TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA

Priscila Sardi Cerutti[1]
Tomas Camargo Duarte[2]

Resumo. O presente artigo tem por objetivo fazer uma discussão a respeito do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). O foco da pesquisa está relacionado ao tratamento cognitivo comportamental através da Terapia Comportamental Dialética (TCD), a qual deriva da terapia cognitivo-comportamental e enfatiza a troca e negociação entre o terapeuta e o cliente, entre o racional e o emocional, e entre a aceitação e mudança. O aprendizado de novas habilidades é um componente principal, incluindo consciência, eficácia interpessoal, cooperação adaptativa com decepções e crises e na correta identificação e regulação de reações emocionais. Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, baseada em bibliografias especializadas no assunto, por meio de consulta a artigos científicos selecionados através de banco de dados do Scielo, Lilacs, BVS e capítulos de livros. Pode-se concluir que para conviver com a personalidade borderline, o primeiro passo é caracterizá-la como um transtorno psiquiátrico que necessita de tratamento, com profissionais especializados. Tanto a atitude pessoal de aderir à terapia, quanto à educação da família são essenciais, na medida em que, o único tratamento efetivo é o de equipe, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, a família e o paciente.

Palavras chave: Transtorno da personalidade Borderline. Terapia Cognitivo Comportamental. Terapia comportamental Dialética.

A sensação é de estar construindo uma casa no meio de um furacão.
(CUKIER, 1998; referindo-se ao atendimento ao cliente borderline).

INTRODUÇÃO

O termo Borderline foi descrito pela primeira vez em 1938 pelo Psicanalista americano Adolf Stern, que o identificou no exercício da psicoterapia, e posteriormente pelo também Psicanalista Robert Knight que constatou a presença de características do transtorno em pacientes hospitalizados (LINEHAN, 2010). O conceito atual sobre o diagnóstico do

[1] Pós Graduada em Leader Coaching pela Faculdade Meridional –IMED; Professional & Self Coaching pelo Instituto Brasileiro de Coaching –IBC; Psicóloga pela Faculdade Meridional –IMED. Passo Fundo – RS. E-mail: priscilacerutti@yahoo.com.br.

[2] Professional & Self Coaching pelo Instituto Brasileiro de Coaching –IBC; Psicólogo pela Universidade de Passo Fundo UPF. E-mail: contato.tomascamargo@gmail.com.

paciente borderline foi formulado em 1980 pelo DSM –III, deixando de ser uma acepção vaga entre estados intermediários de neurose/psicose, para ser um distúrbio específico de personalidade (VIDAL; LOWENKRON, 2010).

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é um transtorno mental grave e complexo. Acomete cerca de 2% da população geral, e é o mais comum dos transtornos de personalidade no contexto clínico, comprometendo cerca de 10% dos indivíduos internados (SCHESTATSKY, 2005). O impacto social desse transtorno é muito grande, a taxa de mortalidade devida ao suicídio é alta, atingindo cerca de 10% dos pacientes. Trata-se, desta forma, de uma das desordens psiquiátrica comumente associada ao suicídio. 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. Assim, para controlar pacientes com este transtorno, os melhores resultados têm sido obtidos com programas de psicoterapia, podendo ser citado o relevante papel da terapia cognitiva comportamental: a terapia dialética comportamental (CARNEIRO, 2004).

Nos dias atuais, pessoas que preencham critérios para o transtorno da personalidade borderline (TPB) têm lotado consultórios de profissionais clínicos e da saúde mental. Isso é explicado pelo fato de que mesmo quando se institui uma farmacoterapia potencialmente eficaz, costuma-se supor que seja necessária alguma forma de tratamento psicoterápico para pacientes com tal patologia. Sendo assim, a Terapia Comportamental Dialética (TCD) é um tratamento cognitivo comportamental amplo, desenvolvida especialmente para o TPB (LINEHAN, 2010).

1 MÉTODO

A presente pesquisa segue uma abordagem qualitativa, a partir de uma revisão integrativa dos aspectos que envolvem o transtorno de personalidade borderline sob uma visão da terapia comportamental dialética. O estudo foi elaborado através de livro-texto e levantamento de artigos científicos em português, publicados nos últimos dez (10) anos (2006-2016) na base de dados da Scientific Eletronic Library Online - Scielo, Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, utilizando-se os seguintes descritores: transtorno da

personalidade borderline, terapia cognitivo comportamental, terapia comportamental dialética. Foram selecionados os artigos mais representativos sobre o tema.

Os critérios para inclusão dos materiais bibliográficos foram livros e artigos em português disponíveis eletronicamente e que abordaram o transtorno borderline e a terapia comportamental dialética, publicado nos últimos dez (10) anos. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: artigos que não referenciaram o transtorno borderline como tema central ou que não tivessem como abordagem a terapia comportamental. A técnica utilizada foi a análise da bibliografia encontrada, que compreende a leitura, seleção, fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. Foram encontrados sete artigos, nove capítulos de livro e duas teses de interesse para este estudo, os quais enfocam explanar sobre o assunto proposto, conforme apresentados nos próximos itens deste trabalho.

2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da revisão integrativa realizada nas bases de dados foram encontrados 11 artigos, considerando as repetições e os critérios de inclusão e exclusão. Depois de realizada uma leitura prévia dos resumos, foram selecionados 7 artigos, analisados na íntegra, e apresentados na Tabela 2:

QUADRO 1 – ARTIGOS SELECIONADOS A PARTIR DE REVISÃO INTEGRATIVA

Nº	Revista/Jornal	Título	Referências
1	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde	A Interferência dos Transtornos de Personalidade no Tratamento de Transtorno do Pânico: Uma Abordagem Cognitivo-Comportamental.	BRESCHI, M. A.; CASTRO, M. M. A. (2013).
2	Revista Ciências & Cognição	Borderline – no limite entre a loucura e a razão.	CARNEIRO, L. (2004).
3	Jornal Americano de Psiquiatria	Avaliando três tratamentos para o transtorno de personalidade borderline.	CLARKIN, J.; LEVY, K.; LENZENWEGER, M.; KERNBERG, O. (2007).

4	Revista de Psiquiatria	Programa de Abordagem Interdisciplinar no Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: Relato de Experiências no Ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro.	DAL'PIZOL, A.; LIMA, L.; FERREIRA, L.; MARTINS, M.; CORRÊA, P.; OLIVEIRA, A.; GIULIANI, S.; BUTTES, V. (2003).
5	Revista Brasileira de Psiquiatria	Teoria e Eficácia da Terapia Comportamental Dialética na Bulimia Nervosa e no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica.	NUNES-COSTA, R. A.; LAMELA, D. J. P.; GIL-COSTA, L.(2009).
6	Revista Brasileira de Terapia Cognitiva	Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais.	VANDENBERGHE, L.; SOUSA, A. C. (2006).
7	Psicologia Teoria e Pesquisa	Ensino da Psicoterapia no Atendimento Psiquiátrico dos Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline.	VIDAL, M.; LOWENKRON, T. (2010).

Fonte: Dados primários da pesquisa (2016).

Antes de caracterizar o que de fato é o Transtorno de Personalidade Borderline, faz-se necessário compreender o que é a personalidade propriamente dita. Cada pessoa possui um entendimento, de uma forma quase intuitiva, do que seja a personalidade de alguém, ou seja, aquela maneira que alguém se comporta perante as diversas situações da vida. De uma forma bem ampla, a personalidade é um conjunto de padrões, pensamentos, sentimentos e comportamentos que uma pessoa apresenta ao longo de sua existência. Nós somos a nossa personalidade e é desta maneira que nos apresentamos para o mundo, é aquilo que nos distingue dos demais seres humanos, é a nossa individualidade (BARBOSA, 2012).

No entanto, quando as condutas apresentadas pelo indivíduo não seguem um padrão da cultura onde o mesmo está inserido, este pode estar apresentando características de um transtorno da personalidade. O sujeito possui uma maneira persistente de vivência íntima ou de comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão traz perdas e sofrimentos, tendo seu início na adolescência ou idade adulta, persistindo ao longo da vida e tornando-se uma forma de funcionamento fixo da personalidade (BRESCHI; CASTRO, 2013).

O TPB é assim intitulado no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Ed. 2014) e denominado na CID-10 como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável, tipo Borderline. Em ambos, as classificações são caracterizadas por instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e no afeto, mantendo uma acentuada impulsividade, começando no início da vida adulta e presente em uma variedade de contextos. Indivíduos diagnosticados com este quadro apresentam muita sensibilidade às circunstâncias ambientais às quais são expostos. Podem sentir empatia e carinho por outras pessoas apenas com a expectativa de que a outra pessoa "estará lá" também para atender às suas próprias necessidades, quando exigido, bem como 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. Envolvimento excessivo em jogos, gastos irresponsáveis, engajamento em sexo inseguro e alimentação em excesso também caracterizam indivíduos com TPB (DAL'PIZOL, et. al., 2003).

De acordo com o DSM-V (2014), o indivíduo necessita preencher cinco (ou mais) dos critérios da Tabela 02 para ser diagnosticado como Borderline. No entanto, se preencher quatro dos critérios, seu diagnóstico é considerado provável, porém, não definitivo:

TABELA 02 - CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TPB

CRITÉRIOS
1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário.
2. 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 (gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente

de mais de alguns dias).

7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: DSM-V (2014).

Sadi (2011) colabora afirmando que este transtorno psiquiátrico é complexo, com um diagnóstico diferencial difícil, pois apresenta comorbidades com outros transtornos de personalidade. Portanto, o diagnóstico de um indivíduo com TPB poderá levar um tempo significativo para ser realizado, pois o padrão de comportamento pode demorar a tornar-se patente devido a uma série de alterações no funcionamento da pessoa.

Tentativas recorrentes de suicídio são muito comuns em pessoas com TPB, ocorrendo cerca de 8 a 10% dos indivíduos. Também sucedem comportamentos autodestrutivos (p.ex. cortes, queimaduras) em 80% dos casos, geralmente precipitados por ameaças de separação ou rejeição e até mesmo por expectativas de que assumam maiores responsabilidades. Outra característica apresentada são perturbações com períodos de raiva, pânico e desespero, que raramente são substituídas por períodos de bem estar ou satisfação. Esses indivíduos podem ser incomodados por sentimentos crônicos de vazio, ficam facilmente entediados e estão sempre procurando algo para fazer. Além disso, podem exibir extremo sarcasmo, persistente amargura ou explosão verbal e apresentam um comportamento de "boicote" consigo mesmos quando uma meta está prestes a ser alcançada. Esses sintomas tendem a ser transitórios, durando minutos ou horas (APA, 2014). Tais pacientes estão cognitivamente desregulados e apresentam maneiras breves e não psicóticas de desregulação do pensamento, que inclui dissociação, despersonalização e delírios, que geralmente são originados de situações estressantes e passam quando o estresse diminui (SADI, 2011).

Segundo Cordioli (2008) o teste de realidade em pacientes com diagnóstico Borderline é relativamente conservado quando possuem a capacidade de distinguir-se o que é o eu do não eu, de diferenciar a origem dos estímulos e percepções internas das que são externas e de avaliar, realisticamente, os próprios afetos, comportamentos e conteúdos do pensamento em relação às normas sociais comuns. O teste da realidade se preservado, é expresso pela ausência de delírios e alucinações, de pensamento ou condutas grosseiramente bizarras e pela

capacidade de construir explicações aceitáveis em um contexto social adequado. Conforme aponta Barbosa (2012) a pessoa com tal patologia vive de modo tão intenso, que sua vida pode ser tudo, menos tranquila.

Beck e colaboradores (2005) apontam que esses pacientes são tão numerosos que a maioria dos profissionais tratará pelo menos um em sua prática. Eles apresentam problemas graves e sofrimento intenso, sendo difíceis de tratar. Bem como, têm má reputação nos locais de atendimento, e muitos terapeutas os temem, devido à falsa crença de que essas pessoas não podem ser ajudadas. Formas especializadas de terapia cognitiva estão entre as opções de tratamento disponíveis mais promissoras. Embora a terapia cognitiva para o TPB não seja nem um pouco simples, o tratamento pode ser uma experiência bem-sucedida e compensadora.

2.1 Considerações da terapia comportamental dialética no transtorno de personalidade borderline

Um dos tratamentos que tem alcançado maior difusão e tem sido empiricamente validado para o TPB é a chamada Terapia Comportamental Dialética. Tal programa foi proposto nos anos de 1990 pela Dra Marsha M. Linehan - professora de Psicologia e professora adjunta de Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade de Washington - a qual enfatiza a interação recíproca de influências biológicas e sociais na etiologia do transtorno (SADI, 2011). Durante seus anos de experiência pessoal e trabalho, a Dra. Linehan teve como objetivo tratar mulheres com transtorno de personalidade Boderline, distúrbio esse que sempre desafiou profissionais a oferecer tratamentos eficazes para o transtorno. Com o aprimoramento da técnica, a pesquisadora pôde observar e publicar inúmeros estudos que comprovaram que o treinamento das habilidades ensinadas na TCD ajudam os indivíduos a gerenciar seus sintomas e melhorar a qualidade de vida e de seus relacionamentos interpessoais.

Conforme o seu nome, a TCD baseia-se em uma visão de mundo dialética, possuindo dois significados, conforme aplicada a terapia comportamental. O primeiro, da natureza fundamental da realidade e o outro, do diálogo e relacionamento persuasivos. De maneira alternativa, como diálogo e relacionamento, a dialética refere-se à abordagem ou a estratégias

de tratamento que o terapeuta usa para levar à mudança (LINEHAN, 2010). Esta terapia faz parte do que é chamado de terceira geração da terapia comportamental. Determinados elementos presentes nestas propostas terapêuticas descrevem de maneira sistemática alguns comportamentos do terapeuta que produzem resultados positivos para estes tipos de clientes.

O termo dialética está correlacionado à forma de condução do tratamento. O raciocínio dialético se fundamenta na necessidade do terapeuta em aceitar as clientes como são, mas em um contexto de ensiná-las a mudar. Uma tecnologia de aceitação é tão importante quanto à de mudança. Nesse sentido, para além da mudança, a aceitação de sentimentos, comportamentos e pensamentos, tornou-se técnica fundamental no tratamento do TPB (LINEHAN, 2010). O conceito de "dialética", importado da filosofia, lança luz sobre a inexorável confluência dos fenômenos que mesmo quando diametralmente opostos, podem ser integrados (STROSAHL, 2004).

A TCD é, em sua maior parte, a aplicação de uma ampla variedade de estratégias de terapia cognitiva e comportamental aos problemas do TPB, mas também tem diversas características específicas que a definem. Como sugere o seu nome, sua principal característica é a ênfase na "dialética", a qual envolve a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades, ao mesmo tempo, que faz uso das suas competências para a modificação dos comportamentos desajustados, por meio de um componente didático, análise metódica e interativa das cadeias comportamentais, entre outras estratégias (NUNES-COSTA; et.al., 2009).

De acordo com Linehan (2010), diversos aspectos da TCD a diferenciam da terapia cognitiva e comportamental "comum":

1. O foco na aceitação e validação do comportamento como ocorre no momento;
2. A ênfase em tratar comportamentos que interfiram na terapia;
3. A ênfase na relação terapêutica como essencial ao tratamento;
4. O foco nos processos dialéticos.

É importante salientar, segundo Sadi (2011) que não será possível haver muita evolução em uma terapia com clientes Borderlines sem antes se estabelecer uma relação terapêutica forte, confiável e colaborativa, conforme aponta.

Como dito anteriormente, a demanda clínica atual inclui um número significativo de pacientes Borderlines. Ventura (2001) aponta que os objetivos da terapia dialética são

claramente estabelecidos de acordo com a seguinte ordem de importância: em primeiro lugar, são abordados os comportamentos que ameaçam a vida ou a integridade física do indivíduo. Em segundo lugar, são trabalhados os comportamentos que ameaçam o processo de terapia. Em terceiro lugar, são tratados os problemas que inviabilizam uma qualidade de vida razoável. Em seguida, vem a preocupação com a estabilização das habilidades comportamentais desenvolvidas em resposta às habilidades disfuncionais pré-existentes. Segue-se, então, o trabalho com o estresse pós-traumático, finalizando com o objetivo de fazer o paciente desenvolver ampla autovalidação e autorrespeito.

Um estudo realizado por Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kernberg (2007) examinou por 1 ano o tratamento com a Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno de Personalidade Borderline. Noventa (90) pacientes diagnosticados com tal transtorno foram aleatoriamente designados para a Terapia Comportamental Dialética e receberam medicação quando indicado. Antes do tratamento e em 4 meses de intervalo durante um período de 01 ano, os avaliadores cegos avaliaram os domínios do comportamento suicida, agressividade, impulsividade, ansiedade, depressão e ajustamento social. A análise revelou que os pacientes mostraram uma mudança positiva significativa na depressão, a ansiedade, o funcionamento global, e ajustamento social em 1 ano de tratamento, bem como, a TCD foi significativamente associada com a melhora no comportamento suicida, segundo os dados obtidos com o estudo.

Linehan (2010) aponta que ajudar os pacientes a fazerem mudanças terapêuticas é consideravelmente difícil, devido ao conflito existente entre a aceitação do paciente de como ele ou ela está no momento versus a exigência que o paciente mude naquele momento. Na TCD, o tratamento requer por um lado confrontação, compromisso e responsabilidade do paciente, por outro lado foca em energia terapêutica considerável em aceitar e validar a condição atual do paciente. Ao mesmo tempo, ensina uma ampla gama de habilidades comportamentais. O confronto é balanceado com apoio. A tarefa terapêutica, ao longo do tempo, é balancear este foco em aceitação com um foco correspondente em mudança.

A regulação emocional, a efetividade interpessoal, a tolerância a perturbações, a atenção plena nuclear e as habilidades de autocontrole são ensinadas ativamente. O uso das contingências que atuam dentro do ambiente terapêutico exige que o terapeuta preste atenção à influência recíproca que cada participante, terapeuta e paciente, tem sobre o outro (LINEHAN, 2010). Para Beck e colaboradores (2005) o tratamento do TPB com a TCD inclui

o uso de técnicas de validação e de resolução de problemas. O foco na validação exige que o terapeuta procure o grau de sabedoria ou verdade inerente em cada uma das respostas do paciente e comunique essa sabedoria a ele, bem como, envolver o reconhecimento frequente e solidário do sentido de desespero emocional do paciente.

2.2 Técnicas no Tratamento

Costuma-se supor que seja necessária alguma forma de tratamento psicossocial para pacientes Borderlines, mesmo quando se institui uma farmacoterapia potencialmente eficaz (LINEHAN, 2010). Deste modo, Linehan introduz o treino de *mindfulness* no princípio do treino de habilidades sociais, uma das partes essenciais da TCD. Esta prática define-se como uma forma específica de atenção plena – concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento. Concentrar-se no momento atual significa estar em contato com o presente e não estar envolvido com lembranças ou com pensamentos sobre o futuro (VANDENBERGHE; SOUSA, 2006).

Quando é empregado o termo *mindfulness* na psicoterapia, é pelo fato de estar especificamente focado na percepção consciente das experiências internas. Isto significa que o terapeuta está ajudando o paciente a observar o surgimento e o desaparecimento de seus pensamentos, sem se agarrar àqueles muito valorizados e sem tentar banir os dolorosos. O cultivo do *mindfulness* é terapêutico porque ajuda a promover a aceitação da experiência interna e a diminuir a evitação, pois, esta evitação (de pensamentos, sentimentos, imagens, sensações fisiológicas) pode promover e perpetuar uma ampla variedade de problemas clínicos (ROEMER; ORSILLO, 2010).

Por meio do treino de competências de regulação emocional os pacientes aprendem a identificar e compreender as funções das próprias emoções, a diferenciá-las, a reduzir a vulnerabilidade para expressar e vivenciar apenas emoções intensas, a aumentar a possibilidade de vivenciar eventos de forma mais positiva e a modificar experiências emocionais se assim acharem necessário. Já o treino de competências de efetividade interpessoal recorre a exercícios em que se ensaia e treina um conjunto de cenários prováveis no âmbito de relacionamentos interpessoais e em que se pretende que os pacientes apresentem soluções de desenvolvimento adequadas No treino de tolerância às perturbações o paciente

treina estratégias que lhe permitam tolerar momentos ou situações ansiogênicas e que lhe causem perturbação significativa e que, por determinado motivo, não as possa evitar ou alterar (NUNES-COSTA, et. al., 2009).

Atualmente, a TCD é uma das poucas intervenções psicossociais para o TPB que tem dados empíricos e controlados a favor da sua eficácia (LINEHAN, 2010). O DSM-V (2014) assume a TCD como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de transtorno. 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. Em pacientes com descontrole comportamental severo, a prioridade é melhorar a regulação do comportamento, isto é, colocar o paciente funcional e produtivo. Já para os que apresentam comportamento suicida, naturalmente, o primeiro passo é reduzir o impulso suicida. Quando já se conseguiu o controle do comportamento, a disforia e as dificuldades de lidar com as experiências emocionais tornam-se o foco da terapia (CARNEIRO, 2004).

Quando mencionado sobre tratamento do TPB, é imprescindível fazer referência ao tratamento farmacológico, que aliado à terapia, ocasiona bons resultados. Percebe-se que o uso crescente de medicamentos para tratamento desta condição é evidenciado pelo fato de alterações neuroquímicas nos pacientes (NETO; ELKIS, 2007). A terapia farmacológica e hospitalar possuem resultados reservados sobre a diminuição do risco de suicídio. A farmacoterapia, entretanto, pode ser eficaz na diminuição do comportamento compulsivo, sendo útil para as intervenções psicossociais, possibilitando a chance de interromper a medicação quando os pacientes apresentam melhora do quadro. Dentre os remédios mais utilizados, os neurolépticos costumam controlar os sintomas cognitivo-perceptuais; os antidepressivos e estabilizadores de humor, regulam as alterações bruscas de humor, ansiedade e raiva (CARNEIRO, 2004).

Os pacientes com TPB podem experimentar níveis muito elevados de emoções negativas e, simultaneamente, pouca tolerância afetiva. Consequentemente, a prescrição de medicação é comum. De acordo com Dal'Pizol, et. al. (2003) o tratamento farmacológico é variado e seus efeitos são inconstantes e, às vezes, modestos. Em geral a farmacoterapia é considerada um possível adjunto da psicoterapia e não um tratamento do TPB único.

Além disso, existem riscos específicos na prescrição de medicação para essa população: efeitos paradoxais, abuso, dependência e uso para tentativas de suicídio, entre

outros. Isso vale principalmente para os benzodiazepínicos, que são prescritos quando os pacientes estão em um estado de medo agudo, bem como, quando utilizado em combinação com o álcool intensifica a crise emocional, levando à automutilação e a tentativas de suicídio (BECK e Cols., 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura encontrada e as respectivas reflexões desenvolvidas neste artigo, é possível afirmar que os portadores do Transtorno de Personalidade Borderline apresentam problemas graves e sofrimento intenso, afetando seriamente toda a vida da pessoa acometida e causando prejuízos significativos tanto ao indivíduo como às pessoas a sua volta. É um transtorno difícil de tratar, possuindo má reputação nos locais de atendimento, e muitos terapeutas os temem, devido à falsa crença de que essas pessoas não podem ser ajudadas.

Dessa forma, esta revisão objetivou proporcionar reflexões teóricas e maior conhecimento a respeito do transtorno, relacionado-o com o tratamento através da Terapia Comportamental Dialética. Essa forma de psicoterapia deriva da terapia cognitivo-comportamental e enfatiza a troca e negociação entre o terapeuta e o cliente, entre o racional e o emocional, e entre a aceitação e a mudança. O aprendizado de novas habilidades é um componente principal, incluindo consciência, eficácia interpessoal, cooperação adaptativa com decepções e crises, na correta identificação e regulação de reações emocionais. Em determinados casos, a intervenção farmacológica pode ser muito útil, direcionada principalmente a sintomas-alvo específicos.

Na atualidade, a literatura científica existente sobre a temática borderline vem destacando-se quando o assunto é infância e adolescência, sendo que muito do que se sabe a respeito do funcionamento é fruto de investigações com pacientes adultos. Desta forma, surge a necessidade de pesquisar mais a respeito deste tema, com tal população, a fim de obter maiores conhecimentos e esclarecimentos sobre suas características e vicissitudes (JORDÃO; RAMIRES, 2010). Ao mesmo tempo, percebeu-se no decorrer da pesquisa, que a maioria dos estudos sobre o tema borderline é de fonte internacional, sendo que pesquisas com sujeitos brasileiros encontram-se escassas na literatura. Assim, considera-se importante, a realização de mais estudos, que possam contribuir para elucidar essa temática.

É muito importante saber que conviver com indivíduos Borderline, o primeiro passo é entender que este transtorno psiquiátrico é tratável e procurar ajuda com profissionais da saúde especializados. Tanto a atitude pessoal de aderir à terapia, quanto a educação da família são essenciais, na medida em que, o único tratamento efetivo é o de equipe, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, a família e o paciente.

PERSONALITY DISORDER BORDERLINE ON THE PERSPECTIVE OF THE DIALECTIC BEHAVIORAL THERAPY

Abstract. The aim of this article is to present a discussion about Borderline Personality Disorder (TPB). The focus of the research is related to cognitive behavioral treatment through Dialectical Behavioral Therapy (TCD), which derives from cognitive-behavioral therapy and emphasizes the exchange and negotiation between the therapist and the client, between the rational and the emotional, and between the acceptance and the change. Learning new skills is a major component, including awareness, interpersonal effectiveness, adaptive cooperation with disappointments and crises, and the proper identification and regulation of emotional reactions. It is a review of the integrative literature, based on bibliographies specialized on the subject, through research on scientific articles selected through a database of Scielo, Lilacs, BVS and chapters of books. One can conclude that when living with the borderline personality, the first step is to characterize it as a psychiatric disorder that needs treatment, with specialized professionals. Both the personal attitude of adhering to therapy and family education are essential, as the only effective treatment is that of a team, with the collaboration of doctors, psychologists, the family and the patient.

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

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, Ana Beatriz. **Corações Descontrolados**: Ciúme, Raiva, Impulsividade - O Jeito Borderline de Ser. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

BECK, Aaron Temkin; FREEMAN, Arthur; DAVIS, Denise. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

BRESCHI, Mariana Andrade; CASTRO, Martha Moreira Cavalcante. A Interferência dos Transtornos de Personalidade no Tratamento de Transtorno do Pânico: Uma Abordagem Cognitivo-Comportamental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. Salvador, v.1, n.1, p.21- 28, 2013.

CARNEIRO, Lígia Lorandi Ferreira. Borderline – no limite entre a loucura e a razão. **Revista Ciências & Cognição**, v.3, n.1, p. 66-68, 2004.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Psicoterapias:** Abordagens Atuais. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CLARKIN, Jhon. et al. Avaliando três tratamentos para o transtorno de personalidade borderline. **Jornal Americano de Psiquiatria**, v.164, n.6, p.922-928, 2007.

CUKIER, Rosa. **Sobrevivência emocional:** as dores da infância revividas no drama adulto. 3.ed. São Paulo: Agora, 1998.

DAL'PIZOL, Adriana. et al. Programa de Abordagem Interdisciplinar no Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: Relato de Experiências no Ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Revista de Psiquiatria**, v.25, n.1, p. 22-51, 2003.

LINEHAN, Marsha. **Vencendo o Transtorno da Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo Comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NETO, Mario Rodrigues Louzã; ELKIS, Hélio. **Psiquiatria Básica**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NUNES-COSTA, Rui Alexandre; LAMELA, Diogo Jorge Pereira do Vale; GIL-COSTA, Laura. Teoria e Eficácia da Terapia Comportamental Dialética na Bulimia Nervosa e no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 58, n.2, p.122-127, 2009.

ROEMER, Lizabeth; ORSILLO, Susan M. **A Prática da Terapia Cognitivo Comportamental Baseada em Mindfulness e Aceitação.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

SADI, Hérika de Mesquita. **Analise dos Comportamentos de Terapeuta e Cliente em um Caso de Transtorno da Personalidade Borderline**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2011.

SAVOIA, Mariângela Gentil; ZUCCOLO, Pedro Fonseca; CORCHS, Felipe. Personalidade e Transtornos de Ansiedade. In: RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais:** Um Diálogo com a Psiquiatria. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SCHESTATSKY, Sidnei Samuel. **Fatores Ambientais e Vulnerabilidade ao Transtorno de Personalidade Borderline:** Um Estudo Caso- Controle de Traumas Psicológicos Precoces e Vínculos Parentais Percebidos em uma Amostra Brasileira de Pacientes Mulheres. Tese de

Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Porto Alegre, Brasil, 2005.

STROSAHL, Kara. ACT with the multi-problem patient. In: HAYES, Steven; STROSAHL, Kara. (Orgs.). **A practical guide to acceptance and commitment therapy.** Nova York: Springer, 2004.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina De. Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v.2, n.1, p. 35- 44, 2006.

VENTURA, Paula. Transtorno de Personalidade Limítrofe Borderline. In: RANGÉ, Bernand. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais:** Um Diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VIDAL, Manola; LOWENKRON, Theodor. Ensino da Psicoterapia no Atendimento Psiquiátrico dos Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.26, n.4, p.725-728, 2010.