



O USO DA TCC NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Maria Vitória Bertolani de Oliveira¹, Helena dos Santos Cortezini² e Lincon Fricks
Hernandes³

¹Discente do Curso de Psicologia da Faculdade América,
vitoriabertolani212@gmail.com

²Discente do Curso de Psicologia da Faculdade América,
helenacortezini28@gmail.com

³Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, coordenador e docente do
Curso de Psicologia da Faculdade América; psicologia@faculdadeamerica.br

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Terapia Cognitivo-Comportamental; Técnicas; Tratamento.

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), segundo Beck e colaboradores (2017), consiste em um conjunto de teorias e técnicas cognitivo-comportamentais que formam tratamentos psicológicos que visam identificar, reduzir e trazer melhores condições de vida para os indivíduos que apresentam sintomas de transtornos mentais.

As primeiras formulações de Beck centravam-se no papel do processamento de informações desadaptativas em transtornos de depressão e ansiedade. Com isso, a partir de uma série de trabalhos publicados na década de 1960, Beck descreveu uma conceitualização cognitiva da depressão, na qual os sintomas estavam relacionados com um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo, o mundo e o futuro, a chamada tríade cognitiva. À medida que a Terapia Cognitivo-Comportamental se expandia, foram surgindo outros investigadores que criaram novas técnicas e estratégias terapêuticas (WRIGHT et al, 2019).

De acordo com Wright e colaboradores (2019), o modelo de processamento de informação segundo a TCC é descrito como um evento estressante que passa pela avaliação cognitiva (a maneira pela qual a pessoa irá interpretar o evento), que resulta em uma emoção e, por fim, um comportamento. O ser humano possui três níveis de cognição, que são: a consciência (nível mais alto da cognição), os pensamentos automáticos (cognições que passam rapidamente por nossas mentes



quando estamos em meio a situações) e os esquemas (crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações).

Beck constatou que existem equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições de pessoas com transtornos emocionais, que foram denominados de erros cognitivos. Dessa forma, as pessoas também desenvolvem regras globais e absolutas para interpretar as informações ambientais relativas à autoestima, que são as crenças nucleares. Bem como, também existem as crenças intermediárias, que formam regras condicionais, como afirmações do tipo se-então, que influenciam a autoestima e a regulação emocional. As crenças, para a TCC, regulam o processamento de informações e a tomada de decisões (WRIGHT et al, 2019).

Segundo Beck (2017) a TCC pode ser utilizada para o tratamento de vários transtornos de personalidade entre esses pode-se destacar o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). As pessoas com borderline podem ser difíceis de se conviver, devido ao padrão de comportamento instável, sendo assim, muitos psicólogos evitam trabalhar com esses pacientes, o que ocasiona em pouco referencial teórico. Por isso, se faz importante discutir o tema para que haja mais profissionais interessados e para romper com os estigmas que envolvem o transtorno borderline.

O TPB possui prevalência de 1,6% na população adulta geral, embora possa chegar a 5,9%, sendo a maioria mulheres. É caracterizado por um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos. Indivíduos com o transtorno da personalidade borderline tentam de tudo para evitar abandono real ou imaginado (DSM-5, 2014).

Este trabalho possui o objetivo de apresentar as principais características do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e as formas de tratamento através da Terapia Cognitivo-Comportamental. Com isso, se faz importante discorrer sobre algumas das técnicas mais usadas para modificar as crenças e os comportamentos disfuncionais de pacientes com borderline.

METODOLOGIA



O presente trabalho trata-se de uma pesquisa documental e bibliográfica feita a partir de livros como DSM-5 e Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline é de alta prevalência, mas frequentemente ignorado. Há alto risco de abandono a terapia, onde o subdiagnóstico é um grande problema que resulta num tratamento insuficiente. Além dos sintomas já citados, a impulsividade do TPB se manifesta em atividades potencialmente autodestrutivas gratificantes a curto prazo, como gastar, abusar de substâncias, comer e fazer sexo. Assim como, explosões emocionais com dificuldade de controle da raiva e comportamento suicida (DSM-5, 2014).

Ademais, outros critérios diagnósticos de TPB também incluem sentimentos crônicos de vazio e experiências paranoides temporárias relacionadas ao estresse. Cinco ou mais critérios precisam ser atendidos para justificar um diagnóstico de TPB. As comorbidades associadas ao TPB podem complicar o diagnóstico e plano de tratamento inicial. As mais recorrentes são os transtornos de humor, abuso/dependência de substâncias, ansiedade, transtornos psicóticos e outras patologias da personalidade. No tratamento, transtornos como o bipolar, depressão grave, psicóticos, abuso de substância que exige desintoxicação, déficit de atenção/hiperatividade e anorexia nervosa precisam ser priorizados como comórbidos, devendo ser tratados primeiro (DSM-5, 2014).

A vida pessoal, familiar, social e de trabalho de um indivíduo com borderline pode apresentar muitos desafios. Sendo um transtorno que causa grande sofrimento emocional para o indivíduo e para as pessoas ao seu redor. A TCC apresenta técnicas que ajudam no tratamento de pacientes com borderline, com metas de tratamento que incluem: 1) reduzir todos os sintomas de TPB (incluindo conflitos nos relacionamentos, medo de abandono, problemas de identidade, instabilidade emocional e vazio); 2) sentir-se seguro com a experiência e expressão de emoções



e necessidades, bem como o vínculo pessoal com os outros; 3) desenvolver uma vida gratificante nos níveis pessoal e social (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

Além do mais, o terapeuta, na abordagem da TCC, deve decidir qual intervenção quer oferecer, um tratamento relativamente curto direcionado à redução dos problemas mais graves e perigosos no TPB pode ser oferecido. Os objetivos são a redução da impulsividade e automutilação, bem como abuso de substâncias e aquisição de controle sobre emoções e discernimento sobre os problemas. Numa terapia mais longa é necessário corrigir o que deu errado na infância. O tipo de relacionamento que o terapeuta tenta desenvolver com o paciente depende da duração e das metas. A frequência das sessões pode ser uma ou duas vezes por semana. O profissional rompe ativamente a indiferença do cliente, envolve-se de modo ativo nas crises, acalma o indivíduo quando ele está triste e coloca-se enquanto pessoa (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

Em comparação à maioria dos tratamentos sindrômicos, o terapeuta é mais diretivo com conteúdo e processo, pois o paciente borderline carece de visões saudáveis para usar em diálogos socráticos. O clínico utiliza psicoeducação para informar o cliente sobre visões saudáveis das emoções, necessidades e relacionamentos. Conversar e, principalmente, escutar os pacientes de uma maneira tolerante durante uma crise são ações mais eficazes para ensiná-los a tolerar e aceitar sentimentos negativos. Utilizar as abordagens de "reparentalização" e a confrontação empática são recomendadas. Bem como, o terapeuta deve estabelecer limites na relação terapêutica com o cliente (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

Pacientes com TPB enfrentam muitos episódios de crises emocionais intensas. A maioria das crises é alimentada pelas crenças negativas do paciente sobre vivenciar emoções intensas. A estratégia básica para combater essas crenças é assumir uma postura calma, tolerante e tranquilizante. É importante escutar empaticamente o cliente, perguntar sobre sentimentos e interpretações e validar os sentimentos. A disponibilidade durante uma crise pode ser útil porque uma intervenção precoce costuma prevenir a piora, a automutilação, o abuso de drogas ou outras ações desadaptativas, reduzindo a necessidade de hospitalização (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).



Em muitos casos, escutar empaticamente e conversar com o cliente pelo telefone atenua a crise dentro de 15 a 20 minutos. O clínico também pode ajudar no tratamento gravando em áudio palavras tranquilizadoras e fazendo cartões de enfrentamento que o paciente pode usar para recordar-se de pensamentos tranquilizadores. Dessa forma, outras técnicas utilizadas na TCC para tratamento de pacientes com borderline incluem técnicas cognitivas, comportamentais e experienciais como "desfazendo os nós dos esquemas e modos subjacentes", "derrubando o pensamento dicotômico", "técnica da cadeira vazia", "vivendo as emoções", "role-plays" e "testando um novo comportamento". Todas essas atividades trabalham as distorções cognitivas e ajudam a desenvolver novos comportamentos funcionais (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

Sendo assim, pacientes com TPB podem experimentar altos níveis de emoções negativas, enquanto tem pouca tolerância ao afeto. Em muitos casos, pessoas com borderline precisam incluir no tratamento intervenções farmacológicas. Os medicamentos mais recomendados e com maior eficácia são os estabilizadores do humor e os antipsicóticos atípicos. Os benzodiazepínicos são indicados para pacientes em estado de medo agudo e quando sofrem problemas para dormir. A farmacoterapia é considerada um possível adjuvante à psicoterapia, e não um tratamento para TPB em si. Além disso, existem riscos da prescrição de medicamentos para essa população, entre os quais estão os efeitos colaterais, abuso, dependência e uso para tentativas de suicídio. Por isso é necessário o acompanhamento médico e psicológico em todo o período de tratamento (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

O término do tratamento pode ser assustador, então deve ser bem discutido com o paciente. Sessões de reforço podem ser especialmente úteis para ajudar o indivíduo a manter estratégias funcionais e prevenir recaídas em antigos esquemas. Sentimentos e crenças negativas sobre o término da terapia devem ser esclarecidos para o paciente. O cliente deve ser encorajado a descobrir e desenvolver seus verdadeiros interesses e capacidades. Por outro lado, o paciente pode querer encerrar o tratamento mesmo sem ter abordado todas as questões importantes, cabe ao terapeuta dizer ao cliente que pode retornar a terapia se precisar (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).



CONCLUSÃO

Por fim, o borderline é um transtorno que pode ser desafiador para os profissionais. Então, é importante que o psicólogo tenha um grupo seguro de supervisão de colegas terapeutas que trabalham com o mesmo modelo e que possam ajudar-se mutuamente.

Portanto, apesar da relutância de muitos profissionais em trabalhar com pacientes com TPB, é essencial ampliar os estudos relacionados ao campo. Visto que as características do borderline mostram que é um transtorno que causa grande sofrimento não somente para o paciente. Dessa maneira, é esperado que o presente trabalho contribua para a disseminação de informações sobre o transtorno borderline, ao mesmo tempo que facilite a disseminação do tema ao público para além da bolha acadêmica.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association. (2014). **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5** (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

WRIGHT, Jesse H et al. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.