta, sendo tratado geralmente por psicofármacos e psicoterapia. No tratamento por psicoterapia, existem 2209 abordagens teóricas diferentes utilizadas, no entanto, no vigente artigo, o objetivo é avaliar a utilização e a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline.

Com isso, visou-se elencar os protocolos utilizados pela Terapia Cognitivo-Comportamental, através de uma revisão bibliográfica, em adultos com Transtorno de Personalidade Borderline, descrevendo as características deste transtorno e sua sintomatologia, além de verificar os principais autores que contribuem para o tratamento da temática, por meio da Terapia Cognitivo-Comportamental, avaliando a eficácia da TCC para o seu tratamento. Desta maneira, para a construção deste artigo seis passos foram seguidos, sendo eles: identificação do tema, determinação dos critérios para escolha e descarte de artigos, delimitação das informações mais necessárias e importantes; avaliação da literatura em sua totalidade, interpretação dos resultados obtidos com a pesquisa e, conclusão.

2 METODOLOGIA

O presente artigo adotou como metodologia uma revisão narrativa de literatura, com objetivo de descrever a interação entre a terapia cognitivo-comportamental atrelada ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A pesquisa foi elaborada por meio de fontes de buscas específicas. As pesquisas selecionadas para compor o trabalho, obedeceram aos critérios de: terem sido publicadas nos últimos cinco anos e retratar a definição de Transtorno de Personalidade Borderline e como a Terapia Cognitivo-Comportamental utiliza de seus protocolos para seu tratamento.

Conforme Botelho, Cunha e Macedo (2011), a revisão narrativa é utilizada para apresentar um assunto específico sob o ponto de vista contextual. Assim, esta forma de pesquisa é composta por uma revisão da literatura e parte de uma interpretação crítica do pesquisador. Dessa forma, a revisão narrativa não utiliza técnicas exaustivas de pesquisa, a escolha dos estudos e a interpretação das informações colhidas ficam a critério da subjetividade dos autores.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O conceito de Personalidade

2210

Muitas são as definições para o termo “Personalidade” e isso está relacionado ao que cada contexto e teoria enfatizam, isto é, em qual contexto histórico e teórico são os mais relevantes para que se consiga compreender a personalidade das pessoas. Por isso, não existe uma única caracterização, já que cada teoria apresenta um conceito diferente para a personalidade, conforme a ênfase dada aquela teoria.

O primeiro estudioso da psicologia a enfatizar fatores que incitavam o desenvolvimento da personalidade humana foi Sigmund Freud (1856-1939). Freud enfatizava que até o final do quinto ano de vida da criança, sua personalidade já havia sido formada, pois respondia a processos de crescimentos fisiológicos, frustrações e conflitos (Feist *et al.*, 2015).

Historicamente, antes da aparição de Freud e sua teoria da personalidade, não havia interesse por estudos acerca da personalidade humana, por isso, os transtornos mentais eram visto como possessão demoníaca. Este autor contribuiu de forma avassaladora ao constatar que os eventos mentais eram conduzidos por estruturas de causa e efeito. Assim, ele começou a utilizar a hipnose como forma de acessar os conteúdos mentais presentes em pacientes com

histeria, constatando que comportamentos irracionais e inconscientes estavam expostos a certos padrões (Fadman; Frager, 2004).

Para Beck, Freeman e Davis (2005), é necessário considerar a evolução histórica da formação dos pensamentos e dos padrões que os compõe. Com isso, é possível entender melhor sobre as estruturas e os processos da personalidade, se olharmos para os sentimentos e os comportamentos. Beck (2000) direcionou o conceito de personalidade para os padrões específicos dos processos de pensamento, reações emocionais e necessidades motivacionais de cada indivíduo, com isso, a caracterização de personalidade está atrelada a processos esquemáticos que orientam o psicológico em totalidade.

[...] um constructo composto que representa a soma total das ações, dos processos de pensamento, das reações emocionais, e das necessidades motivacionais da pessoa, através dos quais ela, como organismo biológico geneticamente programado, interage com seu ambiente, influenciando-o e sendo influenciada por ele [...] (BECK; ALFORD, 2000, p. 34).

As estratégias comportamentais utilizadas pelos indivíduos em predominância estão relacionadas aos padrões cognitivos que também estão relacionados às crenças que resultam no comportamento, isto é, a personalidade (Beck; Freeman; Davis, 2005).

Em resumo, a teoria de Beck relata que a personalidade é a forma predominante de pensar, agir, sentir e perceber de cada indivíduo, incluindo as atitudes, crenças, emoções, sensações e o comportamento (Feist *et al.*, 2015).

O Manual Diagnóstico e Estático dos Transtornos Mentais (DSM-V), define que os traços de personalidade são padrões predominantes de percepções, relacionamentos, pensamentos sobre si, o ambiente e o mundo a sua volta, dentro de variados contextos sociais e interpessoais. Assim, os aspectos da personalidade apresentam o transtorno de personalidade quando são inflexíveis e desadaptativos, gerando em prejuízos funcionais e sofrimentos graves. (American Psychiatric Association, 2014).

3.2 Transtorno de Personalidade

No que diz respeito aos transtornos de personalidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V destaca que um transtorno de personalidade se configura como um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente da cultura de expectativas do indivíduo, sendo inflexível e difuso, começando

na adolescência ou no início da idade adulta e se torna estável ao longo do tempo, levando grandes prejuízos e sofrimentos ao indivíduo (American Psychiatric Association [APA], 2014, P. 645).

Além disso, o DSM V caracteriza na categoria de transtorno de personalidade os seguintes transtornos: transtorno de personalidade paranoide, o transtorno da personalidade esquizoide, o transtorno da personalidade esquizotípica, o transtorno de personalidade antissocial, o transtorno de personalidade histriônica, o transtorno de personalidade narcisista, o transtorno de personalidade evitativa, o transtorno de personalidade dependente, o transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva e, por fim, o transtorno da personalidade borderline, tema que será abordado neste artigo. Os transtornos supracitados são separados em três categorias que se diferenciam de acordo com suas semelhanças: a categoria A que inclui os paranoide, esquizoide e esquizotípico, pois se assemelham por acometer indivíduos excêntricos e esquisitos. A categoria B abarca os tipos antissociais, histriônicos, narcisistas e borderlines que são sujeitos dramáticos e emotivos. Por fim, a categoria C acomete os indivíduos com personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas, que são aqueles ansiosos e medrosos (American Psychiatric Association [APA], 2014)

Clinicamente, Skodol e Gunderson (2012) ²²¹²discorrem sobre os pacientes com transtorno de personalidade, serem definidos como desafiadores, tendo em vista suas complexidades. Isso porque, muitos indivíduos tentam e querem ter relações intensas, porém, não conseguem por medo de rejeições. Já outros desejam ter admiração e são preenchidos por fantasias ou amor ideal. Também existem aqueles que possuem autoconceitos distorcidos, desenvolvendo comportamentos de automutilação e ideação suicida. Em resumo, os indivíduos pertencentes à classe de transtorno de personalidade possuem tendência a vivenciar todas as emoções, situações, contextos e percepções de maneira muito intensa.

3.3 Transtorno de Personalidade Borderline

Para Skodol e Gunderson (2012), pessoas diagnosticadas com transtornos de personalidade são caracterizados como complexos e desafiadores clinicamente. Muitos destes indivíduos desejam ter relacionamento intensos com outras pessoas, no entanto, evitam por medo de ser rejeitado. De acordo com o CID-10, transtornos de personalidade são condições que

atravessam o desenvolvimento da personalidade e, por isso, surgem na infância ou adolescência, pois é a fase da vida onde a personalidade está se consolidando, e se perpetua na idade adulta.

É natural que em algum período da vida as pessoas sintam tristeza, raiva, impulsividade, desespero, ciúmes, instabilidade de humor, medo de ser rejeitado, insatisfação pessoal ou descontrole emocional. Tudo isso, pode gerar diversos prejuízos a sua estabilidade de uma forma geral. Porém, se essas emoções e comportamentos disfuncionais se mostrarem com maior frequência e com uma intensidade maior, pode ser considerado um quadro complexo, confuso e desorganizado, que se enquadra dentro do transtorno de personalidade borderline.

O Transtorno de Personalidade Borderline, de acordo com o DSM V (2014) se constitui por grande instabilidade nas relações pessoais. Estudos mostram que o Transtorno de Personalidade Borderline tende a ser menos evidente ou até mesmo desaparecer com o envelhecimento, sendo mais comum em pessoas do sexo feminino, tendo um índice de prevalência de 75%. Ainda de acordo com o DSM V (2014) o transtorno de personalidade é definido como um padrão de traços disfuncionais persistentes da personalidade e comportamento, que tem início na adolescência ou no final da fase adulta. Um transtorno de personalidade é constituído por um padrão persistente de experiências e comportamentos que se desviam fortemente da cultura do indivíduo, se manifestando na cognição, afetividade, 2213 funcionamento de relações interpessoais ou impulsividade.

De acordo com Figueiredo e Marques (2017) o termo “borderline” surgiu a partir da comunidade psicanalítica com o intuito de caracterizar aqueles pacientes que não se enquadravam nas categorias “neurótica” ou “psicótica”. Além disso, o diagnóstico para Transtorno da Personalidade Borderline é clínico, porém, complexo. Para Mazer, Macedo e Juruena (2017, p.88) a dificuldade se dá “em parte pela própria natureza dos sintomas, pouco diferenciados e com fronteiras menos nítidas com a normalidade, e pela necessidade de uma avaliação longitudinal e em vários contextos”.

Segundo Cerutti, Tomasi e Both (2011, p.1) os pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline são pessoas que “mudam facilmente de opinião acerca dos outros, carreira, identidade, sexo, valores, tipos de amigos, mudando o papel de uma pessoa suplicante e carente de auxílio para um vingador implacável”.

Os indivíduos com este transtorno geralmente são mais emotivas e dramáticas e esses padrões estão presentes em algumas situações

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. [...] 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo. 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas [...] 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante. 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor [...]. 7. Sentimentos crônicos de vazio. 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la [...] 9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (APA, 2014, p. 663).

Sabe-se que o Transtorno de Personalidade Borderline é acarretado por uma junção de fatores, sendo multicausal. Rebeschini (2017) afirma que um dos fatores de risco que causam o Borderline, é a exposição a traumas, ainda na infância e adolescência, podendo ser abuso físico, sexual, psicológico. Figueiredo e Marques (2017, p.4) destacam ainda que “famílias desestruturadas e abusivas, traumas na infância e contextos socioeconômicos desfavoráveis não só contribuem para a formação de personalidades vulneráveis, como também podem potencializar o transtorno”.

Algo comum e recorrente na clínica para Transtorno de Personalidade Borderline, são os casos de automutilação e ideações ou tentativas de suicídio, principalmente na adolescência e início da fase adulta. De acordo com Macedo et al., (2017) comportamentos autodestrutivos podem ser desde leves arranhões e queimaduras de cigarro, até overdoses e cortes profundos. 2214

Assim, aqueles diagnosticados com TPB geralmente possuem relacionamentos amorosos instáveis. Além disso, o ciúme excessivo é considerado patológico que vem acompanhado pelo medo do abandono ou rejeição. Em decorrência desta instabilidade no quesito afetivo, é comum que agressões físicas e verbais aconteçam. (Santagelo et al., 2018). Estes sintomas são mais frequentes no início da fase adulta, uma vez que a impulsividade decai com o envelhecimento. (Santagelo et al., 2018).

Estima-se que o TPB atinja a 1,6% da população geral, podendo chegar a 5,9% (APA, 2014). Além disso, estudos demonstram que este transtorno acomete mais as mulheres do que os homens, porém, “[...] essa diferença pode ser resultado de tendência de amostragem (i.e. mais mulheres procuram tratamento), porque nenhuma distinção de gênero na prevalência foi encontrada [...]” (Skodol, Gunderson, 2012, p. 875)

Diversos fatores são levantados quando trata-se da origem deste transtorno. Pesquisas demonstram que além do grande fator genético, o desenvolvimento neurobiológico e

experiência traumáticas na infância, podem contribuir para que este transtorno se manifeste. (Skodol, Gunderson, 2012). Nos estudos de Pastore e Lisboa (2014) foi constatado que 81% dos indivíduos diagnosticados com TPB foram vítimas de abusos físicos e sexuais na infância. Com isso, os autores consideram que as perdas na infância são de extrema importância na determinação do TPB. Além disso, cerca de 20% a 40% dos pacientes diagnosticado, vivenciam uma separação traumática dos pais.

3.4 Terapia Comportamental Dialética (DBT)

O TPB é o transtorno de personalidade mais recorrente na clínica, constituindo cerca de 10% dos pacientes ambulatoriais e 20% dos pacientes internados. Em geral, é estimado que entre 1,6% e 5,9% das pessoas são acometidas pelo TPB (APA, 2013). O TPB possui diferentes possibilidades de tratamento, sendo uma delas o tratamento combinado de farmacoterapia e psicoterapia, não existindo evidências de que esta forma de tratamento seja superior ao tratamento somente com psicoterapia (Stoffers et al., 2012).

O tratamento com auxílio medicamentoso é indispensável para que se tenha uma boa eficácia terapêutica, isso porque, o índice de tentativas de suicídio e comportamentos que proporcionam riscos a si e aos outros são frequentes. (Agugila et al., 2018). Estas situações se2215 tornam mais frequentes especialmente quando esses indivíduos vivenciam situação de abandono ou rejeição social, sendo esse abandono real ou imaginário. (Soloff & Chiappetta, 2018).

A psicoterapia é de suma importância para este quadro clínico, devido a isso, diversos estudos já foram documentados para investigar as psicoterapias para o TPB, sendo a Terapia Comportamental Dialética (DBT) aquela apontada como a principal escolha de tratamento para o TPB, uma vez que possui um extenso conteúdo em termos de evidências científicas sobre sua eficácia (APA, 2017).

A DBT inicialmente foi desenvolvida entre os anos de 1970 e 1980, por Marsha Linehan, por meio da investigação e compilação de intervenções e técnicas para o tratamento de pacientes com ideações e comportamentos suicidas (Dimeff & Koerner, 2007). Para TPB, as primeiras evidências clínicas aconteceram na década de 1990, os manuais de DBT foram traduzidos em diversos países e idiomas, mas no Brasil ocorreu apenas em 2010, dentro de obras da Terapia Cognitivo-Comportamental.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é uma estratégia de tratamento psicoterápica desenvolvida para pessoas que estão dentro dos critérios para Transtorno de Personalidade Borderline, e tem como foco central de trabalho procedimentos de aceitação e mudança, usando estratégias da Terapia Cognitivo-Comportamental, através do treinamento de habilidades emocionais e sociais. Com os inúmeros estudos de Dra. Lineham, foi possível comprovar a eficácia que o treinamento das habilidades ensinadas na DBT auxiliam os indivíduos a entender melhor seus sintomas e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida e seus relacionamentos. Com isso, a DBT passou a ser uma estratégia considerada eficaz no tratamento do TPB (Linehan *et al.*, 2015).

Em um estudo publicado por Stoffers-Winterling *et al.*, (2012), o objetivo foi de avaliar a efetividade de tratamentos psicológicos para TPB. Foi realizado um estudo randomizado com indivíduos diagnosticados com TPB, comparando um tipo específico de psicoterapia com uma intervenção de controle. Foi um total de 1.804 participantes com TPB, e constatou-se diferenças significativas, onde a DBT e tratamentos derivados são as evidências mais sólidas de eficácia.

Cinco estudos comparando a DBT com tratamento usual proporcionaram efeitos eficazes e benéficos na maior parte dos resultados, comparando aos demais tratamentos. Os benefícios incluem a redução na manifestação da raiva, de autolesões bem como uma melhora 2216 no funcionamento geral. Os estudos dão suporte e possuem um papel substancial da psicoterapia no tratamento de pessoas com TPB (Stoffers-Winterling *et al.*, 2012)

A DBT utiliza diversas formas de intervenção, entre elas: psicoterapia individual, treinamento de habilidades, consultoria por telefone, tratamentos auxiliares, reuniões de consultoria entre terapeutas (Heard & Swales, 2015). Uma terapia DBT padronizada tem cinco funções: aumentar as capacidades comportamentais, aumentar a motivação para comportamentos hábeis, assegurar a generalização de ganhos para o ambiente natural, estruturar o ambiente de tratamento para que ele reforce comportamentos funcionais ao invés de disfuncionais e aprimorar a capacidade e motivação do terapeuta para tratar as pessoas atendidas de forma efetiva (Linehan *et al.*, 2006).

Segundo Rizvi *et al.*, (2017) apud Guimarães, Simões & Santos (2020), foram encontradas diminuições significativas de sintomas psicopatológicos em indivíduos com TPB após estarem envolvidos com as estratégias da DBT. De acordo com Linehan *et al.*, (2015) apud Guimarães,

Simões & Santos, (2020) automutilações, ideações suicidas tiveram diminuição significativa, concluindo estatisticamente que a DBT é mais eficaz do que outras intervenções psicoterápicas.

No tratamento do TPB, a regulação emocional está no ponto chave para eficácia desta terapia, pois, pacientes com este diagnóstico tendem a ter emoções instáveis (Schmahl et al., 2014 apud Guimarães, Simões & Santos, 2020). Em um estudo realizado por Barnicot et al. (2017) apud Guimarães, Simões & Santos, (2020), os pacientes tratados com DBT, obtiveram mais facilidade em regular suas emoções do que o grupo controle, conseguindo apresentar mais facilidade em seus relacionamentos interpessoais.

As prioridades do tratamento do TPB, dentro da perspectiva da DBT, serão: a relação terapêutica, englobando diversas estratégias voltadas para técnicas de aceitação; os conceitos da terapia comportamental e outros métodos, como *mindfulness* (McMain, Korman & Dimeff, 2001). A dialética fundamental desta estratégia e abordagem é a validação e a aceitação dos pacientes como de fato são, fazendo uma junção de como eles são e o que se tornaram. O objetivo principal é o auxílio na regulação emocional bem como o desenvolvimento de estratégias ensinadas através da terapia. A relação terapêutica tem total atenção dentro da DBT, pois considera particularidades do TPB (Melo & Fava, 2012). Uma das metas primárias para o tratamento para TPB por esse viés se dá através da mudança de comportamentos do paciente 2217 que possam de alguma forma interferir na terapia (Linehan, 2010).

Os clientes borderlines possuem um déficit quando diz respeito ao aprendizado de emoções, esse sendo decorrente de um ambiente invalidante presente na infância do paciente (Lynch, Trost, Salsman & Linehan, 2007). Com isso, os pacientes tendem a negar e expressar suas emoções, interpretando suas experiências emocionais de forma equivocada. Muitas vezes não estão abertos a aprender, entender ou regular suas respostas emocionais. Pacientes borderlines tendem a oscilar entre inibir suas emoções e a extrema habilidade emocional (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

Assim, o terapeuta encontra um indivíduo em sua extrema vulnerabilidade, onde pode não confiar em seus próprios sentimentos, fazendo com que eles invalidem suas percepções (Melo, 2014). Por conta desta instabilidade e desregulação emocional, pacientes borderlines podem se considerar pessoas más por sentirem raiva ou se sentirem fracos por sentirem medo (Melo, 2014).

Desta forma, a DBT retrata que o terapeuta precisa ser empático e validar os sentimentos do paciente, demonstrando compreensão e que está ali para ajudá-lo a entender melhor suas respostas, suas interpretações e suas emoções (McMain et al., 2001). No entanto, é importante ressaltar que validar as emoções do paciente borderline não significa uma aprovação ao comportamento dele (Melo, 2014).

O termo, “Dialética” está relacionado ao equilíbrio (Linehan, 2010). Assim, validação (estratégias de aceitação) e mudanças (estratégias de resolução de problemas) devem estar alinhadas no processo de tratamento da pessoa borderline.

Com isso, para que o terapeuta tenha sucesso no estabelecimento de um plano terapêutico adequado para o cliente, é preciso que antes tenha a sensibilidade de entender o sofrimento do mesmo, através da empatia com seus sentimentos, principalmente aqueles sentimentos que foram negligenciados na infância (Linehan, 2010).

Outro fator importante e imprescindível para o tratamento do TPB, é a flexibilidade e a versatilidade do ambiente, para se debater e resolver impasses que possam surgir ao decorrer do tratamento (Linehan, 2010). Desta forma, cabe ao terapeuta através da DBT, trabalhar com flexibilidade de modo que consiga manejar as situações a fim de que consiga mostrar para o paciente que entende suas dificuldades, e, ao mesmo, tempo o ajuda com estratégias de mudança ²²¹⁸ (Trupin, Steward, Beach & Boesky, 2002).

A DBT fornece uma estrutura para o tratamento, através da qual os objetivos são bem delimitados e isso contribui para a efetividade do tratamento do TPB (Melo, 2014). É importante que o terapeuta e o paciente estejam alinhados aos objetivos do tratamento e concordem com as possíveis dificuldades do cliente e a forma de tratamento que será usada. Ambos devem estar comprometidos com o tratamento, para que tenha sucesso. A DBT coloca a relação terapêutica, como dito anteriormente, como sua principal estratégia de tratamento. Sem o vínculo terapêutico bem trabalhado, os demais objetivos do tratamento terapêutico ficarão comprometidos e com dificuldades para serem atingidos (Melo, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da vigente pesquisa possibilitou uma maior compreensão sobre o Transtorno de Personalidade Borderline, entendendo sobre seu desenvolvimento, sua origem, suas características, critérios diagnósticos e seu funcionamento. Ademais, apesar de ser

constatado um transtorno complexo e de difícil manejo, foi possível observar que a Terapia Cognitivo-Comportamental possui estratégias psicoterápicas que possibilitam um tratamento eficaz e preciso.

Com isso, foi possível perceber que a interação entre as terapias cognitivas foram de extrema relevância para o desenvolvimento de estudos que suprissem as demandas apresentadas pelo TPB. Assim, com o desenvolvimento da terapia do esquema (TE) e da DBT atravessadas pela teoria de Beck, possibilitou o sucesso no tratamento do TPB.

Desta maneira, a presente revisão bibliográfica permitiu elucidar a eficácia da DBT para o tratamento do TPB. De acordo com os estudos supracitados, a DBT parece ter maior efetividade do que outras abordagens, incluindo a TCC, Terapia do Esquema e terapia de mentalização. Contudo, mediante a intensidade dos sintomas do TPB, em alguns casos o tratamento medicamentoso em conjunto com a intervenção psicoterapêutica é essencial.

O avanço eficaz no tratamento do TPB se deu a partir do desenvolvimento da TE e da DBT. Sendo que a TE tem seu enfoque na investigação de sintomas e origens infantis, identificando a trajetória percorrida dos esquemas desde a infância até aquele momento, enfatizando os relacionamentos interpessoais. Já a DBT busca promover a eficácia interpessoal, regulação de emoções, autocontrole, entre outros.

2219

Além disso, a relação terapêutica é considerada uma das principais estratégia de tratamento, isso porque, sem o vínculo terapêutico as demais estratégias terapêuticas ficam comprometidas e com mais dificuldades de serem colocadas em prática.

É visível que a DBT possibilita ao paciente uma melhor compreensão positiva de seu funcionamento, possibilitando visualizar que mesmo sendo um tratamento complexo e um transtorno difícil, o tratamento é eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agugila, Andrea et al. (2018). Asenapine in the management of impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder and comorbid borderline personality disorder: an open-label uncontrolled study. *Int Clin Psychopharmacol.*, 33(3), 121-130.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-V**: Manual de Diagnóstico e Estatística das Transtornos Mentais (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T., DAVIS, D. D., FREEMAN, A. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

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

BECK, A. T.; FREEMAN, A. DAVIS, DENISE D. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. 2. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2005. p. 167-188.

BOTELHO LLR, CUNHA CCA, MACEDO M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gest Soc**. 2011 ago;5(11):121-36.

CERUTTI, P. S., TOMASI, S. O, BOTH, T. L. **Terapia Comportamental Dialética No Transtorno De Personalidade Borderline**. V MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E IV MOSTRA DE PESQUISA DE PÓS GRADUAÇÃO DA IMED 26 a28 de outubro de 2011 – Passo Fundo – RS.

CROWELL, S. E., BEAUCHAINE, T. P. & LINEHAN, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's Theory. **Psychol Bull**. 135(3), 495-510

FADMAN, J. FRAGER, R. **Personalidade e Crescimento Pessoal**. 5. ed. Artmed, 2004. p. 19-140

FEIST, J. FEIST, G. ROBERTS, T. A. Introdução a Teoria da Personalidade. In: _____ **Teorias da Personalidade**. 8ª. Ed. Porto Alegre. Artmed. 2015. p. 4-8. 2220

FIGUEIREDO, A. C., MARQUES, E. L. L. Mulheres Que Amam Demais: Uma Breve Compreensão Acerca do Jeito De Ser Da Mulher Com Transtorno De Personalidade Borderline. **Psicologia**. pt ISSN 1646-6977 Documento publicado em 25.06.2017

GUIMARÃES, SIMÕES & SANTOS. Efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o tratamento do transtorno de personalidade borderline: Uma revisão de Literatura. **Revista Universo PSI**. Taquara, 2020, 1 (2), 1-16.

HALPERIN, C. F. CARNEIRO, J. C.R. A teoria do apego e as bases familiares da terapia do esquema. In: WAINER, R.; PAIM, K. ERDOS, R.; ANDRIOLA, R. **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 39-47.

LINEHAN, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.

LINEHAN, M. M., COMTOIS, K. A., MURRAY, A. M., TUTTEK, D. A., REYNOLDS, S. K., & LINDENBOIM, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. **Arch Gen Psychiatry**, 63, 757-766.

LYNCH, T. R. TROST, W. T., SALSMAN, N., LINEHAN, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Clinical Psychology*, 3, 181-205.

MACEDO, B. B. D., MENEZES, C. N. B. B., GOMES, J. M. A., BAES, C. V. W., JURUEMA, M. F. Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores Crônicas. *Rev. Humanidades*, Fortaleza, v. 32, n. 2, p. 193-203, jul./dez. 2017

MCMAIN, S., KORMAN, L. M & DIMEFF, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183-196.

MELO, W. V. (2014). Terapia comportamental dialética. In W. V. Melo (Org.). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. (pp. 314-343). Novo Hamburgo: Sinopsys.

PASTORE, E.; LISBOA, C. S. M. **Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio**. 2012. p. 10-17.

REBESCHINI, C. Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano* -ISSN 2317-8582. Canoas, v. 5, n. 2, 2017

SANTANGELO, P. S. et al. (2018). Affective instability across the lifespan in borderline personality disorder – a cross-sectional e-diary study. *Acta Psychiatr Scand.*, 138 (5):409-419.

SKODOL, A. E. GUNDERSON, J. G. Transtornos da Personalidade. In: HALES, R. E.; YUDOFKAT, S. C.; GABBARD, G. O. **Tratado de Psiquiatria**. 5. Ed. Artmed, 2012. p. 854-2221
894.

SOLOFF, P. H., & CHIAPPETTA, L. (2018). 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.*, 22 (1), 1-19.

STOFFERS-WINTERLING JM, VÖLLM BA, RÜCKER G, TIMMER A, HUBAND N, LIEB K. (2012). **Psychological therapies for people with borderline personality disorder**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8.

SWALES, M. A. & HEARD, H. L. **Dialectical behavior therapy**. New York: Routledge, 2009.

TRUPIN, E. W., STEWARD, D. G., BEACH, B. & BOESKY, L. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: **Artmed**, 2008. p. 17-317.