

PACIENTES BORDERLINES: O IMPACTO NA PESSOA DO TERAPEUTA
DURANTE O TRATAMENTO
**BORDERLINE PATIENTS: THE IMPACT ON THE THERAPIST
DURING THE TREATMENT**

Artigo acadêmico elaborado sob supervisão de:
Ms. Rafaella Corrêa
Dra. Marcia Oliveira da Silva

Acadêmicos De Psicologia:
Amanda Teixeira de Oliveira
Caio F. Siqueira Mendonça
Camila Nunes da Silva

RESUMO

O Transtorno da Personalidade *Borderline* (CID 10- F60.3) tem ganhado mais notoriedade, se tornando assim um dos tipos de transtornos de personalidade mais conhecidos entre a população. É considerado um dos transtornos psiquiátricos com maior dificuldade de tratamento e com a maior taxa de suicídio consumado e também de tentativa de suicídio. Cabe ressaltar que os transtornos da personalidade são caracterizados por: inflexibilidade adaptativa, o que, por sua vez, influencia em grande escala no tratamento, esses indivíduos se distanciam excessivamente da terapia e se aproximam na mesma intensidade. Partindo desse pressuposto objetivou-se no presente estudo, discutir acerca da relação terapêutica e impactos que esse paciente pode acabar trazendo ao terapeuta. Utilizou-se como metodologia para a elaboração deste estudo uma revisão de artigos publicados em periódicos eletrônicos como Scielo, Google Acadêmico e Pepsic com data de publicação entre 2012 e 2022. Destaca-se como resultado a magnitude de uma boa relação terapêutica estabelecida para que haja mais possibilidades de uma boa e duradoura adesão ao tratamento. Esse por sua vez, é um comportamento complexo que mescla características do paciente, dos profissionais de saúde, da terapêutica utilizada e da forma em que essa estratégia de tratamento é discutida com o usuário, seja a partir da autoridade médica ou da autonomia do paciente.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade *Borderline*. Terapeuta. Relação Terapêutica. Psicoterapia. Tratamento.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (CID 10-F60.3) has gained more notoriety, thus becoming one of the most well-known types of personality disorders among the population. It is considered one of the most difficult psychiatric disorders to treat and with the highest rate of completed suicide and suicide attempt. It should be noted that personality disorders are characterized by: adaptive inflexibility, which in turn greatly influences the treatment, these individuals distance themselves excessively from therapy and approach it at the same intensity. Based on this assumption, the present study aimed to discuss the therapeutic relationship and impacts that this patient may end up bringing to the therapist. A review of articles published in electronic journals with a publication date between 2012 and 2021 was used as a methodology for the preparation of this study. As a result, the magnitude of a good therapeutic relationship established so that there are more possibilities for a good and lasting adherence to treatment stands out. This, in turn, is a complex behavior that mixes characteristics of the patient, health professionals, the therapy used and the way in which this treatment strategy is discussed with the user, whether from the medical authority or the patient's autonomy.

Keywords: Borderline Personality Disorder. Therapist. Therapeutic Relationship. Psychotherapy. Treatment.

INTRODUÇÃO

O Transtorno da Personalidade *Borderline*- TPB (CID 10- F60.3), também conhecido como limítrofe (Da Cunha & Vandenberghe, 2016), tem prevalência em cerca de 2% da população, sendo as mulheres duas vezes mais afetadas que os homens (Sadock & Sadock, 2017). Os *borderline* experimentam literalmente os limites das emoções, a própria denominação mesmo que, em outra língua, deduz que o seu funcionamento mental guarda uma relação estreita com substantivo limite (Costa & Valerio, 2008; Silva, 2010; Neacsiu & Linehan, 2016; Ferreira et al., 2017a).

O TPB é um dos mais complexos fenômenos psíquicos e vem sendo cada vez mais estudado e abordado cientificamente na literatura, visto que sua ocorrência influencia muito no dia a dia de seus portadores, seja em fenômenos individuais ou de coletividade, como nos relacionamentos interpessoais (Yen et al., 2017). O mesmo resulta em grandes impactos para os indivíduos acometidos e, assim, elevam-se as taxas de suicídio devido ao comprometimento psíquico (Soloff & Chiappetta, 2017).

O DSM-5 define como padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios diagnósticos:

1. Esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginário.
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 (ex: gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar).
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 paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014).

Os sintomas mais frequentes identificados em adolescentes e adultos jovens são comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas, problemas sérios

de identidade e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Dalgarrondo & Vilela, 1999). Neste âmbito, estudos da American Psychiatric Association (APA) apontam que os indivíduos com TPB possuem gestos ou ameaças suicidas e comportamentos de automutilação, e que cerca de 75% dos pacientes limítrofes tentam pelo menos uma vez o suicídio ao longo da vida, dessas tentativas, cerca de 8 a 10% deles obtêm sucesso (APA, 2014)

O TPB é associado a sofrimento persistente e a deficiências funcionais pessoais, ocupacionais e sociais (Lamont & Dickens, 2019), além de apresentar altas taxas de morbidade, uma alta utilização de recursos de saúde e altas taxas de atendimentos em emergência e também internação psiquiátrica (Dickens et al., 2016).

Há uma alta associação a experiências traumáticas na infância, abuso físico/sexual, negligência e separação parental (Gunderson et al., 2018). Nesses indivíduos as comorbidades surgem com mais frequência, principalmente os transtornos de humor, os transtornos do espectro ansioso, o abuso de substâncias, os distúrbios alimentares, a automutilação e o comportamento suicida (Silva, 2018).

Vale acentuar que ao longo do tempo o paciente com o TPB tem sua legitimidade questionada por profissionais de saúde, sendo atribuído a pessoas “problemáticas e manipulativas”, e esse estigma se mantém dentre os profissionais e a sociedade (Ring & Lawn, 2019). Não obstante dos grandes impactos diretos e indiretos que o Transtorno de Personalidade *Borderline* traz, ocorre uma discriminação com quem tem esse diagnóstico (Lamont & Dickens, 2019).

A discriminação dos usufrutuários do sistema de saúde é ligada à sensação de inutilidade do tratamento e de pessimismo sobre a capacidade de controle da dor e sofrimento do paciente (Lamont & Dickens, 2019). As experiências de dilema e frustração, ampliadas pela imprevisibilidade terapêutica e prognóstica geram sentimentos de angústia e impotência aos profissionais de saúde (Silva, 2018).

Além do mais, a falta de recursos e preparo para atender às necessidades do grupo tal como a escassez de habilidade de manejo clínico dos pacientes e dos serviços que estão à disposição gera dificuldade no cuidado (Ring & Lawn, 2019). Nas emergências, o paciente com TPB muitas das vezes acaba sendo tratado com julgamentos, contato escasso, sem identificação das suas reais necessidades,

atendimento limitado e um apoio emocional mínimo, sem adequado planejamento e suporte pós alta (Lamont & Dickens, 2019).

As dificuldades do atendimento a esse tipo de paciente geram um conflito constante de reconhecimento das próprias limitações e vulnerabilidades do médico, com quebra da sensação de onipotência e obstáculos representativos no desenvolvimento de competências e capacidade terapêutica (Silva, 2018). Krumer (2005) afirma que embora o TPB venha tendo uma maior notoriedade nos últimos tempos a instabilidade e impulsividade desses indivíduos acarreta em uma elevada resistência a mudanças.

Um dos motivos para a não adesão ao tratamento compõe-se da relutância em buscar ajuda em consultas irregulares. Ressalta-se as interrupções prematuras do acompanhamento, o não cumprimento das orientações e uso inadequado de medicações (Blackwell, 2000). Dentre as razões mais frequentes para esta falha na adesão se encontram a frustração com tratamento, a falta de suporte social e dificuldades logísticas para comparecer a consulta (Tanesi et al., 2007).

Linehan (2010) destaca a estimativa de que 11% dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 19% dos pacientes internados preencham os critérios diagnósticos para TPB. As unidades de emergência possuem uma constância de frequência cinco vezes maior dos pacientes com TPB do que a população no geral, apresentando um destino significativo de recursos financeiros e econômicos (Vandyk et al., 2019).

Uma das técnicas psicoterápicas que vem ganhando mais ênfase nos últimos tempos para o tratamento dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* é a Terapia Comportamental Dialética -TCD, isso se dá devido ao grande êxito alcançado e comprovado em pacientes com esse transtorno (Cardoso, 2021). A Terapia Comportamental Dialética fundamenta-se que dois elementos que aparentemente são antagônicos possam ser vistos de forma integral pertencendo a um mesmo fenômeno. (Da Cunha & Vandenberghe, 2016)

De maneira alternativa, como diálogo e relacionamento, a dialética refere-se à abordagem ou a estratégias de tratamento que o terapeuta usa para levar a mudança (Linehan, 2010). O termo dialética está associado à forma de conduta do tratamento.

O raciocínio dialético se fundamenta na necessidade do terapeuta em aceitar os clientes como são, mas em um contexto de ensiná-los a mudar. (Da Cunha & Vandenberghe, 2016)

Nessa perspectiva, em adição da mudança, a aceitação de sentimentos e também de comportamentos e pensamentos, tornou-se técnica indispensável no tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (Linehan, 2010). Ressalta-se que o TPB é o transtorno de personalidade que mais prevalece no âmbito clínico, somando cerca de 10% dos pacientes ambulatoriais e em torno de 20% de pacientes psiquiátricos internados. Na população total, supõe-se que atinja por volta de 1.6% a 5.9% dos indivíduos (APA, 2014).

Diante disso, este estudo levanta a problemática em torno de como o terapeuta pode vir a ser impactado durante o processo psicoterápico com um paciente *borderline* e de que forma isso pode vir a interferir no tratamento e na adesão do mesmo com o indivíduo com TPB? Justificou-se a relevância do trabalho em referência a falta de preparo profissional para atender a esses pacientes. Essa falta de preparo e/ou até mesmo de interesse advindo dos profissionais, despertou-nos desejo por se tratar de um transtorno de grande viabilidade. Nesse sentido, a proposta é trazer uma reflexão acerca da relação terapeuta-paciente com transtorno de personalidade *Borderline*.

REFERENCIAL TEÓRICO

O QUE É O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Linehan (2010) ressalta que a primeira vez no qual foi descrito o termo *Borderline* foi em 1938 pelo Psicanalista americano Adolf Stern, que o identificou no exercício da psicoterapia, e seguidamente pelo também Psicanalista Robert Knight que constatou a presença de características do transtorno em pacientes hospitalizados.

O conceito atual sobre o diagnóstico do paciente *borderline* foi formulado no ano de 1980 pelo DSM –III, deixando de ser uma compreensão vaga entre estados intermediários de neurose/psicose, para ser um distúrbio específico da personalidade (Vidal & Lowenkron, 2010). O transtorno de personalidade *borderline* é caracterizado por uma disfunção nas relações interpessoais, devido a constante

alteração de humor e comportamentos descontrolados. É comum que essas pessoas experimentem sentimentos de um enorme vazio, sofrimento e angústia em decorrência a sua instabilidade emocional e afetiva (Sadock et al., 2017).

O DSM-IV-TR (2002) caracteriza o transtorno de personalidade *borderline* como um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos, e acentuada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Pessoas com o transtorno *borderline* em geral sofrem de uma desregulação emocional, em que as respostas emocionais são bastante reativas e o indivíduo geralmente tem dificuldade com episódios de depressão, ansiedade e irritabilidade, bem como problemas com a raiva e sua expressão (Linehan, 2010).

O TPB possui uma taxa muito alta de comorbidades, que trata-se de fenômenos de duas ou mais patologias que se originam de processos independentes em um mesmo indivíduo. As pessoas acometidas pelo TPB possuem comorbidades fortemente ligadas aos distúrbios do campo afetivo, como depressão maior, transtornos de ansiedade, distúrbios alimentares, abuso de substâncias (Baldissera et al., 2014).

O transtorno de personalidade *borderline*, refere-se a expressão de algo que está na fronteira, no limite. O TPB também é conhecido pelo nome Limítrofe. Relacionado a um padrão generalizado de instabilidade em relacionamentos, auto-imagem, humor e comportamento, bem como hipersensibilidade à possibilidade de rejeição e abandono acarretando dificuldades de convívio e instabilidade social, tanto para o paciente ou para as pessoas ao seu redor, o que causa sofrimento e prejuízos em diversos âmbitos (APA, 2014).

As taxas de tentativas de suicídio atingem quase 10% daqueles diagnosticados com o transtorno TPB, número 50 vezes maior do que as taxas observadas na população em geral. Sendo uma condição que gera grande sofrimento (APA, 2001; Skodol et al., 2002).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (APA), a taxa de morbidade desta patologia é significativamente alta. A ocorrência do transtorno de personalidade *borderline* é de 2% na população, 10% em clínicas ambulatoriais de saúde mental e 20% entre pacientes psiquiátricos que foram internados (Araújo et al., 2014).

Ressalta-se que o TPB é o transtorno de personalidade que mais prevalece no âmbito clínico, somando cerca de 10% dos pacientes ambulatoriais e em torno de 20% de pacientes psiquiátricos internados. Na população total, supõe-se que atinja por volta de 1.6% a 5.9% dos indivíduos (APA, 2014).

É citado no *Merck Sharp & Dohme- Manual MSD* versão para profissionais de saúde, a respeito da complexidade das comorbidades no TPB. Duboysky (2014) aludiu acerca do diagnóstico de um TP envolver um maior risco de comorbidade psiquiátrica e outros problemas de saúde em geral. A co-ocorrência de outros TP é oscilante de 25% a 90% dependendo do instrumento diagnóstico utilizado e também da população estudada.

Amad (2013) ressalta que a comorbidade com outros transtornos mentais, como depressão, ansiedade e dependência de álcool e outras drogas, por exemplo, são comuns em pessoas com TP. O risco de suicídio entre os indivíduos com TPB é estimado entre 8 a 10%, representando um risco 50 vezes maior do que na população geral (Livesley, 2005; Sansone 2013).

TRATAMENTO (DIFICULDADES E AFINS)

A primeira recomendação para o tratamento em pessoas com transtorno de personalidade *Borderline* é a psicoterapia (Marques et al., 2017). O objetivo que deve ser proposto pelo tratamento é regularizar os principais sintomas que o acomete, controlar os impulsos, ordenar os afetos, desenvolver habilidades para manter relações estáveis (Da Cunha & Vandenberghe, 2016).

Segundo a APA (2014) , a terapia comportamental dialética é a abordagem mais eficaz para o tratamento de transtorno de personalidade. A mesma foi idealizada para) motivar o cliente manter-se perseverante na terapia, compreender a situação que o sujeito está vivenciando e respeitar sua autonomia.

Pelo transtorno de personalidade *Borderline* (TPB) ser caracterizado por instabilidade nas relações interpessoais American Psychiatric Association - APA, 2014) torna o tratamento mais difícil. Pessoas com esse transtorno apresentam um grande número de rupturas em tratamentos terapêuticos, o mesmo sente-se abandonado devido a sua instabilidade emocional (Adami et al., 2020).

Por muito tempo pessoas com *Borderline* eram enquadrados como pacientes difíceis por profissionais da área de saúde, pois eles apresentavam dificuldade na

aderência ao tratamento (Stumpf et al., 2016). Por se tratar de uma patologia oscilatória a pessoa desenvolve no decorrer do tratamento maiores dificuldades de intervenções. (Geremia et al., 2016)

Segundo Adami et al. (2020) o transtorno é enquadrado como uma doença de difícil tratamento devido às suas condições estruturais e crônicas. Os profissionais de saúde expõem que as pessoas com TPB são exigentes, desafiadores, manipuladores e perturbadores (Stumpf et al., 2016).

Outro fator que contribui para o manejo terapêutico é que pessoas com TPB apresentam dificuldades para engajar uma nova relação e são portadores de condições psíquicas precárias (Adami et al., 2020). No estudo de Geremia et al. (2016) mostra que pacientes graves, por conta do seu funcionamento psíquico, demonstram dificuldades no tratamento, especialmente quando apresentam diversos sintomas. Em virtude disso, é de suma importância abordar uma forma na qual seja benéfico para o paciente e o terapeuta (Adami et al., 2020). A confiança terapêutica construída na relação, mesmo não sendo curativo, é um grande aliado no processo de tratamento (Honda & Yoshida, 2013).

IMPACTO NO TERAPEUTA(RELAÇÃO)

Raue e Goldfried (1994) certificam que alguns autores consideram o vínculo terapêutico um meio para facilitar outros parâmetros significativos do processo de mudança. À vista disso, Rangé (1995) expõe que a relação terapêutica poderá exercer influência positiva, se o terapeuta tiver participação efetiva no tratamento, já que, tendo-se desenvolvido uma relação terapêutica positiva, o paciente encontra-se abundantemente confortável para fornecer as noções necessárias para a terapia (Lettner, 1995).

Semelhantemente, para Shinohara (2000), a relação terapêutica é considerada como fator determinante do processo terapêutico, a qual pode facilitar o trabalho e a possibilidade de atingir metas, caso se estabeleça num clima de confiança e acordo harmonioso. Contudo Kohlenberg e Tsai (2001) qualificaram que a relação terapêutica tem sido pouco salientada pela terapia comportamental e sua literatura, opinião também encontrada em Follette et al. (1996).

Rosemar (1992) conclui que a pesquisa em terapia comportamental é restrita pela falta de investigação crítica na efetividade da relação terapêutica e tem-se

concentrado no desenvolvimento de técnicas terapêuticas, exceto a análise dos processos de mudança dentro do relacionamento, ocorrência apontada também por Raue e Goldfried (1994). Há, por conseguinte, na literatura sobre terapia comportamental, concordância quanto à existência e à relevância da relação terapêutica, apesar de que tal relação tende a ser vista por muitos como periférica às técnicas específicas consideradas centrais no procedimento de mudança. Consoante Raue e Goldfried (1994), essa perspectiva não é associada pelos pacientes da terapia comportamental, estes descrevem o vínculo terapêutico como tendo peso maior no seu tratamento psicológico.

Horvath e Greenberg (1994) retrataram que a revisão na área de relação terapêutica demonstra efeitos consistentes os quais, por sua vez, relacionam uma boa aliança com resultados positivos na terapia, e que nas últimas décadas a relação terapêutica tem sido um conceito-chave investigado. Guilhardi (1997) aponta a importância de tal relação e afirmou que em uma sessão de terapia, os dados disponíveis para análise são os relatos do paciente e a relação terapêutica.

Kerbauy (1999) complementou afirmando que os fatores pertinentes em clínica são conjuntos amplos que incluem relutância à mudança, relacionamento terapêutico e interação entre terapeuta e paciente. Na atualidade, os terapeutas comportamentais entraram em conformidade no que se refere a importância da relação terapêutica, porém, há diferenças quanto ao papel por ela alcançado.

Conforme Stoffers (2012), mesmo que diversas modalidades de psicoterapia sejam efetivas para o tratamento do TPB, pacientes com esse diagnóstico costumam ser vistos como um desafio ao terapeuta (McMain et al., 2015). Os padrões relacionais mal adaptativos desses pacientes influenciam o relacionamento terapêutico, resultando, entre outros fatores, em dificuldades no estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica, na adesão ao tratamento e na evocação de intensos sentimentos de contratransferência.

Portanto, o modo como o terapeuta responde às dificuldades interpessoais e à desregulação emocional desses pacientes é crucial para determinar o sucesso ou o insucesso do tratamento (McMain et al., 2015).

Esses padrões mal adaptativos se manifestam com frequência no relacionamento terapêutico, imprimindo no *setting* terapêutico uma constante tensão. Violações de limites, falta de empenho com o tratamento e hostilidade

dirigida ao terapeuta são comuns, podendo despertar reações demasiadas de contratransferência negativa (Bateman, & Fonagy, 2004; Clarkin et al., 1999; Gunderson, 2009; Schestatsky, 2005; Wildgoose et al., 2000).

MÉTODO

Para a elaboração do presente estudo e para obter os resultados e respostas acerca da problemática apresentada no mesmo, foi realizada uma pesquisa exploratória, que visa discutir o impacto de pacientes com transtorno de personalidade *borderline* na pessoa do terapeuta durante o tratamento.

Utilizou-se no estudo a revisão bibliográfica de artigos publicados em periódicos eletrônicos como *Scientific Electronic Library Online-Scielo* e Periódicos Eletrônicos em Psicologia-Pepsic com data de publicação entre 2012 e 2022. Além disso, fez-se uso do livro “Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade *Borderline*: Guia do Terapeuta” da autora Marsha Linehan.

Foi selecionado como tipo de abordagem qualitativa, Lakatos e Marconi (2003) explicam que se trata de uma pesquisa que tem como premissa, analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e ainda fornecendo análises mais detalhadas sobre as investigações, atitudes e tendências de comportamento. Assim, seguiram-se leituras repetidas e elaboração de fichamentos dos trabalhos selecionados, na busca por concretizar uma síntese geral e conclusiva das produções científicas publicadas nos últimos anos no Brasil, que abordam as das investigações realizadas sobre o TPB, no tocante às suas características diagnósticas e ao seu manejo clínico terapêutico.

RESULTADOS

Foi verificado, a partir de estudos a respeito do tratamento para o transtorno de personalidade *borderline*, que a psicoterapia tem um papel fundamental e em muitas das vezes faz-se necessário o uso em conjunto com fármacos (Adani et al., 2020). Atualmente ainda não existe um medicamento específico para tratar o transtorno de personalidade *borderline*, no entanto, o

tratamento com fármacos tem como fundamento auxiliar na diminuição dos sintomas ou direcionado às comorbidades (Stumpf et al., 2016).

De acordo com o estudo de Carneiro (2004) há resultados relevantes que a Terapia farmacológica ajuda na diminuição do risco de suicídio e na diminuição do comportamento compulsivo. Dentre os remédios mais utilizados, os antipsicóticos costumam ser utilizados a fim de controlar os sintomas cognitivo-perceptuais; e os antidepressivos e estabilizadores de humor, utilizados para regular as alterações bruscas de humor (Stumpf et al.; 2016).

Ao analisarmos estudos de Lamont e Dickens (2019) salientou-se que o paciente com Transtorno de Personalidade *Borderline* possui uma percepção clara da relutância na prestação de cuidado, esse fenômeno ocorre tanto pelo conhecimento limitado dos profissionais quanto pelas dificuldades e estigmas em torno dos comportamentos de automutilação e suicídio, dificultando o desenvolvimento adequado da relação médico paciente. O medo do abandono e de rejeição também influenciam essa relação (Da Cunha & Vandenberghe, 2016).

Ao examinar os estudos de Linehan (2010) onde apontam que ajudar os pacientes a fazerem mudanças terapêuticas é consideravelmente difícil, devido ao conflito existente entre a aceitação do paciente de como ele está no momento versus a exigência de que o mesmo mude naquele momento. Na TCD, o tratamento requer por um lado a confrontação, o compromisso e a responsabilidade do paciente, por outro lado foca em energia terapêutica considerável em aceitar e validar a condição atual do paciente.

Conjuntamente, ensina uma ampla gama de habilidades comportamentais. Ressalta-se que o confronto é balanceado com apoio. Ao longo do tempo, o encargo principal da terapêutica é o de balancear este foco em aceitação com um foco correspondente à mudança. É imprescindível que em sua maioria o terapeuta tenha um nível de cuidado redobrado com pacientes TPB, porque além da facilidade em distorcer falas e ações, esses pacientes sentem o medo do abandono constantemente e acaba que muitas das vezes criam uma dependência afetiva muito grande do terapeuta.

Em razão da grande vulnerabilidade emocional presente, a sensação tanto do terapeuta quanto de quem tem a convivência com esse paciente é de estar muitas vezes “pisando em ovos” (Linehan, 2010) onde a qualquer momento o indivíduo

pode “quebrar”, isto corresponde às crises de diferentes maneiras que podem surgir em questões de segundos nesses indivíduos.

Pacientes com o transtorno de personalidade *borderline* são equivalentes a vítimas de queimaduras na pele, pois seu funcionamento acontece de forma como se o menor movimento pudesse resultar em uma insuportável dor emocional, que leva à perda do controle afetivo, cognitivo, interpessoal e comportamental. Linehan (2010) compara tais características da vulnerabilidade emocional à

queimaduras emocionais, é como se fossem fóbicos a todos os sinais associados às emoções negativas e, dessa forma, tentam escapar com evitação ou agressão (McMain et al., 2001).

A desregulação afetiva manifesta-se pela sensibilidade elevada e reatividade a estímulos emocionais e a um lento retorno para um nível emocional basal (Crowell et al., 2009; Lynch et al., 2006). Os pacientes com esse transtorno estão acostumados a obter respostas de maneira extrema no ambiente. Desse modo, os pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* apresentam dificuldade de regular toda a sua lista de respostas associada aos estados emocionais (Crowell et al., 2009; Lynch et al., 2006).

A partir de estudos de Lynch et al. (2007) retratou que um dos critérios da TCD para o tratamento de pacientes *borderline* é a participação do terapeuta em grupo de supervisão clínica. À vista disso, além de ter flexibilidade com o paciente, deve ser flexível consigo mesmo e reconhecer que necessita de auxílio. Quando bem conduzidas, essas dificuldades podem vir a ser úteis para o tratamento do paciente. Podem servir de ponte para outros relacionamentos, por permitir que se conheça como o paciente costuma comportar-se e, assim, ajudá-los nas estratégias de mudança (Leahy, 2008).

Um dos aspectos importantíssimos, mas desconsiderado nos critérios para diagnóstico do transtorno de personalidade *borderline*, é a tendência à regressão (Skodol, 2002). E esta leva o paciente a não aderir ao tratamento por frustração, visto que seus desejos não foram satisfeitos. Isso pode acontecer devido à falta de instabilidade do Transtorno de Personalidade, e o mesmo pode agir de maneira única em cada indivíduo levando em consideração a sua carga social e traumas passados.

A não adesão ao tratamento inclui a relutância em buscar ajuda, consultas irregulares. Interrupções prematuras do acompanhamento, não cumprimento das orientações e uso inadequado de medicações. Dentre as razões mais frequentes para falha na adesão se encontram a frustração com tratamento, falta de suporte social e dificuldades logísticas para comparecer a consulta (Tanesi, et al., 2007).

O tratamento envolve a manutenção de uma aliança terapêutica, formada a partir da definição dos objetivos do tratamento, divisão de tarefas e desenvolvimento de vínculo médico-paciente, num processo de trocas recíprocas com mudanças mútuas (Da Cunha & Vandenberghe, 2016).

Os processos de transferência desenvolvidos durante o acompanhamento devem ser compreendidos dentro do contexto do TPB e a contratransferência utilizada como forma de acesso e de aproximação. Assim, possibilitam-se a manutenção do vínculo e a reaprendizagem comportamental com construção de mecanismos de defesa mais adaptativos e essenciais para melhor coesão psicológica (Romaro, 2002).

DISCUSSÃO

Com o objetivo de discutir acerca da relação terapêutica e impactos que esse paciente pode acabar trazendo ao terapeuta, esse estudo apresentou os resultados em relação ao funcionamento do indivíduo com transtorno de personalidade *borderline* perante ao tratamento, a adesão do tratamento e a importância de estabelecer uma relação terapêutica estável.

Devido às características marcantes de impulsividade, manipulação, dissociação afetiva, tentativa de suicídio, tendência à regressão e agressividade dificultam ou impossibilitam a adesão ao tratamento. O diálogo é instrumento básico para o conhecimento e transformação social do indivíduo dentro do seu processo saúde-doença, permitindo aproximação, postura empática e respeito às singularidades e diversidades, construindo vínculo de confiança essencial para manutenção da adesão e eficácia da terapêutica (Agnol et al, 2019).

Diante disso, a relação terapêutica pode ter uma configuração de uma montanha russa de expressões emocionais. O paciente pode subir ao topo máximo das emoções, demonstrando intenso carinho ou intensa raiva, como pode cair para o total desprendimento sentimental. Pacientes com Transtorno de Personalidade

Borderline, em virtude da carga emocional intensa e respostas imprevisíveis, apresentam estratégias mal adaptativas, estas provocam nos outros raiva e receio muitas das vezes, esses indivíduos costumam terminar relacionamentos interpessoais de forma turbulenta (Lieb et al., 2004).

A totalidade das reações emocionais do Transtorno de Personalidade *Borderline* há a possibilidade de desencadear sentimentos negativos no terapeuta, tais como raiva e medo, que podem, até mesmo, fazê-lo desistir de continuar o tratamento desse paciente. O terapeuta deve estar atento ao surgimento destas tais reações e ao perceber, é pertinente a busca por auxílio como supervisão clínica, tanto em grupos quanto individualmente (Lynch et al. 2007).

As dificuldades e obstáculos terapêuticos no processo de recuperação clínica do TPB, podem ser vistos como um dos diversos sinais desse transtorno, sendo decorrente dos prejuízos de relacionamentos interpessoais já característicos do transtorno. Todavia, existe a atuação de profissionais de saúde, os quais desencadeiam o papel definitivo na consolidação ou resolução desse obstáculo

CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento do presente estudo, através da pesquisa exploratória e descritiva trouxe um conhecimento acerca do Transtorno de Personalidade *Borderline*, que vem tomando maior notoriedade desde o ano de 2012, em razão de maior incidência na população, constatou-se que o modo como os profissionais de saúde estigmatizam e interagem com os pacientes que possuem o Transtorno de Personalidade *Borderline* reflete diretamente no cuidado e compreensão do mesmo, perpetuando em um déficit para com o indivíduo que possui o TPB.

Além disso, dados informativos trazidos nesta abordagem, revelam o impacto que o TPB causa no terapeuta enquanto executa o tratamento ao paciente, o que dificulta o tratamento adequado. Com o tratamento mais difícil, revela-se ainda, um transtorno de personalidade que possui um número expressivo de suicídio, na tentativa de suicídio, na automutilação e na não adesão ao tratamento necessário. A sociedade de forma geral apresenta uma espécie de discriminação aos sintomas

relacionados ao transtorno, e isso de certa forma, se estende aos profissionais de saúde.

Em atendimentos de emergência, nota-se um tratamento com atitudes negativas e não empáticas, em razão da falta de conhecimento sobre o TPB, mas também, por carência de paciência e empatia ao paciente que apresenta os sintomas naquele momento. A importância deste trabalho, foi dirigida pela falta de preparo profissional no tratamento a esses pacientes. Isso porque essa falta de preparo pode vir aliada a falta de interesse advindo destes profissionais, justificada em sua maior parte pela necessidade de habilidades comportamentais.

Evidenciou-se, portanto, que o impacto na pessoa do terapeuta é dirigido pela importância de redobrar cuidados profissionais, elevando ainda mais seu empenho ao tratamento, na busca da permanência do paciente na Terapia Comportamental Dialética, já que trata da terapia mais adequada segundo os últimos estudos. O profissional terapeuta, nesses casos, é acometido por uma sensação de vulnerabilidade emocional, tanto quanto o paciente, revelando receio a todo instante de ter algum comportamento que possa levar o paciente a interromper o tratamento, frente aos próprios sintomas como impulsividade e crises de diferentes formas.

Mostrou-se assim, que há um desafio muito grande ao profissional, frente a relevância de que a relação terapeuta-paciente seja estável, afim de dar maior adesão e permanência ao tratamento. O que gera um impacto na pessoa do terapeuta, uma vez que preciso envolvimento e manutenção de uma aliança terapêutica, apresentadas nos objetivos do tratamento, divisão de tarefas e desenvolvimento de vínculo médico-paciente, sendo um processo de troca entre eles, onde a mudança deve ser mútua.

O estudo em questão procurou fazer uma discussão prévia referente a esta temática. Sendo assim, sugere-se ampliação da literatura sobre o tema com investigação em torno dos fatores de risco, situações e abordagens terapêuticas relacionadas à baixa adesão e à quebra de vínculo com os profissionais. Percebe-se uma escassez de estudos que tenham o objetivo de avaliar a relação terapêutica no transtorno de personalidade *borderline* na perspectiva da terapia comportamental dialética.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2014). DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Cardoso, M. R. (2021). A relação terapêutica e seu papel na adesão de pacientes Borderline. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15142>
- Cavalheiro, C. V., & Melo, W. V. (2016). Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. *Psicologia em Revista*, 22(3), 579-595. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a04.pdf>
- Cerutti, P. S., & Duarte, T. C. (2016). Transtorno da personalidade borderline sob a perspectiva da Terapia comportamental dialética. *Revista Psicologia em Foco*, 8(12), 67-81. Transtorno da personalidade borderline sob a perspectiva da Terapia comportamental dialética
- Cunha, O. R. da, & Vandenberghe, L. (2016). O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 18(1), 72–86. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i1.833>
- Dalgalarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). Transtorno borderline: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2, 52-71. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>
- De Jesus Lopes, Y. (2017). A Psicopatologia Do Transtorno Da Personalidade Borderline (Tpb) E Suas Características Diagnósticas.
- Faccas, I., & Santos, D. (2021). Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica psicanalítica: uma revisão integrativa. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?a-psicopatologia-do-transtorno-da-personalidade-borderline-tpb-e-suas-caracteristicas-diagnosticas&codigo=A1154
- Linehan, M. (2016). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline: Tratamentos que Funcionam: Guia do Terapeuta*. Artmed Editora.
- Machado, A. A. C., & Vandenberghe, L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo--comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente borderline. *Psychologica*, 57(2), 95-109. https://impactum-journals.uc.pt/psychologica/article/view/1647-8606_57-2_5
- Marques, S., Barrocas, D., & Rijo, D. (2017). Intervenções psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 307-319. <file:///C:/Users/rafae/Downloads/amp,+307-319.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1*. Edusp.

Rosa, B. D. P., & Santos, M. A. D. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 14, 268-282. <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/WZWWWS63wNsVx89ZmYzZfnxK/?lang=pt>

Sadi, H. D. M. (2011). *Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Soares, M. H. (2010). Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 852-858. <https://acta-ape.org/article/estudos-sobre-transtornos-de-personalidade-antissocial-e-borderline/>