

ASPECTOS DA CLÍNICA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA DISCUSSÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA AUTOIMAGEM¹

Sara Martins Santos²

Tatiana da Silveira Madalena³

RESUMO:

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por uma desregulação generalizada, ou seja, apresenta desregulação emocional, cognitiva, interpessoal, comportamental e na percepção do self. Ao discutir sobre os aspectos do indivíduo borderline, é possível entender a dificuldade que essas pessoas têm ao se relacionar e se entender único por sua identidade, por não desenvolver habilidades independentes do meio em que estão. Logo, o presente artigo tem como objetivo a discussão das intervenções da Terapia Comportamental Dialética (DBT) na autoimagem do paciente borderline. A fim de alcançar o objetivo esperado, foi realizado uma pesquisa exploratória de forma qualitativa com a finalidade de analisar os conceitos e técnicas da Terapia Comportamental Dialética no tratamento da perturbação da autoimagem do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline. Assim como demonstram os estudos empíricos baseados na eficácia de seu tratamento, a DBT apresenta excelente capacitação no tratamento dos pacientes com TPB. Durante sua estrutura, pode-se perceber sua competência ao levar esses pacientes à uma vida que vale a pena ser vivida, apresentando uma prática voltada a autoimagem do paciente, resultando em mais senso de identidade e pertencimento.

Palavras-chave: Psicologia. Transtorno da Personalidade Borderline. DBT. Autoimagem.

SELF-IMAGE AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A DISCUSSION FROM THE PERSPECTIVE OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

ABSTRACT:

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by a generalized dysregulation, that is, it presents emotional, cognitive, interpersonal, behavioral and self-perception dysregulation. When discussing aspects of the borderline individual, it is possible to understand the difficulty these people have in relating and understanding themselves as unique because of their identity, for not developing skills independent of the environment in which they are. Therefore, this article aims to discuss the interventions

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA), na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 23/10/22 e aprovado, após reformulações, em 23/11/22.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Uniacademia (UNIACADEMIA). Email: saramartinssan@gmail.com

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). Email: tatianamadalena@uniacademia.edu.br

of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) in the borderline patient's self-image. In order to achieve the expected goal, qualitative exploratory research will be carried out to analyze the concepts and techniques of Dialectical Behavior Therapy in the treatment of the disturbance of the self-image of the patient with Borderline Personality Disorder. As demonstrated by empirical studies based on the efficiency of its treatment, DBT has excellent capacity in the treatment of patients with BPD. During its structure, one can perceive its competence in leading these patients to a life worth living, presenting a practice focused on the patient's self-image, resulting in a greater sense of identity and belonging.

Keywords: Psychology. Borderline Personality Disorder. DBT. Self-image.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) se caracteriza por uma grande instabilidade na regulação emocional, cognitivo e comportamental. Trata-se de indivíduos com dificuldades nas relações interpessoais, perturbação da autoimagem e grande impulsividade em seus atos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A perturbação da autoimagem nos pacientes borderline não fornecem a eles segurança em seus pensamentos, crenças e emoções, provocando grandes prejuízos em sua percepção de realidade, e não os ajudando a julgar e controlar seus impulsos através do que realmente faz sentido para eles. Dessa forma, a fim de fornecer a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida, faz-se importante a busca por estratégias e intervenções clínicas para ajudá-los a fortalecerem ou desenvolverem maior percepção e segurança em sua autoimagem.

A Terapia Comportamental Dialética (DBT), criada por Marsha Linehan (1980), de acordo com a Divisão 12 da American Psychiatric Association (APA), atualmente é primeira escolha, com maior número de evidências, para o tratamento de pacientes com TPB. Dessa forma, é imprescindível relacionar a busca dessas intervenções ao tratamento já estabelecido pela DBT. Logo, o presente artigo tem como objetivo discutir o impacto do tratamento da Terapia Comportamental Dialética nos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, tendo em vista o manejo da instabilidade da autoimagem. A fim de alcançar esse objetivo, o artigo discute as características diagnósticas do TPB, evidenciando as consequências da instabilidade

do self; os fundamentos, princípios e tratamento da DBT; e por fim, o impacto do tratamento na autoimagem do paciente borderline.

A fim de alcançar o objetivo esperado, foi realizada uma pesquisa exploratória de forma qualitativa com a finalidade de discutir os conceitos e técnicas da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline e analisar seu impacto na perturbação da autoimagem do paciente. Assim, através de uma pesquisa bibliográfica, foi baseada em estudos realizados através de livros e artigos, com enfoque em um dos principais pesquisadores da DBT, como Marsha Linehan e Kelly Koerner.

Os artigos foram selecionados a partir das plataformas Scielo, Google Acadêmico, Pubmed e site da APA, utilizando as palavras chaves “borderline” e “autoimagem”. A análise da literatura foi feita de acordo com a relevância do estudo para o artigo, a qualidade da investigação e a finalidade do estudo. Nesse sentido, os critérios de inclusão adotados foram estudos relacionados com o objetivo do presente trabalho, obtendo enfoque na personalidade do paciente borderline. Além disso, os critérios de exclusão se basearam em estudos com base quantitativa ou que não forneciam informações relevantes em relação ao projeto.

2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um dos transtornos mentais que gerou mais interesse nos pesquisadores ao longo das décadas. Por apresentar sintomas notáveis e marcantes, muitos relatos foram encontrados ao longo dos séculos demonstrando a atenção voltada aos comportamentos tão singulares dos indivíduos com TPB. Desde o século XVII, alienistas observavam esses indivíduos relatando a variação de humores entre a irritabilidade, a euforia e a normalidade, a fronteira entre a loucura e sanidade, além de hebefrenia e personalidade excitável. Em 1938, esses sintomas foram rotulados como “neurose borderline” pelo psicanalista Adolph Stern, caracterizando um grupo de pessoas que variavam entre estruturas neuróticas e psicóticas, não apresentando melhoras com o tratamento psicanalítico. Os componentes característicos desse quadro de “neurose borderline” eram descritos a partir de diversas nomenclaturas como narcisismo, sangramento psíquico,

excessiva hipersensibilidade, rigidez psíquica e corporal, reação terapêutica negativa, sentimento constitucional de inferioridade, masoquismo, insegurança orgânica, mecanismos projetivos e dificuldades no teste da realidade. Como visto, a complexidade da história do transtorno foi demarcada por diversos conjuntos de teorias, na tentativa de melhor caracterizar os pacientes borderline (DORNELLES, ALANO, 2021).

Apenas em 1980 com o lançamento do DSM-III, o TPB foi classificado sendo um transtorno separado de outros. Outra abordagem que teve grande influência do DSM-IV foi a “ecletico-descritiva” por Chatham (1985) descrevendo o transtorno através de critérios diagnósticos. Apesar de já usarem características avaliativas para determinar os critérios de forma empírica, muitos tinham influências do consenso por meio da revisão de literatura feita através de diversos teóricos com o objetivo de descrever os aspectos característicos dos pacientes borderline (LINEHAN, 2010). Em 2013, o DSM-5 foi lançado trazendo, além dos critérios diagnósticos do transtorno, um modelo alternativo para os transtornos de personalidade. Esse modelo foi inserido por diversas críticas direcionadas ao DSM-5, defendendo que a partir do modelo dimensional haveria melhor assertividade ao descrever a individualidade do transtorno em cada indivíduo (DORNELLES, ALANO, 2021). Porém, como o modelo alternativo ainda não é o principal, o foco do presente trabalho estará voltado aos critérios tradicionais e discutidos por Marsha Linehan (2010).

De acordo com o DSM-5, um transtorno de personalidade se caracteriza por “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (APA, 2013, p. 645). Nesse sentido, o Transtorno de Personalidade Borderline apresenta esses critérios relacionados aos seus relacionamentos interpessoais, a autoimagem e acentuada impulsividade.

Dessa forma, os pacientes borderline apresentam um temor acentuado em relação ao abandono real ou imaginário, assim, são muito sensíveis a circunstâncias ambientais, se apresentando de forma inadequada, muitas vezes com raiva intensa mesmo quando a separação é de curto prazo. Esses pacientes têm a tendência de acharem que são “maus”, o que levam muitas vezes a tentativas de suicídio ou

automutilação de forma impulsiva. Ao apresentar esses comportamentos em soma ao medo do abandono, seus relacionamentos são muito instáveis, da mesma forma sua identidade, apresentando mudanças súbitas em relação aos seus desejos, aspirações, formas de pensar e tipos de amigos. Além da automutilação, podem apresentar impulsividade em outra área autodestrutiva como gastar, comer e usar substâncias de forma exagerada. Todos os comportamentos citados são característicos de uma elevada reatividade de humor que os pacientes com TPB apresentam, levando ao intenso sofrimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

2 TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) foi desenvolvida por Marsha Linehan (2010) em 1980 a partir da tentativa de tratar indivíduos com altos índices de comportamentos suicidas crônicos e disfuncionais. O alvo do tratamento acabou se fundindo com o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) por seus pacientes apresentarem tais comportamentos de forma tão predominante. Atualmente, a DBT apresenta o tratamento com melhor evidência disponível para o TPB, preenchendo uma lacuna na história da psicologia ao fornecer um tratamento eficaz a esses pacientes, tendo em vista que era utilizado apenas a farmacologia e a psicanálise, resultando em altas taxas de falha no tratamento (LINEHAN, WILKS, 2015). O desenvolvimento da DBT se baseou no behaviorismo, somado a uma prática voltada para a aceitação, mudança, a filosofia dialética e as práticas contemplativas orientais zen (NEACSIU, LINEHAN, 2016).

O termo “melhor evidência disponível” é um conceito originado da prática baseada em evidências em psicologia (PBEP). Essa prática consiste na tomada da decisão clínica baseada na melhor evidência disponível no contexto, somado ao repertório clínico do terapeuta e as características e preferências do paciente, e assim, levando ao paciente o melhor tratamento disponível. Esse primeiro ponto, citado acima, sinaliza a existência de diferentes níveis de evidências empíricas. O nível de evidências é determinado de acordo com dois critérios, o “grau de compatibilidade das evidências com o caso em questão; grau de confiabilidade dessas evidências,

determinada pela quantidade de pesquisas e pela qualidade metodológica das mesmas” (LEONARDI, MEYER, p. 1148).

Em relação aos critérios diagnósticos, Marsha Linehan (2010) apresentou algumas discussões reorganizando os critérios diagnósticos em cinco pontos, destacando nos pacientes a desregulação emocional, interpessoal, comportamental, cognitiva e na percepção do self. Ou seja, pode-se entender o TPB como um “transtorno global da regulação e da experiência do self”, dessa forma, são bastante reativos, apresentando episódios de ansiedade, depressão e alta irritabilidade, influenciando no comportamento desse indivíduo, o levando a comportamentos mal adaptativos, como comportamento suicida, parassuicida, purgação e uso de substâncias químicas, ou seja, a desregulação nessa área. Ao se deparar com essa desregulação, os pacientes borderline não são estáveis em relação a quem são, seus valores, desejos e aspirações. Isso influencia nas suas relações interpessoais por apresentarem instabilidade em seus comportamentos, emoções e self, fazendo com que esses pacientes tenham esforços desesperados para impedir que o abandonem (LINEHAN, 2010).

Quando se fala de comportamento parassuicida, Linehan (2010) critica rótulos como “gestos suicidas” e “tentativas de suicídio manipulativas”, pois podem ser confundidas como uma forma do indivíduo se comunicar, influenciar outras pessoas, além da palavra “manipulativa” culpabilizar o paciente. O comportamento parassuicida diz sobre comportamento auto mutilante intencional, não fatal ou ingestão de drogas ou substâncias de forma exagerada. Porém, uma ação diferente de tentativas de suicídio, comportamentos quase suicidas, ideação suicida e o suicídio propriamente dito. Os pacientes que apresentam esse comportamento sofrem de desregulação emocional aversiva e crônica, além de sintomas de raiva, irritabilidade e depressão, suas dificuldades cognitivas se resumem em pensamentos dicotômicos e dificuldades na resolução de problemas.

Outro rótulo colocado nos pacientes borderline é “manipulador”. Um rótulo que Linehan (2010) também critica. Ela entende o comportamento como sentimentos de invalidação e não compreensão. “O fato de que um determinado comportamento é influenciado pelos efeitos que tem no ambiente fala pouco, ou nada, sobre a intenção do indivíduo em relação ao comportamento. A função não prova a intenção”

(LINEHAN, 2010, p .29). Essa citação também pode ser aplicada para o rótulo “carente” que esses indivíduos recebem. É um descuido essa postura ao lidar com uma pessoa que sofre de uma dor tão intensa, quando os recursos são escassos para procurar o que necessitam. Ao discutir sobre esses pontos, a autora leva os profissionais de saúde mental a olhar com mais tempo, atenção e cuidado a esses pacientes.

2.1 MODELO BIOCROSSOCIAL

Além disso, Linehan (2010) desenvolveu a teoria biossocial a fim de entender o desenvolvimento do transtorno e sua relação com a desregulação emocional dos pacientes. Essa teoria defende que esses sintomas se dão por uma vulnerabilidade emocional em conjunto de ambientes invalidantes. A relação desses dois fatores é transacional por gerar um ciclo em que um responde o outro e vice-versa.

A vulnerabilidade emocional envolve a “sensibilidade elevada a estímulos emocionais, intensidade emocional e um lento retorno ao seu nível emocional basal” (LINEHAN, 2010, p. 53). Ou seja, o indivíduo com TPB apresenta reações emocionais com baixo limiar, são extremas e duradouras. A dificuldade ao regular as emoções pode se estender a dificuldade a regular todas as áreas da vida, “a maior parte do que fazemos e do que somos dependem da estabilidade do humor e de regulação emocional adequada” (KOERNER, 2020, p. 28). Ao regular as emoções, é preciso que o indivíduo aprenda a experimentar e rotular as emoções, e reduzir os estímulos emocionais que potencializam respostas emocionais disfuncionais. Porém, isso não quer dizer que é preciso inibir as emoções negativas, pois isso pode trazer consequências como negligência da situação problemática, aumento da evitação emocional e a imprevisibilidade das consequências a longo prazo. O objetivo ao regular as emoções é a modulação emocional, inibindo o comportamento inadequado relacionado a emoção, autorregulando a excitação fisiológica, levando o foco da atenção na emoção positiva e organizando a resposta comportamental de forma não dependendo do humor (LINEHAN, 2010).

Já o ambiente invalidante é definido como “aquele onde a comunicação de experiências privadas é estabelecida com respostas erráticas, inadequadas ou

extremas” (LINEHAN, 2010). De acordo com Linehan (2010) a invalidação possui dois aspectos: a invalidação diz ao indivíduo que a interpretação do que causa suas emoções, crenças e ações está errada e que suas atitudes, características e traços de personalidade são socialmente inaceitáveis. Ou seja, os ambientes emocionalmente invalidantes não ensinam a criança a rotular suas experiências privadas, resultando em um indivíduo que não consegue modular suas emoções. A invalidação também está presente quando o adulto simplifica ou não aceita o problema da criança, não a dando apoio, atenção e treinamento da forma como deve agir. Assim, o ambiente não ensina a tolerar o desconforto e a formar objetivos e expectativas realistas. Nesse lugar, a criança precisa se expressar de forma extrema para que tenha o mínimo de atenção, podendo levar a um adulto com falta de habilidades de regulação emocional e interpessoal.

A autora também discute o significado de “bom encaixe” e “mau encaixe” da criança com o ambiente. Um bom encaixe diz sobre a compatibilidade das características do ambiente e as expectativas, demandas e capacidades da criança. Já no mau encaixe, não há compatibilidade entre esses dois fatores, existem discrepâncias entre o ambiente e o indivíduo, resultando em um desenvolvimento disfuncional. Nesse sentido, Linehan (2010) divide as famílias invalidantes em 3 categorias: as famílias desorganizadas ou caóticas, em que a criança sofre negligência e maus-tratos pelos responsáveis, recebendo pouca ou nenhuma atenção de seus familiares, comportamentos comuns dos componentes desse tipo de família podem ser uso de substâncias, problemas financeiros, ausência e agressão; famílias perfeitas, são famílias que não toleram as emoções negativas de seus filhos, pais autocentrados, que possuem medo de mimar seus filhos e acabam invalidando suas emoções; e as famílias típicas, um estilo de família que está enraizada na cultura ocidental, onde a supervalorização do controle cognitivo das emoções é cobrada de forma rígida, fazendo com que a criança não aprenda a regular suas emoções e tolerar o desconforto, evitando qualquer tipo de emoção “negativa”.

Nessa perspectiva, a discussão entre a vulnerabilidade biológica e o ambiente invalidante se demonstra de extrema importância para compreender os comportamentos apresentados pelos pacientes borderline. A partir do pressuposto que os indivíduos sentem, reagem e se comportam de formas diferentes entre si, é de

se esperar que algumas crianças tenham uma sensibilidade emocional mais elevada que as outras, reajam de formas diferentes entre si. E é a partir desse conceito que Linehan (2010) destaca alguns apresentando maior vulnerabilidade emocional que outras crianças. Dessa forma, os pacientes borderline apresentam maior facilidade ao reagir emocionalmente de forma imediata a determinada situação, a ter reações mais marcantes e intensas, além de mais duradouras. Somado à vulnerabilidade emocional, o ambiente invalidante recusa as reações, crenças e emoções da criança e diz a ela que suas características e personalidade são ruins e inaceitáveis socialmente. Logo, esse ambiente não ajuda a criança a rotular, expressar e controlar suas emoções, fazendo com que ela não expresse por não ser relevante a ele, e assim, ensinando a desprezar o desconforto, a se comunicar de forma exagerada e extrema apenas para obter a atenção necessária e a não confiar em seus desejos, pensamentos e emoções. A partir dos pontos apresentados, é possível entender a dificuldade dos pacientes borderline ao nomear e descrever quem são, demonstrando sua instabilidade do self, ao não ter segurança em seus eventos privados (KOERNER, 2020).

2.1.1 Dilemas dialéticos

Outros comportamentos apresentados pelos pacientes borderline são os dilemas dialéticos, conceito para denominar comportamentos secundários, em que são caracterizados por polos opostos, representando a influência da vulnerabilidade emocional e do ambiente invalidante. Tais como: vulnerabilidade emocional e autoinvalidação, quando o indivíduo se julga severamente por dores emocionais; passividade ativa e competência aparente, ao responder passivamente a algo para obter ajuda de outros, ao tempo em que demonstrar ser competente esconde sua vulnerabilidade diante das pessoas; crise implacável e luto inibido, um padrão de criar situações aversivas, reagindo de forma impulsiva a fim de reduzir a dor, agravando o problema, e ao reagir a isso, o indivíduo se esquivava com o objetivo de não sentir as emoções que estão latentes (KOERNER, 2020).

3 DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E AS HABILIDADES DBT

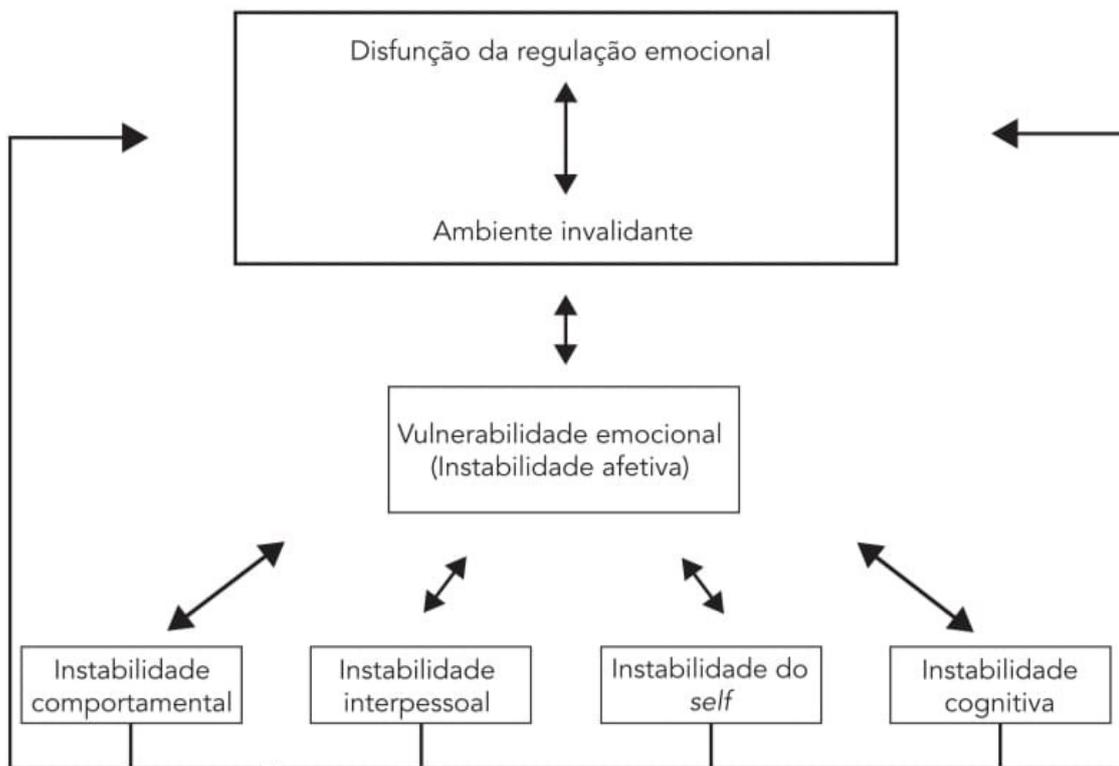
Como dito anteriormente, o indivíduo com Transtorno de Personalidade Borderline sofre de desregulação em todas as áreas de sua vida. Porém, a teoria biossocial dá enfoque a desregulação emocional como a principal fonte de sofrimento desse indivíduo. As emoções têm papel fundamental no comportamento por estar diretamente relacionada às cognições do indivíduo. Ao avaliar os estímulos ambientais, o indivíduo age de acordo com sua capacidade de regulação emocional, motivando um comportamento adaptativo ou desadaptativo (REIS, PALMA, 2021). Dessa forma, de acordo com a teoria biossocial, o indivíduo com TPB não possui a habilidade de interpretar esses estímulos de forma assertiva, devido a invalidação sofrida ao longo de sua vida ou do evento traumático.

Para que ele consiga ter efetividade nesse aspecto, é preciso que desenvolva habilidade de modular suas emoções. A modulação emocional é caracterizada por estratégias de regulação emocional, tais como experimentar e nomear as emoções, reduzir estímulos emocionais capazes de potencializar emoções negativas ou respostas disfuncionais, usando estratégias para tolerar frustração, e expressar de forma funcional (LINEHAN, 2010). Essa ação é de extrema importância para que o paciente consiga ser efetivo em suas ações. Porém, a partir do pressuposto que o indivíduo borderline não consegue modular suas emoções, ele apresenta um déficit de habilidades.

Uma das habilidades desenvolvidas através da DBT é a habilidade de efetividade social, que pode ser definida como um conjunto de comportamentos de um indivíduo que o permite se expressar de forma funcional à situação exposta. Ou seja, está diretamente ligado na capacidade do indivíduo de se regular, influenciando suas relações, habilidades de resolução de problemas, assertividade e desempenho social (WAGNER; CECCONELLO; PAIVA; ZANCAN, 2021). Como o indivíduo borderline não consegue se modular emocionalmente, juntamente com o déficit de habilidades, diversas áreas de sua vida são influenciadas (LINEHAN, 2018), promovendo desregulação no senso de self, em que os pacientes relatam sentimento de vazio, de estar desconectados de outros, falta de autoconhecimento, desprezo em relação a si, ou seja, falta de senso de self; desregulação interpessoal, pacientes são marcados por relacionamentos caóticos, intensos, medo extremo de abandono, problemas com

ciúmes e raiva, além de inveja e vergonha. Todos esses fatores contribuem para que essas pessoas não tenham relacionamentos interpessoais funcionais; desregulação emocional, ou seja, não conseguem reconhecer, nomear e como reagir diante de uma emoção, o que pode levar a esses pacientes a realizar evitação emocional; e a instabilidade na regulação comportamental. como dito anteriormente, esses indivíduos possuem comportamentos como uso abusivo de substâncias, tentativas de se matar ou se ferir, além da impulsividade marcante em seus atos.

Linehan (2010) representa a desregulação emocional e os comportamentos borderline de acordo com o seguinte diagrama:



Fonte: LINEHAN, 2010, p. 67

4 A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E A INSTABILIDADE DO SELF

A fim de melhor entendimento do impacto da DBT na instabilidade do self do paciente borderline, faz-se importante entender os princípios e fundamentos da abordagem, o tratamento e, por fim, sua relação com o self.

4.1 A VISÃO DE MUNDO DIALÉTICA E O CONCEITO DE SELF

A DBT, como em toda teoria, baseia-se em uma visão do funcionamento da personalidade e do comportamento humano. Como dito anteriormente, a perspectiva da filosofia dialética é a base dessa abordagem. Linehan (2010) começou a utilizar essa visão de mundo quando comparou os princípios dessa filosofia com a forma que conduzia a terapia com seus pacientes. Ela relata que o processo da terapia é como subir e descer em uma gangorra, onde as duas pessoas estão em busca de equilibrá-la, representando o crescimento e desenvolvimento do processo terapêutico. E ao longo desse processo, várias gangorras são apresentadas com o objetivo de manter o equilíbrio. Porém, a gangorra do paciente com TPB é representada ela como uma vara de bambu equilibrada em um fio sob o Grand Canyon. Na tentativa de ganhar equilíbrio ao ficarem nos extremos da vara, ela pode cair. Ou seja, o objetivo como terapeuta nesse processo terapêutico é fazer com que ele e seu paciente encontrem o equilíbrio no meio. E assim, chegou à filosofia dialética. Através dela, a DBT “se baseia em uma visão de mundo dialética que enfatiza a totalidade, a inter-relação e o processo (mudança) como características fundamentais da realidade” (NEACSIU, LINEHAN, 2016, p. 411).

A partir dos princípios da perspectiva dialética, pode-se compreender o comportamento humano, o conceito de self e, assim, compreender o comportamento do paciente borderline.

4.1.1 O princípio da interdependência e da totalidade

De acordo com esse princípio, “a análise das partes de um sistema tem valor limitado, a menos que relacione a parte de forma clara com o todo” (LINEHAN, 2010, p. 41). A dialética vê o sistema como um todo e procura compreender a relação entre indivíduo-sistema, ao invés de vê-los separadamente, logo, um não pode existir sem o outro. A partir dessa perspectiva, Linehan (2010) entende o self como uma construção social, apresentando a identidade como relacional. Dessa forma, o self se divide em: self relacional, um self que inclua o grupo, e self individualizado, um self que exclua o grupo. Ela também pontua o quanto o gênero pode influenciar na forma como o indivíduo experimenta o self, colocando as mulheres como mais prováveis de

apresentarem um self relacional, colocadas em um sistema de trocas e obrigações sociais. Ou seja, como o self é definido em relação, não é possível um self totalmente separado.

4.1.2 O princípio da polaridade

Apesar da dialética se relacionar com o todo, ela também enfatiza que não importa o quanto a realidade seja reduzida, da menor forma possível, sempre haverá polaridade. Dessa forma, “dentro da disfunção, também existe função; que, dentro da distorção, existe precisão; e que, dentro da destruição, pode-se encontrar construção” (LINEHAN, 2010, p. 43).

4.1.3 O princípio da mudança contínua

Esse conceito diz a respeito da “tese” e a “antítese” formando um novo conjunto: a “síntese” (LINEHAN, 2010). A tensão entre essas forças que produzem mudança. Porém, é importante compreender que esse novo conceito após a mudança, também terá forças opostas, ocorrendo assim um movimento de mudança contínua. Linehan (2010) associa esse conceito com a fala de Robert Kegan sobre a evolução do self:

Para entendermos a maneira como a pessoa cria o mundo, devemos também entender a maneira como o mundo cria a pessoa. Ao considerar onde a pessoa se encontra em seu equilíbrio evolutivo, não estamos olhando apenas como o significado se forma; também olhamos para a possibilidade de a pessoa perder esse equilíbrio. Estamos olhando, em cada equilíbrio, para um novo sentido do que é essencial e o que está finalmente em jogo. Estamos olhando, em cada novo equilíbrio, para uma nova vulnerabilidade. Cada equilíbrio sugere como a pessoa é composta, mas cada um também sugere uma nova maneira para a pessoa perder a sua composição. (KEGAN, 1982, p.114)

Diante disso, é possível entender o papel da mudança contínua ao discutir o conceito de self e sua relação com a filosofia dialética. Linehan (2010, p. 44) afirma: “a cada momento, existe um equilíbrio temporário entre as tentativas da paciente de manter a si mesma sem mudar, e suas tentativas de mudar independentemente das limitações da sua história e situação atual”. Ou seja, a DBT promove não apenas a

aceitação da condição do paciente, mas uma mudança contínua em busca de quem ele é e de quem pode se tornar a partir de suas condições.

4.2 O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A AUTOIMAGEM

Como discutido anteriormente, a autoimagem do indivíduo borderline é muito prejudicada pela desregulação generalizada que sofre. Por não haver estabilidade em seus comportamentos e emoções, os pacientes buscam no ambiente que estão como devem se comportar, pensar e sentir. Como a DBT entende o self como uma construção social, a dificuldade desses indivíduos de se conectar com outras pessoas influencia muito em sua identidade e autoimagem. Outro ponto que influencia sua personalidade é a chamada clivagem borderline. Esse termo diz sobre o comportamento desses indivíduos de se prender a tese ou a antítese, não chegando à síntese. Ou seja, são indivíduos com pensamentos dicotômicos, generalistas e rígidos. Isso também os levam a se comportarem de forma disfuncional, interferindo em suas relações, impactando no seu self (LINEHAN, 2010).

Ao se entender como oposição ao outro, o indivíduo com TPB sofrem de isolamento, alienação e sensação de perder o contato ou não se encaixar. Eles não conseguem se entender como diferente e ao mesmo tempo parte do todo. Por isso, muitas vezes, “mudam” de personalidade de acordo com o contexto vivido (LINEHAN, 2010).

Além disso, ao discutir a relação entre o desenvolvimento do bebê e suas necessidades afetivas, a Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby (2002) descreve importância dos vínculos afetivos iniciais da vida humana no desenvolvimento saudável desse indivíduo. Os padrões inatos são parte do sistema de apego, eles garantem a sobrevivência por demandar cuidado, proteção e afeto. O sistema de apego faz com que o bebê comunique que algo não está bem para que o cuidador possa suprir essa necessidade. Porém, quando essas necessidades de apego não são correspondidas, as crianças podem desenvolver um apego desorganizado, em que diz respeito a cuidadores incapazes de cuidar dos filhos, levando a eles a se comportarem de forma incoerente com as situações. Esse tipo de apego inseguro é característico de pessoas com o Transtorno de Personalidade Borderline, pois

apresentam uma desregulação emocional por não haver uma figura de apego correspondente para regular essas emoções, resultando em uma confusão em sua autopercepção e autoconceito (DORNELLES, ALANO, 2021).

Em comparação a Teoria Biossocial, a Teoria do Apego se assemelha ao entender o quanto o ambiente invalidante influencia na construção e percepção de self do indivíduo. O sistema indivíduo-ambiente discutido por Linehan (2010, p. 48) diz que “o funcionamento individual e as condições ambientais são mutuamente e continuamente interativas, recíprocas e interdependentes”. Dessa forma, o senso de identidade pessoal se define pela forma como o indivíduo se enxerga e pela reação das pessoas aos seus comportamentos. Porém, como a desregulação do paciente borderline faz com que ele não tenha um padrão de comportamento, essa imprevisibilidade, e a tentativa de inibir as respostas emocionais, somam com o distúrbio de identidade (LINEHAN, 2010).

5 A DBT COMO TRATAMENTO PARA O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

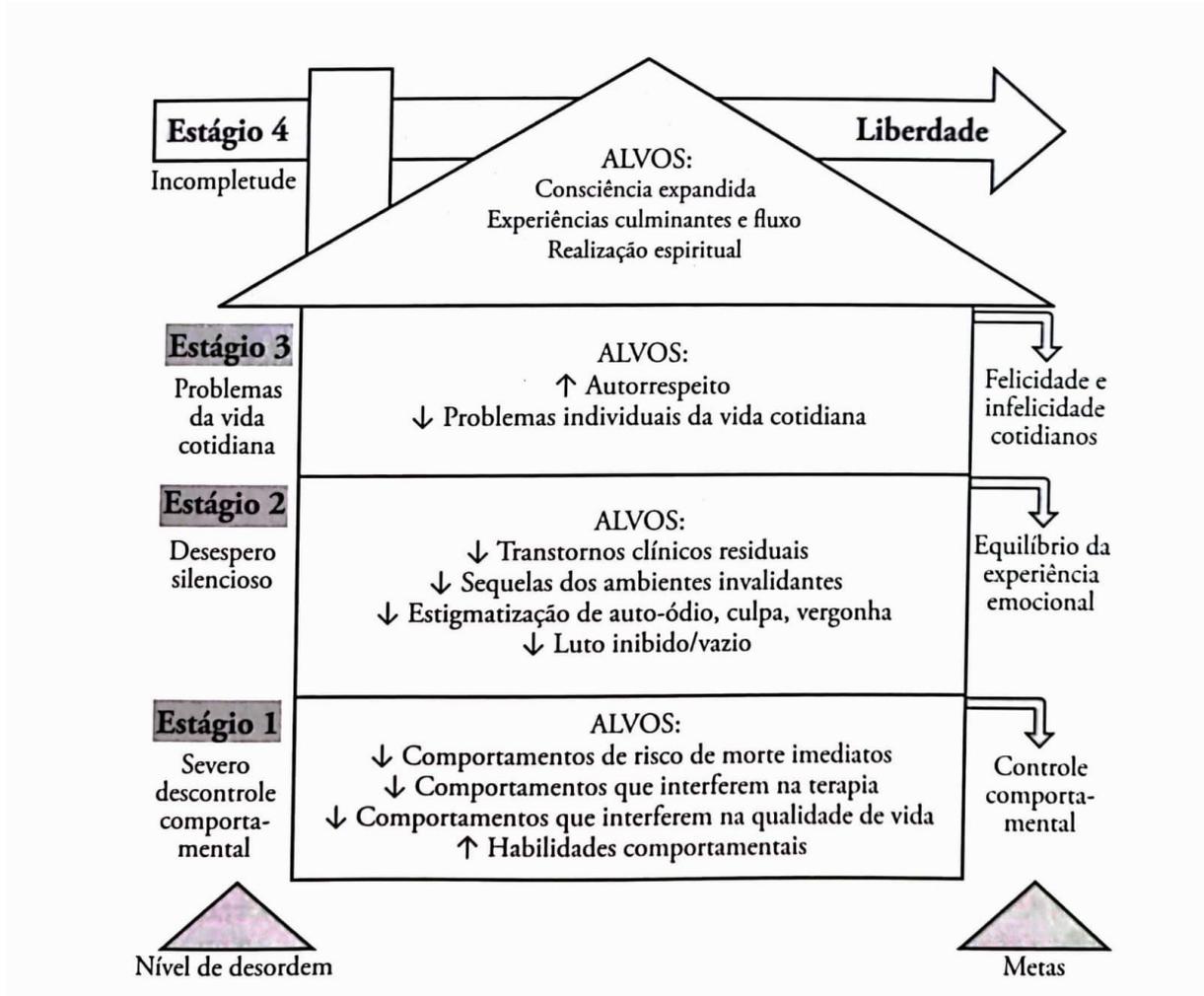
Em relação ao tratamento do TPB, é importante destacar suas funções a fim de compreender sua estrutura. As funções do tratamento dizem respeito a aprimorar as competências do cliente, ensinando novas habilidade ao paciente, além de usar a psicofarmacologia; melhorar a motivação do cliente para mudar; garantir que as novas competências do cliente se generalizem para o ambiente natural; aprimorar as capacidades e a motivação do terapeuta para tratar os clientes de forma efetiva, através de supervisões, reuniões de consultoria; estruturar o ambiente das maneiras necessárias para aprimorar as capacidades dos clientes e dos terapeutas (KOERNER, 2020).

A fim de fornecer um tratamento eficaz para o paciente, é importante que o terapeuta realize um planejamento para o auxiliar nas tomadas de decisões clínicas. Além disso, sabe-se que cada indivíduo reage de forma diferente a determinados eventos, possui diferentes especificidades de cada sintoma, além de comorbidades, fazendo com que o tratamento precise ser planejado de forma individualizada para que ele tenha o melhor prognóstico possível. É através da formulação de caso que o

terapeuta irá pontuar essas questões de forma ativa durante todo o processo. A forma que o terapeuta irá estruturar o tratamento a partir de inúmeras demandas do paciente será através da hierarquia dos estágios de metas e alvos. As metas dizem respeito dos objetivos finais de cada estágio trabalhado. Já os alvos são os comportamentos que necessitam de mudança (KOERNER, 2020).

Nesse sentido, a DBT realiza um momento de orientação e compromisso nos primeiros encontros entre terapeuta e paciente, o pré-tratamento. Esse momento consiste primeiramente na decisão da cooperação do paciente ao tratamento, na coleta de dados, coleta da história do indivíduo, entendendo quais são as prioridades iniciais, além de realizar acordos sobre as metas e métodos, e reforçar o compromisso de concluir o plano acordado (NEACSIU, LINEHAN, 2016).

O estágio 1 do tratamento é indicado para pacientes que apresentam sintomas mais graves do transtorno, como comportamentos suicidas e homicidas, comportamentos que prejudicam o processo do tratamento ou que interferem na qualidade de vida do paciente e algum déficit nas habilidades comportamentais importantes para dar continuidade ao tratamento. Esse estágio tem como objetivo controlar as ações do indivíduo a fim de aumentar a expectativa de vida. O estágio 2 se resume em ajudar o paciente a se conectar a experiências não traumáticas ou disfuncionais, se conectando com o meio ambiente e trabalhando as memórias do ambiente invalidante com o objetivo de ajudar o paciente a viver uma vida digna de ser vivida. É a partir do estágio 3 que o paciente consegue visualizar mais facilmente essa vida, por concentrar o tratamento em aumentar o respeito pelo self, em buscar no paciente um sentido de viver, de se conectar com quem ele era ou o que deseja ser e viver, dominando seus comportamentos, emoções e melhorando sua qualidade de vida. É importante lembrar que esses estágios não ocorrem de forma linear, muitas vezes é preciso voltar a estágios passados no decorrer dos acontecimentos da vida do paciente (MELO, 2014). A fim de explicar os estágios, alvos e metas de tratamento, Swenson (2016) criou a seguinte ilustração:



Fonte: SWENSON, 2016, p. 134 apud DORNELLES, ALANO, 2021, p. 343

5.1 ESTRATÉGIAS NUCLEARES DE TRATAMENTO

As estratégias de tratamento têm como objetivo auxiliar o terapeuta a alcançar os alvos e metas do tratamento. Essas estratégias são ferramentas selecionadas de acordo com a demanda do paciente (DORNELLES, ALANO, SCHAFER, 2021). São elas: as estratégias de mudança, baseadas em princípios comportamentais e protocolos cognitivo-comportamentais, seu objetivo é motivar o paciente a se comprometer com o processo de mudança, fator muito importante no tratamento da desregulação emocional, tendo como principal técnica nesse conjunto a análise em cadeia, usada para identificar as variáveis em torno dos comportamentos disfuncionais, modificando tal variável para obter mudança no comportamento

problemático, além de outras técnicas utilizadas como terapia de exposição, manejo de contingência e modificação cognitiva; estratégias de validação voltadas para a aceitação, Linehan (2010, p. 43) destaca que “no lugar de procurar validade do comportamento atual do paciente na aprendizagem do passado, comecei a procurá-la e encontrá-la no momento atual. Assim, a ideia me levou um passo além de apenas sentir empatia pelo paciente. A validação hoje é uma parte crucial da DBT”; e as estratégias dialéticas, como a filosofia dialética, elas seguem o princípio de que toda posição tem uma posição oposta, tem uma antítese, assim ao levar esse princípio como técnica no tratamento, o terapeuta busca com o paciente encontrar a síntese: um novo caminho a ser seguido, e isso é feito somando a validação e o caminho para a mudança. Koerner (2020, p. 43) refletiu esse conceito da seguinte forma: “implica resistir à simplificação excessiva e superar o pensamento dicotômico para encontrar genuinamente combinações viáveis de resolução de problemas e validação, razão e emoção, aceitação e mudança”. Algumas estratégias dialéticas são: metáfora, advogado do diabo e ativação da mente sábia.

5.2 TREINAMENTO DE HABILIDADES EM DBT

Como colocado anteriormente, o indivíduo com Transtorno de Personalidade Borderline apresenta grande déficit em suas habilidades, influenciando na desregulação em todas as áreas de sua vida. Dessa forma, é necessário aumentar o repertório de habilidades do paciente para que ele tenha mais recursos disponíveis ao se deparar com situações que normalmente apresentaria um comportamento disfuncional. Como as estratégias nucleares de tratamento, as habilidades são divididas entre habilidades de aceitação (habilidades de mindfulness e tolerância ao mal-estar) e habilidades de mudança (habilidades de regulação emocional e efetividade interpessoal) (LINEHAN, 2018). O treinamento de habilidades sociais pode ser realizado individualmente ou em grupo. O tratamento possui as seguintes funções:

aprimorar a capacidade do indivíduo por meio de aumento do comportamento habilidoso; melhorar e manter a motivação do paciente para mudar e se engajar no tratamento; garantir que a generalização de mudança ocorra ao longo do tratamento; aumentar 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 (LINEHAN, 2018, p. 11)

O treinamento de habilidades é composto por diferentes tipos de habilidades, como as habilidades de mindfulness; baseado na prática mindfulness que está ligado “a um esforço repetido de trazer a mente de volta à consciência do momento presente, sem julgamentos e sem apego” (LINEHAN, 2018, p. 148). Ou seja, levar o paciente a um processo intencional de viver o presente sem julgamentos; as habilidades de efetividade interpessoal, ao chegar a esta parte do treinamento, essas habilidades são divididas em 3 momentos. O primeiro momento está relacionado a conquistar objetivos, manter os relacionamentos e o autorrespeito. O segundo momento os ajuda a manter e desenvolver relacionamentos. Já o terceiro momento leva ao equilíbrio entre aceitação e mudança nos relacionamentos; as habilidades regulação emocional, elas estão voltadas a entender, identificar e nomear as emoções; e as habilidades de tolerância ao mal-estar: elas “focam em tolerar e sobreviver as crises (inclusive aquelas causadas por comportamentos de adição), bem como aceitar a vida como ela é no momento” (LINEHAN, 2018, p. 416).

6 O MANEJO DA DBT NA INSTABILIDADE DO SELF

Através dos princípios e estrutura da Terapia Comportamental Dialética, é possível entender a forma como a abordagem trabalha na instabilidade do self do indivíduo borderline. A DBT se mostra como um tratamento que não apenas busca a remissão dos sintomas do transtorno, mas ajuda o paciente no desenvolvimento de uma vida de acordo com seus princípios e valores, o levando a viver uma vida significativa (DONALD, LAWRENCE, BROADBEAR, RAO, 2018). Ou seja, o enfoque na mudança e na aceitação, além do treinamento de habilidades em DBT, são estratégias fundamentais para a recuperação da estabilidade do self do paciente.

As estratégias de validação ajudam o paciente ao entregar estabilidade pela percepção de coerências em seus atos e sentimentos. Elas mostram para o paciente que o que ele relata é compreensível, envolvendo o paciente a entender suas emoções, ações e pensamentos. Enquanto o ambiente invalidante não valida como o indivíduo se expressa, o terapeuta usa estratégias de validação, auxiliando no processo de individuação. A fim de reduzir os sintomas do transtorno, as estratégias dialéticas e de mudanças são importantes, somado a prática mindfulness (ROEPKE

et al., 2010). Ao praticar mindfulness, o paciente adquire capacidade de “experimentar conscientemente e observar a si mesmo e aos eventos circundantes, com curiosidade e sem julgamentos; ver e articular a realidade como ela é; e participar do fluxo do momento presente de modo efetivo” (LINEHAN, 2018, p. 11). Além disso, o mindfulness auxilia as habilidades de efetividade interpessoal, um dos principais fatores que influenciam na autoimagem.

O treinamento de habilidades em conjunto com a terapia individual também influencia muito no processo da estabilidade do self. Todos os treinamentos são importantes nele, porém o destaque principal é o treinamento de habilidades mindfulness. Uma técnica muito eficaz nesse processo da estabilidade do self, também encontrada no treinamento, é a “mente sábia”, uma estratégia dialética. Na DBT há 3 estados da mente: a mente racional, a mente emocional e a mente sábia. A mente racional diz respeito a um pensamento mais racional e lógico acerca dos problemas; na mente emocional, as emoções são desreguladas e o pensamento lógico se torna difícil, distorcendo ou ampliando os acontecimentos; a mente sábia é a junção da mente racional e a mente emocional, a integração dos opostos. Ela seria a sabedoria interior que cada indivíduo possui, “a capacidade de acessar, e em seguida, aplicar os conhecimentos, a experiência e o bom senso para a situação em questão” (LINEHAN, 2018, p. 163). A mente sábia leva o indivíduo a ter sabedoria com sua vida, suas escolhas e ações. Linehan (2010, p. 206) descreve:

As pacientes borderline devem aprender a acessar a “mente sábia”. De fato, elas devem abandonar o processamento emocional e análises lógicas, ideias prontas e reações extremas, devendo se tornar suficientemente calmas para permitir que o saber sábio ocorra de forma descomplicada e livre de outros modos de saber mais volitivos (a “mente racional”) ou superdeterminados (a “mente emocional”).

Dessa forma, pode-se dizer que o tratamento da DBT como um todo leva o indivíduo a se entender como pessoa, estabilizando seu self. Desde o primeiro estágio de tratamento, diminuindo comportamentos disfuncionais como autolesão e uso abusivo de substâncias, até o último estágio, promovendo o autorrespeito e o levando a alcançar objetivos individuais (LINEHAN, 2010). Ou seja, a DBT tira o indivíduo do meio da desregulação generalizada e o leva a entender quem ele é e quais seus anseios, promovendo uma vida que vale a pena ser vivida.

Logo no pré-tratamento, faz-se um convite ao comprometimento com a melhora, por lutar por si e sair da crise. Se comprometer com o processo do tratamento leva o paciente a responsabilidade consigo e sua melhora. Durante os estágios, comportamentos gerados pelo tratamento auxiliam no desenvolvimento do self do paciente, também de sua autoimagem, aumentando a qualidade de vida do paciente ao ensiná-lo novas habilidades, o aceitando e motivando para mudança, além de diminuir as sequelas do ambiente invalidante e dos sentimentos como auto-ódio, culpa e vergonha. Isso leva o paciente a ter mais equilíbrio na experiência emocional, influenciando suas relações interpessoais, promovendo pertencimento, além de aumentando o autorrespeito, validando suas próprias emoções, opiniões e ações, ou seja, estabilizando o self do indivíduo borderline (TELLES, NETO, DORNELLES, 2021).

A partir da discussão realizada, pode-se perceber a DBT como um tratamento voltado a estabilidade do self, ou seja, eficaz ao auxiliar os pacientes borderline na desregulação do self, fornecendo técnicas em todos os estágios de seu tratamento, e por fim, apresentando uma prática voltada a autoimagem do paciente, resultando em mais senso de identidade e pertencimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Comportamental Dialética, assim como demonstram os estudos empíricos baseados na eficácia de seu tratamento, apresenta excelente capacitação no tratamento dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. Durante sua estrutura, pode-se perceber sua competência ao levar esses pacientes à uma vida significativa. Através da pesquisa, a importância da autoimagem ficou ainda mais evidente, especialmente aos indivíduos com TPB. Dessa forma, como visto, o tratamento proposto pela DBT fornece ao paciente a estabilidade do self, por proporcionar uma prática clínica voltada ao manejo da desregulação global que esse indivíduo se encontra.

O principal objetivo do presente artigo foi discutir a instabilidade da autoimagem do paciente borderline, destacando o papel da DBT ao fornecer ao paciente uma melhor qualidade de vida. Apesar de não haver muitos estudos disponíveis

aprofundando no self do paciente borderline, ao discutir sobre os princípios e o tratamento em DBT de acordo com o objetivo proposto no presente artigo, pode-se perceber sua influência na autoimagem do paciente borderline.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, American Psychiatric. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DONALD, F. et al. An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder: subtítulo do artigo. **Australasian Psychiatry**, New Zealand, v. 27, n. 1, p. 56-59, fev./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1039856218797418>. Acesso em: 22 out. 2022.

DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego S. Transtorno da personalidade borderline: descrição. *In*: DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego Santos. **Transtorno da personalidade borderline**: da etiologia ao tratamento. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2021. p. 1 – 18.

DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego S; SCHAFER, Julia. Terapia comportamental dialética III – Estratégias de tratamento. *In*: DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego Santos. **Transtorno da personalidade borderline**: da etiologia ao tratamento. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2021. p. 390 – 434.

KEGAN, Robert. **The evolving self**: Problem and process in human development. 1. ed. Cambridge: Harvard University Press, 1983.

KOERNER, Kelly. **Aplicando a terapia comportamental dialética**: um guia prático. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2020.

LEONARDI, Jan Luiz; MEYER, Sonia Beatriz. Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 1139-1156, dez/2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001552014>. Acesso em: 22 out. 2022.

LINEHAN, Marsha. **Terapia cognitivo comportamental para transtorno da personalidade borderline**: guia do terapeuta. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LINEHAN, Marsha. **Treinamento de habilidades em DBT**: manual do terapeuta. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LINEHAN, Marsha; WILKS, Chelsey. The course and evolution of dialectical behavior therapy. **American journal of psychotherapy**, v. 69, n. 2, p. 97-110, set./2015.

Disponível em:

https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 13 out. 2022.

MELO, Wilson V. Terapia comportamental dialética. *In*: MELO, Wilson V. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva**. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2014. p. 314 – 343.

NEACSIU, Andrada; LINEHAN, Marsha. Transtorno da personalidade borderline. *In*: BARLOW, David H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 393 – 460.

REIS, Aline H; PALMA, Priscila C. Regulação emocional no transtorno da personalidade borderline. *In*: DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego Santos. **Transtorno da personalidade borderline: da etiologia ao tratamento**. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2021. p. 165 – 200.

ROEPKE, S. et al. Dialectic Behavioural Therapy Has an Impact on Self-Concept Clarity and Facets of Self-Esteem in Women with Borderline Personality Disorder. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, Berlin, v. 18, n. 2, p. 148-158, Feb/2010.

TELES, Débora F; NETO, Esequias C A; DORNELLES, Vinícius Guimarães. Terapia comportamental dialética II – formulação de caso: trabalhando com estágios de tratamento, alvos comportamentais e dilemas dialéticos. *In*: DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego Santos. **Transtorno da personalidade borderline: da etiologia ao tratamento**. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2021. p. 337 – 387.

WAGNER, Marcia F; CECCONELLO, William W; WAGNER, Claudio J. P; ZANCAN, Natália. Treinamento em habilidades sociais no transtorno da personalidade borderline. *In*: DORNELLES, Vinícius Guimarães; ALANO, Diego Santos. **Transtorno da personalidade borderline: da etiologia ao tratamento**. 1. ed. Novo Hamburgo: Synopsis Editora, 2021. p. 577 – 602.

SWENSON, C R. **DBT principles in action: acceptance, change, and dialectics**. 1. ed. New York: The Guilford Press, 2016.