

O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*  
EM DIFERENTES PERSPECTIVAS

Matheus Rozário Matioli

Érica Aparecida Rovani

Mariana Araújo Noces

**Resumo**

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) tem grande influência na vida do paciente nos aspectos familiar, social, profissional e, principalmente, na relação da pessoa com ela mesma. O objetivo deste artigo é comparar os relatos de médicos psiquiatras e de profissionais psicólogos (formação em Psicanálise e abordagem Cognitivo-Comportamental), analisando-se possíveis semelhanças e diferenças no tratamento, a partir das perspectivas teórico-práticas por eles seguidas. Participaram da pesquisa seis profissionais da área da saúde: dois médicos psiquiatras; duas psicólogas com formação em Psicanálise e; duas psicólogas que possuem especialização na abordagem Cognitivo-Comportamental. Foi observado, na visão dos profissionais entrevistados e a partir de suas experiências teórico-práticas, como o tratamento é realizado em cada área pesquisada. Pode-se concluir que as relações estabelecidas entre as áreas envolvidas neste estudo são enriquecedoras para o olhar sobre a pessoa com o TPB, destacando-se sempre a singularidade de cada sujeito, sem generalizá-lo, tampouco reduzi-lo ao seu transtorno.

**Palavras-Chave:** Psiquiatria. Psicanálise. Abordagem Cognitiva-Comportamental. Transtorno de Personalidade *Borderline*.

**Abstract**

The Borderline Personality Disorder (BPD) has a great influence on the patient's life in family, social, professional aspects and, especially, in the person's relationship with himself. The purpose of this article is compare the reports of psychiatrists and professional psychologists (training in psychoanalysis and Cognitive-Behavioral

---

1 Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP / Ribeirão Preto-SP / Docente do curso de Psicologia / [mmatioli@unaerp.br](mailto:mmatioli@unaerp.br)

2 Consultório particular / Ribeirão Preto-SP / Musicoterapeuta e Psicanalista / [ericarovani@ig.com.br](mailto:ericarovani@ig.com.br)

3 Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP / Ribeirão Preto-SP / Coordenadora e Docente do curso de Psicologia / [mnoce@unaerp.br](mailto:mnoce@unaerp.br)

approach), analyzing possible similarities and differences in the treatment, from the theoretical-practical perspectives they follow. Six health professionals participated in the study: two psychiatrists; two psychologists with training in Psychoanalysis and; two psychologists who have a specialization in the Cognitive-Behavioral approach. It was observed, in the view of the interviewed professionals and from their theoretical-practical experiences, how the treatment is carried out in each researched area. It can be concluded that the relations established between the areas involved in this study are enriching to look at the person with BPD, always emphasizing the singularity of each subject, without generalizing it, nor reducing it to his disorder.

**Keywords:** Psychiatry. Psychoanalysis. Cognitive-Behavioral Approach. Borderline Personality Disorder.

### **Resumen**

El Trastorno de Personalidad Borderline (TPB) tiene gran influencia en la vida del paciente en los aspectos familiar, social, profesional y, principalmente, en la relación de la persona con ella misma. El objetivo de este artículo es comparar los relatos de médicos psiquiatras y de profesionales psicólogos (formación en Psicoanálisis y enfoque Cognitivo-Comportamental), analizando posibles semejanzas y diferencias en el tratamiento, a partir de las perspectivas teórico-prácticas por ellos seguidas. Participaron de la investigación seis profesionales del área de la salud: dos médicos psiquiatras; dos psicólogas con formación en Psicoanálisis y; dos psicólogas que poseen especialización en el enfoque Cognitivo-Comportamental. Se observó, en la visión de los profesionales entrevistados ya partir de sus experiencias teórico-prácticas, cómo el tratamiento se realiza en cada área investigada. Se puede concluir que las relaciones establecidas entre las áreas involucradas en este estudio son enriquecedoras para la mirada sobre la persona con el TPB, destacándose siempre la singularidad de cada sujeto, sin generalizarlo, tampoco reducirlo a su trastorno.

**Palabras-Clave:** Psiquiatría. Psicoanálisis. Enfoque Cognitivo-Comportamental. Trastorno de Personalidad Borderline.

## **Introdução**

Os transtornos da personalidade, ao longo dos últimos dois séculos, receberam diversas nomeações: insanidade moral, monomania moral, transtorno ou neurose de caráter, entre outros (Dalgalarrondo, 2000). Segundo Del Porto (1996), insanidade moral foi um termo designado àqueles “não loucos” ou deficientes, mas que exibiam um comportamento social fora dos padrões normais e, que eram assim denominados por não apresentarem sentimentos, autodomínio e senso ético.

Para Dalgalarrondo (2000) o transtorno de personalidade é um desequilíbrio tanto entre o indivíduo com ele mesmo, quanto com os outros. Afirma, ainda, que uma das suas características é a dificuldade de ser modificado, mantendo-se constante durante toda a vida.

Os transtornos da personalidade são alvos de discussão e ainda apresentam algumas controvérsias. O próprio conceito de personalidade varia muito nas conceituações apresentadas. As definições, tanto da Décima Edição da Classificação Internacional das Doenças – CID-10 (OMS, 1993) quanto do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (APA, 1995) apontam para um padrão global de alterações que perduram cronologicamente. Logo, um desafio no diagnóstico, exigindo uma observação acurada e um acompanhamento mais extenso.

Segundo Hegenberg (2007), o diagnóstico *borderline* apareceu no DSM em 1980, enquanto outros transtornos de personalidade estavam presentes desde sua primeira versão em 1952. Pode-se observar que a caracterização do transtorno é recente, o que explica a existência da confusão de conceitos sobre o *borderline* até os dias atuais. Era comum as pessoas se referirem a esse transtorno como portadores de “histeria grave”, porém o diagnóstico de histeria foi abolido tanto da CID quanto do DSM. O *borderline* não é um histérico, nem um neurótico, também não é um psicótico, é um quadro clínico específico com características próprias. O TPB apresenta várias características como: instabilidade emocional; sentimento crônico de vazio; relacionamentos instáveis e intensos associados ao esforço de não ser abandonado; autolesão e; ameaças suicidas (OMS, 1993).

Em síntese, o DSM-IV (APA, 1995) apresenta as seguintes características diagnósticas para o TPB, sendo que para diagnosticar o transtorno o indivíduo deve apresentar cinco ou mais das seguintes características: padrão de instabilidade de relacionamento afetivo, interpessoal e autoimagem, além de grande impulsividade que começa no início da idade adulta e se apresenta em variados contextos; os indivíduos se esforçam de modo exagerado para não serem abandonados real ou imaginariamente, sensíveis à circunstâncias ambientais, temendo abandono e apresentando raiva intensa ou dificuldade em controlá-la, mesmo em separações reais por tempos limitados; padrão de relacionamento interpessoal instável e intenso, variando da idealização à desvalorização; distúrbio de identidade caracterizado por autoimagem ou sentimento de *self* acentuado e persistentemente instável; impulsividade em ao menos duas das seguintes áreas, por exemplo, gastos financeiros, abuso de substâncias, sexo inseguro, direção imprudente e comer compulsivamente; comportamentos suicidas ou automutilantes; instabilidade afetiva causada pela reatividade do humor; sentimento crônico de vazio e; ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou à sintomas graves de dissociação.

Kaplan, Sadock e Grebb (2007) apresentam dois tipos de tratamento para o TPB, a farmacoterapia e a psicoterapia. A primeira é utilizada em características específicas da personalidade: para controlar a raiva, a hostilidade e os episódios psicóticos utiliza-se anti-psicóticos; para melhorar o humor deprimido utilizam-se antidepressivos; para a ansiedade e a depressão utilizam-se benzodiazepínicos e; para melhorar o funcionamento global do paciente utilizam-se anticonvulsivantes. A psicoterapia, na visão desses autores, tem como base a Psicanálise e a Teoria Cognitivo-Comportamental.

### **O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) em Psicanálise**

Para a Psicanálise, o transtorno de personalidade ou transtorno de caráter difere-se de outras patologias por uma alteração no ego causada por conflitos inconscientes. Estes provocam a diminuição da flexibilidade egóica, por meio de formação reativa, ou seja, ao invés do desejo ser reprimido, ocorre uma reação de oposição a ele (Telles, 1999).

***Cad. de Pesq. Interdisc. em Psicologia: Fund. teóricos, históricos e epistemológicos do pensamento psicológico. Registro, vol. 2, p. 72-87, ag. 2018.***

---

Telles (1999) retoma a organização estabelecida por Fenichel ao classificar os transtornos de personalidade em três grupos: o primeiro incluiria a frieza, a racionalização e a idealização, pois estes procedem de uma conduta patológica frente ao id; ao segundo pertencem às defesas contra culpas e o masoquismo moral, ocasionados por uma conduta patológica frente ao superego e; o terceiro inclui o ciúme e a ambivalência, conduta patológica perante objetos externos.

Chagnon (2009), ao retornar aos estudos clássicos realizados por Bergeret em 1974 e 1975, Brusset em 1999 e Bourgeois em 2004, afirma que data do final do século XIX o interesse dos médicos psiquiatras pelas formas subclínicas das psicoses, ou seja, os estados fronteiros da loucura. Interessava-se pelos pacientes que não apresentavam sintomas psicóticos manifestos, mas aos quais, ou se atribuíam uma psicose subjacente, ou para os quais esses sintomas não havia ainda aparecido.

O estado-limite ou caso-limite, tradução de TPB, era concebido como próximo da margem entre neurose e psicose. Mais tarde, esse termo passou a significar um modo de se organizar ou de se estruturar psiquicamente, intermediário, entre neurose e psicose. A partir da década de 1980 surge a definição de funcionamento-limite como universal, mas que se atualiza apenas em determinadas condições ambientais ou no contexto regressivo da terapia (Chagnon, 2009).

Segundo Hegenberg (2007), não se encontra na obra de Freud menção ao termo *borderline*, porém algo parecido com um caso-limite está presente no estudo do “O Homem dos Lobos”. Há, contudo, na teoria freudiana, a base para a compreensão futura do TPB ao mencionar a importância do entorno familiar, do apoio e da relação anaclítica, entre outras.

Em Psicanálise, as características do TPB são: (1) angústia de separação: a pessoa com TPB se angustia devido à perda do objeto, por estabelecer uma relação de apoio com o outro, angustiando-se quando este não está presente no momento em que necessita; (2) dilema com a identidade: existe a dificuldade da pessoa com o TPB constituir sua subjetividade, já que não experimentou o *holding* adequado para a sua constituição, devido a isso, não ocorreu uma experiência satisfatória com o ambiente, conseqüentemente não desenvolveu a capacidade de estar só, necessitando da

subjetividade do outro; (3) clivagem: em uma visão winnicottiana, é a divisão entre bom e mau, pois a pessoa com TPB não desenvolveu a capacidade de amar e odiar o mesmo objeto, para ele, ou o objeto é bom, ou é mau, sem poder integrar os dois em um só; (4) questão do narcisismo: a pessoa com o TPB apresenta dificuldade de perceber as necessidades do outro, visualiza apenas suas próprias necessidades; (5) agressividade: presente em pacientes com o TPB, ela é fruto de explosões em situações que poderiam ser contornáveis, mas que para eles acaba sendo inevitável, além disso, é comum que eles se arrependam após o episódio agressivo; (6) impulsividade: está relacionada à agressividade e aos comportamentos explosivos que as pessoas com o TPB apresentam comumente, ela pode levá-los a comer e beber compulsivamente, a dirigir perigosamente, a usar substâncias ilícitas e ao exagero sexual, isso ocorre devido à ligação da impulsividade à desesperança, colocando-os em situações de risco e; (7) suicídio: uma predisposição das pessoas com o TPB devido à impulsividade somada aos episódios depressivos (Hegenberg, 2007).

Para se realizar o tratamento em Psicanálise a questão diagnóstica é pensada desde seu início e acaba ocorrendo ao longo da análise. A escuta do sujeito é privilegiada, assim como sua subjetividade em relação à do analista (Lowenkron, 1999). O paciente com TPB estabelece forte relação com este que funciona como objeto-subjetivo para ele, constituindo o paciente enquanto sujeito. Quando há o afastamento do analista, o paciente pode se sentir inexistente, por esta razão, é importante que o profissional saiba realizar o acolhimento e o manejo da situação, para que não ocorra a diminuição da confiança na relação analítica (Hegenberg, 2007). Porém, aos poucos e, a partir da construção da subjetividade do paciente, a presença constante do analista precisa diminuir, pois caso contrário, será sempre indispensável à presença de um outro significativo na vida dessas pessoas.

### **O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) na abordagem Cognitivo-Comportamental**

Os transtornos de personalidade passaram a receber maior atenção pelas psicoterapias Cognitivo-Comportamentais ao final da década de 1980 e início da década

de 1990, através dos trabalhos de Aaron Beck e Arthur Freeman em 1990 e 1993, respectivamente. No enfoque cognitivista o conceito de personalidade readquire a força antes perdida pelo enfoque behaviorista (Wainer, Pergher e Piccoloto, 2003).

Segundo Beck, Freeman e Davis (2005), para os teóricos da Teoria Cognitiva é mais produtivo identificar e modificar problemas centrais ao tratar transtornos da personalidade. Os sentimentos e as condutas disfuncionais são decorrentes da função de alguns esquemas, que produzem julgamentos tendenciosos e uma tendência de cometer erros cognitivos em certas situações.

Pereira (2004) considera que as crenças e os demais componentes da organização cognitiva influenciam a forma que os indivíduos apreendem os dados de si mesmos, dos outros e do ambiente e, na presença de um transtorno, esses dados tornam-se distorcidos, o que resulta em disfunções marcantes no relacionamento consigo, com os planos futuros e com o ambiente. Segundo a autora, as crenças disfuncionais se estruturam a partir de situações traumáticas externas somadas à hipersensibilidade do indivíduo. Este, para proteger-se da ativação dessas crenças disfuncionais, busca estratégias específicas compensatórias rígidas, porém pobres e inflexíveis.

Beck et al. (2005), retomando trabalhos de Stern, afirma que o diagnóstico de *borderline* passou a ser usado na década de 1930 para caracterizar pacientes com problemas que pareciam se situar entre a neurose e a psicose. Beck recorreu aos teóricos das relações objetais para abordar o TPB, pois estes refinaram o uso do termo e introduziram *borderline* como uma organização da personalidade relacionada à fixação hipotetizada na fase infantil do desenvolvimento de separação-indivuação. Uma organização *borderline* é descrita como personalidade imatura, caracterizada por difusão de identidade e uso de defesas primitivas como cisão e identificação projetiva, mas por uma testagem da realidade bastante intacta (Kernberg, 1996).

De acordo com Turner (1998), as características essenciais do TPB referem-se às disfunções cognitivas, emocionais e comportamentais. Na área cognitiva, existe instabilidade severa da autoimagem, déficit na capacidade de autocontrole e ausência de habilidade para sustentar uma perspectiva sólida sobre as pessoas importantes. O terreno afetivo é caracterizado por instabilidade, ocorrendo com frequência mudanças no

humor, envolvendo depressão, ansiedade, irritabilidade, ataques de raiva e impulsividade. Por sua vez, as manifestações comportamentais nocivas envolvem atitudes suicidas frequentes, comportamento automutilador e abuso de drogas ou explosões agressivas. Os pacientes com TPB, sob estresse, podem descompensar e experimentar episódios dissociativos ou psicóticos de curta duração, necessitando hospitalização.

Em relação ao tratamento, Conte e Brandão (2001) acreditam que o paciente com TPB é tratado como uma pessoa que não utiliza a psicoterapia de forma proveitosa, desistindo rapidamente do tratamento. São também conhecidos por ambivalentes, ou seja, possuem sentimentos e ações contraditórias entre si, ou que se modificam instantaneamente. Há dificuldade para se tomar decisões, podem realizar tentativas de suicídio em razão do sofrimento inexplicável e, constantemente, apresentam crises de identidade. Contudo, no diagnóstico comportamental o que mais interessa é a função de tais comportamentos na vida da pessoa com TPB. É imprescindível que se identifiquem quais as variáveis foram responsáveis pela aquisição e quais mantêm os comportamentos.

Na relação terapêutica emergem, também, a instabilidade de humor e de objetivos e, o terapeuta, deve identificar esta instabilidade e aceitá-la. É preciso mostrar ao paciente suas contradições, mostrando entendimento pela ambivalência de sentimentos que ele experiencia. O paciente testa os limites do terapeuta ao contatá-lo através de telefonemas pedindo para alterar horários. É necessário que se dê atenção ao paciente, mas não desrespeitando os limites. Há fortes emoções que surgem no terapeuta provocadas por estes pacientes, que devem ser avaliadas e, podem se transformar em instrumento terapêutico (Ventura, 2001).

Este artigo tem como objetivo comparar os relatos de médicos psiquiatras e de profissionais psicólogos (formação em Psicanálise e abordagem Cognitivo-Comportamental), analisando-se possíveis semelhanças e diferenças no tratamento do TPB, a partir das perspectivas teórico-práticas por eles seguidas.

## **Método**

Este artigo é fruto de uma monografia de conclusão de curso de Psicologia defendida pelos dois primeiros autores sob orientação da terceira autora. Foram convidados para participar da pesquisa seis profissionais da área da saúde: dois médicos psiquiatras (Psq 01 e Psq 02); duas psicólogas com formação em Psicanálise (Psc 01 e Psc 02) e; duas psicólogas que possuem especialização na abordagem Cognitivo-Comportamental (CgCp 01 e CgCp 02) que se enquadravam nos seguintes critérios estabelecidos: ter acima de cinco anos de experiência profissional e ter atendido pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com cada profissional, previamente agendadas, com cerca de uma hora de duração cada. Os locais para a realização destas foram escolhidos pelos participantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente utilizando-se, para a análise de dados, a metodologia qualitativa.

Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, a autorização de participação e utilização dos dados para a pesquisa foram confirmadas a partir da assinatura dos termos de consentimento. Foram garantidos, durante todo o momento, o sigilo e o anonimato dos participantes envolvidos.

## **Resultados**

Serão apresentadas a seguir as semelhanças e as diferenças no tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) a partir da linha teórico-prática seguida por cada profissional. Estes compartilharam diversas experiências clínicas que enriqueceram suas falas, portanto optou-se manter, em alguns momentos, o modo como cada entrevistado relatou sua experiência, permitindo maior compreensão do TPB em sua prática profissional.

A Psq 01 afirmou que a medicação faz diferença para o paciente com TPB, embora não exista um remédio específico para transtornos de personalidade. Segundo ela, os pacientes com TPB, por terem características impulsivas e por haver momentos onde possam psicotizar, faz-se uso de antipsicótico em dose baixa, para controlar

eventuais surtos e as alucinações que podem ter. A profissional também indica estabilizadores de humor, que a princípio são utilizados em quadros afetivos bipolares, mas que ajudam na instabilidade e impulsividade do *borderline* e, em quadros onde o paciente fica demasiadamente deprimido, utiliza-se antidepressivos. Em sua prática os medicamentos não são usados simultaneamente o tempo todo, já em pacientes com quadro muito grave, às vezes, é preciso fazer uso de combinações medicamentosas, porém, no seu ponto de vista, a Psiquiatria, atualmente, está mais adaptada a usar o menor número possível de drogas e na menor dosagem. Normalmente a psiquiatra começa receitando uma dose pequena de determinada droga, observa como o paciente reage e, se há resultado positivo, investe na medicação, caso contrário, tenta outra classe de medicamento. Segundo a profissional, a medicação ajuda, porém não consegue vislumbrar um paciente com TPB melhorar sem um tratamento psicoterápico adequado. Em sua opinião, a família também necessita ter suporte e esclarecimento, sejam eles feitos pelo psiquiatra ou por outro profissional. O paciente, segundo ela, precisa estar em terapia independente da linha teórica, sendo que o mais importante é que ele consiga ter uma relação boa com o terapeuta para que possa se desenvolver com a terapia, aprender a ter tolerância, a controlar a impulsividade, tolerar melhor as situações, principalmente a frustração e, aprender a se relacionar com as pessoas. Para essa profissional é interessante que o mesmo profissional não faça os tratamentos terapêutico e medicamentoso, já que lidam com pacientes complexos e difíceis. Seria aconselhável, segundo ela, haver dois profissionais.

O Psq 02 afirmou que o tratamento em sua área é mais focal, apesar de não haver um remédio “anti-*borderline*”, e que essa patologia não se assemelha à depressão, em que se utiliza um antidepressivo ou como a psicose em que se utiliza antipsicóticos. No caso do *borderline*, para o psiquiatra, são tratados os sintomas: “Se é um paciente muito impulsivo, e isso o está atrapalhando, usa-se medicações para isso, que é de um modo geral um antipsicótico em dose baixa. Se o que interfere é o componente afetivo, se é um paciente que oscila muito com muitos episódios de raiva, irritabilidade, busca-se dar um antidepressivo ou estabilizador de humor” (Psq 02).

Segundo o profissional, como a sintomatologia desses pacientes costuma ser muito ampla, acabam sendo usadas praticamente todas as classes de medicamentos disponíveis na Psiquiatria. A Psc 01 afirmou que para iniciar o tratamento de pacientes com TPB não existe uma preocupação prévia em se fazer o diagnóstico, uma vez que ambos vão sendo realizados ao longo das sessões, servindo o diagnóstico para direcionar o tratamento. A profissional se referiu que são pacientes difíceis de compreender, porque despertam contratransferencialmente, sentimentos intensos no analista. O tratamento é feito utilizando-se a técnica da associação livre para escutar e interpretar o que está se passando com o paciente. Por este apresentar dissociações, a analista acompanha o movimento psíquico do paciente, porém com certo grau de distanciamento para não sofrer influências destas. A profissional tenta transmitir, durante os atendimentos, um modo de relação com os objetos diferente do apresentado pelo paciente, permitindo que este estabeleça novas relações fora do setting terapêutico.

A Psc 02 também relatou trabalhar a partir da escuta do paciente. Afirmou ter experiências clínicas com pacientes que fazem ou não tratamento medicamentoso simultaneamente ao psicanalítico, sendo este realizado no mínimo duas vezes por semana. Ressaltou a utilização dos manuais de critérios diagnósticos, em contextos institucionais, para a realização do diagnóstico e como norteadores para o tratamento. Já no contexto clínico, não faz esse uso, assim como a Psc 01 diagnóstico e tratamento vão acontecendo ao longo do tempo de atendimento. Afirmou que é importante mostrar, lentamente ao paciente, as contradições que este apresenta para que não surjam sentimentos muito intensos, o que prejudicaria a transferência em que se dá o tratamento.

A CgCp 01 afirmou que por ser um transtorno crônico não existe cura, mas um controle. Em sua opinião, com a ajuda medicamentosa é possível que o paciente trabalhe algumas questões em terapia. Algumas pesquisas hoje, segundo ela, mostram a eficácia do tratamento conjunto auxiliando na modificação cognitiva. Porém reafirma que mesmo tendo essa modificação, a medicação é usada cronicamente. Segundo a entrevistada um transtorno de personalidade é como “um pano que se esgarça, você pode conseguir costurá-lo novamente, mas onde esgarçou ele não volta mais”. Para ela,

no tratamento, a psicoterapia ajudará em termos de pensamento e comportamento, até para que o paciente possa perceber quando o medicamento não está tendo o efeito esperado no sentido bioquímico. A psicóloga acrescentou, ainda, que alguns medicamentos por serem usados cronicamente, podem aumentar o grau de toxicidade no paciente, por isso a importância da psicoterapia, auxiliando o paciente no sentido de se conhecer, para perceber quando algumas situações precisam ser reajustadas. Sendo assim, a psicoterapia acaba sendo crônica também embora, às vezes, exista pacientes que conseguem um nível de reestruturação em que a frequência do atendimento diminui. Porém, segundo ela, é sempre importante que o contato com o terapeuta se mantenha, seja mensal, trimestral, ou anualmente. Mas é algo que, para a profissional, dependerá da condição do paciente e do grau do seu transtorno, já que este pode ser leve, moderado ou severo. A profissional afirmou que um paciente *borderline* com transtorno moderado tem uma condição melhor de conduzir a vida, com uma “dependência psicoterápica menor”. Em contrapartida, um paciente mais grave tem a necessidade de uma frequência maior na psicoterapia, concluiu a psicóloga.

Em sua área de atuação, a CgCp 02 tenta conduzir o paciente para a realidade, mostrando evidências desta através da técnica de questionamentos socráticos: “Será que todo mundo te odeia?”, “Será que todo mundo te persegue?” e, oferecendo apoio, ouvindo e acalmando o paciente atendido. Uma paciente atendida pela entrevistada apresentava muitos pensamentos que podem ser caracterizados como absurdos e fora da realidade, então a profissional mostrava outras possibilidades de pensamento para ela. A entrevistada utilizava reforçamento para comportamentos adequados, quando percebia melhora ou piora, além da demonstração de afeto. A CgCp 02 disse ser muito intenso, para ela, atender uma pessoa com *borderline*. Relatou que no caso atendido por ela foi interessante observar, ao final do processo, que o vínculo, em sua opinião, é “muito estranho” com paciente com TPB, uma vez que essa paciente não faltava, não deixava de cumprimentar a terapeuta: “Parecia uma coisa bem forte comigo. Mas acabou a terapia, acabou. Ela nem me olhava mais. Ela fingia que não via. Acabou, é página virada. É muito estranha a frieza que vem depois”.

## **Discussão**

O presente artigo buscou comparar os relatos de médicos psiquiatras e de profissionais psicólogos com formação em Psicanálise e na abordagem Cognitivo-Comportamental e, que possuem experiência no atendimento de pacientes com tal transtorno, analisando-se possíveis semelhanças e diferenças no tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) a partir das perspectivas teórico-práticas por eles seguidas.

Pode-se observar a partir dos resultados da pesquisa que cada profissional entrevistado trouxe sua forma de conduzir o tratamento de pacientes com TPB, dependendo da perspectiva teórico-prática adotada, porém de maneira geral, todos os profissionais relataram a importância do uso da medicação atrelado ao tratamento psicoterápico, conforme havia sido afirmado por Kaplan e colaboradores (2007), os quais apresentam dois tipos de tratamento, a farmacoterapia e a psicoterapia, com ênfase na Psicanálise e na Cognitivo-Comportamental. A família também necessita de apoio e esclarecimento, acrescentou uma das entrevistadas e, é importante que o mesmo profissional não realize terapia e medicação, pois os pacientes com TPB são muito complexos. Segundo o que havia sido citado por Ventura (2001), há fortes emoções que se originam no terapeuta provocadas por esses pacientes, que precisam ser avaliadas e podem se transformar em instrumento terapêutico. Foi citado também por um dos psiquiatras o fato de não haver um remédio especificamente “*anti-borderline*” e, que no tratamento de um paciente com TPB são tratados os sintomas.

Em contrapartida, uma das psicólogas com formação em Psicanálise disse que o tratamento ocorre a partir da compreensão do paciente de acordo com o que este relata e das transferências e contratransferências que acontecem ao longo do atendimento. Outra informação relevante trazida por uma das psicólogas Cognitivo-Comportamental sobre o tratamento foi a de que pelo fato de o TPB ser um transtorno crônico, não existe cura, mas sim um controle. Outra forma de conduzir o tratamento utilizada por outra psicóloga Cognitivo-Comportamental é a de tentar conduzir o paciente para a realidade, além de utilizar questionamento socrático e reforçamento para comportamentos adequados. Para Conte e Brandão (2001) o terapeuta deve reforçar as respostas sensatas

e válidas, e demonstrar ao paciente que está interessado no que ele narra. Desta forma, tendo em vista o que foi discutido anteriormente, observa-se que o tratamento de um paciente com TPB não apresenta uma melhora impressionante, sendo um tratamento longo e difícil, e os profissionais devem dar um suporte ao paciente de que ele não está sozinho e que é possível conseguir uma adequação para a vida.

### **Considerações finais**

Este trabalho foi dedicado à compreensão do tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) sob três perspectivas teórico-práticas relacionando semelhanças e diferenças entre estas. Através dele foi possível caracterizar o TPB por meio de breve revisão da literatura e sob a perspectiva de médicos psiquiatras e de profissionais psicólogos com formação em Psicanálise e abordagem Cognitivo-Comportamental, com experiência com pacientes com TPB, destacando-se como o transtorno é compreendido em cada uma dessas perspectivas e como é realizado o tratamento, observando as semelhanças e diferenças nos relatos destes profissionais e de suas perspectivas teórico-práticas.

Uma limitação para a realização desse estudo foi a quantidade estabelecida de participantes. Novas propostas poderiam envolver: uma abrangência da amostra, ou seja, o aumento do número de profissionais participantes da pesquisa que poderia trazer mais informações e enriquecer ainda mais o tema pesquisado; ampliar o estudo para outras áreas não mencionadas neste, sobre outras perspectivas psicológicas, como por exemplo, fenomenológica, humanista, entre outras; investigar como é a formação dos profissionais tanto médicos quanto psicólogos para tratar do TPB; investigar que locais têm funcionado de modo interdisciplinar para atender a pacientes com esse transtorno; entre outras.

Outro ponto que pode ser mencionado é o fato de não se ter entrevistado pacientes com TPB, por fugir ao escopo desse trabalho. Apesar de não ter realizado tais entrevistas, foi possível obter informações sobre pacientes com esse transtorno por meio dos casos clínicos trazidos pelos profissionais que participaram do estudo, o que contemplou o trabalho de modo peculiar e ilustrativo.

A relevância deste estudo se dá para que os profissionais, tanto da área da saúde quanto das demais áreas, assim como qualquer pessoa, possam compreender os pacientes com TPB, já que conforme visto, o impacto que o este causa na vida do paciente é grande, dificultando a compreensão de quem ele é, causando disfunções principalmente em atividades diárias e relacionamentos interpessoais.

As relações estabelecidas entre as áreas envolvidas neste estudo sobre o TPB são, sem dúvida, uma forma enriquecedora de se olhar para a pessoa com o TPB, destacando-se sempre a singularidade de cada sujeito, sem generalizá-lo, tampouco reduzi-lo à sua patologia. Se há algo que pode ser dito quanto a principal semelhança entre as áreas abordadas e os seis profissionais que as representaram, é que todos eles

buscam auxiliar pessoas, com ou sem TPB, a terem uma melhor qualidade de vida, maior noção sobre si mesmo, suas capacidades e, quem sabe, estabelecer alguns limites.

### **Referências**

- APA. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- BECK, A. T., FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. (2005). *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- CHAGNON, J. Y. “Os Estados-limite nos Trabalhos Psicanalíticos Franceses”. *Psicologia USP*, 02 ( 20, 2009).
- CONTE, F. C. S.; BRANDÃO, M. Z. S. (2001) “Psicoterapia Funcional-Analítica: o potencial de análise da relação terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e personalidade”. In: RAMGÉ, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- DALGALARRONDO P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- DEL PORTO, J. A (1996). “Transtornos da Personalidade”. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. (1996) *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- HEGENBERG, M. (2007). *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GERBB, J. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KERNBERG, O. F. (1996). "A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders". In: CLARKIN, J. F.; LENZEWEGER, M. F. (1996) *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- LOWENKRON, T. S. "Considerações sobre o Diagnóstico em Psicanálise". *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.*, 04 ( 02, 1999).
- OMS. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PEREIRA, M. (2004). "Transtornos da Personalidade". In: KNAPP, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- TELLES, J. S. S. "Psicanálise em Debate: transtornos de personalidade". *Psiquiatry on-line*, 11 (04, 1999).
- TURNER, R. (1998). M. "Distúrbio da Personalidade Limítrofe". In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. (1998). *Compreendendo a Terapia Cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.
- VENTURA, P. R. (2001). "Transtorno de Personalidade Limítrofe (Borderline)". In: RANGÉ, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- WAINER, R.; PERGHER, G. K.; & PICCOLOTO, N. M. (2003). "Personalidade e Transtornos de Personalidade". In: CAMINHA, R. M.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. M. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Artigo recebido: 19/06/2018

Artigo aprovado em: 25/07/2018

Número de ISBN

978-85-66848-18-2