

## CAPÍTULO 9

### UMA ANÁLISE TEÓRICA DAS PRODUÇÕES SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NAS PRODUÇÕES DE 2008-2017: DESAFIOS PARA O PSICÓLOGO DA PSICOLOGIA: PROCESSOS DE SEXUALIDADE E OPRESSÃO

**Juliana Cristina Viecheneski**

Mestre em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná  
Docente na Faculdade Sant'Ana (IESSA) – Ponta Grossa – Paraná – Brasil –  
Bacharel em Direito e Licenciando em Artes Visuais  
Email: jviecheneski@gmail.com

---

#### RESUMO

O transtorno de personalidade *borderline* é um problema que afeta muitas pessoas na atualidade. Apesar disso, há significativa dificuldade em diagnosticar e tratar sujeitos com esta desordem psicológica por diferentes motivos, seja de desistência no tratamento ou mesmo de desconhecimento da condição. A partir disso, o artigo que aqui se desenvolveu teve por objetivo analisar alguns discursos e possibilidades teóricas de tratamento para pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline*. O trabalho foi feito por intermédio de pesquisa sistemática da produção bibliográfica sobre o tema, num recorte temporal dos anos de 2008 até 2017. Com abordagem explicativa e qualitativa, foi possível perceber que as definições e discursos dos autores assemelham-se significativamente, mas os tratamentos evidenciados por eles são diferentes. Enquanto alguns trabalhos priorizam técnicas manuais de análise, como o desenho-História, por exemplo, outros buscam terapias breves ou dialéticas. Em todos os casos, foram mostrados resultados positivos em sujeitos que não abandonaram o tratamento. Assim, foi possível concluir que o transtorno de personalidade *borderline* é um assunto que precisa ser ampliado, tanto enquanto conhecimento teórico quanto prático.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtorno de Personalidade *Borderline*. Psicologia. Tratamento. Abandono.

#### INTRODUÇÃO

O trabalho do psicólogo é cada vez mais amplo e dinâmico. Nos dias atuais, há um número significativo de tratamentos e recursos que podem

ser empregados para as mais diversas situações. Entretanto, os novos olhares ainda se chocam com tratamentos antigos, de modo que vale discutir sua validade nos dias atuais. Além disso, há um elevado número de publicações em múltiplas áreas da psicologia e torna-se fundamental averiguar se essas pesquisas trabalham com argumentos unânimes ou se há variação em suas abordagens. O tema escolhido para identificar essa relação é o transtorno de *borderline*.

No início do século XX, alguns trabalhos começam a evidenciar pacientes com “esquizofrenia latente”, de modo que tal conceito serviria apenas para sujeitos que apresentassem alguns sintomas dessa condição. Nesses casos, utiliza-se também o termo “heboidofrenia”, cujo significado remete a pessoas com dificuldade de estabelecer uma interação social.

Dalgalarrondo (1999) ainda considera que a evolução do diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* está diretamente vinculada às pesquisas sobre personalidade social. Nesses estudos, começa-se a classificar e categorizar segmentos diferenciados de psicose, angústia, ansiedade e depressão. No final da década de 1940, a maior ou menor latência desses sintomas acabava por estabelecer uma nova nomenclatura: a esquizofrenia pseudoneurótica.

É nos anos 1950 que o transtorno de personalidade *borderline* começa a ganhar espaço em clínicas psiquiátricas e terapêuticas. O autor salienta que a própria OMS, no ano de 1976, estabeleceu proximidade significativa entre *borderline* e esquizofrenia, colocando ambas dentro da mesma categorização. Essa definição prevalece até a promulgação de novos documentos, como o ICD-10 (Índice de Classificação de Desordens), cuja definição já estava especificada dentro do comportamento que se conhece na atualidade.

Por fim, Dalgalarrondo (1999) identifica que os países mais pobres possuem mais dificuldade em tratar transtorno de personalidade *borderline*, dadas as condições financeiras precárias. Além disso, nesses locais o diagnóstico é dificultado pela falta de procura dos pacientes ou mesmo a desistência de tratamentos. Assim, a predominância de transtorno de personalidade *borderline* encontra-se no Terceiro Mundo, ainda que não haja exclusividade desse contexto. Além disso, “As taxas são mais altas nos estratos mais pobres da população e em comunidades marginalizadas, onde predomina a violência e a desagregação familiar” (DALGALORRONGO, 1999, p.62).

Outra forma de identificação conceitual vem do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) escrito em 2002. Neste, consta o seguinte conceito:

O DSM-IV-TR caracteriza o transtorno de personalidade *borderline* como um padrão global de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, dos afetos e da autoimagem, que se inicia na idade adulta e incide em uma variedade de contextos. A noção de *borderline* faz parte do vocabulário norte-americano e anglo-saxão e acabou se integrando à

terminologia psicanalítica francesa, com o nome de *états-limites* (estados-limite). (ROSA & SANTOS, 2011, p.270).

Para Rosa e Santos (2011), o transtorno de personalidade *borderline* é comumente associado a outras condições específicas, como a bulimia, por exemplo. Para eles, o transtorno de personalidade *borderline* está associado a problemas familiares, socioculturais, intrapsíquicos e emocionais, tanto nas causas quanto consequências. Porém, os transtornos alimentares são vistos como potencializadores da condição de transtorno de personalidade *borderline*.

Os autores ainda argumentam que a psicoterapia isolada não é eficiente no tratamento destes pacientes, mas deve-se estabelecer um processo conjunto que beneficie o indivíduo com essa condição. Na prática da pesquisa, os autores analisaram um público com faixa etária de 18 anos, dentro de um Hospital Público do Rio de Janeiro. Inicialmente, os pesquisadores buscaram por pacientes que se encontravam bulímicos, de modo que a seleção da proximidade entre ambos foi diagnosticada após cessão gratuita.

A instabilidade característica do transtorno de personalidade *borderline* apareceu em todos os casos analisados, o que comprova a predominância do transtorno de personalidade *borderline* em pacientes com transtornos alimentares. Em primeiro lugar, os pacientes sentem-se acima do peso e utilizam-se de métodos não-convencionais para emagrecer. Em um dos casos estudados pelos pesquisadores, relata-se que uma paciente havia aplicado soda cáustica na própria região estomacal para tentar emagrecer.

Além disso, a paciente fazia jejum constante, utilizava-se de chás variados, vomitava frequentemente e utilizava-se recorrentemente de laxantes. Por meio de uma avaliação diagnóstica, o transtorno de personalidade *borderline* foi confirmado. Com sessões realizadas semanalmente, a paciente demonstrou gradativa melhora no grau de ansiedade, principalmente após a aproximação entre os psicólogos e ela.

Nessas sessões, exaltava sua redução de peso, mas afirmava ainda se sentir obesa. A instabilidade do transtorno de personalidade *borderline* aparecia não só nos movimentos constantes do corpo (que foram diminuindo com as sessões), mas também pelas abruptas expressões de ira (que também se reduziram).

Nessa experiência, Rosa e Santos (2011) destacam que a relação da paciente com o pai era conturbada, pois o mesmo havia abandonado a família quando ela era adolescente. A perda do contato com o patriarca da família fez com que a depressão se acirrasse. Assim como é característico em pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, o luto pela perda é dificultado pela agressividade aguçada na ansiedade. A partir dos relatos de caso estabelecidos por estes autores, torna-se possível perceber que transtornos de personalidade *borderline* podem ocorrer em contextos familiares desestruturados, com constante abandono e

incremento da raiva e da ansiedade.

Os autores concluem o pensamento evidenciando que o contato constante do psicólogo com o paciente, o estudo investigativo das questões familiares e a busca pela motivação do paciente em melhorar são condições essenciais para aprimorar os processos e dar maior conforto e solução para o problema. "O psicoterapeuta buscou construir um campo de confiança no setting terapêutico, valorizando a aliança terapêutica com a paciente, ao mesmo tempo em que buscava clarificar as ambivalências vivenciadas nas relações interpessoais." (ROSA & SANTOS, 2011, p.273).

Mas, e no início do século XXI? As conclusões sobre o transtorno de personalidade *borderline* eram as mesmas? Para Cunha e Azevedo (2001), a psicoterapia analítica era uma das melhores opções para se trabalhar com pessoas que possuem transtorno de transtorno de personalidade *borderline*. Para que o tratamento funcione, é fundamental que o paciente tenha força interior e inteligência acima da média.

Desse modo, os autores selecionam posturas ideais para se desenvolver a melhoria, não vislumbrando casos que excedem essa lógica. Além disso, afirmam que cada caso clínico deve ser visto individualmente, de modo que a habilidade do psicoterapeuta é tão importante quanto a gravidade do caso em questão.

Uma técnica bastante utilizada no início do século, pelos autores, é a Psicoterapia Dinâmica Breve. A partir dela, estabelece-se objetivos e temporalidades limitadas, planejamento de ação e abordagem flexível. Em cada sessão, o psicólogo estipula uma meta e suas estratégias canalizam para a realização ou não dessa meta.

O caso analisado pelos autores é de um homem, que possuía terceiro grau completo, católico, mulato. Inicialmente, a condição do paciente é de alguém que não respeita horários e espera ordens pré-determinadas para ações básicas. O paciente ainda indagou sobre a estagiária que o havia atendido antes, o que demonstra que pessoas com transtorno de personalidade *borderline* podem confiar em sujeitos com quem tiveram um primeiro contato. Ele ainda revelou não estar à vontade no local, pois achava que não necessitava de terapia.

O paciente revelou aos autores Cunha e Azevedo (2001) que se sentia vazio, se automutilava, mudava de humor repentinamente, era indeciso e não sabia lidar com perdas. Este menciona, na pesquisa, que gostaria que sua cabeça fosse aberta para resolver o que havia errado. Assim como no caso descrito anteriormente, o paciente possuía problemas familiares, urinou nas calças até idade adolescente e tinha costume de brincar com insetos mortos. É interessante notar que a estratégia dos autores utilizada nesse caso se volta para a Psicoterapia breve.

Nos resultados, Cunha e Azevedo (2001) destacam que o paciente foi modificando-se após proximidade e a Psicoterapia breve, que afirmam consistir em técnicas de auto reconhecimento dos erros e reparação gradual de aspectos emocionais internos e externos. Os autores interpretaram, por

exemplo, que o ato de o paciente enterrar insetos era uma forma de vivenciar o luto.

A partir das respostas, houve maior interesse do paciente pelas sessões, de modo que sua melhora foi considerada significativa no contexto da pesquisa. Por fim, os autores concluem que pacientes com transtorno de personalidade *borderline* possuem déficits de aprendizagem, alterações genéticas e problemas neuropsicológicos, além de fatores ambientais serem agravadores desse transtorno. Para eles,

O atendimento ao paciente *borderline* é desafiante. Coloca em xeque a capacidade técnica, teórica e de tolerância do terapeuta, bem como o próprio sistema de atendimento em saúde mental. O paciente *borderline* tem algo a ensinar, colocando uma lente de aumento nos problemas humanos e sabendo como ninguém o que é o intangível e assustador "nada" (ídem). Não raramente, o *borderline* induz o profissional ao enfrentamento de suas próprias situações-limite, em que os seus sentimentos vêm à tona de um modo muito intenso e particular, proporcionando-lhe uma experiência clínica e de crescimento pessoal incomparável. (CUNHA & AZEVEDO, 2001, p.12).

Entretanto, os mesmos autores citados no trecho consideram que a psicanálise ainda é vista como áreaviável para compreender e aprimorar as técnicas relacionadas ao transtorno. Portanto, ainda que a temporalidade dos dois trabalhos tenha sido significativamente alta, com diferença de dez anos, é importante reconhecer que o papel do psicólogo ainda é fundamental para se identificar o problema, trabalhar em sua gradual recuperação e estabelecer resultados que norteiem outros casos em diversas realidades dicotômicas.

Além disso, os autores corroboram para uma definição do transtorno de personalidade *borderline* na qual ressaltam comportamentos temporários e que podem ser modificados via terapia breve. Além disso, afirmam que pacientes com transtorno de personalidade *borderline* são desafiadores para o psicólogo, pois muitos utilizam-se de argumentos racionais para defender seu comportamento, o que faz com que as desistências sejam significativas. É válido mencionar que as desistências também aparecem no trabalho de Rosa e Santos (2011), o que destaca que tal fato não se modificou nos dez anos de pesquisa.

Mas, e se os estudos forem ainda mais recentes? Flinker et. al. (2017) analisa os estudos brasileiros sobre o tema e as considerações que tais documentos trouxeram para o campo de pesquisa da temática. Na ótica dos autores, o transtorno de personalidade *borderline* "é um quadro de acentuada instabilidade no campo afetivo, comportamental, na autoimagem e nos relacionamentos" (FLINKER et. al., 2017, p.275).

Essa definição conceitual encontra-se de acordo com os outros autores anteriormente mencionados. O transtorno de personalidade *borderline* continua sendo visto, portanto, a partir de sua instabilidade afetiva, preocupação excessiva com a própria imagem, desvio da prática

comportamental regular e dificuldade de relacionamento entre pares ou em regime hierárquico.

Entretanto, os autores escolheram outra forma de tratamento para a análise de caso escolhida: a Terapia Comportamental Dialética. Esse tipo de terapia possui base desde a década de 1980 e possui vantagem de ser equilibrada e propícia para a mudança. A ideia inicial provém de um raciocínio hegeliano, no qual se constitui uma base dialética baseada em opiniões antagônicas.

Em outras palavras, a tese se apresenta como raciocínio inicial, mas é confrontada com uma antítese, para que se gere uma síntese. Assim como a Psicoterapia Breve, a Terapia comportamental dialética possui temporalidade limitada, sendo imediatista em seus objetivos. No que diz respeito ao transtorno de personalidade *borderline*, os autores arguem que a Terapia Dialética ainda é pouco estudada no Brasil, sendo grande parte dos trabalhos voltados para análises individuais de caso.

Com os resultados, demonstram que há carência de informações úteis ao psicólogo e apontam a necessidade de haver maior número de publicações para atender aos requisitos teóricos e práticos e corroborar para este importante campo do saber. Dessa maneira, os dias atuais ainda necessitam de aprimoramento do campo, pois a quantidade de pesquisas não significa necessariamente qualidade do saber.

Técnicas inexploradas podem ser utilizadas, além de desenvolver os mesmos conhecimentos em realidades dicotômicas. Em ambos os casos, a contribuição para o campo pode ser importante, dadas as condições atuais. Para Tanesi (2007), outro problema se apresenta de forma comum para o tratamento de transtorno de personalidade *borderline*: o não comparecimento dos pacientes.

Além disso, muitos recusam-se a fazer exames laboratoriais, interrompem o tratamento antes de começar a resultar sucesso, não possuem suporte familiar e social para continuarem as sessões, ou mesmo não conseguem obter percentual financeiro para concluir o processo. A autora ainda argumenta que cada tipologia de tratamento do transtorno de personalidade *borderline* possui forma diferenciada de atuação do psicólogo. Tal dado sequer aparece em outras pesquisas, mas é de fundamental conhecimento. Essas tipologias são: "psicodinâmica, cognitivo-comportamental e suportiva" (TANESI, 2007, p.72).

No tratamento psicodinâmico, o psicólogo deve promover atividades diferenciadas, de modo a dinamizar suas abordagens para obter melhor resultado. No caso da tipologia cognitivo-comportamental, busca-se compreender o comportamento desempenhado, de maneira a reforçar estímulos positivos e evitar os negativos. Por fim, a suportiva coloca o psicólogo como um suporte para o paciente, de forma a mostrar uma postura mais assistencialista e afetiva.

A autora ainda evidencia que seis problemas são expressamente comuns no começo do tratamento do transtorno de personalidade

*borderline*: o pensamento suicida, ameaça de interrupção, depressão, abuso de álcool, tabaco, ou drogas, ansiedade/pânico e dissociação. É fundamental que o psicólogo conheça a real probabilidade dessas reações acontecerem e trabalhar para que ainda assim o tratamento prossiga.

No estudo de caso, a autora selecionou onze pacientes de uma instituição ligada à universidade. Destes, três apresentavam também retardo mental e comportamento antissocial, de modo que sua seleção foi retirada. Cada paciente foi submetido a uma entrevista livre, cujo requisito era falar brevemente sobre a própria trajetória de vida e de família.

Após análise do material, as seleções permitiram um atendimento mais individualizado. Aliás, a autora argumenta que tal atendimento é fundamental para pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, já que atividades em grupo podem agravar ainda mais o quadro clínico. Todos os selecionados apresentavam transtornos depressivos, sendo psicóticos ou não.

Também se verifica, em todos os casos, que as pacientes femininas tinham bulimia e/ou anorexia nervosa. Fazendo um paralelo com as pesquisas de Rosa e Santos (2011), verifica-se que a lógica se repete e o transtorno de personalidade *borderline* aparece, novamente, atrelado a distúrbios alimentares.

Outro ponto de interessante ênfase na pesquisa da autora é que as selecionadas possuíam características próximas e afastadas. Enquanto todas elas eram impulsivas, algumas revelavam-se com intenções manipulativas, enquanto outras não aparentavam tal condição. Além disso, os atendimentos revelaram que as entrevistadas possuíam fala empobrecida e com constante perda de fio condutor.

Ademais, davam ênfase para aspectos traumáticos de sua trajetória, o que é outra característica de quem possui transtorno de personalidade *borderline*. Outro fator observável é que todas faltaram as sessões e nenhuma concluiu o atendimento com êxito. Tal dado demonstra que a pesquisa das autoras e o foco exclusivo no atendimento individualizado pode ter sofrido pela precariedade de planejamento, ou atendeu um grupo que não estava interessado no atendimento.

Mesmo com as interrupções, as autoras enfatizam que o atendimento individual em ambiente hospitalar é uma forma de vivenciar o problema do transtorno de personalidade *borderline* na prática. A aplicação de um ou outro tipo de tratamento podem ser conferidos em suas expressões mais positivas ou negativas, de modo que fica fácil para o psicólogo saber se o acompanhamento está sendo feito, que resultados ele possui, dentre outras questões.

Além disso, Tanesi (2007) enfatiza que o tratamento é abandonado pelos pacientes por diversos motivos, que não incluem somente questões de ordem mental, mas também econômica. Nesse sentido, caberia ao Estado o papel de prover atendimento para estes pacientes, auxiliando-os a prosseguir em sua trajetória de forma saudável.

Há outro fator ainda importante de ser relacionados nas pesquisas levantadas: os pacientes com transtorno de personalidade *borderline* em idade infantil ou na adolescência. O período de vida que refere à adolescência é permeado por alterações hormonais que aguçam ou reprimem determinados comportamentos.

Para Jordão e Ramires (2010), é essencial compreender tais alterações e suas implicações nos laços de afetividade com o adulto. Isso porque, normalmente, o questionamento ao adulto já é característico da adolescência, assim como os conflitos internos, indecisões, dentre outras particularidades. Assim, o transtorno de personalidade *borderline* pode aparecer tanto em relação aos pais quanto aos responsáveis, no caso de sujeitos sem participação ativa dos progenitores.

Os autores ainda vinculam o transtorno de personalidade *borderline* ao contexto de crise identitária geral que permeia grande parte da sociedade. Quando o eixo familiar é criticado, questionado ou desafiado, os adolescentes tendem a manter um comportamento agressivo que mantenha tal padrão. Se a relação entre pais e filhos é saudável, tal enlace tende a proteger os relacionamentos e fortalecer os enlaces frente a novas circunstâncias.

Se os conflitos são mais frequentes e há atenuantes, tais como traumas pessoais, a relação tende a ser mais agressiva e a possibilidade de ação do transtorno de personalidade *borderline* torna-se mais visível. Condições que deixam os adolescentes vulneráveis podem ser fundantes para que o transtorno de personalidade *borderline* se inicie. Assim, desilusões amorosas comuns, confronto ideológico com os pais ou qualquer outra situação de embate pode gerar uma ação inesperada, que vai desde a angústia até a ameaça de suicídio.

Além disso, esses sujeitos possuem maiores dificuldades de aceitação de si, do próprio corpo e da aprovação de outrem. Quando esse sentimento não vem, a frustração pode gerar o transtorno de personalidade *borderline*. Portanto, a definição estabelecida pelos autores possui conotação causal, ou seja, é formulada a partir das possibilidades de um adolescente ter ou não comportamentos que possam ser identificados como transtorno de personalidade *borderline*.

Nesses sujeitos, também deve-se mencionar o medo da solidão e do abandono afetivo, pois muitos sentem-se rejeitados, excluídos do sentimento afetivo social e com medo de perder o que possuem. Rosa e Santos (2011) já mencionaram o sentimento de perda e a ideia de luto, mas cabe ressaltar que a faixa etária correspondente da adolescência evidencia tal sentimentalismo, de modo que esse público se constitui em desafio para o psicólogo, cujo papel é identificar se o comportamento do adolescente é transtorno de personalidade *borderline*, ou se as angústias são decorrentes de fatores hormonais temporários.

Jordão e Ramires (2010) ainda identificam que o transtorno de personalidade *borderline* pode estar presente na família do adolescente, o

que a torna incapacitada para ajudá-lo a modificar sua trajetória. Dessa maneira, o adolescente deve ter acompanhamento psicológico e sua família deve acompanhá-lo nas sessões. Quanto a aspectos discursivos, os pesquisadores destacam que pacientes adolescentes com transtorno de personalidade *borderline* tendem a tratar seus pais como descuidados e controladores.

O abuso de álcool também pode ser um sintoma de transtorno de personalidade *borderline*, tanto no adolescente quanto na família, constituindo a ele um trauma. Para resolver esse impasse, é essencial que o psicólogo trabalhe em situação de confrontação entre gerações, visando dar maior compreensão aos pais e autoestima para os filhos. Em seu estudo, os autores contaram com três adolescentes com idade entre 16 e 17anos, de ambos os sexos.

Em suas palavras,

Os resultados obtidos na análise dos estudos de caso vêm ao encontro do que a literatura tem apontado: a presença de figuras parentais desorganizadas, a frequência elevada de violência familiar e alcoolismo, o contexto familiar negligente e de maus tratos, o temor à solidão, as atuações e angústias depressivas, como fatores nucleares na organização *borderline* na adolescência. Além disso, relações objetais permeadas por conflitos e ambivalências, denotando, por um lado, uma necessidade intensa de aproximação com os outros (a fim de regular e modular seus afetos e seus medos) e, por outro, sentimentos de raiva, ódio, decorrentes de sensações de rejeição, desvalorização, incompreensão e/ou vitimização por parte destes adolescentes. (JORDÃO & RAMIRES, 2010, p.58).

Assim como em casos descritos por outros autores, como Tanesi (2007) e Cunha & Azevedo (2001), foram utilizadas entrevistas para selecionar cada adolescente. Em seguida, realizou-se um inventário de vínculo parental, de modo a avaliar a ação dos pais na visão dos sujeitos participantes. Por fim, foi feito o teste de desenho da família e o teste projetivo Rorschach.

No primeiro, objetivava-se pedir para que o adolescente desenhasse sua família a partir da escala de vínculo. O segundo busca estabelecer a relação dos adolescentes com objetos do cotidiano. A partir das sessões individuais e das atividades realizadas, foi possível perceber que todos possuem relatos problemáticos com os pais, no qual notificam abandono, indiferença e agressividade.

Para os autores, a fragilidade identitária aliada a conflitos hormonais e uma trajetória de vida diferenciada faz com que a proximidade com o transtorno de personalidade *borderline* se estabeleça de forma intensa. A psicopatologia parental é evidente em todos os casos, de maneira que os

sujeitos de pesquisa dos autores demonstram intenção agressiva e fragilidade de vínculo parental. Portanto, é preciso verificar que o transtorno de personalidade *borderline* não possui uma faixa etária, mas condições hormonais etárias podem ocasionar comportamentos do transtorno. Aliás, até mesmo crianças podem apresentar características.

Na Tabela a seguir, confere-se algumas diferenças e semelhanças entre autores especializados, a partir do nome do autor, citação utilizada e reflexão efetuada em obra:

Tabela 1: Borderline

<b>Autor</b>	<b>Citação</b>	<b>Reflexão</b>
Borges (2008)	A partir dos estudos revisados, pode-se observar uma base teórica consistente sobre a interação dos prejuízos neurobiológicos e neuropsicológicos associados ao abuso sexual infantil e ao TEPT. Ressalta-se, no entanto, a necessidade de novas pesquisas, a fim de apontar as implicações entre os sistemas neurais de resposta ao estresse na infância e os fatores neurodesenvolvimentais envolvidos neste processo. (p.376)	O Borderline pode estar também associado a abuso sexual infantil, dentre outras causalidades. Assim, necessariamente levem ao transtorno de personalidade <i>borderline</i> , mas também a outros transtornos.
Finkler et al (2017)	As psicoterapias precisam ser melhor investigadas. Convém que se realizem ensaios clínicos brasileiros sobre as abordagens mais promissoras para o tratamento do TPB, sobretudo a DBT, por já acumular mais evidência de eficácia para esse quadro. Além disso, são necessários estudos para esclarecer as peculiaridades relevantes para a realidade brasileira, seja no que concerne aos resultados desse tratamento junto aos pacientes, seja quanto à incorporação dessa complexa	O Borderline ainda necessita de melhores investigações, tanto no aspecto teórico quanto prático. A contribuição desse trabalho envolve o fato de que o transtorno precisa ser mais pesquisado e as soluções levantadas têm de receber incentivo para que haja progresso no tratamento. Também é fundamental compreender as peculiaridades do transtorno <i>borderline</i> no Brasil e o que difere dos outros países. Um sistema de parcerias também é fundamental para que os esforços sejam maiores e o auxílio para o

	<p>abordagem pelos terapeutas. É importante que as universidades, em parceria com o poder público, ampliem esforços para conciliar as práticas clínica e de pesquisa.</p>	<p>psicólogo seja ainda mais efetivo.</p>
Tanesi (2007)	<p>Nos casos de não abandono do tratamento, a não-adesão apareceu com ataques ao vínculo, ataques à melhora, e agressividade voltada para a equipe e para a instituição. (p.77)</p>	<p>A autora analisa uma situação-problema em que diversos pacientes são tratados, mas muitos abandonam o tratamento. Além da falta de padronização para o tratamento de transtorno borderline, a autora colabora salientando que o psicólogo deve estar preparado para desistência, processos variados de resistência e abandono da terapia.</p>
Calegaro Borsa (2011)	<p>Constata-se que são poucos os estudos que têm por objetivo avaliar os comportamentos agressivos em crianças, embora tenha havido um aumento importante no número de publicações nas duas últimas décadas. Tal aspecto também deve ser compreendido com cautela, uma vez que a publicação de artigos em bases de dados online é um fenômeno relativamente recente.</p>	<p>Assim como no caso do transtorno borderline, há poucos trabalhos que se debruçam sobre a percepção da agressividade infantil. Assim, a contribuição do autor é demonstrar que é necessário ampliar o horizonte de pesquisa sobre os transtornos da infância, inclusive o transtorno borderline.</p>
Fensterseifer	<p>A psicologia se insurge aí como uma possibilidade de atender às demandas da contemporaneidade, oferecendo um espaço para que o sujeito possa olhar para tudo isso e pensar em si, na sua dor, pautando sua existência em outros imperativos, que não os vigentes. No entanto, parece que também é marca registrada do homem pós-moderno, o aprisionamento na impossibilidade de parar para</p>	<p>Diferentemente dos trabalhos anteriores, essa pesquisa analisa os transtornos de personalidade como subprodutos da pós-modernidade, de modo que as diferenças comportamentais são formas de o homem tentar adaptar-se ao mundo, ou mesmo o não-alcance das metas sociais que ele coloca sobre si. A psicologia é uma das responsáveis por compreender as relações entre os transtornos de</p>

	<p>pensar, fazendo um movimento de voltar-se para dentro, talvez com receio de olhar para si e se assustar com o que vai encontrar.</p>	<p>personalidade e a pós-modernidade.</p>
Jordão (2010)	<p>Com efeito, os vínculos afetivos constituídos entre esses adolescentes e suas figuras parentais mostraram-se extremamente instáveis, sensíveis às quebras e rupturas. Daí decorrem as dificuldades no estabelecimento de um senso identitário integrado e, conseqüentemente, na construção e manutenção de vínculos afetivos saudáveis. A confiança básica necessária para investir em uma relação emocional parece não ter se constituído, dando espaço ao temor do abandono e a sensibilidade às frustrações</p>	<p>Nessa linha de pensamento, os conflitos existentes entre adolescentes e pais, assim como os maus-tratos sofridos, podem determinar transtornos de personalidade e, mais especificamente, o transtorno borderline. Além disso, problemas entre os próprios adolescentes, frustrações e relações destrutivas podem aumentar as possibilidades de desenvolver o transtorno borderline. Assim, o autor contribui ao enfatizar que relações saudáveis possuem maior possibilidade de evitar o transtorno borderline, tanto em aspectos horizontais quanto verticais.</p>
Comin e	<p>Apesar de não tratarem especificamente do borderline, a contribuição dos autores é ímpar ao salientar a importância da inclusão escolar para mediação e equilíbrio das relações entre corpo, mente e meio. Dessa maneira, é possível trabalhar com sujeitos e suas especificidades psicológicas, dentro de uma ótica voltada para integração e conhecimento de vida e de mundo, respeitando as diversidades.</p>	<p>É importante discutir a relação mente-corpo e esclarecer esta dicotomia existente no tratamento separado de ambos. O meio também afeta os indivíduos e suas relações e o processo educativo pode ser significativo para reduzir ou ampliar comportamentos. A inclusão escolar pode ser importante para que haja equilíbrio nas relações corpóreas.</p>
Pastore e Lisboa	<p>Vários domínios cognitivos parecem estar afetados em indivíduos que apresentam o</p>	<p>Os autores fazem um levantamento bibliográfico para compreender as relações</p>

	<p>diagnóstico de TPB, especialmente no que se refere às funções executivas, como atenção, concentração, memória de trabalho, tomada de decisões e controle dos impulsos. Em pacientes com TPB com histórico de tentativas de suicídio, os déficits nas funções executivas parecem ser ainda mais acentuados, gerando riscos elevados tanto para a consumação do suicídio quanto para o aumento do número de tentativas cujas consequências são extremamente danosas tanto para o paciente quanto para a família e a rede social da qual o paciente faz parte.</p>	<p>entre o transtorno de personalidade <i>borderline</i> e as tentativas de suicídio, chegando à conclusão que o físico e o emocional são afetados em sujeitos com essa condição. Sua contribuição auxilia na compreensão de que o psicólogo deve trabalhar de forma integral com o sujeito com TPB, não restringindo sua análise a limites emocionais.</p>
--	--	---

Fonte: a autora (2024)

Conforme percebido na análise não há unanimidade no pensamento dos autores. Para Borges (2008), o transtorno de personalidade *borderline* pode aparecer até mesmo em crianças com histórico de abuso sexual. O raciocínio desenvolvido a partir de sua revisão bibliográfica defende que crianças com *borderline* já passaram por algum episódio traumático em suas vidas, de maneira que o abuso sexual é responsável por grande parte dos casos brasileiros.

Borges (2008) ainda afirma que a ideia de trauma é concebida como um evento no qual grande carga emocional foi empregada, de modo que a memória passa a ser direcionada a superar, de forma desordenada e autodestrutiva, aquela situação. Na visão do autor, a desordem alimentar também pode ser perceptível em crianças, ainda que outros comportamentos superem esse em grau quantitativo.

A depressão, o TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), a dislexia e o comportamento delinquente são citados pela autora como sendo predominantes em crianças com transtorno de personalidade *borderline*. "Alta prevalência de ansiedade, depressão, TEPT e do transtorno de personalidade *borderline* foi encontrada em mulheres que sofreram abuso sexual na infância" (BORGES, 2008, p.49).

Para diagnosticar se o transtorno de personalidade *borderline* está associado ao abuso, diversas estratégias podem ser empregadas. Uma delas é a técnica do desenho, já mencionada anteriormente. Mesmo assim,

a autora aponta que a dimensão lúdica do desenho pode fazer com que a criança sinta mais vontade de relatar o ocorrido.

Em muitos casos, a empatia pode não gerar resultado, visto que a confiabilidade abalada dessas crianças pode gerar afastamento do psicólogo. A escola pode ser o local mais propício para o diagnóstico, pois é o ambiente onde os sintomas podem ser mais aflorados, dadas as atmosferas variadas que envolvem situações de grupo ou individuais, de cooperação ou competição.

Assim, é essencial que o psicólogo converse com os professores, proponha a eles perguntas sobre o comportamento da criança, dialogue com psicopedagogos e busque maiores informações sobre o paciente. O desenho-história é outra versão que pode ser utilizada para diagnosticar o transtorno de personalidade *borderline* nestes estudantes. Apesar de a técnica ser simples e rudimentar, pode ser utilizada em casos onde a comunicação e confiabilidade encontra-se profundamente abalada.

Além disso, o desenho-História é uma técnica de diagnóstico rápido, caso surta resultado. É interessante que o psicólogo peça ao paciente que explique o desenho, pois essa pode ser uma outra forma de compreender quais indagações e incertezas pairam sobre sua mente. O tratamento necessita de apoio constante da família, ainda que esta também tenha transtorno de personalidade *borderline* ou outros problemas psicológicos.

Nesse caso, é fundamental que haja acompanhamento psicológico para todos, assim como consciência de que o tratamento necessita ser iniciado e concluído. Borges (2008) ainda aborda que há significativa dificuldade em efetuar um diagnóstico consistente de transtorno de personalidade *borderline* em crianças, pois é possível que um sintoma de transtorno de personalidade *borderline* possa ser outra desordem, ou mesmo resultado de outro processo traumático.

Em casos indiretos, pais com transtorno de personalidade *borderline* podem afirmar que seus filhos recém-nascidos choram mais ou possuem mais cólicas que outras crianças. Entretanto, tais sintomas não podem indicar transtorno de personalidade *borderline* e os estudos sobre tal transtorno em um público tão jovem ainda são escassos. Portanto, é necessário fazer acompanhamento até a adolescência e observar se o comportamento impulsivo, o isolamento, a dificuldade de relacionamento, e os outros sintomas aparecem em cada caso.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O transtorno de personalidade *borderline* deve ser tratado com seriedade, tanto no que diz respeito ao discurso quanto ao tratamento. No que se refere às pesquisas, é visto que o número de estudos ainda não incorpora a quantidade de pacientes que sofrem com a condição. Uma psicologia eficaz deve compreender não somente o tratamento do paciente, mas também de sua família. Isso porque em grande parte dos casos a

situação de desestruturação familiar é significativa e a resistência para cumprir o tratamento também é evidente.

Além disso, é fundamental que haja campanhas para conscientização de que o transtorno de personalidade *borderline* é um transtorno que necessita ser tratado. Campanhas em ambiente escolar, conversa com pais de adolescentes, acompanhamento social e apoio financeiro para pessoas e famílias é essencial para que haja maior suporte de tratamento.

Aliás, abordando sobre o tratamento, percebe-se que as definições e discursos dos autores assemelham-se significativamente, mas os tratamentos evidenciados por eles são diferentes. Enquanto alguns trabalhos priorizam técnicas manuais de análise, como o desenho-História, por exemplo, outros buscam terapias breves ou dialéticas. Em todos os casos, foram mostrados resultados positivos em sujeitos que não abandonaram o tratamento.

Portanto, os objetivos da pesquisa foram alcançados, na medida em que foi possível perceber o discurso de alguns teóricos sobre o transtorno de personalidade *borderline*, na temporalidade de produção de cada trabalho. É evidente que nem todos os teóricos foram cobertos por esta pesquisa, o que abre campo para que a análise seja ampliada, a fim de auxiliar o psicólogo e fornecer material teórico para seu exercício prático.

## REFERÊNCIAS

BORGES, Jeane Lessinger. Relações entre abuso sexual na infância, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e prejuízos cognitivos. **Psicologia em estudo**. Maringá. Vol. 13, n. 2 (abr./jun. 2008), p. 371-379., 2008.

CALLEGARO BORSA, Juliane; RUSCHEL BANDEIRA, Denise. Uso de instrumentos psicológicos de avaliação do comportamento agressivo infantil: Análise da produção científica brasileira. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 2, 2011.

COMIN, Fabio Scorsolini; DE SOUZA AMORIM, Katia. Corporeidade: uma revisão crítica da literatura científica/Embodiment: a critical review of the scientific literature/Corporeidad: una revisión crítica de la literatura científica. **Psicologia em Revista**, v. 14, n. 1, p. 189-214, 2008.

CUNHA, Paulo Jannuzzi; AZEVEDO, Maria Alice Salvador Busato de. Um caso de transtorno de personalidade *borderline* atendido em psicoterapia dinâmica breve. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, p. 5-11, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo and VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol.** [online]. 1999, vol.2, n.2, pp.52-71.

FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade?. **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 47, p. 35-44, 2017.

FINKLER, Débora Cassiane; SCHÄFER, Julia Luiza; WESNER, Ana Cristina. Transtorno de personalidadeborderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 3, 2017.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JORDÃO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhne. Vínculos afetivos de adolescentes borderline e seus pais. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 89-98, 2010.

PASTORE, Edilson; DE MACEDO LISBOA, Carolina Saraiva. Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. **Psicologia Argumento**, v. 32, 2017.

ROSA, Bruno de Paula; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 2, 2011.

TANESI, Patrícia Helena Vaz. Estudo da adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidadeborderline. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2007, 109 p. Dissertação de Mestrado.

VERGARA, Sylvia Constant. **Tipos de pesquisa em administração**. 1990.