

**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA**  
**CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA FAMÍLIA NO CONVÍVIO COM O  
INDIVÍDUO COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

**Autora: Claudia Inácio Pires**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádie Christina Ferreira Machado Spence**

**JUÍNA/2016**

**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA**  
**CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA FAMÍLIA NO CONVÍVIO COM O  
INDIVÍDUO COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

**Autora: Claudia Inácio Pires**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádie Christina Ferreira Machado Spence**

*“Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Psicologia, do Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena - AJES, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharelado em Psicologia”.*

**JUÍNA/2016**

**AJES - INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA**  
**CURSO: BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Ângela Caneva Bauer**  
**Especialista em Saúde Mental**

---

**Prof.<sup>a</sup> Esp.<sup>a</sup> Carine Silvestrim Hermes**

---

**ORIENTADORA**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nádie Christina Ferreira Machado Spence**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, aos meus familiares, aos meus preciosos filhos Bruno Emmanuel Pires Tozzo, Daniel Tozzo e Ana Claudia Tozzo.

Agradeço imensamente a todos os professores que contribuíram na caminhada dos meus estudos, e em especial agradeço a Prof.<sup>a</sup> Márcia Lino pelo apoio nesta importante etapa da minha vida.

Agradeço minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nadie Christina Ferreira Machado Spence pelo apoio e compreensão nesta importante trajetória.

A todos, meu muito obrigado!

## EPÍGRAFE

*“Sem um desvio do normal, o progresso é impossível.”*

***Frank Zappa***

## RESUMO

A presente pesquisa busca analisar o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), a partir de estudos científicos já existentes sobre o assunto, bem como as relações familiares e afetivas do sujeito com o TPB. A princípio, concentra-se o olhar sobre o indivíduo borderline, considerando suas especificidades e particularidades, assim como a apresentação dos comportamentos adoecidos, que são reflexos de organizações emocionais, familiares e psíquicas deficientes. Dessa forma, objetivamos investigar os conceitos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline pelo viés da caracterização deste transtorno e a convivência da família com o borderline. Esta pesquisa se justifica pela contribuição que esta permite, no que se refere a exposição dos aspectos que distingue o TPB dos demais transtornos mentais e na divulgação do trabalho com o Borderline partindo do pressuposto mais humanizado, envolvendo a família como constructo das relações sentimentais e afetivas. Em virtude do exposto, escolhemos como metodologia a Revisão da Literatura, pois ela possibilita uma investigação mais ampla e diversificada acerca informações das publicadas disponíveis e existente dentro do assunto pesquisado. Contudo, verificamos que muitos proveitos puderam ser extraídos dessa pesquisa, principalmente no que tange a influência do ambiente familiar para o desencadeamento e reforçamento das condutas disfuncionais, a contribuição das as vivências traumáticas, como: abusos, traições, alcoolismo, negligência, dentre outros, para o desenvolvimento do TPB e o sofrimento que acomete o sujeito com TPB, além dos entes que com ele convivem, refletindo ao fim, de modo negativo na constelação familiar.

**Palavras Chave:** Personalidade. Transtorno. Borderline. Família.

## **ABSTRACT**

The present research seeks to analyze the Borderline Personality Disorder (BPD), based on existing scientific studies on the subject, as well as the family and affective relations of the subject with the TPB. At first, the focus on the borderline individual is focused, considering their specificities and particularities, as well as the presentation of ill-behaved behaviors, which are reflexes of deficient emotional, family and psychic organizations. Thus, we aim to investigate the concepts about Borderline Personality Disorder due to the bias of the characterization of this disorder and the coexistence of the family with the borderline. This research is justified by the contribution that this allows, regarding the exposition of the aspects that distinguish the BPD from the other mental disorders and in the dissemination of the work with the Borderline starting from the most humanized presupposition, involving the family as construct of the affective and sentimental relations . In view of the above, we have chosen Literature Review methodology as a methodology, since it allows a broader and more diversified investigation of published information available and existing within the researched subject. However, we can see that many gains could be drawn from this research, especially in relation to the influence of the family environment to trigger and reinforce dysfunctional behaviors, the contribution of traumatic experiences, such as: abuses, betrayals, alcoholism, neglect, For the development of BPD and the suffering that affects the subject with BPD, in addition to the entities that live with him, reflecting negatively on the family constellation.

**KEYWORDS:** Personality Disorder, Borderline, Family

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 - Sinóptico Geral – Identificação da Pesquisa .....</b>	<b>39</b>
<b>Quadro 2 - Sinóptico Geral- Dados Qualitativos da Pesquisa .....</b>	<b>41</b>

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 PERSONALIDADE: CONFIGURAÇÕES E TEORIAS .....	12
2.2 A FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE .....	15
2.3 OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE .....	18
2.4 A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS .....	21
3. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE .....	23
3.1 A PRIMEIRA COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO BORDERLINE.....	26
3.2 O ENVOLVIMENTO AMOROSO DO INDIVÍDUO BORDERLINE.....	30
4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA FAMÍLIA E O TPB.....	33
5. METODOLOGIA DA PESQUISA .....	38
CRONOGRAMA.....	43
5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	45
6 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS .....	52

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa caminha no sentido de compreender alguns fatores que envolvem o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) partindo de pressupostos elencados por psicólogos e psiquiatras em estudos relacionados ao tema.

A família se constitui a base social do indivíduo. Para tanto, as definições de família e os papéis que os membros representam neste contexto são designadas culturalmente, geograficamente, moralmente e materialmente. Além disso, nestes sistemas, as famílias estabelecem seus laços de acordo com os interesses, crenças, formação, religião, princípios, estruturas, parentesco, etc., orientando ao final as diferentes composições familiares atualmente conhecidas.

É no seio familiar que as pessoas experimentam os primeiros sentimentos, ligações de afeto, cuidado com o outro. Neste sentido, quando alguém da família enfrenta algum problema; a exemplo, uma doença psíquica, institui-se grande desafio para os demais membros.

Nesse contexto o Transtorno de Personalidade Borderline - TPB se apresenta como uma desordem que merece atenção e consideração dos familiares do sujeito borderline. A família de um indivíduo com TPB enfrenta inúmeros desafios, entretanto esta pode contribuir significativamente para o diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Este tipo de transtorno tem recebido atenção nos últimos anos no campo da pesquisa acadêmica. Sabe-se que algumas características do TPB já podem ser delineadas, como por exemplo, alterações súbitas de humor e relações interpessoais intensas e instáveis, o que dificulta o convívio das pessoas. Especificidades como estas podem ser sentidas no convívio familiar de maneira turbulenta. Neste rumo encontra-se o enfoque e a importância desta pesquisa.

Assim, esse trabalho se justifica pela importância em compreender as particularidades do TPB de modo a identificá-lo entre tantos outros tipos de transtornos. As pesquisas relacionadas a este tipo de transtorno são relativamente recentes, e as temáticas trabalhadas ao entorno do assunto ainda se mostram limitadas em relação a outros transtornos mentais. Logo, esta pesquisa pretende contribuir no viés de um olhar humano sobre o transtorno de personalidade

borderline, de modo a considerar as relações sentimentais e afetivas que envolvem o indivíduo e sua família.

Diante disso, procuramos, segundo a pergunta norteadora elucidar: Como está sendo discutido na produção acadêmica o tratamento das relações do *borderline* com a família?

Então, traçamos como objetivo geral investigar os conceitos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline pelo viés da caracterização deste transtorno e as relações familiares. Já os objetivos específicos construídos para consolidar este trabalho são:

- Analisar os conceitos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline e as especificidades deste transtorno;
- Observar como é o funcionamento das relações afetivas do *borderline*, sobretudo com os familiares;
- Compreender quais são as principais dificuldades que envolvem o Transtorno de Personalidade Borderline na família;

Quanto à disposição organizacional desse trabalho, observou-se a necessidade de dividi-lo em partes para melhor compreensão do leitor. Sendo assim, esta pesquisa apresenta-se: No primeiro momento busca-se os conceitos da formação da personalidade humana, bem como o papel da família neste contexto e as configurações dos transtornos de personalidade.

Em seguida, centra-se na discussão acerca do Transtorno de Personalidade Borderline sob o prisma das relações afetivas e amorosas do indivíduo *borderline* com a família e companheiro (a).

O terceiro momento constitui-se no foco dos desafios e perspectivas da família que convive com um indivíduo com o TPB, bem como algumas medidas que podem ser adotadas pela família no caso de ter um ente com o TPB.

Após, explica-se a metodologia adotada na pesquisa, salientando os métodos e a maneira como se desenvolveu a mesma. O levantamento de informações na literatura sobre o assunto, os mecanismos utilizados na busca de dados, a exposição das informações coletadas e as palavras descritoras usadas

Serão ainda apresentados os dados suscitados por meio desta pesquisa, além de explicar a análise e discussão dos principais aspectos percebidos nos documentos encontrados.

Ao final, exibiremos as considerações alcançadas através da pergunta norteadora, objetivos e resultados obtidos quanto a influência da família no desenvolvimento do TPB, as características das famílias disfuncionais, a conturbada relação afetiva do indivíduo com TPB e o reconhecimento da necessidade de atendimento da família e do sujeito Borderline.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PERSONALIDADE: CONFIGURAÇÕES E TEORIAS

Na etimologia da palavra, a personalidade está vinculada a noção de pessoa. A palavra deriva do latim: *persona* e significa máscara, aquela que caracteriza uma personagem teatral. (MARTINS, 2004, p.83).

Várias teorias podem ser observadas na definição de personalidade, no entanto, John (2004, p.23) salienta que o estudo da personalidade é a parte do campo da psicologia que mais considera as pessoas em sua totalidade, como indivíduos e como seres completos. Para o autor, a personalidade representa as características da pessoa que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Carl Gustav Jung (2008, p.173), define que a personalidade consiste no desenvolvimento da totalidade do ser humano. E considera que sem determinação, inteireza e maturidade não há personalidade.

Para Jung a personalidade “já existe em germe na criança, mas só se desenvolverá aos poucos por meio da vida e no decurso da vida”.

Atingir a personalidade não é tarefa insignificante, mas o melhor desenvolvimento possível da totalidade de um indivíduo determinado. Não é possível calcular o número de condições que devem ser satisfeitas para se conseguir isso. Requer-se para tanto a vida inteira de uma pessoa, em todos os seus aspectos biológicos, sociais e psíquicos. (JUNG, 2008, p.177)

Sobre a personalidade Jung (2008) ressalta que é a “realização máxima da índole inata e específica de um ser vivo em particular”. Como se vê, é a essência de cada indivíduo.

Neste sentido, Jung ainda complementa que a personalidade seria uma obra, que se chega pela máxima “coragem de viver, pela afirmação absoluta do ser individual, e pela adaptação, a mais perfeita possível, a tudo que existe de universal, e tudo isto aliado à máxima liberdade de decisão própria”. (p.177).

As considerações de Jung dão conta que a personalidade se desenvolve no decorrer da vida, da perspectiva da liberdade do indivíduo e uma série de fatores

que contribuem para a formação desta personalidade. Salaria que este é um processo e que ninguém desenvolve sua personalidade porque alguém lhe disse que seria “bom e aconselhável fazê-lo”, mas se dá pela necessidade, e é esta necessidade que move a natureza humana.

Jung (2008) estabeleceu períodos específicos no processo de desenvolvimento da personalidade, considerando que os seres humanos estão constantemente progredindo, nesta feita, a meta desenvolvimental almejada pelas pessoas é a autor realização.

Fadiman e Frager (1986) explicam a teoria de Freud sobre a estrutura da personalidade, em que este propôs três componentes básicos estruturais da psique: o Id, o ego e o superego. Explicando que o Id, é a estrutura da personalidade original, básica e mais central, “é o reservatório de energia de toda a personalidade”.

Os conteúdos do Id são quase todos inconscientes, eles incluem configurações mentais que nunca se tornaram conscientes, assim como o material que foi considerado inaceitável pela consciência. Um pensamento ou uma lembrança, excluído da consciência e localizado nas sombras do ID, é mesmo assim capaz de influenciar a vida mental de uma pessoa. (FADIMAN & FRAGER, 1986, p.11).

Já o *ego* é a parte do aparelho psíquico que está em contato com a realidade externa, e se desenvolve a partir do id. Assim, o ego regula os impulsos do id de modo que o indivíduo possa buscar soluções menos imediatas e mais realistas. Neste sentido, o ego tem a função de garantir a saúde, segurança e sanidade da personalidade. (FADIMAN, FRAGER, 1986, p.11).

O *superego*, é a parte que se desenvolve a partir do ego, atuando como um juiz sobre as atividades e pensamentos do ego. Ou seja, esta parte é o depósito dos códigos morais, modelos de conduta, e dos construtos que constituem as inibições da personalidade. (FADIMAN, FRAGER, 1986, p.11).

Os autores explicam de maneira prática, que na concepção freudiana, o *id* é inteiramente inconsciente, já o *ego* e *superego* o são parcialmente. Assim o *id* seria a parte mais instintiva da personalidade, o ego a parte que lida com a realidade e é um mediador entre os dois pontos (id e superego), enquanto que o *superego* surge como um freio moral limitando a flexibilidade do *ego*. Dessa forma, a relação entre

estes três pontos proporciona um equilíbrio entre os instintos, desejos, pulsões, racionalidade, realidade, decisões.

Assim, a personalidade é percebida por Freud levando em considerações fases e níveis, experiências vividas entre passado e presente, comportamentos, eventos, conflitos, sentimentos humanos, instintos, que vão repercutindo desde criança à fase da vida adulta.

Por outro viés, a personalidade, vista pela teoria de Skinner, é uma coleção de padrões de comportamento. Neste aspecto, Skinner diferencia-se das considerações de Freud, pois define que não existe ego, eu ou personalidade, mas sim um conjunto de comportamentos padronizados que definem um indivíduo. (FADIMAN, FRAGER, 1986).

Diferentemente da teoria de Skinner, em que a personalidade se configura primordialmente levando em consideração o comportamento do indivíduo, contrapõe-se a teoria de Murray, que considera uma série de fatores que contribuem para a formação da personalidade de uma pessoa, tanto fatores internos e individuais quanto externos da vida e relação com a vida do indivíduo. Hall (1984) explica a definição de personalidade na teoria de Murray, que leva em consideração elementos que são resumidos da seguinte maneira:

A personalidade de um indivíduo é uma abstração formulada pelo teórico e não uma descrição do comportamento desse indivíduo. 2. A expressão “personalidade de um indivíduo” refere-se a uma série de eventos que se estendem idealmente por toda a vida desse indivíduo. “A história da personalidade é a personalidade”. 3. Uma definição de personalidade deveria refletir tanto os seus elementos permanentes e recorrentes como os seus aspectos de novidade e singularidade. 4. A personalidade é o agente organizador e administrador do indivíduo. Sua função é a de integrar os conflitos e pressões a que o indivíduo está exposto, de modo a satisfazer necessidades e a permitir que o indivíduo atinja os objetivos futuros. 5. A personalidade está localizada no cérebro. “Se não há cérebro, não há personalidade”. (HALL, 1984, p.05).

Pelas considerações de Murray, percebe-se que a personalidade se formaliza por uma série de eventos na vida do indivíduo.

Destas considerações, entende-se que a personalidade se refere à complexificação da individualidade de forma superior, cuja base é a individualidade, sendo a gênese e o desenvolvimento histórico-sociais “o tecido” que possibilita seu

desenvolvimento (além da atividade e da consciência, que são as outras categorias centrais, junto com a personalidade, para a compreensão do psiquismo).

Explicar a personalidade pode ser uma tarefa complexa e como se vê vários teóricos dedicaram-se ao trabalho de definir a personalidade, explicar os aspectos envolvidos e a formação da personalidade. De fato, estas configurações dão conta de que a personalidade de uma pessoa está relacionada com a maneira que o indivíduo encara o mundo, as relações com outras pessoas, como se expressa e como expressa suas emoções, sua conduta, como se comporta socialmente, qual é a ideia que faz de si mesmo, a maneira de agir, comportar-se, relacionar-se, enfim, a personalidade está ligada ao jeito de ser de uma pessoa.

## **2.2 A FAMÍLIA E A FORMAÇÃO DA PERSONALIDADE**

Falar sobre família requer pensá-la como uma instituição muito complexa, pois cada momento histórico, povo, cultura, crenças e morais sociais, pode ver a família de maneira diferente. Em todas as sociedades pode ser encontrada uma constituição familiar, mesmo que de diferentes formas.

De acordo com Guedes (2003, p.33) a família é uma instituição tão antiga quanto a própria espécie humana. Os vínculos familiares são compostos por uma fusão de fatores “biológico, psicológico, social, cultural e econômico”.

O conceito de família no Brasil atualmente tem passado por grandes mudanças. Em um tempo recente, a família no ambiente do lar era vista pela composição de um homem, uma mulher e filhos, mas atualmente as configurações de família são variáveis.

Sabe-se que há mudanças na estrutura familiar, e isso vem sendo muito discutido. Se vê, por exemplo, avós assumindo as responsabilidades de dar a moradia e cuidados aos netos, algumas vezes só a mãe ou só o pai assumindo sozinhos a criação dos filhos, ou ainda, mais recentemente algumas famílias sendo constituídas por pessoas do mesmo gênero sexual, entre outros.

Fabrino (2012, p. 16) expõe que essas famílias, atualmente, encontram-se nas mais diversas formações, “distanciando-se cada vez mais do modelo

monoparental, pai-mãe-filhos. A forma com que as famílias irão influenciar e educar seus filhos ocorre independente da configuração em que se encontram”.

Souza (*et al*, 2009) explica que existem diferentes tipos de configurações familiares e podem ser classificadas como:

- *Nuclear*: também chamada de Bi parental: composta por pai, mãe e filhos. Os componentes nesta família possuem algumas funções, como social, política, sexual, econômica, reprodutiva e educativa;
- *Extensa ou Ramificada*: composta por diferentes gerações na mesma família;
- *Adotiva*: é o conjunto de pessoas que ao se encontrarem, desenvolvem afinidade, passam a viver na mesma família mesmo sem laços consanguíneos;
- *Dual ou Monoparental*: é composta por apenas duas pessoas, como mãe e filho, pais e filho, esposo e esposa, e outros;
- *Ampliada*: acaba sendo formada sem a necessidade de haver espaço físico comum, nem de serem desempenhadas todas as funções tradicionais em conjunto;
- *Recomposta*: aquela família que após uma primeira experiência não bem sucedida, faz uma nova tentativa com o mesmo ou com outro cônjuge, assim, após uma separação, por exemplo, constitui-se uma nova composição familiar com companheiros e filhos;
- *Homossexual*: resulta da união de pessoas do mesmo sexo; (SOUZA, *et al*, 2009).

Como se vê há diversas ramificações que constituem a instituição denominada família. Já Guedes (2003, p.34) salienta, no entanto, que não existe um modelo ideal de família, “pois este se difere de acordo com as necessidades e funcionamento de uma sociedade”.

A composição familiar está relacionada ao convívio entre pessoas com interesses e sentimentos em comum e suas condições de vida.

Para Henry e Lauwe (2012, p. 475) a família contemporânea passa por uma completa transformação, assim, “a concepção estática da família, considerada como um refúgio, uma garantia de estabilidade ou de ordem social, está hoje ultrapassada”, mas salienta que mesmo frente a tantas mudanças, a família ainda tem sua importância, vigor e vitalidade.

Henry e Lauwe (2012), ainda mencionam que a família possui algumas funções primordiais dada sua existência. Entre elas destacam-se: a função de reprodução e sobrevivência, as funções de proteção material, funções econômicas e de produção, função de consumo, funções sociais e culturais, função de identificação social, funções jurídicas e políticas, funções de transmissão (de bens duma geração a outra), e, as funções afetivas e espirituais.

Estas funções e configurações da família também influenciam na formação da personalidade dos indivíduos. No entanto, a instituição familiar não é a única a influenciar na formação da personalidade de uma pessoa, pois de acordo com Fabrino (2012, p.16)

(...) mesmo que as famílias estejam plenamente preparadas para desenvolver as crianças da melhor forma possível, os históricos econômico, social e cultural também influenciam o processo educacional tendo em vista que são fatores importantes para a vivência em sociedade.

A família é o primeiro grupo com qual o indivíduo tem a possibilidade de se relacionar, ou seja, sendo a família a primeira instituição do contato da criança e inspiradora de sua socialização, aprendizagem, convívio, inclui-se que a formação da personalidade associa-se à família, que tem um papel importante neste aspecto.

A instituição familiar, é para a criança a principal referência no processo de socialização e primeira instituição a colaborar no desenvolvimento da personalidade da criança (VERÍSSIMO, 2012).

Jean Piaget defende a ideia de que experiências vivenciadas são a base para as construções futuras da vida de uma pessoa, esta vivência vai incluir a relação com outros indivíduos, com o ambiente, que influem nas situações cotidianas, logo, a família é participativa deste processo. (1977 *apud* FABRINO, 2012).

Neste aspecto, dada a formação da personalidade e a importante participação e influência da família neste processo, considera-se que a família também é instituição fundamental em relação aos embates que envolvem as doenças psíquicas, transtornos, que sugerem o desvio do padrão comportamental esperado tanto no ambiente familiar quando em sociedade.

### **2.3 OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE**

Inicialmente na área da psicologia, o transtorno era visualizado como psicopatia, mas com o tempo este conceito sofreu mudanças, pois não correspondia às associações de enfermidade, malformação, patologia. O transtorno pôde ser percebido como uma alteração na estrutura psíquica do indivíduo e a forma em que este se relaciona com o mundo (GUEDES, 2003).

Na etimologia da palavra, de acordo com o dicionário Houaiss (2009, p.56) de língua portuguesa, o sentido é amplo e abrange os significados, entre eles seria: “ato ou efeito de transtornar; perturbação, alteração, mudança; contratempo, contrariedade; incômodo; desarranjo mental; turvar a inteligência ou juízo de; desorganizar-se; desfigurar-se (...)”. Como se vê, o conceito de transtorno está dirigido pelo sentido de mudança daquilo que é regular.

A ideia básica de transtorno seria derivada da ação ou efeito de transtornar, e isso implicaria dizer que transtorno é inverter a ordem regular de algo.

Os transtornos correspondem a uma grande variedade, podem ser vários e diferentes. Os tipos de transtornos são classificados a fim de separar as especificidades de cada um, cada qual com as características próprias que os define.

O DSM – 5 (Manual do diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), define transtorno como:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (DSM - 5, 2014, p. 64).

Ainda de acordo com o DSM – 5 entre a caracterização destes tipos de transtornos, há alguns pontos específicos a considerar:

Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (DSM - 5, 2014, p. 64).

Os transtornos mentais, são também considerados transtornos psíquicos, psiquiátricos ou outras nomenclaturas, e reconhece vários tipos de transtornos, entre eles o chamado transtorno de personalidade.

O DSM – 5 (2014) explica que existem dez tipos diferentes de transtornos de personalidade, e que estes estão classificados basicamente em três grupos: Grupo A, B e C.

Grupo A inclui os transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica. Indivíduos com esses transtornos frequentemente parecem esquisitos ou excêntricos. O Grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista. Indivíduos com esses transtornos costumam parecer dramáticos, emotivos ou erráticos. O Grupo C inclui os transtornos da personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva. Indivíduos com esses transtornos com frequência parecem ansiosos ou medrosos. Deve-se observar que esse sistema de agrupamento, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta sérias limitações e não foi consistentemente validado (DSM – 5, 2014, p.646).

Os transtornos correspondem a vários tipos, mas volta-se o interesse em especificar os transtornos de *personalidade*.

Geralmente os transtornos de personalidade começam a ser mais visualmente aparentes na adolescência persistindo até a fase adulta. No entanto, salienta-se que como a adolescência é um período de grandes transformações e uma fase transitória, e inclusive período importante na formação da personalidade de uma pessoa, é preciso cuidado na observação deste período, para que não se faça um diagnóstico de transtorno sem que seja um transtorno (GUEDES, 2003).

O mesmo cuidado também deve ser aplicado no diagnóstico adulto, já que o transtorno de personalidade reitera características persistentes na vida do indivíduo.

Conforme o DSM – 5 (2014), o transtorno de personalidade pode ser definido como “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (p.645).

A avaliação diagnóstica de modo a considerar o indivíduo com possível transtorno de personalidade deve considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos (DSM - 5, 2014).

Os transtornos de personalidade não podem ser considerados como transtornos mentais, psicoses, loucura, doenças cerebrais, ou ainda manifestações ou consequências de efeitos fisiológicos provenientes de alguma substância ou estado médico. Os transtornos de personalidade são padrões duradouros em atitudes, comportamento, ou seja, a pessoa os apresenta por longo tempo. Assim explica Guedes (2003), que os transtornos de personalidade “são uma variedade de padrões e condições de comportamentos significativos, os quais tendem a ser persistentes em todos os fatores da vida de um indivíduo” (p.17).

Neste sentido, o transtorno de personalidade é uma perturbação na maneira em que uma pessoa se comporta, influenciando consideravelmente o meio social em que vive e sua vida pessoal.

De acordo com Guedes (2003) se for comparar pessoas sem transtornos de personalidade com outras pessoas que apresentam transtorno de personalidade, observa-se que na verdade as pessoas com este tipo de transtorno “tem atitudes e comportamentos disfuncionais excessivamente generalizados, inflexíveis, imperativos e resistentes à mudança” (p.19). Geralmente elas não conseguem se adaptar a novas situações ou aquelas que podem causar algum estresse, podem sentir-se excluídas, como se não pertencessem ao seu meio. Geralmente sofrem e fazem outras pessoas sofrerem, mas não conseguem perceber isso.

Ainda de acordo com a autora, pessoas com o transtorno de personalidade não percebem os limites em suas atitudes, podem ser muito invasivas, impulsivas, inseguras, intolerantes à frustrações, apresentar descontrole de suas emoções, e estes fatores tendem a prejudicar as relações que estabelece, podendo não ser bem aceitas em seu meio por conta deste desajuste, apesar disso, muitas pessoas com transtorno de personalidade conseguem ter uma vida ocupacional ativa.

Dalgarrondo e Vilela (2012) declaram que se tem informação de que aproximadamente 10 a 13% da população geral, quando investigada com instrumentos epidemiológicos, preenche os critérios diagnósticos para um transtorno de personalidade.

#### **2.4 A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS**

As relações objetais referem-se basicamente a compreensão do sujeito acerca do eu e do outro. Constituída ainda durante os primeiros meses de vida, a criança, de forma multidimensional e contínua, passa a perceber a mãe como um objeto diferente de si, e essa compreensão alcançada de maneira gradual e saudável influenciará nas futuras relações estabelecidas pelo indivíduo.

Segundo Klein (1982) a transição entre a relação esquizoparanóide para a depressiva, se dá pela apreensão do ego do elemento ideal e perseguido, isto é, a passagem de um comportamento em que não se distingue; na concepção da criança, onde como começa a mãe e termina o bebê, para a identificação do objeto além do “eu”. Segundo a autora, esse fato se caracteriza como o pressuposto que determina a ruptura das relações maternas.

Amaral e Xavier (2007, p. 3) indicam que:

[...] para que isso ocorra é necessário que haja a predominância de experiências boas internas e externas sobre as experiências más. Na posição depressiva, à medida que ocorre uma diferenciação entre o que é eu e o que é objeto, diminuem os mecanismos de projeção, resultando uma diminuição da cisão entre objetos bons e maus.

Ainda, Bellak e Bellak (1949/ 1991, p. 25) postulam que:

[...] as relações objetais têm como componente o tipo e o grau de relação, assim como o investimento afetivo com os outros e leva em consideração a tendência à escolha objetal narcísica ou à reciprocidade e o quanto os relacionamentos atuais são influenciados por relacionamentos antigos de forma adaptativa ou mal adaptada, atendendo a propósitos atuais maduros, mais do que aos do passado e imaturos. É importante considerar o grau em que o outro é percebido como indivíduo, mais do que como extensão de si mesmo, de tal forma que a pessoa possa manter a constância do objeto, ou seja, relações mais estáveis.

Para tanto, quando mal constituída o processo de separação entre mãe e filho, os reflexos dessa falha se farão evidentes em todos os relacionamentos que este sujeito venha a conceber. Dessa forma, a gradual perspectiva do outro só se fará consolidada e satisfatória quando este indivíduo transitar da dependência absoluta e relativa para a independência.

Então, quando não reconhecido a figura do outro e suprimido as tipificações egocêntricas do sujeito, as consequências extenuantes para o processo de desenvolvimento e fortalecimento do ego, culminará em temores alimentados pelos constantes sentimentos de angústia, frustração e abandono (WINNICOTT, 2001).

Assim sendo, transpassar as relações objetais, significa compreender que o indivíduo influi e é influenciado pelos componentes externos e internos, de modo que o seu funcionamento psíquico dependerá das representações, percepções e reações aos vínculos afetivos e emocionais que determinarão os comportamentos adoecidos e saudáveis do sujeito.

### 3. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) também é conhecido por outras nomenclaturas, como, “Transtorno de Personalidade Limitrofe”, “Personalidade Estado-Limite”, “Perturbação Estado-Limite da Personalidade”, “Caso-Limite”, “Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável”, “Transtorno de intensidade emocional”, “Transtorno de caráter”, entre outras. A grande variedade em sua nomenclatura relaciona-se à tentativa de definir este transtorno no decurso do tempo. A definição que se conhece atualmente passou por muitos estudos. O fato é que, assim como as diversas nomenclaturas também nota-se as tentativas de esclarecer este transtorno até ser configurado por *Borderline* (GABBARD, 2009; FRAZÃO, 2015; MATIOLI, 2014).

De acordo com Silva (2013) o primeiro profissional da área psicanalítica a utilizar o termo *borderline* foi Thomas Verner Moore.

De acordo com Dalgalarrodo e Vilela (2012) desde a criação do termo *borderline* surgiram dúvidas sobre a caracterização deste tipo de paciente, de como se considerar o *borderline*, destas imprecisões ora se deveria considerar como:

(...) um tipo de paciente ou como um estado transitório, como uma organização de personalidade ou como uma forma grave de neurose, como um tipo atenuado de psicose ou como uma entidade nosológica de direito, ou (...) apenas de uma rubrica para quadros clínicos” (p.57).

Assim, inicialmente os clínicos e psicanalistas não conseguiam enquadrar confortavelmente o *borderline* nas categorias diagnósticas clássicas. No entanto, conforme novos estudos foram surgindo foi possível delimitar algumas características mais específicas para o diagnóstico.

As informações que se tem atualmente sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline* não são as mesmas do início das pesquisas. Historicamente, por muito tempo este transtorno foi associado aos diversos escritos históricos e relatos de casos de histeria do final do século XIX e princípios do século XX. Todavia, Hegenberg (2000), salienta que no viés dos estudos atuais sabe-se que o *borderline* não é um histérico, nem neurótico, não é um psicótico, nem está no limite entre a neurose e a psicose, “mas é um caso clínico específico, com suas características

próprias” (p.22). Assim, ao tratar do TPB é importante respeitar as especificidades deste tipo de transtorno e de cada paciente.

De acordo com Gabbard (2006), na década de 1930 e ao longo da década de 1940, clínicos começaram a descrever certos pacientes que “não eram suficientemente doentes para receber o diagnóstico de esquizofrenia, mas eram de longe muito perturbados para fazerem o tratamento psicanalítico clássico” (p.319). A partir destas observações começam os esforços de diversos estudiosos para identificar estes pacientes que estariam numa faixa “intermediária”, de características específicas e que não se enquadravam necessariamente aos diagnósticos existentes até então.

Outeiral (org. 1993) salienta que por volta dos anos 1950, o *borderline* ainda era visto pela psiquiatria como algo vago e mal definido, sendo que os psiquiatras não davam a devida atenção a este tipo de transtorno.

Conforme explica Gabbard (2006), já no início da década de 1960 uma análise de 60 pacientes foi formulada por Grinker e colaboradores, sugerindo quatro subgrupos de pacientes *borderline*. O tipo I sugere a fronteira psicótica; o tipo II se constituía de um grupo com afetos predominantemente negativos e dificuldades em manter relações interpessoais; o tipo III seria caracterizado por uma falta generalizada de identidade, resultando numa necessidade de tomar a identidade emprestada dos outros; e o tipo IV, que seria o último extremo fronteira neurótica.

Assim, dentro de tais observações Grinker ainda delimitou padrões-chave do *borderline*: 1) Raiva como o principal ou único afeto, 2) defeitos nos relacionamentos interpessoais, 3) ausência de uma consistente identidade do *self*, e 4) depressão difusa. Mas o mais importante fato constatado nestes estudos é a conclusão de que o *borderline* é totalmente diferente da esquizofrenia.

Gabbard (2006) ainda explica que foi a partir de 1990 que outras pesquisas possibilitaram identificar claramente padrões discriminatórios e especificidades do *borderline*.

De lá para cá muitas pesquisas vêm sendo desenvolvidas e o número de publicações de estudos vem aumentando, mesmo assim, os estudos voltados diretamente ao Transtorno de Personalidade *Borderline* mostram ser muito recentes.

Mesmo em um contexto recente, já é possível identificar importantes estudos que formatam a caracterização do Transtorno de Personalidade Borderline.

Veríssimo (2012) explica que o termo *borderline*, deriva de *border*, ou seja “borda” (p.04). Isto implica em considerar que o indivíduo com TPB vive na borda do padrão social comum em relação ao controle das emoções. O indivíduo borderline vive na fronteira, em que, a qualquer momento suas emoções podem transbordar.

A pessoa com este tipo de transtorno pode apresentar diversas características específicas que o identifiquem, entre eles *oscilação de humor e impulsividade*, ou seja, a pessoa oscila entre *momentos de euforia e de profunda tristeza*, ou *não consegue controlar seus sentimentos*.

Gabbard (2009) indica que pessoas com TPB podem apresentar diversos descontroles como: descontrole cognitivo, descontrole afetivo, descontrole dos impulsos, descontrole comportamental e descontrole da ansiedade.

Frazão (2015) salienta algumas das principais características do TPB, em relação aos sentimentos, emoções, e podem apresentar:

sentimentos de raiva, desespero e pânico; irritabilidade e ansiedade que pode provocar agressividade; alterações do humor ao longo do dia, variando entre momentos de euforia e de profunda tristeza; dificuldade em controlar as emoções, podendo chorar facilmente ou ter momentos de enorme euforia; medo de ser abandonado por amigos e familiares; baixa autoestima, sensação de solidão e de vazio interior; sentimentos negativos exagerados, como medo, vergonha, pânico e raiva de forma exagerada para a situação real; interpretações instáveis sobre os outros, avaliando como boa pessoa em um instante e rapidamente julgando como má pessoa; dificuldade em aceitar críticas; relacionamentos sempre muito intensos, porém confusos e desorganizados (FRAZÃO, 2015, p.16)

Aspectos marcantes como estes, são recorrentes. É importante observar que são características específicas o Transtorno de Personalidade Borderline e que devem ser levadas em consideração para o diagnóstico de TPB.

Para Videbeck (2012) os pacientes com o TPB têm uma ampla gama de disfunções – de leves a graves. E estes aspectos podem variar de acordo com o momento do paciente.

O autor formula algumas características para o TPB, como o humor persistente “disfórico”, ou seja, envolve infelicidade, inquietação e mal estar. Os relatos deste pacientes são de: solidão profunda, tédio, frustração e sensação de

“vazio”. Podem ficar irritáveis e até hostis ou sarcásticos e reclamam de episódios de ansiedade de pânico.

As colocações de Videbeck (2012) apontam que estes pacientes tendem a ter emoções intensas, como raiva e fúria não as expressando de modo “produtivo ou útil” (p.16). Além disso, costumam ser hipersensíveis às emoções de outras pessoas, podendo sentir-se afetados, culminando em reações emocionais intensas.

Algumas das características do TPB se assemelham a outros problemas, assim, é bem possível que algumas pessoas sofram deste transtorno de personalidade e, no entanto, passem a vida inteira sem identificar isso (FRAZÃO, 2015).

Hegenberg (2000) concorda que é caso comum que pacientes passem, ao longo do tempo, por diversos diagnósticos, antes que se conclua tratar de Transtorno de Personalidade *Borderline*.

O TPB pode trazer muitos prejuízos à vida do indivíduo, como casamentos desfeitos, problemas em relações familiares, afastamento de amigos, entre outras complicações. O indivíduo com este transtorno sofre muito e continuamente, pois, sentem emoções mais facilmente e mais profundamente que outras pessoas e pode mostrar-se muito impulsivo e às vezes até agressivo (MARTINS, 2016).

As pessoas com TPB mostram um profundo sofrimento e muitas vezes não conseguem controlar a dor que as assola, bem como consagra o sofrimento de todas as pessoas envolvidas, sobretudo com a família dos indivíduos *borderline*, numa constante e diária batalha com sua intensidade emocional.

As relações do indivíduo *borderline* com outras pessoas, sobretudo com as pessoas mais íntimas – a família - mostra-se muitas vezes caótica. A impulsividade, o descontrole emocional, variação de humor, medo intenso e constante de abandono, entre outros, acabam criando uma convivência difícil.

### **3.1 A PRIMEIRA COMPOSIÇÃO FAMILIAR DO BORDERLINE**

Tendo em vista que pesquisas recentes sobre o TPB têm indicado que os sintomas do transtorno surgem mais enfaticamente na adolescência, pode-se dizer que a família, pai, mãe, responsáveis, são as pessoas que teoricamente deveriam

ser os primeiros a constatar as mudanças de comportamento, mas nem sempre isso acontece. Às vezes a família, ou pessoas próximas, podem ter a concepção que o *borderline* seja simplesmente uma pessoa nervosa, sensível demais, desequilibrada emocionalmente ou popularmente falando “estourada”.

O comportamento do adolescente é difundido por muito tempo como sendo uma faixa etária em que as mudanças são normais e vários comportamentos comumente passam a ser aceitáveis sob a justificativa de que é “a idade” da rebeldia, dos impulsos, das emoções intensas. No entanto, deve-se prestar atenção em alguns comportamentos que passam a se tornar padrão, repetitivos e, principalmente aqueles que tornam o convívio com os pais muito difícil (OUTEIRAL, 1993).

Carneiro (2004) diz que reconhecer uma pessoa com personalidade *Borderline* não é difícil, “pois os sintomas incomodam todos os que se relacionam com ela, especialmente familiares” (p.25), no entanto, nem todas as pessoas possuem um discernimento ou percepção de que algo está “errado” com aquela pessoa e que isso pode se tratar de um transtorno.

Martins (2016) acrescenta que como os sintomas tornam-se perceptíveis, “a família costuma supor que a rebeldia, a impulsividade, o descontrole emocional, a instabilidade e a diferente percepção de valores são típicas da idade, não fazendo ideia de que estão diante de um distúrbio grave” (p.56).

Para Hegenberg (2000), é comum também que a família não suporte o comportamento compulsivo e até agressivo, bem como suas queixas contínuas de vazio e tédio, incapacidade para lidar com o dia a dia e atitudes antissociais.

Vale ressaltar que em relação à família estudos têm demonstrado que o TPB tem predisposição genética. Pessoas com histórico de *borderline* na família, tem 5% a mais de chances de desenvolver este transtorno (GABBARD, 2006).

Além de fatores genéticos, biológicos, aspectos cerebrais, outros fatores podem ser norteadores das causas do TPB. Carneiro (2004) corrobora que alguns estudos têm encontrado motivos neurológicos importantes de pacientes com TPB. Alguns estudos com neuroimagem, por exemplo, revelaram uma rede “mal funcionando em várias regiões cerebrais relacionadas a importantes aspectos da sintomatologia” (p.57).

O autor acrescenta que em estudos de Tomografia por Emissão de Pósitrons, foi indicado que no cérebro da pessoa com TPB, pôde ser observado que “o córtex cingulado anterior – que é a região mediadora do controle afetivo - bem como outras áreas cerebrais, como o córtex pré-frontal, apresentaram um metabolismo basal alterado” (p.57).

Neste aspecto, vale acrescentar que estas regiões estão relacionadas à percepção de emoções, empatia, análise das consequências dos atos, controle de comportamentos, habilidades sociais, entre outros. Assim, vê-se que o estudo destas alterações cerebrais pode visualizar melhor o transtorno na tentativa de compreendê-lo.

Carneiro (2004) ainda salienta os estudos estruturais que mostraram a “redução no volume da amígdala e do hipocampo” (p.58), nos pacientes com personalidade *borderline*. Ou seja, estas partes do cérebro, mostram-se reduzidas, e estas partes se relacionam muito com a regulação das emoções, e o hipocampo é uma parte que está ligada ao controle da agressividade e impulsividade.

Estes são elementos importantes a serem observados, já que estas especificidades comportamentais do indivíduo *borderline*, é que tendem a tornar a convivência com ele conturbada.

Mas a predisposição genética e neurológica não são os únicos fatores preponderantes que envolvem a família no processo do TPB:

Várias causas são apontadas para a origem do transtorno. Acredita-se que, além do forte componente genético, experiências traumáticas na infância, como abuso sexual e negligência, causariam a desregulação emocional e a impulsividade, levando aos comportamentos não-funcionais, déficits e conflitos psicossociais (CARNEIRO, 2004, p.28).

Entre as hipóteses, têm-se apontado causas como: vida familiar conturbada; falta de comunicação no seio familiar; traumas de infância, inclusive abuso sexual, físico ou emocional; experiência de abandono na infância ou adolescência; problemas familiares ligados a vícios de algum ente, como bebida alcoólica; predisposição genética, aspectos neurológicos, empíricos e psicológicos, entre tantos outros (CARNEIRO, 2004).

Veríssimo (2012, p.08), explica que:

(...) padrões familiares disfuncionais, nos quais persiste o abuso emocional da criança, no âmbito das diversas formas de agressão e violência na infância, são avaliados como um dos mais prevalentes e consistentes factores patognomónicos da personalidade limítrofe.

Para Frazão (2015, p.15) o TPB é mais comum em indivíduos que “viveram experiências emocionais fortes enquanto criança, como enfrentar uma doença, morte ou situações de abuso sexual e de negligência, por exemplo”. Neste rumo, há suspeitas de que traumas como violência sexual, abuso na infância ou histórico de pais com envolvimento com o alcoolismo podem colaborar com a propensão.

Videbeck (2012) salienta que diversos estudos sobre o TPB voltados à infância do indivíduo borderline têm evidenciado que “cinquenta por cento dos clientes experimentaram abuso sexual na infância; outros experimentaram abuso físico e verbal e alcoolismo dos pais” (p. 347).

Gabbard (2009) corrobora que a história de abusos na infância dos pacientes com transtorno de personalidade borderline, faz com que eles temam que suas famílias, aos quais consideram malévolas ou poderosas, possam convencer os terapeutas de que os pacientes sejam “maus” ou “loucos”, e neste caso é indicado auxiliar o paciente a manter certa distância das famílias abusivas para sentirem segurança.

No entanto, outros eventos que ocorrem no ambiente familiar (além dos abusos), podem ser importantes para serem analisados. Outeiral (1993) explica que na infância, na idade de um ano e meio a três anos, conforme vai crescendo, a criança passa por uma fase de separação em relação a mãe, esta seria a primeira fase de separação em que, na medida que a criança cresce vai desenvolvendo sua individualização, passa a fazer coisas sem o auxílio e dependência constante da mãe. A segunda fase da separação seria na adolescência, em que o jovem precisa desenvolver sua própria autonomia e fica dividido entre ser independente e o anseio de permanecer sob a proteção materna. Estas fases geralmente tendem a ocorrer naturalmente e sem grandes problemas, no entanto, se esta separação em relação aos pais for complicada, isso pode acometer de modo significativo a vida do filho, criando em alguns casos problemas de dependência com os vínculos familiares ou imaturidade. Estes rompimentos de acordo com o autor citado seriam as primeiras

experiências de “abandono” experimentados pelo indivíduo, e no caso da pessoa com o TPB, estas fases podem ser muito mais marcantes, e ao ter uma experiência de abandono ao longo da sua vida pode reportar-se à estas primeiras fases.

De acordo com Outeiral (1993), os próprios pais podem ter o medo de abandono e sofrem pela ideia de que os filhos ao chegarem da juventude podem desvincular-se deles. Neste caso, as famílias também têm sua responsabilidade nos aspectos referentes à maturidade dos filhos, caso não permitam que este cresça, isto é um dos fatores importantes na formação da personalidade do indivíduo.

Uma pessoa pode ter vários motivos para deixar de conviver com a família de modo mais próximo, algumas pessoas saem da casa dos pais para estudar, para morar em outra cidade, enfim, são outras situações que fazem com que se desvincule do ambiente familiar da casa dos pais, e isso também configura, de certo modo, uma fase de separação.

Uma fase muito importante na vida do ser humano é quando conhece outra pessoa que afetivamente estabelece vínculos muito íntimos, um companheiro. A decisão de deixar o convívio com os pais e se unir a outra pessoa de vínculo amoroso, pode culminar na constituição de uma nova família.

Este processo pode ser considerado um dos percursos naturais da vida, mas para o indivíduo *borderline*, formar sua própria família pode ser uma fase de grandes desafios.

### **3.2 O ENVOLVIMENTO AMOROSO DO INDIVÍDUO BORDERLINE**

O percurso natural é que do período de adolescência, seguem-se os relacionamentos amorosos. Deixando os laços paternos e maternos o indivíduo passa a ligar-se amorosamente com outra pessoa. No caso do *borderline*, é neste momento que outros desafios são estabelecidos: o relacionamento íntimo amoroso mostra-se geralmente muito turbulento. O medo constante de abandono torna o *borderline* uma pessoa ciumenta e até perseguidor. A manipulação que o indivíduo *borderline* pode praticar neste momento, na verdade é uma tentativa de não permitir que o outro se afaste, ou seja, a tentativa de não permitir o afastamento daquele que ama, o abandono (MARTINS, 2016).

Videbeck (2012) explica que o *borderline* tende a adorar e idealizar outras pessoas, inclusive após um encontro rápido, depois, no entanto, pode desvalorizar rapidamente estes mesmos indivíduos quando, de algum modo não correspondem a sua expectativa.

Mesmo neste descompasso, é possível que um indivíduo com TPB se relacione amorosamente, inclusive case-se e tenha filhos, pois apesar desta variação de humor, a pessoa *borderline* possui características muito positivas. Podem ser extremamente gentis, criativas, comunicativas, organizadas. Logicamente a tendência do comportamento humano no momento da conquista é de demonstrar seus atributos e suas qualidades. E isso não é diferente do *borderline*, que consegue ter relacionamentos amorosos e cultivar o encantamento do próximo, por um tempo.

Esta relação entre os mais íntimos ligados ao indivíduo *borderline* pode ser apreendida por uma constante ambiguidade: ora são amáveis, atenciosos, as melhores companhias possíveis, e em outros momentos sua presença pode significar um martírio. Assim, o caráter amoroso e simpático do *borderline* é contrastado com momentos intensos de mudança de humor (GABBARD, 2009).

A amabilidade do indivíduo *borderline* é uma das características que se contrapõem ao comportamento mais incisivo e agressivo do transtorno. Assim, não é difícil que o *borderline* seja percebido, à primeira vista, como um sujeito simpático, atencioso, sensível, amável e outros atributos que podem encantar um pretendente.

O que pode acontecer, é a rapidez com que o *borderline* pode propor um relacionamento mais sério inclusive, já que, como foi dito, pode apaixonar-se ou idealizar uma pessoa em pouquíssimo tempo, e neste sentido, à luz da rapidez com que as coisas vão acontecendo no envolvimento amoroso com alguém torna-se difícil para o outro identificar logo no início que uma pessoa sofre do transtorno de personalidade *borderline*, ainda mais se esta não tiver tido um diagnóstico ainda (MARTINS, 2016).

É comum pessoas que conhecem indivíduos borderlines viver um envolvimento apressado por ele, pois o *borderline* se apega facilmente e tem medo de ser abandonado, por isso geralmente antecipa a união. Como o relacionamento vai se desenvolvendo muito rapidamente o parceiro do *borderline* não consegue ter

tempo de perceber certos tipos de comportamentos que se mostram estranhos com o passar do tempo. Mas, o *borderline* talvez não consiga sustentar por muito tempo a “dependência” que cria no vínculo afetivo e amoroso. Geralmente ele passa projetar-se no outro reiterando a falta de reconhecimento da própria identidade (que é uma das características do TPB). Assim, fica difícil estabelecer seus próprios desejos, seus próprios projetos pessoais sem a companhia do outro. E esta relação passa a ser de certo modo sufocante para seu parceiro. A intensa veneração ao outro não permite vida própria ao *borderline* e, para ele isto é normal nas intensidades de suas emoções (MARTINS, 2016).

De acordo com Carneiro (2004, p.20) pessoas com o TPB enfrentam muitas problemáticas em relacionamentos com parceiros,

(...) os pacientes apresentam relacionamentos intensos e instáveis, cujos problemas mais comuns são o profundo medo de abandono, que tende a se manifestar em esforços desesperados para evitar ser deixado sozinho, e alternância entre extremos de idealização e desvalorização, sendo os relacionamentos marcados por frequentes discussões, rompimentos, baseados em uma série de estratégias mal adaptadas que irritam e assustam outras pessoas.

Além disso, por não compreender os limites e o que causam ao parceiro romântico, geralmente o indivíduo *borderline* tende a culpar seu par pelos desentendimentos, não assume a culpa muitas vezes por não perceber o que fez de errado.

De acordo com Skerritt (2014) apenas as pessoas que atingem um relacionamento mais próximo e íntimo tendem a vivenciar o verdadeiro comportamento abusivo que acaba vindo à tona. Para o autor, um dos pontos mais confusos para quem convive com um *borderline* é justamente isso, que as outras pessoas não veem o que realmente ocorre, fazendo com que o convivente chegue a se perguntar se está certo acerca do que presencia do comportamento do *borderline* ou ele mesmo é o problema.

#### 4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA FAMÍLIA E O TPB

Apesar de todos os pontos elencados, sobre a difícil convivência com a pessoa com TPB, o ponto positivo é que feito o diagnóstico certamente o convívio com o *border* tende a melhorar, pois os efeitos da prática impulsiva da pessoa *borderline* podem ter controle, mas para tal, é preciso que tanto o paciente quanto a família estejam inteirados sobre o que é *borderline*.

Para conviver com a personalidade *borderline*, o primeiro passo é caracterizá-la como um transtorno psiquiátrico tratável e procurar ajuda com profissionais da saúde especializados. Tanto a atitude pessoal de aderir à terapia, quanto a educação da família são essenciais, na medida que o único tratamento efetivo é o de equipe, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, a família e o paciente (CARNEIRO, 2004, p. 35).

Sendo assim, é extremamente importante dar atenção especial ao relacionamento do indivíduo *borderline* com seus próximos, as relações com a família.

Como o transtorno afeta as relações interpessoais, muitos preconceitos e muita incompreensão acompanham os pacientes com personalidade *borderline*. Muitas vezes, tais pessoas são rotuladas de "irresponsáveis", "egoístas", "desequilibradas", "problemáticas", o que só agrava sua instabilidade e faz com elas se aproximem mais e mais da loucura, já que dificilmente sozinhas conseguirão contornar a dificuldade (CARNEIRO, 2004, p.26).

Neste sentido, salienta-se que a família, seja os pais, responsáveis, cônjuges, filhos, são pessoas importantes no apoio ao indivíduo *borderline*. As pessoas mais próximas servem como o suporte, como a motivação para o tratamento, tendo em vista que todos podem ganhar com a melhora e aprendizagem de autocontrole do *borderline*.

Para Veríssimo (2012, p. 16) os indivíduos com TPB “percebem as relações familiares como instáveis e emocionalmente intensas, marcadas por sentimentos e representações ambivalentes em relação aos membros da família”. Sendo assim, é importante que a família não seja desconsiderada no processo de diagnóstico, tratamento e intervenção.

O DSM - 5 (2014), considera a família, entre outras instituições, como um elemento importante no diagnóstico de um indivíduo sobre o transtorno.

A cultura proporciona estruturas de interpretação que moldam a experiência e a expressão de sintomas, sinais e comportamentos que são os critérios para o diagnóstico. A cultura é transmitida, revisada e recriada dentro da família e de outros sistemas sociais e instituições. A avaliação diagnóstica, portanto, deve considerar se as experiências, os sintomas e os comportamentos de um indivíduo diferem das normas socioculturais e conduzem a dificuldades de adaptação nas culturas de origem e em contextos sociais ou familiares específicos (DSM - 5, 2014, p. 58).

Nos dias atuais, existem diversas organizações nacionais para pais, páginas na internet e uma série de livros em desenvolvimento visando ajudar essas famílias. Gabbard (2009) considera que a atenção às famílias que têm um indivíduo *borderline* tem aumentado rapidamente.

Ainda de acordo com o autor, muitas vezes é necessária uma abordagem de apoio e educacional com os familiares para reduzir sua hesitação e dar início ao processo de desenvolver uma aliança, desse modo, observa-se que as famílias também têm seus desafios a serem trilhados. Mas conforme explica o autor essas famílias beneficiam-se da participação ativa no tratamento e seus filhos *borderline* podem apresentar um prognóstico melhor.

Nesta perspectiva, às vezes, as sessões familiares podem ajudar a esclarecer algumas coisas sobre o paciente e sua relação familiar, como, por exemplo, experiências marcantes durante a infância do paciente *borderline*, ou relações familiares em que os pais não permitem a autonomia do filho criando uma relação de dependência obrigada que pode frustrar o filho, ou até mesmo uma relação de pais totalmente negligentes.

Para Veríssimo (2012, p.16) “as perturbações de socialização evidenciadas por indivíduos com perturbações de personalidade podem ser resultado de dificuldades ao nível das relações intrafamiliares, incluindo problemas de parentalidade”.

Neste sentido, o trabalho com o indivíduo com TPB requer também muitas vezes um trabalho com a família. Muitas vezes os componentes da família também apresentam um quadro debilitante, seja emocional, psicológico, e precisam receber uma atenção também. É preciso que a família seja informada sobre os implicadores

de um ente com TPB, inclusive a possibilidade de automutilação ou até suicídio. Compreender estes riscos é um desafio para a família.

Estes riscos devem receber atenção, tanto da parte da família e pessoas que convivem com um *borderline* como o profissional que está diretamente em contato com ele. Pessoas com o TPB, podem ferir-se fisicamente de diversas maneiras, pode machucar a si mesma, furar-se com agulha, provocar queimaduras, entre outros. Isto é explicado pela psicologia como uma tentativa de fazer com que a dor física ultrapasse a dor emocional, a dor física para ultrapassar a “dor da alma”. Pessoas com TPB podem apresentar uma dor interior muito intensa. (VIDEBECK, 2012).

(...) as lesões autoinflingidas causam muita dor e com frequência exigem tratamento extensivo; algumas resultam em cicatrizes significativas ou incapacidade permanente, como paralisia ou perda da mobilidade por causa de lesão em nervos, tendões e outras estruturas essenciais (VIDEBECK, 2012, p. 348).

Como os familiares geralmente são as pessoas com maior convívio com o indivíduo com TPB, é importante que estejam atentos aos sinais que podem aparecer. E às vezes pode ser muito difícil para a família ver o ente ferir-se, mas a intervenção é necessária, para evitar inclusive consequências mais graves como suicídio.

De acordo com Gabbard (2009, p. 774) a intervenção dos pais “tem importância para a saúde pública, pois os pais assumem o papel principal como prestadores de cuidado”.

A família, além de desempenhar um papel importante na compreensão, apoio e tratamento do ente *borderline*, também necessita de apoio.

(...) temos que atentar para que, a partir do momento em que conseguimos a família como parceira no tratamento, que esta seja responsável pela parte que lhe cabe, temos que cuidar para que não fique fadada ao instituído, esquecida, sem suporte e repetindo práticas já fixadas e que não deram certo (PIMENTA, 2008, p. 59).

É importante pensar que se para o indivíduo *borderline* é difícil processo de identificação do problema e tratamento, para a família também pode ser um processo doloroso. De acordo com Guedes (2003), as crises geradas pelos

transtornos podem ter efeitos penetrantes e de longo alcance a saúde mental de toda família.

Não existe família perfeita, mas uma pessoa com transtorno modifica e influencia toda esta dinâmica, especificamente o Transtorno de Personalidade Borderline pode gerar dentro da família um enorme desgaste emocional, porque é um tipo de transtorno que faz da pessoa muito exigente, buscando excessiva atenção de todos na maior parte do tempo. Estas exigências despendem um gasto de energia intenso para a família, por serem tão contundentes, que fica comprometido a convivência entre o *borderline* e a própria família, pois não raro acontecem discussões, brigas e desentendimentos (GUEDES, 2003).

Neste intento de desacordos entre a família e a pessoa borderline é comum que pessoas da família acabem se afastando. E este é um dos piores medos: o abandono, e assim, há a tendência maior ainda de buscar atenção para evitar o afastamento. Este ciclo causa muito desconforto tanto para o borderline quanto para a família. Desta premissa, Guedes (2003) salienta que diante de toda esta problemática, pode-se concluir que as pessoas, assim como a personalidade borderline “não podem ser catalogadas com etiquetas diagnósticas como as enfermidades” (p.40).

A forma como uma pessoa percebe a imagem do outro influencia na visão de sua própria imagem. Sendo assim, a família é componente importante na visão que o indivíduo fará de si.

Para Guedes (2003), as perturbações de personalidade e distúrbios na adaptação social “podem ser melhor entendidos e examinados, não isoladamente, mas como um padrão dinâmico variável, influenciado continuamente pelos efeitos recíprocos da interação familiar” (p.41).

Pimenta (2008), contribui ao ressaltar que a família deve ser não apenas incluída no processo de tratamento do paciente borderline, mas integrar-se ao processo, pois:

A família tornou-se muito especial, instrumento decisivo para o funcionamento social, responsabilizando-se quase integralmente pela educação, desenvolvimento e formação das crianças, pela felicidade e bem-estar das pessoas. Nesse sentido, se a família é tão relevante, se a família é tudo ou quase tudo, ela também se torna responsável por tudo o que possa suceder a seus membros, inclusive, atualmente, pela participação

ativa da inserção do portador de transtorno mental na sociedade (PIMENTA, 2009, p. 60).

Entre os principais desafios em integrar a família ao processo de diagnóstico e tratamento do *borderline*, pode-se destacar inicialmente a negação que principia em aceitar que alguém da família tem um transtorno. A acomodação também é um fator negativo relacionado à família. De outro lado, pode-se considerar a carga que a família poderá se deparar frente a incompreensão social, o que às vezes pode ser sentida como fracasso da família na criação do filho.

Destes e outros desafios que se reitera a importância no cuidado com a família que tem um ente com o transtorno *borderline*. No entanto, deve-se considerar as perspectivas de que no caso do TPB há tratamento, e apesar das dificuldades, é possível que com tratamento haja não só uma boa convivência com o *borderline*, mas que o índice de sofrimento tanto dele quanto de sua família sejam reduzidos significativamente.

## 5. METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo proposto é desenvolvido através de pesquisa de cunho bibliográfico sobre o tema específico do Transtorno de Personalidade Borderline. Devido à quantidade e complexidade de informações na área da psicologia, se faz necessário o uso de métodos de revisão de literatura.

De acordo com Marconi e Lakatos (1990), a pesquisa bibliográfica abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, sendo assim, esta pesquisa segue a proposta de investigar em diversas fontes disponíveis os trabalhos existentes dentro do assunto tema deste estudo.

A consulta bibliográfica, realizada em 2016, conta com fontes em livros, artigos científicos, no intuito de conceituar, analisar, descrever e investigar sobre o assunto proposto.

A consulta foi realizada no início do mês de Julho de 2016 através de consulta em bases de dados bibliográficas, além da consulta em livros, buscou-se em sites de nível acadêmico, entre as principais fontes de pesquisa destaca-se: sites eletrônicos Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC) e portal Google acadêmico (GA).

Foram efetuadas buscas nos sites descritos, inicialmente dentro do limite dos descritores “Transtorno de Personalidade Borderline”. Para restringir e delimitar o foco da pesquisa volta-se para os seguintes descritores: “Família e Transtorno de Personalidade Borderline”. Neste caso, pouco foi encontrado para pesquisa específica. Sendo assim, para ampliar o campo de estudo nesta linha das relações familiares e o transtorno, buscou-se relacionar a família a outros descritores como “Família e transtornos mentais” e “Família e transtornos psíquicos”.

Desta busca, foram selecionadas seis pesquisas que se enquadram nos seguintes princípios desta proposta: estudos acadêmicos encontrados dentro da temática proposta, que situam-se entre os anos de 2008 a 2016; estudos sobre o TPB e a família; textos apenas em Língua Portuguesa; e, estudos voltados para a área da psicologia e psiquiatria. Os critérios de exclusão dos demais trabalhos são todos os textos encontrados que não obedeceram a estes critérios mencionados.

Assim, foram desenvolvidos dois quadros que seguem abaixo. O quadro 01 especifica sobre os artigos incluídos o número, título, autores, formação, ano e fonte; já o quadro 02 mostra número de inclusão, resumo, objetivo, método, amostra e principais resultados encontrados nos textos selecionados como objetos de estudo na presente pesquisa.

Quadro 1 - Sinóptico Geral – Identificação da Pesquisa

Número	Título	Autores	Formação	Ano	BD
01	Na terra do nunca, no lugar de ninguém: dinâmica familiar, representações parentais e parentalidade – estudo exploratório com crianças com Organização Borderline de Personalidade.	VERÍSSIMO, Ana Raquel Silva.	Mestre em Psicologia Clínica	2012	GA
02	A convivência em família com o portador de transtorno psíquico	<sup>1</sup> SOUZA, Maiquel Danzer de; <sup>2</sup> KANTORSKI, Luciane Prado; <sup>3</sup> SCHWARTZ, Eda; <sup>4</sup> GALERA, Sueli Aparecida Frari; <sup>5</sup> TEIXEIRA JÚNIOR, Sidnei.	Enfermeiro formado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas	2009	GA
03	Caracterização dos vínculos afetivos entre adolescentes com indicadores de organização de personalidade Borderline e seus pais	JORDÃO, Aline Bedin.	Mestrado em psicologia	2008	GA
04	A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial: uma perspectiva institucionalista.	PIMENTA, Eliane de Souza.	Mestrado em Psicologia	2008	GA

05	O transtorno de personalidade <i>borderline</i> a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise	<sup>1</sup> MATIOLI, Matheus Rozário; <sup>2</sup> ROVANI, Érica Aparecida; <sup>3</sup> NOCE, Mariana Araújo.	Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP  Psicanalista. Psicóloga. Musicoterapeuta.  Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2008)	2014	PEPSIC
06	A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense	<sup>1</sup> RODRIGUES, Aline; <sup>2</sup> PALMA, Domingos Luiz.	Graduada em Psicologia  Psicólogo professor da UCEFF Faculdades	2015	SCIELO

Fonte: PIRES, 2016

Quadro 2 - Sinóptico Geral- Dados Qualitativos da Pesquisa

<b>Número</b>	<b>Resumo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Amostra</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>01</b>	O estudo investiga o funcionamento interno e familiar das crianças com borderline	O estudo procura alcançar um conhecimento profundo dos casos analisados e, a um nível mais global, do funcionamento interno e familiar das crianças com um funcionamento borderline	Pesquisa qualitativa e caráter exploratório	3 crianças diagnosticadas com TPB e suas respectivas famílias	Verificaram-se padrões de parentalidade problemáticos, inconsistentes e com falhas ao nível do cuidado, da função reflexiva e do suporte afetivo, sendo a representação que estas crianças constroem acerca da sua família percebida como emocionalmente intensa, instável, confusa, inconsistente e pouco contingente, com fronteiras interpessoais disfuncionais, marcada por sentimentos e representações ambivalentes em relação aos membros da família.
<b>02</b>	O estudo trata da família, as configurações familiares, o transtorno psíquico	O estudo teve como objetivo conhecer as experiências da família no convívio com o portador de transtorno psíquico utilizando-se da avaliação estrutural do grupo familiar	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Paciente e família do Centro de Atenção Psicossocial	Em meio a sofrimentos relacionados com o transtorno mental tem o próprio contexto familiar, marcado por experiências como traições e casos de transtorno na família que evidenciam que a estrutura familiar influi nas configurações do transtorno, e foi observado na pesquisa uma incidência repetitiva de componentes da família com transtorno, o que leva o pesquisador a acreditar em uma possível predisposição genética;
<b>03</b>	A pesquisa indica fontes teóricas sobre várias temáticas relacionadas ao adolescente borderline e os vínculos afetivos, sobretudo com seus	Caracterizar e analisar os vínculos afetivos estabelecidos entre os adolescentes e os pais	Estudo qualitativo	Adolescentes e pais	Foi possível constatar as fragilidades nos vínculos afetivos e histórias de vida permeadas por vivências e representações de abandono, negligência e falta de investimento emocional por parte das figuras parentais

	pais				
<b>04</b>	Apresenta um estudo sobre a relação família, portadores de transtorno mental e o serviço de saúde mental	Levantar, descrever e analisar o campo de forças que se estabelecem na relação entre famílias, portadores de transtorno mental	Pesquisa de campo, qualitativa	4 famílias e pacientes	É necessário que os serviços de saúde mental encontrem estratégias para envolver as famílias durante o tratamento, ampliando, dessa maneira, o horizonte das intervenções, pois a família é importante no trato ao borderline, já que possui vínculos afetivos fundamentais
<b>05</b>	O artigo busca analisar o trabalho de duas psicólogas com formação em Psicanálise, observando que o trabalho leva em conta o diagnóstico e o tratamento feito de acordo com os sentimentos e pensamentos que o paciente verbaliza	O objetivo do artigo é apresentar a experiência profissional de psicólogas com formação em Psicanálise no atendimento de pacientes com TPB, enfocando: as principais características, o processo diagnóstico e o tratamento do transtorno	Método qualitativo	2 psicólogas com formação em psicanálise	A pesquisa considera que é importante um maior número de pesquisas e divulgação dos resultados das pesquisas sobre o TPB, tanto em relação à sua caracterização quanto ao tratamento deste transtorno, para esclarecer tanto a população quanto profissionais e estudantes da área da saúde. A pesquisa não demonstra de que maneira exatamente a família deve proceder, mas salienta a importância da família também receber um tratamento para saber lidar com o TPB.
<b>06</b>	A pesquisa visa verificar as influências que a inclusão da família proporciona no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais; apesar de não voltar-se especificamente ao enfoque do TPB, este artigo menciona-o brevemente, bem	Analisar os processos estabelecidos para inserção da família de pacientes com transtornos mentais em seu tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em uma cidade do meio oeste catarinense, observando se juntos, família e usuário, tem uma maior	Método de pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva	Grupos familiares e profissionais da CAPES	Os resultados apontam que o acompanhamento e inclusão da família no processo terapêutico dos pacientes com transtorno mental, proporcionam melhora e facilidade na remissão dos sintomas dos usuários.





## 5.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os *conceitos e especificidades* do Transtorno de Personalidade *Borderline* foram apresentados de maneiras variadas pelos autores dos artigos. Para Veríssimo (2012) o TPB se configura através da instabilidade e inconstância emocional, fragilidades narcísicas, medos, angústias, falta de controle dos impulsos e funcionamento interpessoal; isto é, para este autor esse transtorno se caracteriza pelo déficit de organização dos processos de pensamento e simbolização.

Souza *et. al.* (2009) descreve que os transtornos de personalidade têm origem em sua maioria dentro do ambiente familiar, porém o adoecimento dependerá de como a família enfrenta as situações-problemas. Ainda de acordo com os autores, outro aspecto que influencia se refere as interferências sociais, em outras palavras, a violência, o desemprego, a crise financeira, e etc., são mecanismos que contribuem para o desenvolvimento dos transtornos.

Jordão (2008) acrescenta que TPB em crianças e adolescentes são Organizações de Personalidade *Borderline*, uma vez que, no caso da criança, segundo a psicanálise, sua personalidade ainda não está totalmente formada; já os adolescentes vivem nessa fase um período emocional repleto de transações, ressignificações e turbulências, os quais implicarão nas características que definirão sua personalidade. Em virtude disso, o fato de não ambientar, dar sentido e nomear as mudanças e situação vivenciadas pelos indivíduos; seus episódios traumáticos, abusos, violências, negligências, perdas parentais, controle excessivo, predisposição genética, dentre outros; é que para o autor são fatores preponderantes para o desenvolvimento da organização *Borderline*.

Pimenta (2008) retrata a visão dos transtornos de personalidade a partir da concepção que a sociedade constrói sobre o tema. Para ela, muitos foram os avanços que ocorreram a partir da Reforma Psiquiátrica, mas a origem e a mola que desencadeia o aparecimento da “loucura” ainda continua sendo as vulnerabilidades afetivas, no tocante aos vínculos e histórico de abandono e negligência.

Matioli *et. al.* (2008) retrata o sujeito com TPB como um indivíduo ainda não formado; e para tanto, emergem neste, o sentimento de vazio, incompletude e falta de vida. Os autores destacam como fator contributivo para desencadear o

transtorno, um “[...] ambiente não suficientemente bom na infância” (MATIOLI *et. al.*, 2008, p. 3).

Ainda alegam que os entraves que envolvem o TPB na família, se referem basicamente as profundas dificuldades de relacionamento, uma vez que por se sentirem incompletos e a infância não lhes foi satisfatoriamente boa, há desvios na constituição de sua identidade, o que acarreta impasses em estabelecer abertura e contato, por medo de serem machucados.

Em conformidade com os já apresentados autores, Rodrigues e Palmas (2005) compreendem os transtornos mentais como sofrimentos psíquicos que proporcionam dificuldades no convívio intrapessoal e interpessoal. Destacam ainda o ambiente familiar como causador, reforçador e cuidador do indivíduo. Além disso, para ambos há atualmente um crescente aumento de diagnósticos de patologias, entretanto, essa ampliação se deve ao melhor conhecimento da sociedade sobre o que são transtornos mentais.

No tocante ao *funcionamento das relações afetivas*, Veríssimo (2012) diz que se refere a uma conturbada ligação que oscila entre a dependência, a idealização e a desvalorização que tanto a família quanto o indivíduo do TPB possuem. No entanto, por mais incoerente que seja essa relação de amor e ódio, este ainda a prefere do que se encontrar sozinho, consigo mesmo.

Jordão (2008) postula que os vínculos afetivos no TPB se apresentam através de manifestações de extremo apego, porém ao serem impedidos de explorar e se fixar de maneira subjetiva, social e emocional em alguém; principalmente no caso de adolescentes, essas exhibições tornam-se negativas, o que poderá desencadear as “patologias do agir” (JORDÃO, 2008, p. 52), como alcoolismo, transtornos alimentares, condutas autodestrutivas, dentre outras.

Souza *et. al.* (2009) confirmam essa concepção ao ressaltar que na maioria das ocasiões um membro da família dedica-se integralmente no cuidado do ente que possui transtornos mentais. Em muitos casos esta responsabilidade recai sobre apenas um familiar, o que impossibilita a reunião, discussão e resolução de problemas que envolva este membro, com o restante da família.

A identificação deste cuidador permite compreender a dinâmica da família e os papéis desempenhados pelas partes, como também os comportamentos

saudáveis e/ou adoecidos. Segundo os autores, todas as relações são mediadas pela dicotomia positivo e negativo, portanto, os sintomas, dificuldades de interação, comunicação e fracassos levam a família ao isolamento entre seus membros e com a sociedade.

Pimenta (2008) destaca a necessidade de se considerar a família como uma instituição que exerce e sofre influência do meio em que está inserido. Para tanto, deve-se considerar as relações afetivas como produto desse meio, e que a mudança de comportamento precisa iniciar dentro deste núcleo para então reorganizar as interações sociais. Além do mais, nem todas as famílias conseguem elaborar os problemas enfrentados e construir um convívio harmônico, pois estas interações não fazem parte da estrutura conhecida de família.

Para Matioli *et. al.* (2008) as relações afetivas dos indivíduos com TPB são intensas e regadas de angústias, impulsividade, sentimento crônico, agressividade, autolesão, difícil trato, dentre outras. Dessa forma, essa se constitui em um convívio que precisa, necessariamente, ser respaldado pela observação dos seus limites, isto é, considerar os possíveis ataques ao seu self em desenvolvimento.

Embora Rodrigues e Palmas (2005) salientem a relação de total dependência do sujeito com transtornos mentais para com sua família, reforçam essencialmente o papel da mesma como indispensável apoio, uma vez conscientizados, superado o estigma que envolve o transtorno, enfrentado os medos e preconceitos, permitirá assim, reinserir este indivíduo no convívio social.

Em se tratando das *principais dificuldades que a pessoa com Transtorno de Personalidade Borderline encontra no seio familiar*, Veríssimo (2012) diz que ela surge através de duas vertentes; ou seja, a estrutura patológica da família e a deficiente sociabilidade advinda do transtorno. Para ela, a percepção do sujeito sobre a hostilidade que envolvem a constelação familiar; a dualidade de sentimentos da mãe e uma atitude repressora e negativa do pai para com esse filho, implicam significativamente no agente causador das perturbações familiares.

A autora ainda pontua acerca das relações “[...] instáveis e emocionalmente intensas” (VERÍSSIMO, 2012, p. 11) que estimulam sentimentos ambíguos e com grandes disfunções, por não haver principalmente um sistema de comunicação eficiente.

Souza *et. al.* (2009) retratam as dificuldades nas relações familiares partindo de três pressupostos, são eles: estrutura interna, externa e contexto familiar. Dessa forma, os autores indicam que o principal entrave se refere a compreensão da pessoa com transtornos mentais como “sujeito-sujeito” (p. 125), pois em virtude do estresse e os obstáculos que consistem em lidar com esses indivíduos, este, é tido como “sujeito-objeto” (p. 125) tanto dentro da estrutura familiar quanto no seu meio social.

Jordão (2008) ressalta que em função das “relações objetais primárias comprometidas” (p. 58) o ambiente familiar torna-se um convívio conturbado, pois o fato destes possuírem, o que o autor descreve como apego inseguro, inibem os indivíduos com TPB de exercerem uma relação estável. Além disso, em se tratando da relação com os pais, esta se apresenta como contraditória e de grande conflito, a exemplo da mãe que se mostra permissiva e sem controle, embora muito carinhosa.

Pimenta (2008) indica que o transtorno mental em toda sua complexidade, causa na família desgaste emocional, tensões, desavenças, brigas, estresse, inseguranças e conflitos com os demais membros. Em síntese, o lar do sujeito com transtornos mentais é acometido por vivências que desgastam as relações familiares o que implica diretamente na desestruturação da mesma, bem como em sua separação.

Rodrigues e Palmas (2005) compreendem as relações familiares sob a visão dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Diante disso, acreditam na família como importante mecanismo construtor de relações e crenças que são necessários no processo de reingresso do sujeito ao meio social. No entanto, aspectos devem ser considerados e cuidados nessas relações, a saber: “[...] a forma como a família entende e aborda o indivíduo com patologia psíquica” (RODRIGUES; PALMAS, 2005, p. 2). Esse desconhecimento pode gerar tratamentos até desumanos, por não entenderem a maneira de agir, viver e compreender o mundo das pessoas com transtornos mentais.

Outro aspecto a se considerar, diz respeito aos métodos empregados pelos autores das pesquisas aqui analisados, tais como: *pesquisa qualitativa e carácter exploratório* de Veríssimo (2012), *estudo descritivo de abordagem qualitativa* de Souza *et. al.* (2009), *estudo qualitativo* de Jordão (2008), *pesquisa de campo, qualitativa* de Pimenta (2008), *método qualitativo* de Matioli *et. al.* (2008), e,

*pesquisa bibliográfica, exploratória e descritiva* de Rodrigues e Palmas (2005). O uso do método qualitativo por essas pesquisas se justificam por ela não “se preocupar com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social [...]” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 31). Todavia, esses instrumentos possibilitaram identificar as relações familiares no contexto do Transtorno de Personalidade *Borderline* e como estas se mostram conturbadas e de difícil abordagem devido as oscilações emocionais que fazem parte deste transtorno.

Contudo, os autores aqui discutidos apresentam vários descritores para o desenvolvimento dos transtornos mentais, pois defendem as questões da predisposição genética, famílias disfuncionais e contexto social. Todos esses determinantes retroalimentam os sintomas e sentimentos que precedem o sujeito e seus relacionamentos, dando-lhes a concepção de incompletude. Assim, a tríade; família disfuncional, transtorno mental e separação são as consequências provenientes das desestruturadas relações afetivas que os indivíduos com TPB desempenham com outrem e com seus familiares.

## 6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados e discutidos podemos considerar que a presente pesquisa atingiu os objetivos: Analisar os conceitos sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline* e as especificidades deste transtorno; observar como é os funcionamentos das relações afetivas do *Borderline*, sobretudo com os familiares; compreender quais são as principais dificuldades que envolvem o Transtorno de Personalidade *Borderline* na família. E a pergunta norteadora: Como está sendo discutido na produção acadêmica o tratamento das relações do *Borderline* com a família? Propostos. Permitiu-nos demonstrar como ocorre a dinâmica psicológica, familiar e social do indivíduo com Transtorno de Personalidade *Borderline*, principalmente aqueles que envolvem os vínculos emocionais.

Diante disso, a relação com a família no tratamento da pessoa com TPB deve ser levada em consideração e pensada tanto pelos aspectos positivos quando pelos negativos, pois as experiências no ambiente familiar, sobretudo durante a infância, contribuem para a formação da personalidade do indivíduo. Sendo assim, as vivências traumáticas como abusos, traições, alcoolismo, negligência, dentre outros, repercutem diretamente nas fases de formação, o que em alguns casos podem levar aos desenvolvimentos de transtornos mentais, como é o caso do TPB.

Foi possível observar que o sofrimento que acomete o sujeito com Transtorno de Personalidade *Borderline*, como também os entes que com ele convivem refletem de modo negativo na constelação familiar, uma vez que não amparados por instituições; Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleos de atenção psicossocial - NAPS, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e etc., e profissionais; psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e etc., podem levar ao adoecimento deste indivíduo e a separação de sua família.

Cada um dos estudos apresentados reforçam a concepção da necessidade de se divulgar pesquisas e trabalhos que envolvam a temática, sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline* e a Organização de Personalidade *Borderline*, em caso de crianças e adolescentes. Destacamos ainda a necessidade de se continuar investigando acerca desta temática, principalmente no que se refere ao reconhecimento deste transtorno, os fatores que influenciam seu desenvolvimento, formas mais eficazes de diagnóstico, caminhos para se conduzir o tratamento,

terapias e acompanhamentos que se apresentam mais eficientes e eficazes, além de aprofundar e ressaltar sobre a necessidade do envolvimento dos familiares durante o processo de tratamento.

Portanto, a terapia familiar sistêmica se apresenta como uma possível ferramenta para o tratamento e acompanhamento das famílias com indivíduos que possuem TPB, pois ao incorporar a família no processo de diagnóstico, prognóstico e tratamento, além de serem apoio, assistência e participação no processo terapêutico, garantem o desenvolvimento de contingências que auxiliarão na reestruturação dessas famílias disfuncionais.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, A. E. V.; XAVIER, M. F. Avaliação da Relação com a Figura Materna no CAT-A. **Psicologia**: revista da Vetor Editora. V.8 n.2 São Paulo dez. 2007.

ACEVEDO, Claudia Rosa. **Guia completo de conteúdo e forma**: Inclui normas atualizadas ABNT, TCC, TGI, Trabalhos de Estágio, MBA, dissertações, teses. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

BELLAK, L. & Bellak, S. S. (1949/1991) **Manual do Teste de Apercepção Infantil Figuras de Animais**. Campinas - SP: Editora de Livro Pleno - ME. (Originalmente publicado em 1949. Título original: Children's Apperception Test CAT-A).

CARNEIRO, Lígia Lorandi Ferreira. Borderline - no limite entre a loucura e a razão. **Revista Ciência e cognição**. vol.3 Rio de Janeiro nov. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-58212004000300007&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-58212004000300007&script=sci_arttext).> Acesso em: 12 dez. 2015.

CERVO, Amado Luiz. **Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Person Prentice Hall, 2002.

CORDIOLI, Aristides Volpato (coordenador). **DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 2014.

DALGALARRONDO, Paulo e VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno Borderline: história e atualidades. **Revista Latinoano Americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n2/transtorno\\_borderline\\_historia\\_e\\_atualidade.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n2/transtorno_borderline_historia_e_atualidade.pdf).> Acesso em: 27 jul. 2016.

FADIMAN, James. FRAGER, Robert. **Teorias da personalidade**. Coord. Tradução Odette de Godoy. São Paulo: Harbra, 1986.

FABRINO, VERÔNICA NOEL. **Afetividade e base familiar**: norteadores da formação da personalidade. São Mateus, 2012. Disponível em: <[http://saomateus.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2013/05/Afetividade-e-base-familiar\\_norteadores-da-formacao-da-personalidade.pdf](http://saomateus.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2013/05/Afetividade-e-base-familiar_norteadores-da-formacao-da-personalidade.pdf).> Acesso em: 02 out. 2016.

FRAZÃO, Arthur. Entenda o que é e quais são as principais características da síndrome de Borderline. **Revista Tua saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/sindrome-de-borderline/>> Acesso em: 14 dez. 2015.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. 1ª ed. São Paulo: Penguin classics, Companhia das Letras, 2011.

\_\_\_\_\_. **Totem e Tabu**. 1ª ed. São Paulo: Penguin classics, Companhia das Letras, 2013.

GABBARD, Glen O. **Tratamento dos Transtornos psiquiátricos**. Tradução Cristina Monteiro, Gabriela Baldisserotto, Ronaldo Cataldo Costa. 4ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2009.

\_\_\_\_\_. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Tradução Maria Rita Secco Hofmeister. 4ª edição – Porto Alegre: Artmed, 2006.

GUEDES, Laila de Souza. **Os transtornos de personalidade influenciando na dinâmica familiar**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.avm.edu.br/monopdf/3/LAILA%20DE%20SOUZA%20GUEDES.pdf>> Acesso em: 01 out. 2016.

HEGENBERG, Mauro. **Borderline**. Coleção Clínica Psicanalítica. Coleção clínica psicanalítica. 5ª Ed. - São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.

HOUAISS, Dicionário. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2009.

JUNG, Carl Gustav. **O desenvolvimento da personalidade**. Tradução de Frei Valdemar do Amaral. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KLEIN, M. (1982). **Os Progressos da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos da Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MARTINS, Lígia Márcia. **A natureza histórico-social da personalidade**. Vol. 24. Campinas: Cedes, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20093.pdf>.> Acesso em: 30 set. 2016.

MARTINS, João Luiz da Fonseca. **Orientações Borderline**. ÚNICA – Unidade Intermediária de Crise e apoio à vida. Disponível em: <<http://www.uniica.com.br/orientacoes/borderline/>.> Acesso em: 24 mar. 2016.

MATTOS, Paulo de Carvalho. (Biblioteca). **Tipos de Revisão de Literatura**. Botucatu: SP, 2015. Disponível em: <<http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>.> Acesso em: 15 set. 2016.

PIMENTA, Eliane de Souza. **A Relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <[http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes\\_eliane\\_souza.pdf](http://www.pucminas.br/documentos/dissertacoes_eliane_souza.pdf).> Acesso em: 03 out. 2016.

OUTEIRAL, José O. (org). **O adolescente Borderline**. Tradução: Cristina Muller. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ROSA, Elisio. Et al. Personalidade Borderline e as dificuldades de tratamento. **Revista UNINGÁ**, 2015. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101\\_120309.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101_120309.pdf).> Acesso em: 19 set. 2016.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Corações Descontrolados: ciúmes, raiva, impulsividade – o jeito borderline de ser**. 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora Frontanar, 2013.

SKERRITT, Richard. **Lágrimas e Cura: a jornada até a luz depois de um relacionamento de abuso**. Disponível em: <<https://www.dalkeithpress.com/ShoppingCart.aspx?catalogid=27>.> Acesso em: 05 maio 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de. SILVA, Michelly Dias da. CARVALHO, Raquel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Revista Einstein**, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf).> Acesso em: 15 set. 2016.

SOUZA, Maiquel Danzer de. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista eletrônica de enfermagem**. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a16.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a16.pdf).> Acesso em: 03 out. 2016.

VERÍSSIMO, Ana Raquel Silva. **Na Terra do Nunca, no lugar de ninguém:** dinâmica familiar, representações parentais e parentalidade – estudo exploratório com crianças com Organização Borderline de Personalidade. ISPA –Instituto Universitário. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2333/1/19501.pdf>.> Acesso em: 30 set. 2016.

VIDEBECK, Sheila L. **Enfermagem em saúde mental e Psiquiatria**. Tradução: Denise Regina de Sales. 5ª edição –Porto Alegre: Artmed, 2012.

WINNICOTT, D. W. (2001). **A Família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1965. Título original: The Family and Individual Development).