NSTITUTO ENSINAR BRASIL

FACULDADES UNIFICADAS DE TEÓFILO OTONI

CURSO DE PSICOLOGIA

CAROLINE DE SOUZA GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS ABORDAGENS CLÍNICAS PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (FAP) E TERAPIA DIALÉTICA (TCD), NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

TEÓFILO OTONI

2016

CAROLINE DE SOUZA GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS ABORDAGENS CLÍNICAS PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (FAP) E TERAPIA DIALÉTICA (TCD), NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni como requisito parcial para a obtenção do título de Habilitação em Psicologia.

Orientador**:** Prof. João Carlos Muniz Martinelli

TEÓFILO OTONI

2016

CAROLINE DE SOUZA GONÇALVES

CARACTERIZAÇÃO E COMPARAÇÃO DAS ABORDAGENS CLÍNICAS PSICOTERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (FAP) E TERAPIA DIALÉTICA (TCD), NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia das Faculdades Unificadas de Teófilo Otoni como requisito parcial para a obtenção do título de Habilitação em Psicologia.

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador: Prof. MSc. João Carlos Muniz Martinelli

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro: Profa. MSc. Kely Prata Silva

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membro: Prof. Esp. Reinaldo Melo Silva

Aprovada em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me deu-me forças para enfrentar os obstáculos, me conduziu pelos caminhos difíceis e não me deixou desistir diante das dificuldades.

Senhor, agradeço pelo teu amor, todas as minhas vitórias são tuas, te amo.

Aos meus pais preciosos exemplos de vida, que estiveram sempre ao meu lado, me ajudando nos momentos difíceis e se alegrando com minhas conquistas, que superaram comigo todos os obstáculos para que hoje sejamos, todos, agraciados por Deus com mais esta vitória. Amo vocês.

Ao meu namorado, que me apoiou e esteve sempre comigo, me dando força e me ajudando a me erguer nos momentos difíceis. Sendo meu parceiro e meu amigo. Te amo...

Ao meu orientador, João Carlos Muniz Martinelli, pela oportunidade de aceitar ser meu orientador, onde marcou a minha história, com sua visão cientifica e diferenciada, obrigada pelas minuciosas correções, apontamentos e supervisões. Tudo isso serviu não apenas para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho, como também para minha formação profissional e pessoal. Foi uma honra tê-lo como orientador, obrigada por tudo.

Aos meus amigos, que com o poder da amizade me incentivaram e apoiaram durante minha caminhada e compartilharam comigo das alegrias e tristezas desses 5 anos...

E aos meus professores que durante toda minha formação de estudante ensinaram-me o quanto é bom estudar.

"Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente."

Skinner (1969, p. 8)

**RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo compreender e analisar sobre a formação da Personalidade *Borderline*, os critérios de classificação, e o diagnostico entendidos na visão comportamental, que se baseia em comportamentos inadequados num contexto inapropriado. Propõe esclarecer sobre as causas, sintomas, comportamentos e tratamento para essa patologia dentro do sessão terapêutica, a importância do papel do terapeuta, como facilitador do processo no tratamento do Transtorno da Personalidade *Borderline*, a análise das características, a eficiência das Terapias comportamentais da terceira geração a terapia Funcional Analista (FAP) e a Terapia Dialética Comportamental (TDC) para pessoas acometidas com o diagnóstico da Personalidade *Borderline*, enfatiza as diferenças e semelhanças das Terapias (FAP) e (TDC) desenvolvendo habilidades, proporcionando qualidade de vida para esses clientes. O ambiente terapêutico é uma forma que favorece o tratamento para que o paciente possa adaptar as especialidades estruturais desse quadro clínico, possibilitando ao paciente com o diagnóstico do transtorno da personalidade *Borderline* uma vida equilibrada.

**Palavras-chave**: Transtorno de Personalidade *Borderline*; Psicoterapia Analítico Funcional; Terapia Dialética

**ABSTRACT**

The present work aims to understand and analyze the formation of the Borderline Personality, the classification criteria, and the diagnosis understood in the behavioral view, which is based on inappropriate behaviors in an inappropriate context. It proposes to clarify the causes, symptoms, behaviors and treatment for this pathology within the therapeutic session, the importance of the role of the therapist within the sessions, as facilitator of the process in the treatment of Borderline Personality Disorder, the analysis of the characteristics, in this context seeks to prove (FAP) and Behavioral Dialectic Therapy (TDC) for people affected by the diagnosis of Borderline Personality, Emphasizes the differences and similarities of Therapies (FAP) and (TDC) by developing skills, Providing quality of life for these clients. In addition, it is emphasized that the use of these Behavioral Therapies is the most indicated in these cases, which suggests that the therapist knows how to handle the setting in a way that favors the treatment so that the patient can adapt the structural specialties of this clinical picture, Patient with the diagnosis of Borderline personality disorder a balanced life.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Functional Analytical Psychotherapy; Dialectic Therapy

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA – Associação de Psiquiatria

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRR – Comportamento Clinicamente Relevante

DSM-IV-TR–Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4.ed. texto revisado

FAP –Terapia Funcional Analítica

OMS – Organização Mundial da Saúde

TCD – Terapia Comportamental Dialética

TPB – Transtorno de Personalidade *Borderline*

**SUMÁRIO**

[1 INTRODUÇÃO 19](#_Toc468654735)

[2.OBJETIVO 21](#_Toc468654736)

[2.1 GERAL 21](#_Toc468654737)

[2.2 ESPECIFICOS 21](#_Toc468654738)

[3 METODOLOGIA E MÉTODO 23](#_Toc468654739)

[3.1. METODOLOGIA 23](#_Toc468654740)

[3.2 MÉTODO 23](#_Toc468654741)

[**3.2.1 Fonte** 23](#_Toc468654742)

[**3.2.2 Procedimento e análise do material 24**](#_Toc468654743)

[4 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO 25](#_Toc468654744)

[4.1 DEFINIÇÃO 25](#_Toc468654745)

[4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE 27](#_Toc468654746)

[4.3 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE BORDERLINE: DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS 29](#_Toc468654747)

[5 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A TERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (FAP) 31](#_Toc468654748)

[5.1 FUNDAMENTOS DA FAP 31](#_Toc468654749)

[6 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (TD) 37](#_Toc468654750)

[6.1 FUNDAMENTOS DA TERAPIA DIALÉTICA 37](#_Toc468654751)

[6.2 TERAPIA DIALÉTICA E PERSONALIDADE 40](#_Toc468654752)

[6.3 TERAPIA DIALÉTICA E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO BORDERLINE 40](#_Toc468654753)

[7 DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E A TERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA 43](#_Toc468654754)

[7.1. SEUS FUNDAMENTOS 43](#_Toc468654755)

[7.1.1 Diferenças 43](#_Toc468654756)

[7.1.2 Semelhanças 44](#_Toc468654757)

[7.2 SUA CONCEPÇÃO DE PERSONALIDADE 44](#_Toc468654758)

[7.2.1 Diferenças 45](#_Toc468654759)

[7.2.2 Semelhanças](#_Toc468654760) 45

[7.3. O TRATAMENTO ADOTADO 45](#_Toc468654761)

[7.3.1 Diferenças 45](#_Toc468654762)

[7.3.2 Semelhanças 46](#_Toc468654763)

[8 DISCUSSÃO 47](#_Toc468654764)

[9 CONSIDERAÇÕES FINAIS 51](#_Toc468654765)

[REFERÊNCIAS 53](#_Toc468654766)

[Anexo 1 57](#_Toc468654767)

# **1 INTRODUÇÃO**

Por se tratar de um fenômeno complexo que envolve aspectos biológicos, psicológicos e culturais, o estudo a respeito do comportamento humano e suas alterações tem despertado interesse tanto da comunidade acadêmica quanto de outros profissionais envolvidos com esta temática. O enfrentamento desses transtornos do comportamento, por sua vez, tem exigido ainda a produção de intervenções bem-sucedidas, cujos procedimentos incluam: serem de fácil aplicação, de menor custo e de fácil seguimento pelo paciente, se caracterizando aqui como práticas psicoterápicas. Psicólogos clínicos e psiquiatras vêm se debruçando em pesquisas para compreenderem esses fenômenos clínicos, e buscado, quando na intervenção, meios que têm demonstrado eficácia como medidas avaliativas e técnicas, que impliquem nesses resultados, seja em pesquisa e/ou seu uso em campo.

O presente estudo busca descrever a relação entre uma taxonomia diagnóstica: o transtorno de personalidade *Borderline* (TPB), e duas modalidades de tratamento relacionadas a relatos de serem práticas, com resultados satisfatórios: A Psicoterapia Analítica Funcional[[1]](#footnote-1) (FAP) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD).

Estruturado como uma revisão bibliográfica este trabalho apresenta como objetivo: caracterizar e comparar as abordagens clínicas Terapia Funcional Analítica (FAP) e Terapia Comportamental Dialética (TCD) no tratamento de pacientes com o diagnóstico de Transtorno da personalidade *Borderline*.

A organização do texto, inclui1. Os Transtornos da Personalidade: definição e classificação, que enfoca os fatores psicológicos e o surgimento das alterações acarretando disfunções. 2. O transtorno de Personalidade *Borderline*, onde será apresentada a definição e a classificação deste transtorno. 3. Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline pela Terapia Funcional Analítica (FAP) e pela Terapia Comportamental Dialética (TCD), que destaca a contribuição das terapias comportamentais, para um tratamento ativo para este tipo de Transtorno.4.Diferenças e Semelhanças entre a Terapia Funcional Analítica (FAP) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD).

# 

# **2. OBJETIVO**

## 2.1 GERAL

Caracterizar e comparar as abordagens clínicas da psicoterapia funcional analítica (FAP) e terapia dialética (TCD) no tratamento de pacientes com o diagnóstico de transtorno da personalidade *Borderline*.

## 2.2 ESPECIFICOS

1. Definir Transtorno de Personalidade, e descrever suas características, definições e classificações.
2. Definir Transtorno de Personalidade *Borderline*, e descrever suas características e critérios diagnósticos.
3. Descrever a FAP, de acordo com:
   1. Seus fundamentos
   2. Sua concepção de personalidade
   3. O tratamento adotado
4. Descrever a TCD, de acordo com:
   1. Seus fundamentos
   2. Sua concepção de personalidade
   3. O tratamento adotado
5. Comparar e descrever diferenças e semelhanças entre a FAP e a TCD, quanto a:
   1. Seus fundamentos
   2. Sua concepção de personalidade
   3. O tratamento adotado

**3 METODOLOGIA E MÉTODO**

Esta é uma pesquisa bibliográfica, “desenvolvida com base em material já elaborado, instituído principalmente de livros” e publicações acadêmico-científicas (Gil, 2002). Este tipo de pesquisa, por seu cunho descritivo, permite compreender amplamente um fenômeno, favorecendo a descrição de suas características mais significativas como proposto nos objetivos desta investigação.

Esta pesquisa foi desenvolvida em três etapas, sendo a primeira a efetivação de um levantamento bibliográfico a partir de livros de leitura corrente referentes à Terapia Comportamental, publicações acadêmico-científicas (artigos, dissertações, teses e anais de eventos científicos) indexadas em bases de dados como BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); BVS-Psi (Biblioteca Virtual em Psicologia) e *Redalyc* (Rede de Revistas Científicas da América Latina, do Caribe, da Espanha e de Portugal).

Os descritores utilizados nesta busca foram: formação da personalidade, Transtornos e Transtorno da personalidade *Borderline*, comportamento disfuncional, FAP, Psicopatologia e Psiquiatria. Este procedimento possibilitou compreender o desenvolvimento histórico dos estudos sobre a personalidade e os transtornos sobre o viés histórico da análise do comportamento, e verificar o que é apresentado pelos principais teóricos e pesquisadores sobre este tema. Além disso, serão utilizados os critérios diagnósticos do DSM (Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais) e CID (Classificação Internacional de Doenças) para classificação dos Transtornos.

Os critérios para seleção de material pertinente à temática desta investigação e sua análise em termos quantitativos incluirão obras publicadas em português, no período de 1977 a 2016, em que haja acesso ao texto completo da publicação e cuja temática esteja diretamente relacionada com a perspectiva comportamental sobre os transtornos mentais e o transtorno da personalidade *Borderline* e seu tratamento psicoterapêutico.

O levantamento bibliográfico inicial dos livros de leitura corrente apontou como as obras mais citadas e referenciadas da teoria comportamental as seguintes produções com seus respectivos autores: Comportamento e Cognição (1. ed., 2007), de Rooselvet. R, Starling; Psicoterapia Analítica Funcional (2001), Robert. J.

Kolhenberg. M. Tsai; Sobre Comportamento e Cognição (1. ed., 2002), O estudo da Personalidade*)* Lundin, R.; Ciência do Comportamento humano, (1998) Skinner.   
B. F.

Portanto, para esta busca foram considerados períodos de publicação superiores por se tratar de obras de relevância teórica para o desenvolvimento deste trabalho.

A segunda etapa incluiu a leitura do material coletado e sua análise em termos qualitativos a fim de identificar as informações e dados constantes numa configuração ampla da temática investigada (leitura exploratória), estabelecer relações entre estas informações e dados e o problema e os objetivos desta pesquisa (leitura seletiva e analítica) e analisar as convergências e as divergências destas informações e dados apresentados nos estudos (leitura interpretativa).

A terceira etapa consistiu na tomada de apontamentos e na construção lógica da monografia a fim de alcançar um panorama a respeito dos estudos consultados e da temática investigada.

**REVISÃO DE LITERATURA**

# **4 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO**

## 4.1 DEFINIÇÃO

Conforme Funk, Drew e Saraceno,( 2005) a Organização Mundial da Saúde apontou que há questões associadas ao diagnóstico de transtorno de personalidade, sobretudo relacionando essa classe diagnóstica a resultados efetivos de tratamentos.

A inclusão do transtorno de personalidade na definição de transtorno mental é uma questão igualmente complexa. Os transtornos de personalidade são considerados como parte do espectro dos transtornos mentais em um nível clínico, conforme mostra sua inclusão em sistemas classificatórios como o ICD-10 (WHO, 1992) e o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Entretanto, existem dúvidas acerca da validade e confiabilidade do diagnóstico de muitos subtipos de transtornos de personalidade. As questões dizem respeito, sobretudo, ao grau em que os transtornos de personalidade são suscetíveis de tratamento. Conquanto ainda haja poucas modalidades de tratamento bem validadas e amplamente aceitas para a maior parte dos tipos de transtornos de personalidade, existem dados crescentes de que muitos desses transtornos são, de fato, passíveis de tratamento ” (FUNK, DREW & SARACENO, 2005, p.28)

O transtorno de personalidade se configura também por preocupações como: 1) ser incluído em legislações de países, para que se permita controle sobre indivíduos, como por exemplo, dissidentes políticos, jovens, mulheres e indivíduos pobres; e mesmo legislar sobre internação e admissão involuntárias para fins de tratamento. Nesse último aspecto, a Organização Mundial de Saúde (FUNK, DREW & SARACENO, 2005, p.65), afirma “.... Uma questão crucial para a legislação do país é determinar se as condições específicas devem ser incluídas ou excluídas da admissão involuntária. Os diagnósticos mais controvertidos incluem retardamento mental, abuso de substância e transtorno de personalidade ...”.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 (OMS, (2008), o Transtorno de Personalidade é definido como:

Transtorno de Personalidade e do comportamento do adulto compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns desses estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida. [...], representam modalidades de comportamento profundamente enraizadas e duradouras, que se manifestam sob a forma de reações inflexíveis a situações pessoais e sociais de natureza muito variada. Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em comparação com as de um indivíduo médio de uma dada cultura. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e o comprometimento de intensidade variável do desempenho social. (OMS, 2008, p. 351)

Carvalho, Bartholomeu e Silva (2010), em estudo de revisão, descrevem\ que em saúde mental uma divisão comum para os transtornos mentais (com base no DSM-IV-TR; APA, 2003), considera dois grandes grupos: os transtornos clínicos (Eixo I) e os transtornos da personalidade (Eixo II). Três critérios são definidores da diferenciação entre grupos: a) evidências do transtorno; b) persistência temporal dos sintomas; e, a natureza das dificuldades e prejuízos dele decorrente. Os transtornos da personalidade são tratados como construtos teóricos[[2]](#footnote-2), que propõem definidores específicos, como: apresentar suas primeiras evidências já na adolescência ou no início da vida adulta, persistir ao longo da vida, e a extensão e prejuízos decorrentes participariam de grande parte do funcionamento do indivíduo. Dependendo da teoria de suporte, esses transtornos podem ser descritos de forma distinta. E, três grupos diagnósticos são descritos: “.... grupo A (paranóide, esquizóide e esquizotípico); grupo B (anti-social, borderline, histriônico e narcisista); e, grupo C (esquiva, dependente e obsessivo-compulsivo)...” (idem, p. 290).

Os autores ressaltam ainda atributos do transtorno de personalidade, como características do quadro clínico: inflexibilidade adaptativa, dificuldades nos relacionamentos e no enfrentamento de estressores, presença de círculos viciosos, quanto a percepções, necessidades e comportamentos persistentes, e que intensificam as dificuldades, e estabilidade tênue.

O DSM-IV-TR (2003), por sua vez, define transtorno de personalidade, abordando essas características:

´´ um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo (p. 641, apud CARVALHO, BARTHOLOMEU e SILVA, 2010, p. 290).

De acordo com Araújo e Neto (2013) os critérios diagnósticos e classificação dos Transtornos de personalidade não sofreram mudanças entre os manuais DSM-IV-TR e DSM V, verificando que o DSM IV TR menciona mais detalhes sobre estes Transtornos, daí o uso das duas fontes no presente trabalho. Conforme pode ser observado abaixo, o DSM-V (2013) define Transtorno de Personalidade como:

Um transtorno da personalidade é 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.”

## 4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Há diversos tipos de Transtornos de Personalidade referidos nos manuais classificatórios como a CID-10, e DSM-IV no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4.ed. - texto revisado (DSM IV-TR) (APA, 2002).(DSM V, 2013), sugerindo que uma divisão é necessária entre os quadros clínicos, resultando em diversas nomenclaturas para diferentes quadros.

No caso do DSM-V (APA, 2013), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente em vigor, lista 10 transtornos de personalidade específicos (Vide anexo 1), a saber: Transtorno da personalidade paranoide, esquizoide, esquizotípica, antissocial, borderline, histriônica, narcisista, evitativa, Transtorno da personalidade dependente, obsessivo-compulsiva, Mudança de personalidade devido a outra condição médica , Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado.

A intenção da distinção dessas condições é facilitar a comunicação entre profissionais de saúde para assimilação dos comportamentos e padrões de comportamentos observados, e sua diferenciação. Outros critérios diferenciais são considerados quando a condição apontada no transtorno tem comorbidade com outros diagnósticos, ou associa-se a uma condição médica ou abuso de substâncias.

Para que diagnósticos sejam feitos e que se melhor especifique um tratamento adequado, fazem-se necessárias avaliações comportamentais e exames. O diagnóstico diferencial deve ser considerado como um cuidado importante.Del Porto (1999) já alertava para as dificuldades em estabelecer um diagnóstico diferencial em casos de transtorno de personalidade *Borderline* (Eixo II) e transtorno bipolar (Eixo I), e isso pode ter consequências práticas e teóricas. O efeito do rótulo diagnóstico pode ainda resultar em preconceitos e formas diferentes de tratamentos, impedindo um auxílio adequado ao paciente.Del Porto (1999) assim descreve essa preocupação:

As flutuações do humor observadas nos bipolares II e III frequentemente dão origem a crises na profissão, na vida familiar e no relacionamento social. Não por acaso, esses pacientes, sujeitos a períodos de exaltação do humor e liberação dos impulsos sexuais e agressivos, são erroneamente classificados como tendo transtornos da personalidade (borderline, narcísico e histriônico) (p.10).

E continua adiante,

“Rotulada como portadora de um "distúrbio da personalidade", a pessoa passa muitas vezes a ser alvo do nihilismo terapêutico e vítima de preconceitos morais. Na melhor das hipóteses, passa a ser vista simplesmente como "um pessoa bizarra", acautelando-se os demais frente às suas "atuações" e "manipulações", principalmente se o diagnóstico for de um dos seguintes transtornos: " borderline", anti-social, narcísico e histriônico.” (p.11).

Não existem condições clínicas isoladas e alterações psicopatológicas compartimentalizadas desta ou daquela função. É sempre a pessoa na sua totalidade que adoece, ou que é assim diagnosticada. As funções perturbadas fazem pressentir transtornos subjacentes ligados a personalidade inteira atingida na sua estrutura e modo de existir.

## 4.3 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE BORDERLINE: DEFINIÇÃO E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Segundo Classificação Internacional das Doenças (CID) 10, (OMS, 2008), o Transtorno da Personalidade *Borderline* (Código F60.3) é caracterizado pela maneira com que o indivíduo de age, inconsequentemente , apresentando comportamentos impulsivos, relações sociais intensas e conflituosas, dificuldade de controlar as emoções, falha na auto imagem, dificuldade em planejar metas e projetos pessoais, comportamentos destrutivo, cometendo ainda atos e suicidas e parassuisidas.

De acordo com o manual DSM-V (2013), à semelhança de sua versão anterior (DSM-IV-TR, 2003), a definição do Transtorno da Personalidade *Borderline* se dá a partir da constatação da dificuldade do indivíduo em manter relacionamentos mais profundos, apresentando relações instáveis e conflituosas, geralmente sofrem com a percepção no senso de identidade, tem uma imagem distorcida de si, possuem metas, valores, opiniões que estão em constante mudança, essa instabilidade afetiva é devido a uma acentuada alteração no humor, em poucas horas de duração e raramente pode chegar a dias. Ainda, expressam raiva inadequada, o pânico raramente é aliviado por períodos de bem-estar. A raiva geralmente dirigida ao cuidador, familiar ou companheiro é associada a descuidado, abandono. As expressões de raiva costumam ser seguidas de vergonha e culpa, contribuindo para uma auto avaliação negativa.

De acordo com o DSM-V (APA,2003). Diversas outras características são observadas, como listados abaixo

* Passam imagem de si de pessoas más, normalmente essas experiências ocorrem em situações na qual o indivíduo sente falta de relações significativas de cuidado e apoio. Podem apresentar também um pior desempenho em situações não estruturadas de trabalho e estudo. São impulsivos em pelo menos duas áreas da vida, fortemente autodestrutivos, como gastar dinheiro exageradamente, comer excessivamente e dirigir inconsequentemente, envolvendo com substancias e fazendo sexo sem proteção.
* São reconhecidos como pelo esforço de não serem abandonados, de necessitar sempre de alguém por perto acaba tendo ações suicidas, chegando a ocorrer o suicido em 8 a 10% dos casos, o comportamento suicida é recorrente a uma tentativa de buscar ajuda e cessar o sofrimento.
* Abuso físico e sexual, negligência, traumas e perda parental prematura são mais comuns em histórias de infância de pessoas com o Transtorno da personalidade *Borderline*. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. O Transtorno da personalidade *Borderline* também ocorre frequentemente com outros Transtornos da personalidade.

A seguir, nos próximos capítulos, esse estudo acompanhará a definição prevalente à abordagem feita pelos autores. Quando necessário, dados adicionais permitirão identificar esse aspecto na citação do autor.

# **5 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A TERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA (FAP)**

## 5.1 FUNDAMENTOS DA FAP

Segundo Kolhenberg e Tsai (1991 apud Conte; Derby 2010) o nascimento da FAP se deu a partir da observação de resultados de mudança nos clientes, ocorriam quando a relação terapêutica era intensa, e verdadeira, desta forma observaram que a relação terapêutica poderia ser deixada de ser vista só como uma aplicação de técnicas comportamentais.

De acordo Vandenberghe (2007) A FAP é baseada filosoficamente no Behaviorismo Radical, onde o alvo é o comportamento humano moldado, é durante as sessões terapêuticos. A FAP é apontada como útil em casos de clientes com [...]´´dificuldades para se relacionar intimamente ou casos de clientes que se queixam de dificuldade em interações sociais e que são incapazes de descrever as suas causas´´[...]

Conforme ainda de acordo com o autor ,o terapeuta e o cliente devem deixar claro, o que pensam e o que querem, compartilhando experiências, revelando seus medos, frustrações. Odividir do sofrimento e o compartilhar desentimentos positivos de amor, proximidade, esperança, alegria e orgulho são indicativos da intimidade narelação. Partindo dessa base o terapeuta conseguirá uma relação que visa uma transformação profunda e satisfatória, as intervenções do terapeuta têm como objetivo a conscientizar o cliente à auto-observação e ao autoconhecimento.

De acordo com Villas Boas (2012), os CCRs são essencialmente de três tipos a depender da função que apresentam. Os CCR1s é o comportamento problema do cliente que ocorre dentro da sessão; os CCR2s são os comportamentos de melhora do cliente também apresentados em sessão; enquanto que os CCR3s são as diagnósticos feito pelo cliente sobre seu próprio comportamento. Quando tais comportamentos aparecem na sessão, é possível que o terapeuta trabalhe diretamente a relação existente entre terapeuta e cliente, levando primeiramente a uma melhora nessa relação. Como o objetivo final da terapia é promover uma melhora na vida diária do cliente, depois de trabalhada a própria relação terapêutica, é necessário que se promovam estratégias de generalização, a fim de levar essa melhora às demais relações vividas pelo cliente. O alvo do terapeuta FAP é responder adequadamente aos CCRs dentro da sessão, com o objetivo de diminuir as ocorrências de CCR1 e aumentar as ocorrências de CCR2.

De acordo com Kohlenberg Tsai (2001) O alvo principal da FAP são os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs) que são os comportamentos-problemas e os comportamentos finais que foram aprendidos no ambiente terapêutico.

Ainda de acordo com os autores Popovitzs e Silveira (2014) é a partir do entendimento das respostas do cliente , que são alvos da intervenção que vai ocorrer o estabelecimento de metas terapêuticas, visando a redução e a modelagem de respostas concorrentes, que serão generalizados para a vida diária melhorando as relações.

Segundo Kohlenberg e Tsai (1991 apud Kerbaury 2002 p.282) Para direcionar os atendimentos a FAP sugere nos atendimentos cinco regras para orientar o terapeuta:

1) observar os comportamentos clinicamente relevantes, o que propiciará fortes reações emocionais entre terapeuta e cliente, existindo portanto uma conseqüência para o comportamento; 2) evocar os comportamentos clinicamente relevantes, claro que dependendo dos problemas da vida diária do cliente; 3) reforçar as evocações de comportamentos clinicamente relevantes. Esse ponto é considerado pelos autores o mais difícil de ser praticado, especialmente pela dificuldade de reforçamento natural; 4) observar os efeitos dos reforçadores decorrentes do comportamento do terapeuta em relação aos comportamentos clínicos relevantes do cliente; 5) interpretar as variáveis que afetam o comportamento do cliente, pois a hipótese é de que auxiliam a produzir regras mais eficazes.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2001) O terapeuta precisa obter uma sensibilidade ao interpretar os comportamentos conhecidos como melhora do cliente, durante a sessão e fora da sessão, é preciso ficar atento para evocar e reforçar de uma forma natural as respostas significativas do cliente, é de acordo que os comportamentos aparecem durante a sessão e as contingências que o mantém, são pontos centrais da FAP.

Segundo Brandão (2000 apud Vandenberghe e Braga 2006) Para FAP relações naturais de sentimentos que ocorrem durante a sessão, facilita o contato com o cliente mais do que o relato verbal, a manifestação de sentimentos é condição básica para a compreensão da relação de intimidade entre cliente e terapeuta.

De acordo Sadi et al (2010) o terapeuta analítico comportamental está interessado mais na função do comportamento que na topografia, o foco da terapia é o comportamento problema identificados através da análise funcional e a partir de que circunstancias os facilitam e os mantém.

De acordo Skinner (1953) o terapeuta analítico comportamental entende que o comportamento é resultado do organismo ambiente, no qual o organismo comporta e suas ações tem efeitos no ambiente.

Segundo Vandenberghe (2007), o terapeuta necessita saber da história de vida e as relações sociais para examinar contingências que mantêm os padrões dos comportamentos; os sentimentos os quais o cliente se queixa são efeitos de exposição das contingências, pois contêm informações importantes para saber as contingências que o geraram.

A relação entre terapeuta se expande através destes repertórios interpessoais que mudarão a maneira do cliente se comportar, mas é a influência mútua entre terapeuta e cliente que proporciona as ocasiões para intervir. O fato desse relacionamento ser diferente de outros relacionamentos do cotidiano é que permite a atuação terapêutica e suas relações.

Conforme Kolhenberg e Tsai (1991) A terapia será ineficaz se o cliente não melhorar no ambiente terapêutico e esses ganhos não se dilatem para a vida cotidiana. Por isso, a generalização tem sido uma preocupação fundamental para os analistas do comportamento. A melhor maneira para preparar a generalização é conduzir a terapia no mesmo ambiente no qual o problema ocorre.

De acordo com Pezzato, Brandão e Oshiro (2012) A análise da relação terapêutica e os procedimentos da FAP utilizados demonstraram eficácia não apenas como instrumento de intervenção, mas como estratégia para propiciar a adesão da cliente ao processo terapêutico.

5.2 FAP E PERSONALIDADE

De acordo com Borges et al (2009), as experiências adquiridas ao longo da vida levam as pessoas a aprender táticas adaptativas, que passam a caracterizar a maneira do indivíduo se relacionar, é nessa aprendizagem que leva o indivíduo à noção do eu, formando assim sua personalidade

Ainda de acordo com o autor (2009) A proposta da FAP é desenvolver o o senso de identidade do cliente, fazendo com que o cliente adquira autonomia e reconheça seus potenciais e suas limitações. A FAP apresenta a formulação desenvolvimento do eu, desta forma e experiência do eu é explicada através da identificação e descrita para o que é vivenciado, as frustrações vividas pelo paciente que afetam a compreensão de si mesmo.

5.3 FAP E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO BORDERLINE

De acordo com Borges et al (2009) nos transtornos Psiquiátricos devem ser entendidos como conjunto de comportamentos que se desenvolveram inadequadamente do ambiente social em que o indivíduo fez parte.

De acordo com Vandenberghe (2007), no caso de um cliente com o diagnóstico de Transtorno da Personalidade *Borderline*, sua queixa origina de relacionamentos íntimos fracassados, pode ser analisado pelo terapeuta o que ele faz, que atrapalhe essas relações; o terapeuta tem a oportunidade de trabalhar as causas dos problemas, quando estão acontecendo ao vivo.

Ainda de acordo com o autor, a FAP é assinalada com uma terapia que assenta bem para clientes que não conseguiram melhora com terapias comportamentais convencionais, e para aqueles que têm dificuldade em estabelecer relações de intimidade ou problemas interpessoais difusos, semelhantes características das pessoas do Transtorno de Personalidade Borderline.

De acordo com Souza et al (2005), as necessidades emocionais, a falta de atenção, os sentimentos de solidão podem levar o cliente com transtorno de personalidade Borderline a transferir uma carência, exigindo das pessoas atenção e afeto, cuja insuficiência causa frustração.As vivências de punições excessivas, rejeições, abusos verbais deixam consequências aversivas na formação da personalidade do indivíduo, prejudicando as relações futuras que poderão ser marcadas por resistência e dominação com o outro.

Segundo Kohlenberg e Tsai (2001), a ocorrência de reações emocionais entre o terapeuta e o cliente pode dar acessos às causas de dificuldades, para os quais o cliente procura terapia, já que elas possam ser vivenciadas e analisadas enquanto estão ocorrendo, tendo a relação terapêutica como principal instrumento de transformação.

Ainda de acordo com o autor para entender os modelos interpessoais de um cliente, o terapeuta precisa analisar a história da pessoa, suas relações, para investigar quais contingências que mantêm tal comportamento, informações importantes que ajudarão o terapeuta a descobrir quais contingências geraram e mantem tal comportamento inadequado.

O material que o terapeuta trabalha são as emoções, maneiras de pensar, de interpretar os fatos e táticas para lidar com o ambiente interpessoal. O terapeuta não trabalha com tudo que acontece entre ele e o cliente, mas somente com aquele material que é clinicamente relevante para o processo, o que é patológico, no qual o cliente está em tratamento.

# **6 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA (TCD)**

## 6.1 FUNDAMENTOS DA TERAPIA DIALÉTICA

De acordo com Sadi (2011) a TCD fundamenta em aceitar o cliente da maneira como ele é, porém com a intenção de ensinar a mudar os comportamentos desadaptados. O terapeuta utiliza de estratégias de confrontação, aceitação e mudança de uma maneira que seus comportamentos e emoções fiquem adequados. O terapeuta precisa modelar e reforçar os comportamentos na sessão terapêutica.

Ainda de acordo com a autor a TCD é uma terapia que a relação terapêutica interfere nos resultados obtidos durante o tratamento, pois pode ser também a única relação que motiva o cliente a continuar vivo. É a partir da relação terapêutica solida que inicia a intervenção dos comportamentos, comportamentos suicidas, parassuicidas podem prejudicar o processo terapêutico, o terapeuta tem como alvos os comportamentos que atrapalham o cliente a progredir na vida, ensinando habilidades de resolver problemas, controlar as emoções, mantendo se equilibrado

De acordo com Abreu e Abreu (1982) a TDC se divide em três estágios, o primeiro estágio é reduzir os comportamentos suicidas, que interferem na qualidade de vida. O segundo estágio só pode ser efetivado a partir dos objetivos alcançados no primeiro estágio, que é reduzir os traumas, reconhecer os medos e as frustrações do paciente. O terceiro estágio é ajudar o cliente a se reconhecer, sem punições e comparações, respeitar a si mesmo e acreditar no seu potencial.

De acordo com Lineham (1997) o primeiro passo da TDC é focar na mudança do paciente motivando e ensinando novas habilidades. A tarefa terapêutica é balancear o foco na aceitação com um foco correspondente a mudança.

De acordo com Lineham (2010 apud Cerutti e Tomasi 2011) o que diferencia a TCD das outras terapias comportamentais é a aceitação do comportamento que ocorre no momento da terapia, tratar comportamentos que surgem na terapia, a relação terapeuta é um dos meios de intervenção, e foco nos processos dialéticos.

De acordo com Lineham (1997) o treinamento com habilidades psicossociais é um dos focos principais da TCD, uma combinação de terapia individual com o treinamento de habilidades. De uma forma de diálogo e confiança, é maneira que o terapeuta usa como estratégia para o processo de mudança na terapia.

De acordo com Abreu e Abreu 1982 A intenção do terapeuta é criar um ambiente contrário em que o cliente esteve exposto, por punições, exposição .O terapeuta ensina o cliente a descrever os sentimentos, pensamentos e comportamentos parassuicidas”.

De acordo com Cerutti e Tomasi (2011), a Terapia Comportamental Dialética é dividida em três estágios: o primeiro estágio é alcançar habilidades básicas, com a finalidade de reduzir comportamentos suicidas ou parassuicidas, que são comportamentos sem intuito de morte, mas que são auto destrutivos como, uso abusivo de substâncias psicoativas, cortes pelo corpo, e o objetivo é introduzir comportamentos que favorecem na qualidade de vida e a promoção de habilidades. A segunda meta dentro desse primeiro estágio é reduzir comportamentos de isolamento durante a sessão, comprimir emoções, e não mentir. A terceira meta é encurtar comportamentos impróprios relacionados a doenças, drogas, relacionamentos abusivos. E na última meta é causar habilidades envolvendo aprendizagem de habilidades fundamentais, aprenderem a prestar atenção e apresentar eventos encobertos a tolerância, ao estresse, aumentar habilidades de regulares emoções e resolução de autoconfiança; o segundo estágio foca na meta de descrever e aceitar as interações aversivas, traumáticas, o cliente e levado a lembrar e aceitar eventos traumáticos e sintetizar as interpretações sobre o abuso físico ou patológico; o último estágio da terapia dialética é nomeado como resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio, usa a interação terapeuta cliente como principal meio de resolução de problemas, o ambiente serve para que o terapeuta reforçar comportamentos relacionados com a capacidade de confiar em si mesmo, acreditar nas próprias opiniões, emoções e ações independentes do terapeuta e resgatar alguns valores particulares da vida do cliente, como estudar, trabalhar.

Segundo Nunes-Costa et al (2009), a Terapia Comportamental Dialética é, em sua maior parte, o aproveitamento de uma ampla variedade de estratégias de terapia cognitiva e comportamental aos problemas do TPB, mas também tem várias características particulares que a definem. Sua principal característica é a ênfase dialética”, a qual envolve a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades, pelo recurso a estratégias das competências para a modificação dos comportamentos desajustados por meio de um componente didático, análise metódica e interativa das cadeias comportamentais.

De acordo com Lineham (2010, apud Cerutti; Tomasi, 2011), o tratamento eficaz para o transtorno da personalidade *Borderline* está nas influências biológicas e sociais na origem do transtorno. Segundo este modelo, pacientes com TPB são qualificados por uma alteração da emoção que, possivelmente é temperamental. Essa alteração provoca uma intensa reação a eventos estressantes um longo tempo e até que as emoções retornem à sua normalidade.

Ainda de acordo com o autor a Terapia Comportamental Dialética é, em sua maior parte, a aplicação de uma ampla variedade de estratégias de terapia cognitiva e comportamental aos problemas do TPB, mas também tem diversas características específicas que a definem. Como sugere o seu nome, sua principal característica é a ênfase na “dialética”, o diálogo e a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades

De acordo com Câmara e Sampaio (2011) estudos feitos comprovam que a partir da TDC, o cliente com Transtorno da Personalidade *Borderline*, apresentam uma redução nos comportamentos suicidas, e a redução dos sintomas característicos do transtorno, o abandono da terapia é um episódio frequente nos clientes com esse diagnóstico, e apresentou também melhora nas relações sociais.

## 6.2 TERAPIA DIALÉTICA E PERSONALIDADE

De acordo com Abreu Abreu (1982) a partir dessa concepção, da Terapia Comportamental Dialética, o comportamento humano ocorre quando, um organismo tem uma dada estrutura biologicamente determinada, teve aprendizagens e sobre as influências sociais para aprendizagens específicas de sua cultura, formando a Personalidade.

Ainda de acordo com o autor terapeuta considera os estímulos do ambiente atual que dão suporte ao comportamento da paciente. Embora possa não haver informações disponíveis sobre todas as causas relevantes, os sentimentos, pensamentos e ações do paciente fazem perfeito sentido no contexto da experiência da pessoa e de sua vida.

## 5.3 TERAPIA DIALÉTICA E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO BORDERLINE

Para Abreu e Abreu (1982), a Terapia Comportamental Dialética (TCD) foi originalmente planejada para o Tratamento do Transtorno da personalidade Borderline, sua atenção terapêutica foi conduzida sob a competência de uma teoria do conhecimento dialética e as táticas aplicadas da origem comportamental.

De acordo com Assunção e Vandenberghe (2009), a técnica mindfulness dentro da TDC, faz com que o cliente aprenda a aceitar as vivencias ruins e a partir delas promover o processo de mudança, foca na capacidade de prestar atenção ao momento atual, sem julgamentos a si mesmo, sem pensar que as coisas poderiam ser diferentes.

Conforme Lineham (2010, apud Cerutti; Tomasi, 2011),a adaptação emocional, a efetividade interpessoal, a tolerância à perturbações, as habilidades de autocontrole são ensinadas ativamente. O uso das contingências que atuam dentro do ambiente terapêutico sugere que o terapeuta preste atenção aocontrole que tem sobre o paciente. Além disso, no decorrer do tratamento, a ênfase está em construir e manter um relacionamento colaborador

O terapeuta também pode incentivar ao treinamento mindfulness onde o cliente aprende a observar e participar dos acontecimentos. O treino de mindfulness é um treinamento de habilidades sociais, uma das partes essenciais da TCD. Este exercício é uma forma específica de atenção, concentração no momento atual, intencional, e sem julgamento.

De acordo com Cerutti e tomasi (2011) é por meio da regulação emocional que os pacientes entendem as próprias emoções,

Conforme com Câmara e Sampaio (2011) estudos feitos comprovam que a partir da TDC, Borderline, apresentam uma redução nos comportamentos suicidas, e a redução dos sintomas característicos do transtorno, o abandono da terapia é um episódio frequente nos clientes com esse diagnostico, e apresentou também melhora nas relações sociais.

Ainda conforme o autor, o terapeuta tenta criar um ambiente terapêutico contrário ao histórico de punição que provavelmente o cliente estava habituado; o terapeuta também reforça a descrição de sentimentos e modela suas expressões. Após a identificação dos comportamentos, problema e comportamento, o terapeuta e o cliente pensam em comportamentos alternativos.

**7 DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS ENTRE A TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA E A TERAPIA FUNCIONAL ANALÍTICA.**

Abaixo encontram-se descritas semelhanças e diferenças entre as abordagens da FAP e TCD, seguindo como critérios: seus fundamentos, concepção de personalidade e o tratamento adotado.

## 7.1. SEUS FUNDAMENTOS

## 7.1.1 Diferenças

A FAP foi desenvolvida por Kohlenberg e Tsai no qual o foco do tratamento é a relação terapeuta cliente.

A Terapia Comportamental Dialética é multimodal, usa várias estratégias na sua maior parte, o aproveitamento de uma ampla variedade de estratégias de é um modelo de terapia diferente, onde não é focada apenas na terapia individual, ela propõe quatro módulos de tratamento a terapia individual, a equipe de consultoria, o coaching a distância e o grupo de treino de habilidades.

## 7.1.2 Semelhanças

A base da FAP e a TCD é o behaviorismo radical onde o foco principal é o comportamento.

A análise funcional é como guia básico e usado pelas Terapias para formulação de caso e intervenção, outro ponto importante , A FAP e TCD utilizam ferramentas baseadas em Mindfulness, como práticas de atenção, preceitos técnicos como as intervenções dialéticas

A relação terapêutica pode proporcionar mudanças positivas na vida do cliente e aceitação com procedimentos utilizados em seu tratamento é possível ainda analisar a relação terapêutica como um ambiente onde como o paciente e o Terapeuta comportam, emitindo comportamentos sob controle de consequências que podem ser experimentadas. Uma vez experimentadas, podem ser avaliadas no quanto mantêm ou sustentam os problemas, que procura modificar, conhecendo os sobre o ambiente social que o cliente está exposto, este pode utilizar em prol do resultado o próprio ambiente terapêutico, contribuindo grandemente para a obtenção dos resultados desejados.

As terapias estão interessadas no comportamento em si, não em sua topografia

As terapias Comportamentais FAP e TDC, trazem em comum a concepção central de interação comportamento-ambiente como foco da delimitação do fenômeno psicológico, o comportamento problema é o principal alvo na terapia, com o intuito de ser moldados, procedimentos e estratégias coincidem com as empregadas em terapêuticas alternativas, como as terapias centradas no cliente, psicodinâmica, estratégica e cognitiva.

É dentro das sessões que os comportamentos são modelados de acordo com o terapeuta, e a partir então, acreditando que os comportamentos problemas ocorrerão na sessão, serão readaptados com ajuda do terapeuta, onde o paciente pode generalizar para o ambiente natural efetivando a mudança, não estão interessadas na topografia mais sim no comportamento, em quais evidências eles ocorrem e o que os mantém.

São observados os comportamentos problemas que o cliente emite dentro da sessão, os comportamentos modelados que ocorrem também durante a sessão.

A principal das Terapias é a característica na ênfase no diálogo com a qual envolve a aceitação dos pacientes nas suas atuais dificuldades, pelo recurso a estratégias das competências para a modificação dos comportamentos desajustados

## 7.2 SUA CONCEPÇÃO DE PERSONALIDADE

## 7.2.1 Diferenças

Por se tratar de terapias comportamentais, não apresentam ideias diferentes de concepção de Personalidade, acreditam que os comportamentos são produtos da exposição de influencias biológicas e experiências sociais que desenvolve a Personalidade.

## 7.2.2 Semelhanças

Ambas afirmam que a formação da Personalidade é um conjunto de influencias biologias e sociais que vai se desenvolvendo e construindo a Personalidade.

Entendem comportamento como, resultado do organismo ambiente, ajuda o cliente a desenvolver, fazendo com que o cliente tenha autonomia e controle da sua própria vida.

O foco da FAP e TCD é fazer com que o cliente aprenda a lidar com as emoções, regulando a, trabalhando com o paciente para que ele tenha autonomia e reconheça seus objetivos, fazendo com que a vida tenha sentido a FAP e a TCD.

As Duas Terapias nas suas estratégias com o cliente buscam habilidades que dêem sentido de vida para o indivíduo, fazendo o reconhecer, ter objetivos se respeitar, reconhecer que tem medos, raivas e que seus sentimentos, comportamentos estão desregulados mais que podem ser modificados com ajuda do terapeuta promovendo uma vida equilibrada, que são as técnicas de aceitação, confrontação tomada de consciência e processo de mudança.

## 7.3. O TRATAMENTO ADOTADO

## 7.3.1 Diferenças

A intervenção da FAP cinco regras básicas: 1) estar atento aos Comportamentos Clinicamente Relevantes, comportamentos problema (CCR); 2) Evocar CCRs; 3) responder naturalmente aos CCRs de forma reforçadora; 4) Observar efeito das intervenções; e 5) promover análises do cliente sobre o comportamento observado.

A TCD trabalha com os comportamentos problema que que ocorrem na sessão, e os comportamentos emitidos na sessão após ser moldados durante e após a sessão.

## 7.3.2 Semelhanças

As semelhanças entre a FAP e a TDC ajustam para clientes que tem dificuldades em manter relacionamentos, possuem emoções desreguladas e transtornos relacionados a Personalidade, utilizam a relação terapêutica como principal mecanismo de mudança e intervenção terapêutica, estabelecendo com o cliente uma relação de confiança, profunda e genuína, para que o paciente possa sentir a vontade para expor seus problemas. Aceitam seus clientes como são, sem julgamentos, o acolhendo de uma maneira carinhosa, mais com a intenção de ensina lo a mudar.

Embora com os objetivos em comum e o processo de mudança entre o paciente busca, o foco é fazer com que o cliente aprenda a lidar com as emoções, regulando a, trabalhando com o paciente para que ele tenha autonomia e reconheça seus potenciais, para que ele posso ter objetivos na vida e concretizados, fazendo com que a vida tenha sentido a FAP e a TCD, apresentam algumas características do meu modo de conduzir a sessão diferente.

A TCD divide em três estágios, o primeiro estágio é reduzir os comportamentos suicidas, que interferem na qualidade de vida. O segundo estágio é reduzir os traumas, reconhecer os medos e as frustrações do paciente. O terceiro estágio é ajudar o cliente a se reconhecer, sem punições e comparações, respeitar a si mesmo e acreditar no seu potencial.

# **8 DISCUSSÃO**

Dentro do que foi apresentado no decorrer deste trabalho, surgiram vários aspectos, os quais se fazem necessário discutir. Primeiramente, sobre o Transtorno da Personalidade

Em Psicologia, o Transtorno de Personalidade e suas definições são diferentes, conforme autores e abordagens Psicológicas de referência.

Em psiquiatria, o uso do termo, à semelhança da Psicologia, também apresenta suas variações e demonstra os diversos tipos de abordagens ao que vem a ser personalidade, algumas, inclusive, também de referência na área de Psicologia.

Além dessas duas áreas de conhecimento, ressalta-se que o conceito e uso do termo também são abordados por outras ciências como Antropologia, Sociologia, Filosofia e, mais recentemente, a Biologia e a Genética, ciências essas que auxiliam na definição e caracterização do Transtorno da Personalidade, seu desenvolvimento, variáveis relacionadas e, até mesmo, mesmo auxiliando no entendimento dos Transtornos clínicos.

Para o presente estudo, dada a impossibilidade de fazer uma revisão exaustiva de definições e usos do termo, optou-se por destacar definições utilizadas nas áreas de psicologia e Psiquiatria. Quanto à Psicologia, a atenção se voltará para definições e caracterização com base na abordagem comportamental e, em relação à Psiquiatria, optou-se por abordar definições presentes em manuais de diagnósticos e de compreensão dos Transtornos clínicos e outros materiais afins, sem necessária ênfase a uma abordagem teórica ou clínica particular, salvo nos casos em que essa informação estiver presente no texto

A partir da pesquisa bibliográfica em questão e dos diversos autores pesquisados, foi possível entender que o tratamento dos pacientes com diagnostico de Transtorno da Personalidade *Borderline* seja efetivo e necessário ter um cuidado por parte do terapeuta, porque pacientes que apresentam Transtorno da Personalidade, em terapia possam ter dificuldade em expressar sentimentos e desejos,e são sensíveis a opinião do terapeuta. Portanto um processo terapêutico eficaz os auxilia e permite uma melhor expressão de sentimentos.

A relação terapêutica pode ser um contexto para a produção de mudanças, por tratar de comportamentos problemas. É importante ainda a observação por parte do terapeuta, dos seus próprios comportamentos que podem ser negativos não permitindo o progresso de cuidar de sim como uma forma autônoma.

Outro aspecto importante em relação ao sofrimento do paciente que deve ser observado pelo terapeuta é a presença de pensamentos e sentimentos negativos.é comum em paciente com TPB episódios depressivos, crise de ansiedade, irritabilidade raiva e sua forma de expressar.

No segundo capitulo buscou entender e mostrar a contribuição da FAP com uma abordagem nova, que a relação terapêutica busca valorizar os clientes acolhendo da maneira que ele se encontra sem punições, julgamentos tentando fazer um ambiente contrario em que o cliente está exposto, não de uma maneira mecânica, mais de forma genuína,de amor, onde o terapeuta é facilitador do processo de mudança, não só o cliente em si que muda, essa relação faz com que o terapeuta cresça também.

Com os bons resultados da FAP na sua eficiência dos comportamentos modelados em conseguir processo de mudança, tem crescido seu modelo de intervenção, confirmando a sua maneira de trabalhar e efetivando a outros Transtornos

A FAP acredita que o Transtorno de Personalidade são comportamentos desadaptados, que ocorrem dentro da sessão o comportamento problema do cliente irregular do cliente como no seu cotidiano,o terapeuta vai modelar os comportamentos desajustados que aparecem na sessão ao vivo.

A contribuição da FAP para o tratamento do TPB tem se tornado cada vez mais legitimo no seu tratamento tem trazido esperanças,já que o tratamento do Transtorno da Personalidade *Borderline* não se adequava a um tratamento adequado, porem um transtorno comum nos dias de hoje.

A TCD com base onde os comportamentos é o alvo do processo terapêutico,é uma abordagem da terceira geração, sua efetividade de intervênção também tem trazido conhecimento para o tratamento dos Transtornos de Personalidade *Borderline*.

A TDC acredita que comportamentos expostos as frustrações, medo raiva, desenvolvem comportamentos inadequados, que é a partir das experiências vividas que se forma o senso de identidade, uma abordagem que foi desenvolvida originalmente com o intuito de modificar comportamentos suicidas e comportamentos desadaptados, os comportamentos suicidas são frequentes no TPB na tentativa do cliente não suportar mais o sofrimento, cometem o suicídio

O foco do tratamento treinar habilidades com o cliente para que os comportamentos possam ser generalizados para fora na sessão, regulando emoções, comportamentos intensos, comportamentos que são característicos do Transtorno de Personalidade *Borderline*

As terapias Comportamentais FAP e TDC, ainda que sejam diferentes em algumas características, trazem em comum a concepção central de interação comportamento-ambiente como foco da delimitação do fenômeno psicológico.

A FAP e a TDC ajustam para clientes que tem dificuldades de manter relacionamentos, emoções desregulados e transtornos relacionados a Personalidade, utilizam a relação terapêutica como principal mecanismo de mudança e intervenção terapêutica, tendo que estabelecer com o cliente uma relação de confiança ,profundo para que o paciente possa sentir a vontade para contar seus problemas. Aceitam seus clientes como são, sem julgamentos, o acolhendo de uma maneira carinhosa, mais com a intenção de ensina lo a mudar

É dentro das sessões que os comportamentos são modelados de acordo com o terapeuta, e a partir então, acreditando que os comportamentos problemas ocorrerão na sessão, serão readaptados com ajuda do terapeuta, onde o paciente pode generalizar para o ambiente natural efetivando a mudança, não estão interessadas na topografia mais sim no comportamento, em quais evidências eles ocorrem e o que os mantem.

Ambas nas suas estratégias com o cliente buscam habilidades que deem sentido de vida para o indivíduo, fazendo o reconhecer , ter objetivos se respeitar, reconhecer que tem medos, raivas e que seus sentimentos, comportamentos estão desregulados mais que podem ser modificados com ajuda do terapeuta promovendo uma vida equilibrada, que são as técnicas de aceitação, confrontação tomada de consciência e processo de mudança.

Embora com os objetivos em comum e o processo de mudança entre o paciente busca, o foco é fazer com que o cliente aprenda a lidar com as emoções ,regulando a, trabalhando com o paciente para que ele tenha autonomia e reconheça seus potências, para que ele posso ter objetivos na vida e concretizados, fazendo com que a vida tenha sentido a FAP e a TCD ,apresentam algumas características do meu modo de conduzir a sessão diferente.

Por fim a FAP e TCD são as terapias indicadas para o Transtorno da Personalidade *Borderline,* os métodos por essas Terapias ,mostraram sua eficácia através desse trabalho que é possível ter uma vida equilibrada através do processo terapêutico, que o Transtorno de Personalidade pode ser visto com um Transtorno que já existe tratamento ativo.

# **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir de uma apresentação inicial sobre o conceito do Transtorno da Personalidade *Borderline* buscou-se compreender as disfunções e o tratamento adequado utilizando a Terapia Funcional Analítica (FAP) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD)

Atualmente, indivíduos que preenchem os requisitos para o Transtorno da Personalidade *Borderline* têm aparecido com frequência, necessitando da ajuda de profissionais clínicos e da saúde mental.O TPB é o transtorno mais comum, porém o mais difícil de ser diagnosticado, cerca de 2 a 3% da população em geral, não encontram tratamento com resultado satisfatórios, devido a sua semelhança com outros transtornos, é comum ser diagnosticado mais em mulheres,cerca de 75% dos casos.

A Abordagem Comportamental surge buscando preencher uma lacuna deixada pela Psicanálise e apresenta métodos de compreender o Transtorno de Personalidade em questão e, posteriormente, é validada como a terapia mais eficaz para o tratamento do TPB.

Através da contribuição da Terapia Funcional Analitica ( FAP) e a Terapia Comportamental Dialética (TCD) comprova que o cliente com diagnostico *Borderline* tenha um tratamento adequado, eficaz ,identificando comportamentos problema, intervindo com aplicação das técnicas,e diminuindo os sintomas e o sofrimento gerado por atos impulsivos e inconsequentes, modificando através da relação terapêutica terapeuta cliente.

A caraterização e a comparação das (FAP) e a (TCD) permitiu entender sobre intervenções, a visão de cada uma, a forma como são avaliada os comportamentos na sessão, o tratamento adequado sobre o Transtorno da Personalidade *Borderline* efetivando que é possível através dessas abordagens um tratamento de sucesso, que existe tratamento adequado para o TPB, que não se classifica mais como um transtorno que não tenha melhoras na terapia.

Então, faz-se necessário, que existam mais estudos em abordagem que permitam compreender estas formas de vivenciar este adoecimento.

# **REFERÊNCIAS**

Araujo,A.C.Neto.F.L. **Jornal da Psicanalise** 46(85)99-116,2013.

ABREU, P. R.; ABREU, J. H, S. S. **Terapia cognitiva dialética:** um protocolo comportamental ou cognitivo? 1982. Disponível em: <https://www.usp.br/ rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/831/459>. Acesso em 20 set. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA.**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. DSM-IV-TR.ed. São Paulo: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA.Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais.5.DSM-V.ed.Porto Alegre,2014.

ASSUNÇÃO, A.B. VANDENBERGHE, L. **Contextos Clínicos**, 2(2):124-135, julho-dezembro 2009.

BORGES, N. B. et al. **Considerações clínicas para o manejo de cliente com transtorno de personalidade** Borderline. Revista Integração. VX. nº 58. 287-292. 2009b Disponível em: ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/287\_58.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRAGA,G.L.P.VANDENBERGHE.l. **Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental**.Campinas.23.307-314.Setembro.2006.

CAMARA,A.A. SAMPAIO.A.M. **Efeito da Terapia Comportamental Dialética no Tratamento da Personalidade Borderline com comorbidades**. Disponível em: <http://www.guiapsi.com.br/sites/default/files/artigos/artigo_15.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

CARVALHO, L. F.; BARTHOLOMEU, D.; SILVA, M. C. R.. Instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade no brasil. **Aval. psicol**.,  Porto Alegre ,  v. 9, n. 2, p. 289-298, ago.  2010 .   Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1677-04712010000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em  04  dez.  2016.

CERUTTI. P. S.; TOMASI, S. O. **Terapia comportamental dialética no transtorno de personalidade Borderline.** Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/17723571-Terapia-comportamental-dialetica-no-transtorno-de-personalidade-borderline.html>>. Acesso em: 20 set. 2016.

CUNHA,R.O.VANDENBERGHE.L. **O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de Personalidade** Borderline, Revista Brasileira de Terapia Comportamental.VX.nº172-86.2016bDisponivelem:ftp//ftp.usjj.br/pub/revint/72\_14.pdf>Acesso 23 nov.2016.

FUNK, M. DREW, N. E S., BENEDETTO, S.**Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Livro de recursos da OMS Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2016.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KERBAURY.R.R. **Concepções da FPA e pontos a escalerecer**. In.Guilhardl, H. J., et al. Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento. - Org. Hélio José Guiihardi. 1 ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2002. v.10.p.281-286.

KOHLENBERG, R. J.; & Tsai, M. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações intensas e curativas**. (pp. 107-136). Santo André: ESETec.Editores Associados,1991.

KOLHENBERG, J. R; TSAI, M. **Psicoterapia Analítica Funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas.** Santo André-SP: ESEtec. Editores Associados, 2001.

LINEHAN,M.M Ph.D**. É a criadora da Terapia Dialética Comportamental** e professora no Departamento de Psicologia na Universidade de Washington. The Journal, 1o de Março, 1997,Vol. 8/. 1. BLOG BORDERLINE-GIRL - Fonte: <http://borderline-girl.blogspot.com.br/2013/06/terapiadialetica-comportamental-e-o.html>.

LOPES,R.F.F.CASTRO.S.F. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. 2009.p.67-72.

NUNES-COSTA, R. A. et. al. **Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica**. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 58, nº 2, pag. 122-127, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** Psiquiatria/Neurologia. São Paulo: EDUSP, 2008.

PEZZATO,A.F;BRANDÃO,S.A;OSHIRO,C.K.B.Intervenção Baseada na Psicoterapia Analitica Funcional em um caso com agorafobia.Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.2012. n1.p74-84

POPOVITZS.J.M.B.SILVEIRA.M.J. **A especificação do responder contingente do terapeuta na psicoterapia Analítica Funcional. Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva**.vol.16.n.p.5-20.

SADI, H.M. **Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline.** São Paulo, 2011.133 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

SADI,H.; OSHIRO.C.; LEÃO.L. **Transtorno de Personalidade Histriônica e a Terapia Analítico Comportamental**. In: Garcia, M. R. Sobre Comportamento e Cognição: Análise experimental do comportamento.1ed.Santo André, SP.ESETec Editores Associados, 2010 v 27.

SKINNER, B. F. **Ciência e Comportamento Humano** (J. C.. Todorov & R. Azzi, Trads.) São Paulo, Martins Fontes. (Obra original publicado em 1953). 1998.

SOUZA, A. C. A.; VANDENBERGHE, L. A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. Interação em Psicologia, 9 (2), 2005, p. 381-90.

VANDENBERGHE, L. **Psicoterapia Analítico Funcional**. In. STARTING, R. R. Sobre comportamento e cognição: Temas aplicados - Org. Roosevelt R.Starling 1ª ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2007. v. 19. p.151-158.

VILLAS BOAS, Alessandra. **Psicoterapia Analítica Funcional (FAP): entendendo o cliente na relação terapêutica.**Disponível em: <http://www.comportese.com/2012/08/psicoterapia-analitica-funcional-fap.html> Acesso em 20 de Novembro de 2012.

# **Anexo 1**

Quadro : Transtornos de Personalidade Específicos, conforme o DSM-V (2013)

|  |  |
| --- | --- |
| TRANSTORNO DE PERSONALIDADE | PADRÃO |
| • **Transtorno da personalidade paranoide** | É um padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas |
| • **Transtorno da personalidade esquizoide** | É um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional. |
| • **Transtorno da personalidade esquizotípica** | É um padrão de desconforto agudo nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento. |
| • **Transtorno da personalidade antissocial** | É um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros. |
| • **Transtorno da personalidade *borderline*** | É um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada. |
| • **Transtorno da personalidade histriônica** | É um padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso. |
| • **Transtorno da personalidade narcisista** é | Um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. |
| • **Transtorno da personalidade evitativa** é | Um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa. |
| • **Transtorno da personalidade dependente** | É um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado. |
| • **Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva** | É um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle. |
| • **Mudança de personalidade devido a outra condição médica** | É uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (p. ex., lesão no lobo frontal). |
| • **Outro transtorno da personalidade especificado e transtorno da personalidade não especificado** | São categorias utilizadas para duas situações:  1) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, estando presentes traços de vários transtornos da personalidade distintos, mas os critérios para qualquer um desses transtornos específicos não são preenchidos; ou  2) o padrão da personalidade do indivíduo atende aos critérios gerais para um transtorno da personalidade, mas considera-se que ele tenha um transtorno da personalidade que não faz parte da classificação do DSM-5 (p. ex., transtorno da personalidade passivo-agressiva). |

1. Nota do autor: Algumas variações na nomenclatura pode ser encontrada, inlcuem: Psicoterapia Analítico Funcional (p.e., <http://www.inpaonline.com.br/cursos-inpa/psicoterapia-analitico-funcional-fap-curso-online/> ), Psicoterapia Analítico-Funcional (Sousa, 2013). [↑](#footnote-ref-1)
2. Construtos teóricos - Construto designa em ciência um conceito teórico não observável. Exemplos de construtos são personalidade, inteligência, amor, medo. Tais conceitos são usados na linguagem comum, mas para se tornarem um construto científico necessitam de uma definição clara e de um embasamento empírico. Adaptado de.. *Psychologie der Persönlichkeit*. Berlin: Springer. Fonte: <http://dicionarioportugues.org/pt/construto> [↑](#footnote-ref-2)