

Psicoterapia para pacientes borderline, engajamento e prognóstico: a perspectiva de psiquiatras e psicólogos

Psychotherapy for borderline patients, engagement and prognosis: the perspective of psychiatrists and psychologists

Alessandro Adami

Psicólogo formado na Universidade de Passo Fundo (UPF). Especialista em Psicologista Clínica pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: adamipsico@gmail.com

Marilene Rodrigues Portella

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo (1986), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: portella@upf.br

Luis Francisco Fianco Dias

Filósofo formado na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Mestre em Filosofia pela Universidade do Rio dos Sinos (UNISINOS). Doutor em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Filosofia da Universidade de Passo Fundo. E-mail: fcofianco@upf.br

Resumo: O Transtorno da personalidade *borderline*, devido a suas condições psíquicas, causa dificuldades em estabelecer relações, vínculos interpessoais e organizar a própria vida. Pacientes com este transtorno possuem sintomas diversos, humor instável, impulsividade, e outros sintomas. Objetivou-se conhecer o processo terapêutico utilizado em pacientes com transtorno da personalidade *borderline* na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, realizado na cidade de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, com três Psiquiatras e quatro Psicólogos em exercício de atividades profissionais. Para coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas de duração variável com roteiro norteador, tendo como ponto chave o entendimento do entrevistado sobre evolução terapêutica do *borderline* e a repercussão na vida dos pacientes. Os dados foram analisados seguindo a técnica de análise temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O resultado indica a utilização da psicanálise e psicologia cognitivo-comportamental. Aponta um olhar diferenciado aos pacientes, com foco nas necessidades, no ambiente e na confiança. Conclui que não há uma forma única de psicoterapia que seja efetiva para eles, mas sim uma combinação de técnicas.

Palavras chave: Psicoterapia. Vínculo. Psicanálise. Terapia cognitivo-comportamental. Transtorno da Personalidade Borderline.

Abstract: The borderline personality disorder due to its psychic conditions causes difficulties in establishing relationships, interpersonal bonds and organizing one's own life. These patients have diverse symptoms, unstable mood, impulsiveness, among others. The objective was to know the therapeutic process used in patients with borderline personality disorder, from the perspective of health professionals. It is an exploratory descriptive study of qualitative approach performed in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul with three psychiatrists and four psychologists in exercise of their professional activities. For data collection, semi-structured interviews of variable duration with a guiding script were used, having as key point, the understanding of the interviewee about the therapeutic evolution of the borderline, the

repercussion in the patients' lives. The data were analyzed following the thematic analysis technique. The project was approved by the Ethics and Research Committee of the University of Passo Fundo, each participant signed the Free and Informed Consent Term. The result indicates the use of psychoanalysis and cognitive-behavioral psychology, points out a differentiated view to these patients, focusing on needs, environment and confidence. It concludes that there is not a single form of psychotherapy that is effective for borderline patients, but a combination of techniques.

Keywords: Psychotherapy. Bond. Psicoanálisis. Terapia Cognitiva-Conductual. Borderline personality disorder.

1 Introdução

O Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB), devido suas condições estruturais e imaturidade, é considerado grave, crônico e de difícil tratamento. Aqueles que possuem esse transtorno têm suas vidas atravessadas por sintomas que dificultam o livre curso do desenvolvimento psíquico, afetivo e social (Sadock, Sadock, Ruiz, & Schestatsky, 2017). Diante desta problemática, é preciso abordar uma forma de cuidado que possa ser benéfica dentro do trabalho psicoterapêutico, tanto para profissionais da área da saúde que trabalhem com TPB, quanto para os pacientes.

A psicoterapia, ao longo de seu desenvolvimento, trouxe diferentes abordagens dentro de sua prática influenciada pela psicanálise, e posteriormente pela psicoterapia cognitivo-comportamental. Ambas desenvolveram um método próprio para tratamento de determinados enfermos. Com o passar do tempo foram criadas novas abordagens apoiadas na psicanálise e na psicoterapia cognitivo-comportamental, como psicoterapia de orientação analítica, psicoterapia psicodinâmica, terapia interpessoal, terapia comportamental dialética, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia expressiva (Kernberg, 2008; Grenn, 2017; Cordioli, De Carvalho, Valdivia & Da Rocha, 2019), diante de patologias distintas que apresentavam difícil diagnóstico, prognóstico e engajamento terapêutico, como o transtorno da personalidade *borderline* ou pacientes limites.

Analisando o estudo de Nunes, De Rezende, Silva e Alves (2015), que contou com 748 participantes entre 18 e 63 anos, em uma amostra não clínica, na qual os participantes responderam um questionário para levantamento do perfil sociodemográfico e econômico e avaliação de sintomas do transtorno da personalidade *borderline*. O questionário falou sobre Traumas na Infância e Escala de Impulsividade de Barratt. Levou-se em consideração o impacto dos traumas infantis de abuso sexual físico ou emocional como preditores do TPB. Foi evidenciada a manifestação dos traços de impulsividade e abuso emocional na infância como influenciadores nos sintomas da patologia na idade adulta.

Estudos de Reis, Reisdorfer e Gherardi-Donato (2013) constataram que durante o ciclo vital muitos pacientes não procuram atendimento em fases iniciais do transtorno. Neste sentido, Mazer, Macedo e Juruena (2017) consideram as condições genéticas e ambientais para a melhora ou piora durante a vida, salientando as possibilidades de avanço quando comparado a outros transtornos da personalidade.

Os sintomas começam a surgir no final da infância e adolescência, mais propriamente no começo da vida adulta, podendo durar e permanecer ao longo da vida, sendo relativamente constante durante o ciclo vital com atenuação, sobretudo, da impulsividade e instabilidade afetiva de alguns traços na idade adulta madura e na velhice (Dalgalarrodo, 2019).

Devido ao quadro múltiplo de sintomas, há dificuldade na nomeação de uma forma de sofrimento (Kernberg, 2008). Frente a isto, tanto a psicanálise, dentro de sua dinâmica, como a psicoterapia cognitivo-comportamental, com foco no comportamento e regulação emocional, desenvolveram uma prática diferente, não estando mais arraigadas só no próprio método, mas introduzindo um afrouxamento ou amplitude da técnica (Kernberg, 1995, 2008; Linehan, 2017).

Diante dos avanços na produção literária e novas modalidades de psicoterapia que surgiram, a psicanálise dedicou-se à descrição dos pacientes, assim como à definição do método para tratamento. Nas considerações de Simoni, Benetti e Bittencourt (2018), as pesquisas sobre a eficácia nos casos de transtorno da personalidade *borderline* demonstram diferentes ênfases na ação terapêutica, reconhecendo que há múltiplos métodos, distintos dos comumente usados, como o *insight* e os aspectos da interação terapêutica.

A terapia cognitivo-comportamental desenvolveu técnicas distintas dos tratamentos padrões, como a terapia dialética comportamental. Esta terapia baseia-se em princípios, e não em protocolos específicos estabelecidos. É composta pela terapia individual e grupo de treinamento de habilidades. Desde sua criação, como aponta Linehan (2017), a utilização da terapia cognitivo comportamental tem demonstrado remissão nos sintomas dos pacientes, assim como a melhora nos aspectos mais prejudicados de suas vidas. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo conhecer o processo terapêutico utilizado em paciente com TPB na perspectiva dos profissionais de saúde.

2 Método

Estudo de abordagem qualitativo exploratório e interpretativo. A pesquisa qualitativa busca a compreensão das experiências dos indivíduos, perceber suas vivências e realidades, sua perspectiva, seu significado individual e procurar entender a complexidade de cada circunstância (Minayo, 2014).

Para a seleção dos participantes, foi utilizado como critério de inclusão ser profissional da área da Psiquiatria e ou da Psicologia, e que na sua prática profissional tenham atendido pacientes com transtorno da personalidade *borderline* durante as diferentes fases da vida. O critério para exclusão foi suspender ou adiar o agendamento da entrevista por três vezes consecutivas. Para recrutamento, divulgou-se a pesquisa no círculo de convivência do pesquisador e optou-se pela técnica da bola de neve, amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência, também nominada técnica metodológica *snowball*. Conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve”. Trata-se de uma técnica utilizada por pesquisadores na abordagem qualitativa quando se deseja estudar questões de âmbito privado, na qual um informante indica outro (Penrod, Preston, Cain & Starks 2003). Considerou-se uma técnica adequada, pois possibilitou a interpretação profícua sobre questões referentes ao atendimento e tratamento do paciente com TPB.

Participaram deste estudo sete profissionais, ambos atuando na cidade de Passo Fundo, em clínica particular ou pública. Entre os entrevistados, quatro são psicólogas, todas do sexo feminino, e três psiquiatras, sendo apenas um do sexo masculino. Para efeito de registro nas emissões verbais, os entrevistados receberam o código pX (p=participante; X=número correspondente a ordem da entrevista).

Na caracterização dos participantes, registramos que os quatro psicólogos estavam na faixa etária dos 30 aos 59 anos, com experiência clínica de 3 a 35 anos no consultório, sendo que duas com experiência no ensino superior. Quanto ao método terapêutico, duas são psicanalistas e duas psicólogas apresentaram metodologia clínica diferente: uma utiliza como método a psicodinâmica psicanalítica e outra a psicologia cognitivo-comportamental com prática clínica. Entre os três psiquiatras, a idade variou entre 41 e 58 anos, ambos adotando o método psicanalítico e ou cognitivo comportamental,

apresentando variação de 10 a 30 anos na prática clínica, todos com experiência na docência do ensino superior.

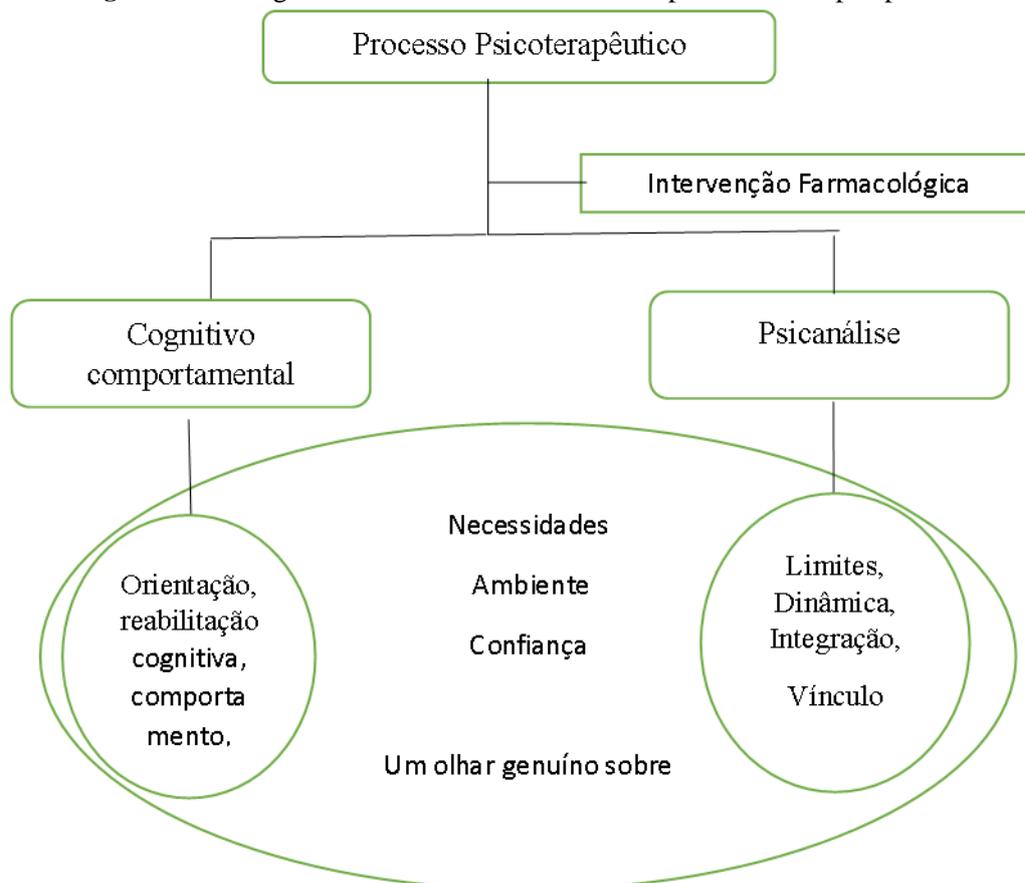
Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no consultório dos entrevistados com um roteiro norteador, o qual incluía como postos-chave o entendimento do entrevistado da evolução terapêutica do *borderline* e a repercussão na vida dos pacientes do transtorno. O material das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo (Bardin, 2016), mais especificamente, à técnica da análise temática. Para tanto, constituiu-se um painel de dois avaliadores. Dentre eles, um participou da coleta de dados, e outro era experiente nessa forma de tratamento dos dados, com destaque para as habilidades de categorizar, cotejar e buscar acordos até atingir concordância plena sobre as categorias estabelecidas.

As questões éticas desta pesquisa seguiram a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UPF sob parecer número 3.598.609 em 25/09/2019.

3 Resultados e discussão

O processo terapêutico dentro do quadro *borderline* implica um diferente tipo de enquadre/*setting*. Varia dentro de seu método distintas ordens de intervenção e orientação por parte do psicoterapeuta. As principais questões que entram em foco são: de ordem relacional, ambiente, vínculo e confiança. Nelas, as necessidades do paciente devem ser a prioridade, para que o profissional possa construir sua técnica e sua orientação, e com isso o paciente possa suportar esta relação. Os resultados deste estudo indicam que no processo psicoterapêutico do *borderline* os participantes utilizam a psicoterapia cognitivo comportamental e a psicanálise, considerando também a intervenção farmacológica (figura 1) como psicoterapias de maior efetividade na condução do tratamento. Ambas partilham uma multiplicidade de condições, mas suas orientações para intervenção diferem.

Figura 1: Diagrama do Processo Psicoterapêutico na perspectiva dos entrevistados



Fonte: elaborado pelo autor

Ao se conjecturar o que há de comum entre a psicanálise e a psicologia cognitivo-comportamental, considera-se o objeto da teoria. A psicanálise, como aponta Roudinesco (2010), concentra-se no inconsciente, buscando ligar o paciente com seu passado, resolvendo questões de seu destino trágico. Compreende a etiologia do *borderline* como proveniente de um ambiente caótico, no qual o sujeito não pode lograr integração satisfatória de si e do aparelho psíquico, deixando em aberto os limites entre certo e errado, devido a forte influência traumática proveniente do ambiente (Bollas, 2015; Green, 2017; Winnicott, 2016). Suas interpretações e intervenções ocorrem a partir do modelo do enquadre analítico, adaptando a técnica ao paciente. Diferentemente da neurose na qual se evidencia a ligação com o passado através da transferência, nos casos de pacientes *borderline* a intervenção se dirige para a aliança terapêutica, um ambiente de confiança junto com o paciente para, a partir de suas falas e o movimento transferencial, poder intervir junto a sua dinâmica inconsciente, criando representações positivas do ambiente, de si mesmo e dos outros (Kernberg, 2008; Winnicott, 2016; Green, 2017).

A psicologia cognitivo-comportamental, por sua vez, de acordo com Cordioli et al. (2019) e Linehan (2017) se concentra em resolver os problemas do paciente de acordo com o momento presente, caracterizando seu método com o foco no aqui e agora. A teoria dialética comportamental, corrente da psicologia comportamental criada com base no tratamento para pacientes com Transtorno da personalidade *Borderline*, tem apontado que a etiologia do transtorno está relacionada a disfunção do sistema de regulação emocional, proveniente de irregularidades biológicas e de um ambiente invalidante na infância, caracterizado por desconsiderar e rejeitar as respostas emocionais do indivíduo (Cavalheiro & Melo, 2016). Sua estratégia mais abrangente é a ênfase na dialética em cada fase do tratamento, focada na solução de problemas e validação. Seu objetivo é que o paciente possa aprender formas novas e hábeis de responder aos problemas da vida (Lineham, 2017).

É importante considerar, junto ao tratamento nestas duas formas de psicoterapia, os fatores do paciente e o modelo psicoterapêutico. Nesta perspectiva, Isolan, De Souza e Cordioli (2019) destacam três categorias semelhantes a estas modalidades de psicoterapia e outras, como apoio, aprendizagem e ação, sendo que ambas ponderam ambiente, *insight*, aconselhamento, enfrentamento e outros.

A patologia *borderline* implica um diferente tipo de escuta, pois como salientado pelos entrevistados, o paciente pode receber qualquer observação vinda do terapeuta como invasão ou ataque, por um *self* ainda não constituído. Devido à precariedade psíquica, pessoas que possuem TPB sofrem de fragilidade, e é preciso ter cuidado com a rigorosidade do método e das intervenções.

No diagrama (figura 1), observamos, conforme sinalizado pelos entrevistados, os componentes do processo psicoterápico, as modalidades de intervenção e o que se acredita ser necessário para poder ajudar: vínculo, confiança, ambiente, dinâmica, necessidades, limites, integração, orientação do comportamento e reabilitação cognitiva.

A psicanálise e o paciente *borderline*

De acordo com Winnicott (2000), entre as diferentes formas de transferências estabelecidas na clínica psicanalítica e modos de tratamento, no caso do *borderline* não há um ego suficientemente constituído e coeso, capaz de estabelecer defesas contra a angústia e assumir responsabilidade. Baseando-se nos pressupostos metapsicológicos de estrutura psíquica com ausência de limites, não integração e ego frágil, a psicanálise baseia seus objetivos com estes

pacientes em criar um espaço psíquico ausente, e integrar a personalidade (Green, 2017; Winnicott, 2000, 2007).

Para McWilliams (2014), a primeira tarefa do terapeuta é acalmar as tempestades afetivas em curso, com comportamento que demonstre estar distante das influências ambientais que o constituíram. Pelo fato de que em sua história subjetiva não apresentam outro tipo de caráter que os possibilitasse diferente organização da personalidade, contam com fraca base emocional e defesas primitivas. Apresentam, também, necessidade de integração para chegar ao conhecimento de como seria ter uma identidade integrada e defesas maduras (McWilliams, 2014).

Para que seja possível esta adequação, é preciso que o tratamento seja flexível e minimize os efeitos devastadores do modo de organização subjetiva presente no paciente portador do TPB. Deve-se ter em mente, como aponta Kernberg (1995), que o sujeito está lutando contra um passado terrível, e que é incapaz de projetar qualquer concepção de uma vida melhor. Neste sentido, o

[...] tratamento pode minimizar bastante os efeitos. Se o tratamento for flexível, com uma técnica mais flexível, uma escuta mais sensível. Não dá para impor muitas coisas ao 'border', ele tem que confiar no ambiente. Tem que trabalhar meio como um cuidador materno para ele poder resgatar laços [...]. E trabalhar e resgatarem coisas, recuperarem coisas (p1).

A manifestação de p1 traz a necessidade de escuta compreensiva, que se mostre adaptável de acordo com aquilo que o paciente apresentar. Neste sentido, a fala de p1 se expressa de acordo com a literatura e pesquisas realizadas em pacientes com TPB. O método deve ser ajustável às próprias necessidades do paciente, as quais deverão ser trabalhadas, estabelecendo um ambiente confiável no qual o ele possa se sentir seguro e ter convicção no profissional. Entretanto, autores salientam que não se trata de um aspecto simples, pois a multiplicidade de sintomas e a fragilidade egoica solicita escuta e intervenção diferenciada (Winnicott, 2007; McWilliams, 2014), que se traduz nas palavras de p1 “*um cuidador materno para ele resgatar laços*”.

Os estudos encaminhados por Kernberg (1995, 2008) explorando a eficácia terapêutica da psicanálise e a psicoterapia psicanalítica para doentes com grave difusão da personalidade e fragilidade significativa do Eu, como em casos de transtorno da personalidade

borderline (estados-limite), salientam a melhoria dos sintomas em longo prazo obtidas pela psicanálise, como se confere na fala que segue:

Às vezes a pessoa está no máximo, num surto numa crise muito grande que a cognitivo comportamental pode ajudar naquele momento dar uma organizada. Mas assim, a longo prazo, eu acho a psicanálise bem legal assim (p6).

A fala de p6 aponta que esses pacientes podem encontrar-se organizados psiquicamente e estar apenas passando por uma crise. Condição esta, de acordo com Fonagy (2005), que caracteriza a diferenciação do que apresenta o paciente e qual a melhor modalidade a ser adaptada para o atendimento. Em longo prazo a psicanálise se mostra como sendo a melhor indicação para o transtorno.

Para Kernberg (2008), os pacientes que apresentam ego muito frágil são descritos como doentes com graves perturbações da personalidade ou com organização estados-limite da personalidade. A psicoterapia psicanalítica, de acordo com entrevistados, assim como pela literatura, surge como o tratamento que lhes permite a melhoria mais eficaz. Segundo salienta p5, a psicoterapia psicanalítica lhes serve “*justamente por tomar contato com questões de muita fragilidade*”.

Em decorrência da fragilidade dos possuidores de TPB, o trabalho com eles, como descrito pela literatura e pelos entrevistados, tem seus moldes necessários. Consoante salienta o entrevistado (p4) em referência a uma palestra de Kernberg,

[...]tratar o paciente borderline era como você, amarra uma bola de mármore e solta ela, pendurada, e tenta fazer um entalhe com uma talhadeira, porque onde tu bate ele escapa. Essa foi uma metáfora que ele usou, que eles fogem... (p4)

Tal atitude caracteriza o cuidado necessário com eles, pois se a interpretação soar como algo ameaçador, pode resultar que ele escape, ou seja, que abandone o tratamento.

Às vezes a gente fica no nosso trabalho um pouco frustrado, porque são pacientes de difícil adesão ao tratamento. Essa é uma outra característica, quando eles não têm a sua necessidade digamos satisfeita, eles acabam abandonando, eles vão pra outra, eles trocam a terapia, trocam o referencial, mas eu acredito que eles tenham um bom potencial pra mudança, pra melhora. É difícil, mas é possível. Depende o quanto a gente gostaria que eles mudassem, ou eles mesmos. (p4)

O terapeuta deve mostrar-se como figura de proteção e cuidado diante de suas oscilações afetivas, ser versátil perante sua rigidez cognitiva, dificuldades de resolução de problemas e de relacionamento. Precisa buscar um consenso com o paciente, acordar com os objetivos do tratamento e as atividades propostas, atentando-se às dificuldades que possivelmente serão encontradas.

No processo psicoterapêutico, muitas vezes a sensação do terapeuta é de que está “pisando em ovos,” como afirma Cavalheiro e Melo (2016), em função da vulnerabilidade do paciente *borderline*. É como se o menor movimento pudesse resultar em uma dor emocional que o levaria à perda do controle afetivo, cognitivo e comportamental.

Então todo o trabalho é se centrar em constituir um ambiente de confiança onde ele é visto, onde ele é reconhecido, de resgate do reconhecimento dele por ele mesmo, de contato com ele mesmo (p1).

Entre os entrevistados, por sua vez, não há uma forma única de psicoterapia indicada. A forma de abordagem se adapta ao quadro do paciente, utilizando-se tanto da psicoterapia cognitiva como da psicanálise psicodinâmica.

*[...]muitas vezes num *borderline* grave tu vai usar mais atitudes ou técnicas de apoio... [...], não é simplesmente a pessoa receber o outro e dizer tudo bem. Outras, tu podes ser um pouquinho mais dinâmico. E outras tu tens que ser extremamente comportamental (p4).*

Um dos aspectos extensamente investigados na literatura psicanalítica e na cognitivo comportamental refere-se ao estudo dos mecanismos de ação terapêutica diante dos quadros *borderline*, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação aos diversos aspectos que afetam o processo psicoterápico. O mesmo ponto é salientado pelos entrevistados quando se referem à importância da dinâmica e regulação emocional do paciente, as quais se detêm como forma de desenvolver o planejamento e a manutenção do processo psicoterápico, assim como da ação terapêutica.

Como destaca um dos entrevistados, ao considerar o atendimento do *borderline*, a psicoterapia indicada, a dinâmica do paciente, sua regulação emocional e forma de funcionamento em geral, o mais importante é:

Quando se faz uma psicoterapia, embora se tenha diversas indicações, penso que o mais importante é tu conseguir se aproximar da pessoa e a pessoa de ti, em um sentido de interação, da aliança terapêutica (p4).

Neste aspecto, Simoni, Benetti e Bittencourt (2018) ressaltam a importância da modificação da ação terapêutica, da relevância dos estudos e pesquisas realizadas nesta área, da utilização de outras técnicas que não a psicanalítica no processo da psicoterapia. É preciso considerar as diferentes etapas do tratamento, nas quais salientam os limites necessários, tanto os do *setting* do terapeuta, como os que o paciente possui.

Ao tematizar a terapia com os pacientes *borderline*, em consonância com o que aponta a literatura, os entrevistados p1 e p5 trazem a questão de uma “terapia muito cuidadosa”, que “modifica o *setting*”. Ambas enfatizam a importância para atender as necessidades do paciente e daquilo que ele está precisando devido ao quadro atual.

O atendimento de tais indivíduos necessita de um enquadre, ou seja, regras fundamentais para a manutenção da psicoterapia. Dentro deste *setting* se evidenciam os limites, tanto do atendimento como do psiquismo do paciente, distinção externo/interno, diferenciação do que é seu e do que é do outro, o vínculo, a confiança, a dinâmica do seu psiquismo, seus comportamentos e, quando necessário, a orientação e a reabilitação cognitiva.

Nem todos estes critérios são característicos de ambas as propostas psicoterápicas, mas em alguns casos do transtorno se tornam necessárias. Quanto ao que tange aos limites, constantemente testam são testados, como forma de medir até onde podem ir, sentir-se confiantes, ou mesmo abusar da figura do terapeuta.

[...] é um paciente que suga a gente, que cansa a gente, que coloca às vezes a gente em situações limites. Eu me lembro uma vez de um paciente que ele chegou na sala de espera dele e tava querendo troca o horário dele direto com outro paciente que tava ali [...] ele tava por conta própria trocando os horários, sem me consulta, naquela coisa impulsiva que ele queria ser atendido antes. E isso, naquele momento eu fiquei muito irada com isso. Porque eu acho que é uma coisa que eles despertam na gente, essa coisa do limite... Vão até onde eles podem (p3).

A psicoterapia pressupõe o encontro humano, o embate com algo diferente de si (Roussillon, 2019). Trata-se de uma condição que infere a repetição com este outro, tal como traz p3 na descrição do comportamento do paciente *borderline* em uma sessão, das experiências com os diferentes outros do inconsciente do paciente, nas quais se somam o que vem de fora e o que vem de dentro, motivando os padrões relacionais, afetivos e comportamentais internalizados.

Os problemas do não estabelecimento dos limites, assinalando a necessidade de se trabalhar com ele a percepção das fronteiras se expressa no olhar clínico de p6.

[...] são pacientes que tem uma dificuldade muito grande de limites, inclusive corpóreos. Então ir trabalhando limites, se ela não passou do limite com aquela pessoa, se ela não tá passando do limite com ela mesma na vida (p6).

Dentro destes limites se situa a dinâmica psíquica do paciente e seus conflitos, ou seja, seu modo de pensamento, de ser e de existir. É uma questão de poder medir com o paciente propostas que funcionem para ele devido às condições em que ele se coloca.

Por conseguinte, faz-se necessário considerar a dinâmica psíquica, os padrões de comportamento, diante dos quais é essencial a adaptação da técnica, como se confere no relato a seguir:

[...] a gente trabalha dentro de um viés psicanalítico, eu trabalho dentro da psicologia dinâmica digamos assim, eu penso que em alguns pacientes isso pode ser muito legal. A literatura tem dito que a cognitivo comportamental talvez fosse a mais indicada, porque ela tenta dar esse suporte, mas de fato, pedagógico e que em alguns pacientes funciona. Como eu não trabalho com essa abordagem eu não sei dizer, mas também não desconheço de que talvez isso seja importante, porque mesmo a gente trabalhando de um outro jeito, às vezes a gente vê que a gente acaba desenvolvendo algumas ferramentas assim, [...], centralizadoras de defini caminhos e tal, porque, às vezes tu vê que a pessoa se coloca em muito risco. Então, às vezes acaba combinando coisas [...] que são quase coisas comportamentais. [...] E são ferramentas que a gente sabe que não é um horror a gente pode usar de uma outra linhagem, mas elas são específicas e que talvez em um tratamento cognitivo comportamental vai ser a regra e que talvez ajude (p3).

Em consonância com a fala de p3, é interessante citar o trabalho de Winnicott (2007), que propunha o método de acordo com a demanda do paciente. Se o paciente necessita de análise, se faz análise. Caso contrário, aplica-se alguma outra medida, ou seja, se flexibiliza a técnica de acordo com as exigências do paciente (Winnicott, 2007).

Com isso, Winnicott, após começar uma análise, esperava continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la, ou seja, atender as demandas/necessidades do paciente e suportar os ataques dirigidos a ele e efetivamente poder ajudá-lo dentro de seu sofrimento. Em conformidade com o que diz Winnicott (2007), como diz p1, “*Que nem Winnicott diz, é um paciente que tu tens que encontrar ele*”.

Para poder exercer tal função, conforme a demonstração da clínica e a experiência dos profissionais entrevistados, deve-se estabelecer um vínculo com o paciente, de forma que seja possível, criar uma relação diferente de suas experiências tidas até então.

Como salienta um dos entrevistados a partir de sua experiência clínica, essas pessoas em suas vidas são marcadas por uma série de rompimento de vínculos, tanto familiares como na procura de atendimentos psiquiátricos ou psicológicos.

Atendi cinco pessoas, três eram separados e dois nem conseguiram casar. Tiveram muitas mudanças de relações, ficaram um tempo com pessoas... e rompimento de vínculos que é uma coisa bem comum. Inclusive rompimento do vínculo com outros terapeutas. Começam, não se acertam e vão pra outro (p1).

Para Kernberg, Caligor e Clarkin (2008), tais pacientes, como apresentado por p1, demonstram uma experiência diferente de si e do mundo, pois sua patologia está associada à percepção fragmentada e instável no tempo e em diferentes situações. Sua vivência subjetiva dos outros tende a ser pouco diferenciada, como se fossem todos totalmente bons ou totalmente maus.

Como aponta p5, em concordância com a literatura, seu conhecimento subjetivo vem marcado por falhas nos primeiros tempos de vida:

[...] é nesses primeiros tempos de vida que houveram falhas no reconhecimento do outro. E aí, em decorrências destas falhas há um prejuízo de discernir a realidade externa e a interna (p5)

A lacuna nestes primeiros tempos, conforme aponta p5, dificulta que o sujeito tenha a percepção clara tanto do que é seu e do que é do outro, do mesmo modo do que sente em relação a si. Condição notada também por Rosenfeld (1988) ao apontar que, devido a tais falhas, sua subjetividade o prende em armadilhas, nas quais vive por meio da identificação projetiva, e tem dificuldades em diferenciar o que ele e o que os outros estão sentindo em relação a si. Tal episódio pode lhe acarretar circunstâncias confusionais, nas quais são ativados estados cindidos do *self* que o deixam vulnerável a influências e tornam o campo livre para a atuação.

Podem muito facilmente passa ao ato, passagem ao ato, a descarga, são pacientes que tem uma propensão a gritar, ser impulsivos, brigar, se meter em confusão. Eles têm risco da própria vida, onde em uma desorganização, um frenesi eles podem se machuca, machuca alguém. Eles correm risco de não serem aceitos, terem dificuldade de se inseri (p1).

Devido a tal prejuízo, como expressa p1, tendem mais a atuações, representando tanto um perigo para si como para os outros. Entretanto, p1 exemplifica

[...] uma senhora, que fazia uso de álcool, que era bem idosa até e chegou a mim pelo psiquiatra e nós começamos a entender a solidão dela e enfim remonta um pouco a história dela, e ela passou... deixou o álcool, entrou numa abstinência, fez um tempo de terapia. Ela tava rompida com os filhos e aí chamei os filhos. E também este trabalho com borderlines idosos, necessariamente vai passar pelo atendimento de família. Eles têm estremecimento de vínculos, que ficam rompidos e ficam sós e ficam mais loucos. Aí tive que chamar a família para reconduzi os vínculos, ela começou a fortalecer os vínculos com a filha que tava viajando, aí chamou a filha pra ir morar com ela em uma praia. Ela me comunicou que tava indo embora, meses depois ela me mandou uma foto da praia, que ela tava tomando um copo de água (p1).

Depois de um bom vínculo criado, é viável restabelecer ligações rompidas ou não estabelecidas, bem como trocar seus atos destrutivos por outras atividades.

Como apontado por p1, é possível ver o comprometimento das conexões de tais pacientes, pois não logram nenhum tipo de relação satisfatória com outras pessoas e acabam se colocando em situações de risco. Para Junqueira (2019), a razão desse estado subjetivo se relaciona à existência de afetos destrutivos que não encontram destino.

Esses afetos representam uma energia psíquica não ligada a nada, e se expressam por meio da atuação, na qual se lançam em um estado confusional e caótico, como explicita a vivência de p2.

Ela chegou no consultório e antes dela dizer o nome dela: prazer, sou border e fulana de tal. E esta foi uma paciente que ela se automutilava, ela tentava suicídio de duas a três vezes por mês, ela não tinha nenhum relacionamento interpessoal satisfatório a não ser com os gatos. Ela era brigada com a família toda. Ela tirava o próprio sangue pra pinta quadros que ela fazia, então tinha uns ... Ela traiu a irmã com o cunhado[...] É óbvio que ela vai carrega esses traços a vida toda, mas ela conseguiu um trabalho, ela conseguiu um companheiro, ela voltou a conversar com a mãe (p2).

Tais traços assinalados pelos entrevistados são difíceis de apagar, pois fazem parte da história dos sujeitos. No entanto, é plausível um trabalho de integração.

De acordo com a orientação de um dos entrevistados, “são pacientes não interpretáveis, porque [...] não dão conta de interpretações (p5)”. Da mesma forma, na literatura, como orientava Winnicott (2007), não é todo paciente que necessita de interpretação. Para alguns casos, como nos de transtorno da personalidade *borderline*, é necessário primeiramente o acolhimento, para que seja possível possibilitar ao paciente experiências que correspondam mais propriamente à infância, em condições de extrema dependência.

Em um primeiro momento se constrói um trabalho de cuidado, elaboração do outro, integração das próprias partes do *self* que se encontram cindidas (Winnicott, 2007). Condição a qual se propõe a psicoterapia conforme apresenta um dos entrevistados,

[...] a psicoterapia é uma psicoterapia muito cuidadosa, porque são pacientes graves, são pacientes fronteiros, graves e tem que fazer toda uma reconstituição do eu desse paciente pra que ele consiga entender o que é dele o que é do outro e isso tem que ser, com tempo, com frequência, porque é um trabalho mais difícil pra um analista, pra um psicólogo (p5).

O que pressupõe p5 é um trabalho de acolhimento, integração e, posteriormente, uma possível interpretação, como também é pressuposto na literatura dos autores que se dedicaram ao atendimento de pacientes *borderline*, como Winnicott (2007, 2016), Kernberg (1995, 2008) e Green (2017).

São pacientes mais de acolhimento, de integração e talvez em um momento de melhora algo mais da interpretação, mas mais de acolhimento (p5).

Mediante atitude não intrusiva, de empatia e acolhimento, o psicoterapeuta cria condições em que poderá suplementar a falta de cuidados das relações iniciais, cunhando com isso relação de confiança necessária para o paciente poder entrar em contato com ele mesmo (Winnicott, 2007, 2016).

O border tem uma resposta, ele tem que confia muito no terapeuta. A falha dele vem de lá, bem mais cedo. Então não conseguiu constitui um quadro neurótico, ficou lá atrás. Então todo o trabalho, é se centrar em constituir um ambiente de confiança, onde ele é visto, onde ele é reconhecido, de resgate do reconhecimento dele por ele mesmo, de contato com ele mesmo. (p1)

Ratificando as condições de interação entre paciente e psicoterapeuta, é necessário ressaltar a importância que se estabelece entre o vínculo, que implica uma questão de reconhecimento de si e dos outros. Como salientado por p1 e indicado por Zimmerman (2010), cabe ao psicoterapeuta reconhecer as eventuais falhas que o paciente traz desde sua infância, nas quais necessita sentir-se acolhido, contido, compreendido, especialmente no que diz respeito aos processos de diferenciação, separação e individuação.

Devido às próprias condições, como também traz o entrevistado p1 ao relatar o caso de um paciente em que foram trabalhadas as questões de confiança e acolhimento para que o ele pudesse construir vínculos, é possível ver “longas histórias de separação”, nas quais o paciente acabou ficando sozinho.

Na terapia ele também começou a se aproximar do filho que deu um trabalho pra ele. Ele voltou a trabalhar com o filho e logo em seguida se juntou com os outros filhos e foi morar com esse filho também. Assim, o filho conseguiu uma casa perto e ele se transformou em um outro homem, ele teve afeto, carinho da família, foi resgatado vínculos, laços (p1).

Quando quebrada a confiança estabelecida na psicoterapia, sente novamente os aspectos caóticos de sua vida psíquica, e abandona o tratamento. Antes de ser abandonado é ele quem abandona.

Uma vez quebrada a confiança, seja por ter sentido o terapeuta invasivo ou se sentir privado ou atacado em suas necessidades abandona o tratamento [...] como elas tem medo do abando, elas me abandonam antes (p6).

Em outras condições, quando se sentem suficientemente seguros diante da confiança adquirida, em consequência dos históricos interpessoais, das relações caóticas, dos sentimentos de abandono, temem passar outra vez por tudo isso. Dessa forma, se alguém abandona, são eles.

[...], eles podem abandonar por não terem se sentido suficientemente confiantes, eles podem abandonar quando estão se ligando ou que vão ficar dependentes. E sendo que, tem que recriar a dependência deles (p1).

Devido às condições ambientais vivenciadas, não constroem perspectiva de futuro. Dado esta condição trazida por eles, é necessário criar, como salienta o entrevistado p1, oportunidade de confiança e dependência, dando espaço suportivo ao paciente.

Para poder construir um espaço suportivo necessário para a dependência do paciente e um ambiente adaptativo, é preciso, como demonstrado por Kernberg (2008) e Gabbard (2016), envolver os familiares em uma intervenção no consultório ou ambiente familiar, assim como outros profissionais da saúde como auxiliares nas funções terapêuticas, desenvolvendo um tratamento multidisciplinar.

[...]. Principalmente, o acompanhamento psiquiátrico pro tratamento dos sintomas e acompanhamento da evolução do quadro e do psicólogo em função da terapia [...] de repensa estes mecanismos de defesa de se conhecer (p2).

Nesta condição é necessário trabalhar a orientação do comportamento do paciente. Como também salientou outro entrevistado, se ampliam os instrumentos da técnica do profissional para “*um suporte mais pedagógico (p3)*”, no qual a psicoterapia cognitiva comportamental demonstra ferramentas orientativas.

Psicologia Cognitivo comportamental – Orientação do comportamento

A psicologia cognitivo-comportamental desenvolve compreensão e entendimento diferente da psicanálise em teoria e tratamento clínico. Enquanto a psicanálise traz orientação voltada ao inconsciente e à estrutura psíquica do paciente, a cognitivo-comportamental aborda um entendimento voltado ao comportamento e orientação cognitiva. Sobre estes aspectos, a terapia cognitivo comportamental auxilia modificar as atitudes e compreender as emoções, assim como o funcionamento dos pensamentos que são ocasionados de forma automática de acordo com o entendimento.

[...] a terapia cognitivo comportamental ela vem com o intuito de fazer, uma melhora, induzir uma melhora de comportamento, uma mudança do comportamento [...] como ocorre o processo automático dos pensamentos, como você funciona através das emoções. [...] ela é pontual, ela te potencializa pra que tu consiga melhorar e amenizar os teus sintomas, só que, ela teria um resultado efetivo se cumprida do início ao fim. Ai se é interrompido no meio do processo, significa que pode ter até ocorrido algumas mudanças, mas ele vai voltar a oscila normalmente (p7).

Assim, a psicologia cognitivo comportamental atua no tratamento, de acordo com Lineahn (2017), nos pacientes com transtorno da personalidade *borderline*, aprimorando a capacidade do indivíduo por meio do comportamento; melhorando e mantendo a motivação do paciente para mudar e se engajar no tratamento; garantindo que a generalização da mudança ocorra ao longo do tratamento; aumentando a motivação do terapeuta para ministrar um tratamento eficaz e auxiliar o indivíduo a reestruturar ou mudar o seu ambiente de modo a sustentar e manter o progresso e a evolução rumo às metas. Com base nisso, seus pressupostos são: modificar a cognição e o comportamento que mantem as crenças centrais, sendo seus objetivos, de acordo com Linehan (2010) e segundo o relato dos entrevistados, a modificação do comportamento, regulação afetiva e do pensamento.

Como expressão desta técnica e sobre as mudanças ocasionadas, o entrevistado traz um caso clínico no qual é possível observar alterações no comportamento:

[...] tenho uma paciente border que ela ficou dois anos comigo e ai ela engravidou, ai a gente conseguiu manter ela dentro da normalidade e enfim, ai ela teve que ir embora por condições de mudanças de emprego. Ela não foi pra outro psicólogo, sou eu que faço a manutenção dela via Skype. Então uma vez por semana a gente senta de frente uma pra outra e quando ela vem., que ela vem passear ela vem presencial. É uma das pacientes que já está, e ela disse assim, eu não me importo se eu fica, 5, 10, 15 anos contigo, mas eu mantendo meu ponto de equilíbrio e eu conseguindo manter a minha mudança de comportamento porque hoje eu tenho um filho, então ela tem um processo evolutivo bem significativo (p7).

A psicoterapia pela internet, citada por p7, assim como por Rodrigo, Berger e Thomas (2016), tem tido, em algumas ocasiões, a preferência à psicoterapia face a face. Pela internet as interpretações tem tornado possível manter as condições da organização da vida, tanto daqueles que já frequentam os consultórios como de pacientes que iniciam a psicoterapia por internet. No entanto, é interessante pontuar junto a isso que ainda há poucas pesquisas sobre o tratamento *online*, por *Skype* ou vídeo.

O tratamento com o *borderline*, como apontado por Linehan (2017), Green, (2017), Kernberg (2008) e pelos entrevistados dura, habitualmente, muitos anos, necessitando um trabalho de adaptações, no qual se leva o paciente a compreender o que está implicado em seus comportamentos.

Acho que é possível adaptações, acho que é possível autoconhecimento, compreensão. Pode pensar que aqueles comportamentos trazem prejuízo e pensa comportamentos adaptativos (p7).

Como ferramenta técnica e ganho terapêutico para reduzir os comportamentos de maior gravidade ou autolesivos, a reabilitação cognitiva, como indicado por p7, constitui um processo evolutivo e significativo.

[...] processo de reabilitação, um processo evolutivo significativo até mesmo com a condição de manutenção de busca, da manutenção da reserva cognitiva, que trabalhando a melhora, trabalhando a reabilitação dessas pessoas conseguindo ter o controle sobre as oscilações que eles tivessem uma qualidade de vida melhor, conseqüentemente uma preservação da reserva.[...] uma vez que você consegue fazer a reabilitação, que você consegue manter um processo de evolução pra uma melhor qualidade de vida baseado em projetos consolidados (p7).

A reabilitação cognitiva, mencionada por p7, é corroborada por Miotto, Serrao, Guerra, e Scaff (2008) quando se referem em atenção aos pacientes neuropsiquiátricos, mas serve também para os transtornos da personalidade. Para os autores, se predispõe a otimização das incapacidades, desvantagens e deficiências cognitivas, bem como de alterações emocionais, comportamentais e de personalidade, visando à melhor readaptação neuropsicológica, neurobiológica e social.

Como aponta Schestatsky (2005) em uma análise da efetividade do tratamento para casos de transtorno da personalidade *borderline*, melhoras significativas acontecem quando há um trabalho multidisciplinar, evidenciando que, em ensaios randomizados e controlados, tanto a

psicanálise/psicodinâmica como a cognitivo comportamental demonstraram eficácia. No entanto, melhoras significativas só foram observadas após um ano de psicoterapia com sessões semanais, estando mais acentuada após dois anos.

A psicoterapia é uma psicoterapia muito cuidadosa, porque são pacientes graves, são pacientes fronteiros, [...]tem que ser, com tempo, com frequência, porque é um trabalho mais difícil pra um analista, pra um psicólogo (p5).

Conforme traz p5 e como diz a literatura, a psicoterapia do *borderline* implica trabalho cuidadoso, envolvendo a frequência semanal do paciente e o tempo necessário para poder ajudá-los de fato, congruência encontrada na fala de p7:

Ela disse assim, eu não me importo se eu fica, 5, 10, 15 anos contigo, mas eu mantendo meu ponto de equilíbrio e eu conseguindo mante a minha mudança de comportamento (p7).

De acordo com Fonagy (2005), pesquisas realizadas em cenários ambulatoriais em um projeto holandês (2002, 2003) e em Seattle (1999, 2002) a respeito da aplicação da Terapia Dialética Comportamental (TCD), uma terapia originalmente planejada para pacientes *borderline* com ações suicidas aponta efetividade na redução dos sintomas autodestrutivos e de alto risco, ajudando a diminuir o custo do tratamento e o tempo de permanência nos hospitais.

Estudos realizados em diferentes contextos, enfatizando as duas linhas de trabalho, evidenciaram, como ressaltado pelos entrevistados, os principais focos da entrevista no vínculo, confiança e ambiente, tendo como foco principal para o tratamento a questão relacional e de acolhimento (Linehan, 2010, 2017; Gunderson & Links, 2018).

Soma-se, da mesma forma, conforme apresentado pelos entrevistados, a necessidade do trabalho multidisciplinar junto ao tratamento, do auxílio psiquiátrico, da medicação, que também ajuda na diminuição dos sintomas, ao qual se computa uma variedade de uso de remédios, sem um que seja específico para o transtorno, mas sim para os sintomas que estão em evidência.

[...] eles têm muitas comorbidades. Acho que a medicação funciona neste sentido, depende da comorbidade que o paciente apresenta e do sintoma predominante (p2).

De acordo com investigações realizadas por Gabbard (2016) em pesquisas com a medicação para o transtorno, nenhum medicamento foi identificado uniforme ou drasticamente útil nos casos *borderline*. Devido a esta mesma condição, os psiquiatras, ao receitarem os

medicamentos, têm de ser cautelosos para não prometerem demais e iludir o paciente, assim como não prescrever medicação exagerada que possa prejudicar o tratamento.

Não há consenso para alguns profissionais, pois há uma grande variedade da indicação das medicações.

[...] Eu acho que os psicólogos, os clínicos, os psicanalistas, deveriam ter mais informações sobre os efeitos das medicações dos pacientes, porque eu já atendi pacientes borderline muito sedados, que daí eu não conseguia trabalhar. A maioria fica bastante, com muita medicação, então eu não sei, acho que depende do estágio que ta, se está em psicoterapia ou não. Se não está em psicoterapia acho que realmente a dose da medicação tem que ser maior, mas aí eu não sei, tem psiquiatras que dão antipsicóticos, tem psiquiatras que dão ansiolíticos, isso varia muito (p5).

Em contraponto, p6 traz outra visão a respeito do uso dos fármacos, evidenciando a utilização da Risperidona e paroxetina como indicada para os casos atendidos, mas enaltecendo o uso de outros tipos de fármacos também.

Muitos usam a fluoxetina, porque teria uma indicação de que tanto a fluoxetina quanto a paroxetina elas têm um efeito nestes neurônios hiperexcitados, elas dão uma bloqueada nesses neurônios hiperexcitados. Então seria mais uma função sedativa entre aspas da fluoxetina e da paroxetina juntos nestes neurônios da amígdala que estão hiperexcitados. (p 6).

A variedade do uso de medicação difere entre os entrevistados, estando presente em seus consultórios. Está em evidência o uso de antidepressivos e ansiolíticos.

Alguns dos meus pacientes estão usando, medicamentos antipsicóticos e em alguns casos, usa-se uma combinação de fármacos, benzodiazepínicos (p7).

O resultado de nosso estudo demonstra que entre as medicações mais utilizadas, predominam os antipsicóticos, benzodiazepínicos, ansiolíticos e antidepressivos de um modo geral. No entanto, nenhum é indicada como ideal para o tratamento, e é mudado o uso da medicação conforme os sintomas. No entendimento de Gabbard (2016), não existe clareza para os profissionais da saúde acerca da medicação mais adequada para o transtorno, bem como sobre seus efeitos e eficácia.

4 Considerações finais

Obteve-se, a partir deste estudo, entendimento semelhante entre os profissionais e a literatura quanto ao transtorno, ficando comprovado, entre os entrevistados, uma visão prática, que ao

mesmo tempo reflete a discussão da literatura, e também aponta diferenças em relação à vivência clínica.

Por repetirem comportamentos e possuírem organização psíquica precária, pessoas com TPB tendem a ter dificuldade para se engajar em uma nova relação. Mesmo que se estabeleça um vínculo, pode ser rompido instantaneamente. Isso ressalta a importância de estar atento às necessidades do paciente, a fim de proporcionar um ambiente favorável, para que seja possível auxiliar no tratamento, nas mudanças de comportamento e na manutenção de sua evolução, como salientaram os entrevistados.

O estudo referenda que não há uma única forma de psicoterapia que seja efetiva para pacientes *borderline*, mas sim uma combinação de técnicas entre as diversas formas de psicoterapia. Mesmo que a psicanálise ou a psicoterapia cognitivo-comportamental mantenham sua forma tradicional de tratamento, é necessária uma amplitude técnica em relação ao processo terapêutico.

O desenho metodológico não permite generalizações para outras formas de tratamento ou descrição do transtorno da personalidade *borderline*, assim como os diferentes processos psicoterápicos dentro de suas metodologias. Isso deixa em aberto a possibilidade de novos estudos que possam contribuir com melhor detalhamento do transtorno da personalidade *borderline* pela visão de profissionais da saúde no tratamento e na vida cotidiana.

O estudo aponta para as condições psicodinâmicas e comportamentais do transtorno da personalidade *borderline*, seu engajamento terapêutico e dificuldades familiares e interpessoais. Destaca-se a importância da relação terapêutica como forma de manter a adesão do paciente e continuidade no tratamento. Este envolvimento, focado na relação interpessoal e psicodinâmica, possibilita atenuar o sofrimento do paciente, auxiliá-lo a conter e regular seus afetos e poder elaborá-los.

Os dados aqui discutidos, conforme apresentados pelos entrevistados e pela literatura, nos auxiliam a pensar a variação da técnica nos casos *borderline*, encontrando tanto na psicanálise como na cognitivo comportamental eficácia terapêutica, mas sem que isso signifique que elas por si só bastem para a compreensão e tratamento da patologia *borderline*. Como demonstrado neste estudo pelo maior número de entrevistados entre psiquiatras e psicólogos (as), há maior uso da dinâmica inconsciente na intervenção psicoterápica, porém não se deixa de observar a necessidade de intervenções comportamentais, apontando a necessidade de um olhar

sensível e diferenciado para estes pacientes, apresentando a importância de adequar a técnica ao paciente, e não o contrário, para que surja algo novo.

Devido aos graus de fragilidade e gravidade da patologia *borderline*, é possível trabalhar na clínica com uma técnica, seja ela psicanalítica ou cognitivo comportamental, mas também utilizar outra, o que demonstra plasticidade técnica. Enquanto a psicanálise pode auxiliar em uma diferente e mais integrada dinâmica psíquica, a cognitivo comportamental também ajuda na mudança do comportamento e na a visão que traz de si, assim como na regulação das emoções e manutenção dos pensamentos. Salienta-se que o estudo usou a análise temática, discutindo a prática psicoterápica com pacientes *borderline* a partir da fala dos entrevistados em discussão com a literatura, apontando tanto os benefícios da psicanálise quanto os da cognitivo comportamental, estando mais em evidência a psicanálise.

Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
- Bollas, C. (2015). *A sombra do objeto*. São Paulo: Escuta.
- Cavalheiro, C. & Mello, W. (2016). Relação terapêutica com pacientes *borderlines* na terapia comportamental dialética. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 579-595. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a04.pdf>.
- Cordioli, A. V., De Carvalho, A. L. P., Valdivia L., Da Rocha, N. S. (2019). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: A. V. Cordioli, E. H. Grevet (orgs), *Psicoterapias: Abordagens atuais* p. 25-45. Porto Alegre: Artmed.
- Dalgarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Fonagy, P. (2005). Estudos sobre a efetividade das psicoterapias. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, S. S. Schestatsky (orgs). *Psicoterapia de Orientação analítica* p. 424-461. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, O. (2016). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed.
- Green, A. (2017). *A Loucura Privada*. São Paulo: Escuta.
- Gunderson, J. & Links, P. (2018). *Manual de bom manejo clínico para transtorno de personalidade borderline*. São Paulo: Hogefre.

- Isolan, L., De Souza, L., Cordioli, E. H. (2019). Fatores comuns e específicos das psicoterapias
In: A. V Cordioli, E. H. Grevet. (Orgs), *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre:
Artmed, p. 64-77.
- Junqueira, C. (2019). *Metapsicologia dos limites*. São Paulo: Blucher.
- Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O.; Caligor, E.; Clarkin, J. (2008). *Psicoterapia Dinâmica das Patologias Leves da
Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O. (2008) *Controvérsias Contemporâneas Acerca da Teoria, Prática e Aplicação
Psicanalíticas*. Lisboa: Climplesi.
- Linehan, M. (2010). *Terapia Cognitivo-comportamental para Transtorno da Personalidade
Borderline: Guia do Terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M. (2017). *Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental
Dialética para o Terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Mazer, A., Macedo, B., & Juruena, M. (2017). *Transtornos da personalidade*. Medicina
(Ribeirão Preto), 50(supl.1), 85-97. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1>.
- McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico Psicanalítico*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Minayo, M. C. D. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed.
São Paulo: Hucitec.
- Miotto, E. C., Serrao, V. T., Guerra, G. B., De Souza, L. M. C. & Scaff, M. (2008). *Reabilitação
cognitiva de déficits neuropsicológicos e comprometimento cognitivo leve: uma revisão da
literatura*. Demência e Neuropsicologia, 2 (2), 139-145. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20200011>.
- Nunes, F. L., De Rezende, H. A., Silva, R. S. & Alves, M. M. (2015). Eventos traumáticos na
infância, impulsividade e transtorno da personalidade *borderline*. *Revista Brasileira de
Terapias Cognitivas*, 11(2), 68-76. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150011>.
- Penrod, J., Preston, D. B., Cain, R. E. & Starks M. T. (2003). A discussion of chain referral as a
method of sampling hard-to-reach populations p.100-107. *Journal of Transcultural nursing*,
v.4. n. 2.
- Reis, L., Reisdorfer, E. & Gherardi-Donato, E. (2013). Perfil dos usuários com diagnóstico de
transtornos de personalidade de um serviço de saúde mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde
Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 70-75, ago. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200004&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2020.

- Rodrigo, Berger & Thomas. (2016). Intervenções auto-guiadas baseadas na internet: uma entrevista com o Dr. Thomas Berger. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12 (1), 57-61. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20160009>.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Roudinesco, E. (2010). *Em defesa da psicanálise: ensaios e entrevistas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Roussillon, R. (2019). *Manual de prática clínica em psicologia e psicopatologia*. Editora Blucher: São Paulo.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. & Schestatsky, G. (2017). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Schestatsk, Y. S. (2005). Abordagem psicodinâmica das explosões emocionais dos pacientes *borderline*. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar, S. S, Schestatsky (orgs), *Psicoterapia de orientação analítica*, p. 606-627. Porto Alegre: Artmed.
- Simoni, L., Benetti, S. P. C. & Bittencourt, A. A. (2018). *Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no Processo Psicoterapêutico de uma Paciente com Transtorno de Personalidade Borderline*. *Trends in Psychology*, 26(3), 1499-1512. <https://doi.org/10.9788/tp2018.3-13pt>.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (2007). *O ambiente e os processos de Maturação*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. (2016). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins fontes.
- Zimmerman, D. (2010). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Enviado em: 24/01/2020

Aceito em: 24/09/2020