ESTIGMATIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIADA AO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Yan Raphael Santos Branco; Luiz Oliveira Trindade
Universidade Salgado de Oliveira – Campus Belo Horizonte

RESUMO

A instabilidade emocional, a impulsividade e os conflitos nas relações interpessoais e na autoimagem marcam profundamente a vivência do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Embora o diagnóstico e as opções de tratamento tenham evoluído de forma significativa, o forte estigma social em torno do transtorno ainda é uma barreira real. Esse preconceito afeta tanto a inserção social desses pacientes quanto a qualidade do acolhimento que recebem nos serviços de saúde mental. A partir dessa problemática, o presente estudo investiga de que forma a estigmatização prejudica o engajamento na psicoterapia, a formação do vínculo com o profissional e o progresso clínico, adotando a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como referencial. Para isso, foi conduzida uma revisão bibliográfica qualitativa baseada na literatura atual de psicologia e psiquiatria. O levantamento aponta que o julgamento externo muitas vezes acaba retroalimentando as crenças disfuncionais características do quadro, o que cria obstáculos severos para a aliança e a adesão terapêutica. Diante desse cenário, a TCC surge como uma abordagem potente para intervir no problema, oferecendo ferramentas concretas — em especial a reestruturação cognitiva e o treino de habilidades socioemocionais — para contornar essas dificuldades e promover a melhora clínica.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline. Estigma Social. Terapia Cognitivo-Comportamental. Aliança Terapêutica.

1 INTRODUÇÃO

O preconceito em torno dos diagnósticos psiquiátricos continua sendo uma das maiores barreiras para o acesso a tratamentos adequados em saúde mental. Dentro desse cenário, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) chama a atenção por carregar uma carga desproporcional de estereótipos. É frequente que tanto a sociedade em geral quanto os próprios profissionais de saúde rotulem esses pacientes como manipuladores, instáveis ou excessivamente difíceis de manejar. Longe de serem inofensivos, esses rótulos perpetuam uma visão distorcida que compromete de forma direta a qualidade do cuidado prestado.

A urgência de investigar essa dinâmica torna-se clara ao observarmos o grande volume de pacientes com TPB na prática clínica. O quadro raramente aparece de forma isolada, vindo quase sempre acompanhado de outras condições complexas, como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e comportamentos de autolesão. Epidemiologicamente, o transtorno atinge entre 1,6% e 5,9% da população. Contudo, quando olhamos para a rede de saúde, a

proporção salta drasticamente: eles representam 6% dos atendimentos primários, 10% do público em ambulatórios especializados e cerca de 20% de todas as internações psiquiátricas. Fica evidente, portanto, que essa é uma das parcelas que mais demanda suporte dos serviços especializados.

Ainda assim, mesmo com uma presença tão expressiva nos consultórios e hospitais, a estigmatização não recua. É a partir dessa contradição que surge a pergunta central deste estudo: de que forma o estigma social em torno do TPB afeta o engajamento na psicoterapia, a formação da aliança com o profissional e o progresso do quadro, sob a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)? Trabalhamos com a premissa de que o julgamento social severo leva o paciente a internalizar essas crenças negativas sobre si mesmo. Como consequência, erguem-se barreiras para o vínculo terapêutico, o que mina a adesão às intervenções e afeta negativamente o prognóstico.

Dessa forma, o objetivo central da pesquisa é esclarecer como a absorção desses rótulos atrapalha os resultados da intervenção baseada na TCC. Para desdobrar essa questão, o estudo busca mapear os estigmas mais comuns e seus impactos, avaliar as vias de construção de aliança propostas pela TCC para o TPB e, por fim, discutir criticamente se a condução terapêutica atual consegue dar conta dos desafios trazidos por essa internalização. Compreender o peso dessas variáveis é um passo essencial para que a psicologia refine suas práticas baseadas em evidências, garantindo intervenções clínicas que sejam mais resolutivas e éticas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica narrativa, de natureza exploratória e descritiva. Essa modalidade é adequada para analisar e sistematizar o conhecimento científico já produzido sobre a relação entre estigmatização social, TPB e a eficácia da TCC, sem a necessidade de coleta de dados primários.

O levantamento bibliográfico foi estruturado em bases de dados científicas nacionais e internacionais, incluindo SciELO, PsycINFO, PePSIC, BVS-Psi e Google Acadêmico. Utilizou-se o cruzamento dos descritores em português e inglês: "Transtorno de Personalidade Borderline", "estigma social", "aliança terapêutica", "Terapia Cognitivo-Comportamental", "Terapia Comportamental Dialética", "adesão ao tratamento", "Borderline Personality Disorder", "stigma", "therapeutic alliance" e "Cognitive Behavioral Therapy".

Os critérios de inclusão adotados foram: (a) publicações em português, inglês ou espanhol; (b) artigos científicos, livros e manuais diagnósticos publicados entre 2000 e 2026; (c) produções que abordem diretamente o TPB, o estigma associado ou intervenções baseadas na TCC. Foram excluídos materiais sem autoria identificada, publicações jornalísticas e

estudos sem embasamento teórico-metodológico explícito. A análise do material ocorreu por meio de leitura crítica e interpretativa, visando responder aos objetivos propostos e organizar os resultados à luz do referencial teórico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Transtorno de Personalidade Borderline: caracterização clínica e esquemas disfuncionais

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), o TPB caracteriza-se por um padrão geral e persistente de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, acompanhado de acentuada impulsividade. Tais comportamentos costumam se consolidar no início da vida adulta, evidenciando-se por esforços frenéticos para evitar abandonos reais ou imaginários, o que gera severas mudanças comportamentais. O padrão relacional é intenso e instável, alternando frequentemente entre extremos de idealização e desvalorização estrutural.

A psicopatologia cognitiva do TPB atrela o transtorno a esquemas desadaptativos profundos. Indivíduos acometidos operam sob crenças centrais de desamparo, incapacidade de ser amado e pavor crônico do abandono. O padrão de pensamento dicotômico ("tudo ou nada") cria um cenário de descontrole que se retroalimenta. A hipervigilância, conforme aponta Beck, Freeman e Davis (2005), decorre da sensação contínua de vulnerabilidade perante os outros e o mundo. Sobre a estrutura desses pensamentos rígidos que governam o comportamento do paciente, Beck, Freeman e Davis (2005, p. 192) esclarecem o perfil cognitivo central do transtorno:

> Os pacientes borderline caracterizam-se por três pressupostos básicos: "O mundo é perigoso e malévolo", "Sou impotente e vulnerável" e "Sou inerentemente inaceitável". Em função de suas crenças de que o mundo é perigoso e de que são impotentes, eles tendem a ser hipervigilantes e a apresentar uma desconfiança crônica em relação aos outros. [...] O pensamento dicotômico leva-os a categorizar os outros como totalmente bons e protetores ou totalmente maus e punitivos, o que explica a intensa flutuação em seus relacionamentos interpessoais.

Assim, atitudes drásticas tomadas pelo paciente para manter vínculos não são sintomas isolados, mas produtos da ativação de esquemas de pensamento disfuncionais. Comportamentos autolesivos, por exemplo, muitas vezes funcionam como autopunição ou tentativa de fuga de estados de dissociação e vazio crônico. A compreensão nosológica do Transtorno de Personalidade Borderline exige o exame minucioso dos critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). O transtorno se manifesta por meio de nove critérios operacionais, dos quais a presença de pelo menos cinco consolida o diagnóstico.

Na esfera interpessoal, o funcionamento do paciente é atravessado por um medo visceral do abandono, seja ele real ou apenas imaginário, o que impulsiona esforços muitas vezes desesperados para evitar a solidão. Diferente de uma ansiedade de separação comum, para o indivíduo com TPB, qualquer sinal sutil de distanciamento soa como uma ameaça existencial intolerável, gerando reações extremas de pânico ou hostilidade. É nesse terreno de instabilidade que os relacionamentos se constroem de forma intensa e volátil, marcados por flutuações bruscas entre o pedestal da idealização e o abismo da desvalorização. Esse padrão de extremos tem raízes no mecanismo de defesa da clivagem, que impede a percepção de características ambivalentes e divide o outro, de forma rígida, entre o totalmente bom e o totalmente mau.

Paralelamente aos conflitos externos, há um profundo descompasso interno. A identidade do indivíduo apresenta-se de forma fluida, carecendo de um senso de continuidade histórica ou coerência. Valores, metas e até mesmo orientações profissionais costumam mudar drasticamente, atuando quase como um reflexo das expectativas do grupo em que ele tenta se inserir. Esse apagamento identitário caminha lado a lado com um sentimento crônico de vazio: uma sensação persistente de desconexão e falta de propósito que não se dissipa nem mesmo em ambientes altamente estimulantes.

Quando a dor psíquica se torna insuportável, a impulsividade entra em cena como uma tentativa primária e mal regulada de alívio. Ela pode se manifestar em áreas de risco, como abusos de substâncias, direção imprudente, compulsões alimentares ou gastos desenfreados. Mais grave ainda é a recorrência de comportamentos suicidas ou de autolesão. No contexto borderline, cortes e automutilações não suicidas raramente possuem um fim em si mesmos; na verdade, operam de forma funcional para interromper uma dor emocional aguda ou para ancorar o paciente de volta à realidade durante picos de despersonalização.

A labilidade afetiva é outro eixo central do diagnóstico. O humor é altamente reativo, com episódios de disforia, irritabilidade ou ansiedade intensa que costumam durar apenas algumas horas. É crucial distinguir essa dinâmica daquela observada no Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Enquanto no TAB as oscilações envolvem ciclos mais longos e frequentemente independentes do ambiente, no TPB a reatividade é episódica e disparada diretamente por estressores do dia a dia (em especial, conflitos interpessoais). O limiar de ativação é baixíssimo e o retorno à calma é muito mais lento, o que explica as explosões de raiva inapropriada e as brigas frequentes, geralmente engatilhadas por alguma percepção de negligência. Nos momentos de sobrecarga máxima de estresse, o colapso pode empurrar o paciente para quadros de ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos graves, funcionando como a última trincheira defensiva da mente.

Para amarrar a compreensão de toda essa sintomatologia, a perspectiva etiológica mais consolidada atualmente é o Modelo Biossocial formulado por Marsha Linehan. A autora propõe que o transtorno não é fruto isolado da biologia ou da criação, mas de uma transação

contínua entre ambos. A base do quadro é uma vulnerabilidade inata: o indivíduo já apresenta hipersensibilidade aos estímulos, reage com intensidade desproporcional e demora muito mais para recuperar o equilíbrio afetivo. O gatilho para a patologia ocorre quando essa biologia interage com um "ambiente invalidante", isto é, contextos familiares ou sociais que rotineiramente punem, ignoram, ridicularizam ou negligenciam as expressões emocionais primárias da criança. Ao ser ensinado repetidamente de que suas percepções e sentimentos estão "errados", o indivíduo perde a oportunidade de desenvolver habilidades de autorregulação. Consolida-se, assim, a desregulação emocional pervasiva, forçando-o a oscilar num pêndulo exaustivo entre a inibição crônica de suas emoções e as explosões extremas necessárias para conseguir o mínimo de validação de suas necessidades.

3.2 Estigmatização social em transtornos de personalidade

A estigmatização atua como um mecanismo de desqualificação. Goffman (1963) define o estigma como um atributo profundamente depreciativo, que impõe ao indivíduo uma "identidade deteriorada". No âmbito psiquiátrico, o diagnóstico de TPB atua precocemente como um rótulo que precede a interação social do indivíduo, estabelecendo um hiato entre a expectativa de uma personalidade normativa e a identidade social real do paciente.

> A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. [...] Quando um estranho nos é apresentado, podem surgir evidências de que ele possui um atributo que o torna diferente de outros que se encontram na categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável. [...] Deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande.

Esse processo sistemático associa o paciente a rótulos negativos, como periculosidade e manipulação. O impacto dessa rotulação é severo: o sujeito passa a lidar não apenas com o sofrimento oriundo de sua psicopatologia, mas também com a discriminação, o isolamento social e, criticamente, com a internalização destes valores externos. Esse enraizamento agrava a sintomatologia e atua como barreira na tratabilidade psicoterápica.

A análise da trajetória do indivíduo com TPB exige a incorporação dos pressupostos sociológicos de Erving Goffman acerca da estigmatização. A clássica definição de Goffman compreende o estigma como uma marca capaz de rebaixar um indivíduo comum a uma posição diminuída e maculada, gerando aquilo que o autor chama de identidade deteriorada. Quando trazemos esse conceito para o campo da saúde mental, percebemos que o diagnóstico psiquiátrico frequentemente perde sua função de bússola clínica e passa a funcionar puramente como um rótulo social de exclusão. O peso desse fenômeno fica mais claro quando observamos como ele se desdobra em diferentes níveis.

Na esfera pública, por exemplo, ele ganha forma por meio do preconceito e das reações discriminatórias da sociedade em geral. É o senso comum que vincula o paciente com TPB a estereótipos engessados de periculosidade, falsidade e uma suposta toxicidade nos relacionamentos. Além dessa rejeição social, existe uma dimensão institucional ou estrutural que se infiltra nas próprias políticas e dinâmicas da rede de assistência. Ao longo da história, os serviços de urgência psiquiátrica e as alas hospitalares acabaram erguendo barreiras invisíveis de acesso, adotando um distanciamento quase preventivo no trato com essas pessoas.

Essa barreira dentro do sistema de acolhimento nos leva ao preocupante cenário do estigma iatrogênico, situação em que o próprio profissional de saúde mental reproduz o preconceito. Contaminados por essas visões generalistas, não é incomum que médicos, psicólogos e enfermeiros interpretem os sintomas mais críticos do TPB, englobando crises de choro intensas e até mesmo tentativas de suicídio, por meio de uma lente puramente moral, enxergando ali apenas manipulação ou teatralidade voluntária. O impacto direto dessa postura é uma assistência esvaziada de empatia, muitas vezes marcada por prescrições com caráter punitivo e altas hospitalares dadas de forma prematura.

O golpe definitivo de todo esse processo acontece quando o ciclo atinge a internalização. Cercado por uma rejeição sistemática que vem tanto do convívio social quanto das instituições que deveriam acolhê-lo, o paciente acaba validando os julgamentos externos e mescla o preconceito à sua própria visão sobre si mesmo. Absorver esse rótulo corrói o senso de autoeficácia do sujeito e sedimenta sua profunda crença de inadequação. O resultado prático costuma ser o abandono clínico, pois o indivíduo desiste da busca por ajuda por estar convencido de que o seu quadro é irreversível e de que ele, fundamentalmente, não é digno de receber cuidado.

3.3 Modos de esquema e a dinâmica de funcionamento interno

Para aprofundar a compreensão do TPB, a Terapia do Esquema, desenvolvida por Young et al. (2003), traz uma contribuição fundamental ao ampliar o modelo cognitivo tradicional. Essa abordagem introduz o conceito de Modos de Esquema. Diferente das crenças nucleares, que funcionam como traços rígidos e latentes de personalidade, os modos operam como estados emocionais e estratégias de enfrentamento ativados no exato momento presente. É justamente essa dinâmica que explica a instabilidade clínica tão característica do paciente borderline, cujo mundo interno funciona por meio da alternância abrupta entre quatro estados principais.

O núcleo afetivo e de maior vulnerabilidade do transtorno é representado pela Criança Abandonada. Quando esse modo é ativado, algo que geralmente ocorre diante de qualquer percepção de distanciamento interpessoal, o indivíduo é engolido por uma dor psicológica

devastadora. O paciente passa a vivenciar um terror absoluto do isolamento, sentimentos agudos de desamparo e um vazio existencial crônico, sentindo a si mesmo como uma criança indefesa diante de um mundo ameaçador.

Para não sucumbir a essa dor intolerável, o psiquismo frequentemente transita para a Criança Zangada. Nessa etapa, a fragilidade inicial é encoberta por comportamentos impulsivos, agressividade verbal e explosões desproporcionais de raiva. Ainda que o convívio social leia essas reações como manobras voluntárias de manipulação ou controle, a lente clínica revela uma realidade oposta. Essa raiva funciona, na verdade, como um esforço desesperado de autopreservação e um protesto agudo contra o abandono percebido.

Há momentos em que a sobrecarga emocional ultrapassa o limite do suportável. Quando isso acontece, o sistema mental aciona o Protetor Desligado, operando como uma espécie de amortecedor de impacto psíquico. O paciente entra em um estado de apatia, distanciamento afetivo e isolamento, podendo chegar a quadros severos de despersonalização. Trata-se de um movimento mecânico e frio de desligamento das próprias emoções para garantir a sobrevivência à dor. O grande problema é que a sociedade costuma interpretar essa atitude como falsidade ou total indiferença, ignorando que o entorpecimento é apenas um reflexo involuntário de proteção.

Correndo em paralelo a essas defesas, existe também a atuação do modo Pai ou Mãe Punitivo. Trata-se de uma voz interna implacável que julga e condena o indivíduo pelas suas próprias falhas e necessidades afetivas. Esse estado é a cristalização de todas as críticas, julgamentos agressivos e estigmas que o paciente absorveu ao longo da vida, servindo como combustível para uma profunda vergonha e culpa. É a força dessa punição interna que retroalimenta as automutilações e a ideação suicida, levando a pessoa a acreditar genuinamente que merece ser castigada por sua inadequação.

Diante dessa fragmentação, a resolução clínica e a evolução terapêutica dependem do fortalecimento progressivo do Adulto Saudável. Esse modo precisa atuar como o grande maestro executivo da personalidade. O objetivo da terapia é que ele se torne capaz de identificar quando os estados disfuncionais assumem o controle, para então acolher a dor legítima da Criança Abandonada, colocar limites seguros para a Criança Zangada, desarmar as críticas cruéis do Pai Punitivo e diminuir gradativamente a barreira do Protetor Desligado. Apenas com esse mediador interno bem estruturado é possível alcançar uma vivência emocional integrada e estável.

3.4 Aliança terapêutica: desafios sob a perspectiva da TCC

Construir uma aliança terapêutica sólida costuma ser o maior obstáculo no cuidado de pacientes com TPB, sendo exatamente esse o fator que dita o sucesso ou o fracasso na adesão ao tratamento. A convivência dentro do consultório é constantemente colocada à prova. O

profissional precisa estar preparado para manejar a montanha-russa que vai da idealização absoluta à desvalorização repentina, lidando com testes contínuos de limites e com o risco sempre presente de uma quebra abrupta do vínculo.

Para dar conta dessa complexidade relacional, a Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan (2010), traz uma resposta muito clara: a validação genuína da dor do indivíduo. Essa postura de escuta e aceitação age como um antídoto direto para o histórico de invalidação ambiental que, na maioria das vezes, está na raiz da formação do transtorno. Na prática, sustentar essa abordagem exige do terapeuta uma postura de extrema transparência sobre as regras do processo, aliada à construção de limites muito bem definidos e a um monitoramento incansável dos comportamentos que possam boicotar a terapia. O grande trunfo da DBT é justamente conseguir equilibrar essa profunda validação do sofrimento com o estímulo tático para a mudança. É esse compasso cuidadoso que possibilita o manejo das crises de desregulação sem disparar o pavor do abandono no paciente, preparando o terreno seguro que é exigido para que a reestruturação cognitiva aconteça.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão da literatura evidenciou as obras fundamentais para a análise do cruzamento entre TPB, estigma e as intervenções da TCC, sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos e livros escolhidos para revisão teórica

Título	Autores	Impactos observados no tratamento da TPB
Terapia do esquema: guia orientador para o terapeuta cognitivo-comportamental	YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E.	Método de tratamento com alta eficácia. Foco em sistemas disfuncionais apresenta resultados expressivos.
Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade	BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D.	Identifica estruturas cognitivas rígidas e profundas no TPB.
Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada	GOFFMAN, E.	Destaca a internalização dos estigmas, o que enrijece os esquemas disfuncionais do transtorno.
Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline	LINEHAN, M. M.	Elege a TCC (e a TCD) como abordagens prioritárias e eficientes para o tratamento.

A partir da análise do referencial e das obras selecionadas, a discussão organiza-se em torno dos três objetivos específicos propostos neste trabalho.

4.1 Implicações da Internalização dos Rótulos Sociais

Ao cruzar a perspectiva sociológica de Goffman (1963, 1982) sobre a identidade deteriorada com os modelos clínicos de Beck et al. (2005) e de Young, Klosko e Weishaar (2003), fica evidente que o estigma em torno do TPB cria uma dinâmica de retroalimentação perversa. A literatura converge ao mostrar que rótulos como "manipulador", "tóxico" ou "incurável" vão muito além de simplesmente erguer barreiras para o acesso aos tratamentos. Na verdade, essas marcações afetam diretamente a estrutura psíquica do indivíduo, atuando como um potente reforçador da própria psicopatologia. O paciente diagnosticado com esse transtorno já convive majoritariamente sob o peso do esquema de Defectividade e Vergonha, carregando a convicção profunda de que é uma pessoa inerentemente falha, má e indigna de amor.

Sendo assim, quando o meio familiar, social ou institucional valida essas percepções negativas, o estigma externo deixa de ser apenas um preconceito e se transforma em uma espécie de prova irrefutável, confirmando as piores distorções cognitivas do indivíduo sobre si mesmo. Dentro da leitura da Terapia do Esquema, essa assimilação do discurso externo fortalece drasticamente o modo Pai ou Mãe Punitivo. À medida que a sociedade e até mesmo os profissionais de saúde interpretam o comportamento do paciente como puramente hostil, falhando em enxergar ali uma tentativa disfuncional de evitar o abandono, a voz interna condenatória do sujeito se torna ainda mais implacável. Sem espaço para validação, o pouco senso de autoeficácia que o paciente possui acaba sendo destruído.

Como consequência clínica direta dessa internalização, costuma-se observar um aumento expressivo na frequência de comportamentos autolesivos. A automutilação ganha, então, uma nova camada de complexidade: ela deixa de operar exclusivamente como uma ferramenta para regular o afeto e passa a servir como um método de autopunição, selando a concordância trágica do paciente com o julgamento social de que ele possui uma identidade deteriorada. Fica claro, portanto, que a rotulação contínua passa longe de inibir as reações disfuncionais, sendo, pelo contrário, o motor exato para o agravamento do quadro. Isso ocorre porque o estigma social ativa implacavelmente o modo mais destrutivo do paciente. Young, Klosko e Weishaar (2003, p. 308) descrevem essa dinâmica e o papel de atuação do terapeuta para contê-la:

> No modo Pai Punitivo, o paciente internaliza as vozes agressivas, críticas e rejeitadoras daqueles que o cercaram ao longo da vida. Ele se pune implacavelmente por ter necessidades emocionais. O objetivo do terapeuta na reparentalização limitada é ajudar a Criança Abandonada a se sentir segura e amada, ao mesmo tempo em que bane ativamente o modo Pai Punitivo do setting terapêutico. O terapeuta não pode ser neutro; ele deve atuar como um aliado da criança vulnerável contra a crítica internalizada.

Ao assumir a convicção absoluta de que é um fardo para os outros ou uma pessoa intrinsecamente ruim, o paciente materializa a identidade deteriorada proposta por Goffman.

Nesse grau de esgotamento psicológico, o indivíduo perde qualquer resquício de autoeficácia. Diante desse cenário, a automutilação e os demais comportamentos de risco ganham um novo e sombrio contorno clínico. Tais atos deixam de funcionar apenas como mecanismos rudimentares de regulação emocional e passam a operar como métodos diretos de autopunição. Na prática, é como se o sujeito executasse fisicamente, no próprio corpo, o veredito condenatório que a sociedade proferiu contra ele. Fica evidente, assim, que a estigmatização no quadro borderline vai muito além da barreira do preconceito social comum. Ela atua de forma direta como um grave propulsor do adoecimento, sendo capaz de enraizar e consolidar a própria arquitetura patológica do transtorno.

4.2 Impactos na Construção da Aliança Terapêutica

Avançando para a dinâmica de construção do vínculo clínico, a revisão bibliográfica deixa claro que o estigma prévio afeta de maneira profunda a capacidade do paciente de confiar no terapeuta. É muito comum que indivíduos com histórico de rotulações severas, especialmente em serviços de urgência psiquiátrica, cheguem à psicoterapia ambulatorial em um estado de hipervigilância patológica. Nesses casos, o sujeito passa a buscar ativamente qualquer indício mínimo de rejeição por parte do psicólogo. Esse cenário exige extrema cautela técnica. Se a clássica confrontação socrática da TCC tradicional for aplicada de forma precoce e sem o contrapeso da validação proposto por Linehan (2010), existe um risco imenso de o paciente interpretar a intervenção como uma invalidação do seu sofrimento. Na visão dele, o terapeuta estaria apenas replicando o estigma social de que a dor apresentada é inventada ou exagerada.

Fica claro, portanto, que o caminho para a formação do vínculo passa obrigatoriamente pela validação radical. O profissional precisa buscar ativamente o fundo de verdade contido na resposta emocional do paciente antes de sequer cogitar a reestruturação cognitiva de suas crenças dicotômicas. Saindo do campo puramente teórico, a literatura contemporânea já oferece evidências empíricas consistentes sobre o impacto dessa internalização e sobre como neutralizá-la. Um excelente exemplo é o estudo qualitativo de Tan et al. (2018).

Ao investigar a percepção de pacientes com TPB que passaram pela Terapia do Esquema, os autores ilustram de maneira contundente a urgência de uma postura clínica voltada para a desestigmatização. A análise das falas coletadas na pesquisa revela que a expectativa de rejeição e julgamento por parte dos profissionais figurava como a principal barreira para a adesão inicial ao tratamento. Esse medo constante é uma herança direta de traumas institucionais anteriores, bem como de diagnósticos que foram comunicados de forma pejorativa. O ponto mais revelador dos dados, contudo, é a constatação de que o fator de

maior impacto na evolução clínica não foi a redução imediata dos sintomas impulsivos, mas sim a experiência genuína de validação vivenciada dentro do setting terapêutico.

Nos relatos, os participantes destacaram que as técnicas próprias da Terapia do Esquema, com ênfase especial na reparentalização limitada, atuaram como a primeira oposição concreta aos estigmas que carregavam há anos. Quando o terapeuta assume uma postura de cuidado ativo e reconhece o sofrimento oculto na externalização da raiva da Criança Zangada, sem rotular aquela pessoa como agressiva ou manipuladora, ele consegue quebrar o ciclo de invalidação que costuma atravessar a vida inteira do sujeito. A conclusão de Tan et al. (2018) consolida a ideia de que o sucesso no tratamento do TPB depende intimamente da capacidade do profissional de enxergar além da casca comportamental estigmatizada para conseguir tocar a vulnerabilidade esquemática primária. No momento em que o paciente para de se ver como um caso perdido e passa a compreender a engrenagem dos seus modos de esquema, o estigma interno sofre uma redução drástica. É exatamente essa mudança de percepção que abre caminho para a diminuição da ideação suicida e para a estabilização das relações interpessoais.

4.3 A TCC e as Terapias de Terceira Onda como Intervenções Ideais

Ao avaliar se o modelo cognitivo-comportamental clássico oferece a estrutura ideal para acolher pacientes com alto grau de estigma internalizado, a literatura sugere que a TCC convencional, de forma isolada, exige adaptações profundas. Por outro lado, as abordagens derivadas do seu arcabouço teórico, com destaque para a Terapia do Esquema (Young et al., 2003) e a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2018), despontam como o verdadeiro padrão ouro de tratamento. A eficácia dessas vertentes reside exatamente na presença de ferramentas metodológicas construídas para desarticular a internalização de rótulos.

A Terapia do Esquema, por exemplo, ataca diretamente a disfuncionalidade gerada pelo estigma por meio da reparentalização limitada. Nessa técnica, o psicólogo atua como uma antítese concreta e segura contra as antigas crenças de abandono e inadequação do sujeito. Caminhando em uma direção complementar, a DBT foca no treinamento de habilidades voltadas para a tolerância ao mal-estar e para a efetividade interpessoal. O objetivo central é devolver ao indivíduo a capacidade de transitar pelo meio social sem precisar recorrer aos mesmos comportamentos desregulados que, no passado, serviram de combustível para o estigma inicial. Fica evidente na literatura revisada que as intervenções alcançam seus melhores resultados quando deixam de focar obsessivamente na simples redução de sintomas e passam a priorizar a reconstrução da identidade fragmentada do paciente, aliviando o peso sufocante da rotulação.

Diante de um quadro clínico marcado por extrema reatividade emocional e por um histórico crônico de invalidação, o manejo impõe dilemas incontornáveis. Questiona-se até

que ponto as técnicas tradicionais da TCC seriam suficientes para garantir o sucesso terapêutico em pessoas tão machucadas pelo julgamento externo. Autores como Linehan (2010, 2018) alertam que a aplicação precoce de recursos padrão, como o questionamento socrático incisivo e a pressa pela reestruturação cognitiva, pode ter um efeito fatal sobre a aliança terapêutica. O grande nó dessa questão é o limiar quase inexistente que o paciente borderline possui para tolerar críticas. Quando um terapeuta de viés mais clássico tenta confrontar a racionalidade de um pensamento disfuncional, perguntando, por exemplo, se existem evidências concretas de que o paciente será abandonado, a recepção costuma ser desastrosa. O indivíduo tende a interpretar essa intervenção técnica como um ataque pessoal direto ou, pior ainda, como uma repetição do estigma histórico de que seus sentimentos são inventados, exagerados ou irracionais. O resultado mais comum dessa falha de comunicação é a ruptura abrupta do vínculo, levando ao abandono prematuro da terapia.

Como saída para esse impasse e forma de contornar os danos do julgamento social, a Terapia Comportamental Dialética introduz a validação radical. Essa postura atua como o principal antídoto contra o estigma iatrogênico. A premissa é que, muito antes de cobrar qualquer tipo de mudança comportamental, o profissional precisa garimpar o fundo de verdade presente na resposta emocional do paciente. É necessário comunicar de forma cristalina que, considerando a bagagem biológica e a história de vida daquela pessoa, faz todo o sentido que ela esteja vivenciando aquela dor de maneira tão aguda. Ao sustentar essa postura dialética, o clínico consegue equilibrar a aceitação incondicional do sofrimento atual com o incentivo empático para o aprendizado de novas habilidades. Essa manobra é essencial porque retira dos ombros do sujeito o peso do rótulo moral de ser alguém manipulador e o substitui pela lente clínica do déficit de habilidades, ajudando o paciente a compreender que ele apenas não aprendeu a regular sua dor de forma funcional.

Constata-se, assim, que o tratamento ideal não reside na simples correção mecânica de pensamentos automáticos. O verdadeiro desafio clínico é construir um ambiente de grande validação, blindando o consultório contra o estigma social, de modo que o indivíduo consiga baixar suas defesas e se engajar genuinamente na reestruturação da sua própria identidade. É nesse contexto crítico que a Terapia Comportamental Dialética fundamenta sua eficácia. A abordagem compreende que o estigma se alimenta da incompreensão dos sintomas. Conforme descrito por Linehan (2010, p. 28), os comportamentos extremos não são escolhas manipuladoras, mas falhas sistêmicas de regulação:

> O transtorno da personalidade borderline é, fundamentalmente, um transtorno da desregulação emocional. A vulnerabilidade emocional biológica, combinada com um ambiente caracterizado por pervasiva invalidação, leva a uma incapacidade severa de modular emoções intensas. O indivíduo não aprende a rotular, compreender e tolerar o afeto, recorrendo, consequentemente, a comportamentos extremos e autodestrutivos como a automutilação ou as tentativas de suicídio como únicas estratégias disponíveis para regular um sofrimento psicológico insuportável.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise conduzida ao longo desta pesquisa permite consolidar a compreensão sobre as implicações do estigma social na vida do paciente com TPB, especialmente dentro do setting clínico cognitivo e comportamental. Os achados sustentam de forma contundente a premissa que norteou o estudo: o preconceito ultrapassa, e muito, a barreira da rejeição externa. Na prática, ele se infiltra na mente do indivíduo e atua como um reforçador implacável de suas crenças nucleares disfuncionais, alimentando de forma intensa os esquemas de abandono e defectividade. O resultado direto dessa internalização é a sabotagem quase imediata da aliança terapêutica e a consequente queda na adesão ao tratamento.

O cenário e o prognóstico clínico mudam drasticamente quando o profissional de saúde desenvolve a capacidade de enxergar além da superfície. Entender que as atitudes frequentemente julgadas como manipuladoras são, do ponto de vista clínico, estratégias desesperadas de sobrevivência emocional diante de uma ameaça iminente de desamparo é o verdadeiro divisor de águas no acolhimento. O levantamento demonstra que a base cognitiva clássica, quando expandida e integrada às metodologias da Terapia do Esquema e da Terapia Comportamental Dialética, entrega ao psicólogo o arsenal técnico necessário para desconstruir essa identidade estigmatizada. A eficácia desse processo reside justamente no equilíbrio fino entre oferecer uma validação compassiva e conduzir uma reestruturação sistemática.

Apesar da solidez teórica dessas constatações, é fundamental ponderar que a escolha por um delineamento de revisão bibliográfica carrega delimitações naturais. A principal delas é a impossibilidade de mapear, em números atualizados, o verdadeiro tamanho do impacto da estigmatização sobre as taxas reais de abandono terapêutico no cenário brasileiro. Essa lacuna, contudo, aponta um direcionamento claro para investigações futuras. Existe um caminho promissor para pesquisas de campo que acompanhem psicólogos na linha de frente, buscando mensurar exatamente o quanto o peso de um estigma institucional prévio compromete e atrasa a formação do vínculo nos meses inaugurais da psicoterapia.

Acima de tudo, o retrato delineado por este trabalho ressalta uma urgência inadiável. A desestigmatização do paciente borderline precisa acontecer, primeiramente, dentro dos próprios espaços de saúde mental, garantindo que o acolhimento oferecido seja um refúgio seguro, embasado tanto no rigor das evidências científicas quanto na ética da empatia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

LINEHAN, Marsha M. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LINEHAN, Marsha M. **Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia dialética comportamental para o terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

TAN, Yeow May et al. Schema therapy for borderline personality disorder: a qualitative study of patients' perceptions. **PLOS One**, v. 13, n. 11, e0206039, nov. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0206039. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6248917/. Acesso em: 21 mar. 2026.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do esquema: guia orientador para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2003.