

CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ

ANDRESSA SANTANA DA COSTA FERNANDES

MARIANA MIELLI BONACIM

**RELAÇÃO TERAPÊUTICA E INTERVENÇÕES NA ANÁLISE
DO COMPORTAMENTO COM PACIENTES COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Ribeirão Preto

2020

ANDRESSA SANTANA DA COSTA FERNANDES

MARIANA MIELLI BONACIM

**RELAÇÃO TERAPÊUTICA E INTERVENÇÕES NA ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO COM PACIENTES COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de conclusão de curso de
Psicologia do Centro Universitário Barão de
Mauá para obtenção do título de bacharel.

Orientadora: Dra. Caroline da Cruz Pavan-
Cândido.

Ribeirão Preto

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

R321

Relações terapêuticas e intervenções na análise do comportamento com pacientes com transtorno de personalidade Borderline/ Andressa Santana da Costa Fernandes; Mariana Mielli Bonacim - Ribeirão Preto, 2020.

30p.il

Trabalho de conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Dra. Caroline da Cruz Pavan-Cândido

1. Transtorno de Personalidade Borderline 2. Relações terapêuticas 3. Análise do comportamento I. Fernandes, Andressa Santana da Costa II Bonacim, Mariana Mielli III. Pavan-Cândido, Caroline da Cruz IV. Título

CDU 159.9

Bibliotecária Responsável: Iandra M. H. Fernandes CRB⁸ 9878

ANDRESSA SANTANA DA COSTA FERNANDES

MARIANA MIELLI BONACIM

**RELAÇÕES TERAPÊUTICAS E INTERVENÇÕES NA ANÁLISE
DO COMPORTAMENTO COM PACIENTES COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de conclusão de curso de
Psicologia do Centro Universitário Barão de
Mauá para obtenção do título de bacharel.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Caroline da Cruz Pavan-Cândido.
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Dr. Gabriel Vieira Cândido
Universidade Federal de São Carlos – São Carlos

Dra. Nathália Sabaine Cippola Roncato
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

Ribeirão Preto

2020

AGRADECIMENTO ANDRESSA

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter conseguido chegar até aqui. Deixo aqui meus sinceros agradecimentos também a todas as pessoas que contribuíram em minha formação.

Em especial, a minha noiva Marcela, que sempre esteve comigo nos melhores e piores momentos. Que sempre me apoiou, me acalmou, teve muita paciência, entendeu meus surtos, nunca desistiu da nossa relação e contribuiu demais nas correções deste TCC. Esse ano foi atípico para todo mundo, e para nós foi um ano de muita tristeza. Perdemos duas pessoas maravilhosas da nossa família, pessoas que convivíamos diariamente e que amávamos muito. Mas infelizmente o ciclo da vida para eles foi encerrado, em meio a pandemia que os levaram daqui. Foram momentos delicados, de muita dor e a saudade que carregamos até hoje em nossos peitos. Mas a vida precisa seguir, mesmo com todos esses sentimentos que quase fez eu desistir do sonho de me tornar uma psicóloga. Ela foi meu alicerce, adiou seu sonho de morar em outro país e me deu força para continuar essa jornada tão importante.

Agradeço ao meu psicólogo Marcos Paulo Muniz, por todo apoio, por compreender todos os meus surtos, medos, desesperos e ansiedades. Além de tudo isso, por ajudar eu conseguir reconhecer os meus potenciais e as minhas dificuldades. Sem dúvida foi a melhor escolha que fiz, ter escolhido você como terapeuta e por ter continuado até hoje na terapia.

Quero agradecer minha família, por todo apoio e compreensão de minhas ausências nos eventos familiares por causa dos estudos. Mesmo não concordando muito com a minha escolha profissional, vocês me ajudaram desde o início dessa jornada. Agradeço vocês eternamente pela educação, dedicação e amor que vocês me deram.

À minha dupla, Mariana Mielli Bonacim, por ter topado essa loucura comigo, por ter me acolhido tão bem no momento que eu mais precisava. Foi um presente que a faculdade me deu, muito obrigada por todo esse ano de parceria, companheirismo, por passar horas em ligações e pegar estrada para construir e concluir esse trabalho.

Não posso deixar de agradecer minhas irmãs de coração Beatriz Barato e Ana Laura de Carvalho, vocês foram essenciais na minha formação, me deram apoio e colo nos momentos difíceis que passei na faculdade e na minha família, serei eternamente grata a vocês.

Também quero agradecer a minha orientadora Profa. Dra. Caroline da Cruz Pavan-Cândido, por ter aceitado orientar nosso trabalho, pelo apoio e por ter compartilhado conosco todo seu conhecimento. Obrigada pela dedicação, paciência, profissionalismo e por ter acreditado em nossa capacidade e nosso trabalho. Agradeço também nossa banca examinadora Profa. Dra. Nathália Sabaine Cippola Roncato e Prof. Dr. Gabriel Vieira Cândido por terem aceitado nosso convite neste momento especial de nossas vidas.

Por fim, agradecer todos os professores e profissionais do Centro Universitário Barão de Mauá, todos contribuíram para o meu conhecimento e amadurecimento. E se cheguei até aqui foi graça a todos vocês, sempre vou me orgulhar em falar que tive a oportunidade de ter tido aula com vocês.

AGRADECIMENTO MARIANA

À Deus por me guiar até aqui.

À minha mãe Marise, que me apoiou por tantos anos e nunca desistiu de mim, ao meu pai, José Paulo (in memorian) e aos meus irmãos Pedro, Rafaela e Paulo por sempre me apoiarem independentemente de onde estão.

À minha orientadora Prof. Dra. Caroline da Cruz Pavan Cândido por todos os ensinamentos, ajuda, paciência e por ter nos ajudado tanto até aqui.

À nossa banca examinadora Profa. Dra. Nathália Sabaine Cippola Roncato e Prof. Dr. Gabriel Vieira Cândido por terem aceitado nosso convite neste momento tão especial.

À Ruth Mielli e Rita Mielli por sempre me apoiarem e nunca terem desistido de mim.

À minha tia Laila, por todo carinho, apoio e por me hospedar em seu apartamento durante parte de minha graduação. À Heloísa Mielli por todo companheirismo e amizade.

Também quero agradecer minha tia Denise, que sempre foi minha amiga e companheira. A minha priminha Sofia, que traz muita alegria para mim.

À minha dupla e amiga Andressa Fernandes, por ter me aceitado como sua dupla, por toda ajuda, amizade, companheirismo e por ter sido tão especial neste momento para mim.

Ao meu namorado Lucas, que por inúmeras vezes me ajudou no momento de graduação. Por fim a todos os Profissionais do Centro Universitário Barão de Mauá, por todo ensinamento e ajuda.

Cheguei até aqui, mesmo sendo sofrido e doloroso, mas me tornei alguém com mais responsabilidade, e recheada de ensinamento.

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), é caracterizado por instabilidade afetiva e comportamentos interpessoais conturbados. Essas dificuldades podem atrapalhar o atendimento psicoterápico e a relação terapêutica. O objetivo deste estudo é apresentar as características da relação terapêutica e das intervenções clínica analítico-comportamentais para indivíduos com este diagnóstico. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica a partir dos termos Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), relação terapêutica e intervenções na análise do comportamento, nas seguintes bases de dados: EBSCO Information Services, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal da Rede Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC). As buscas foram realizadas no período entre janeiro e outubro de 2020. Com bases no levantamento, foi possível observar que existem diversos fatores relacionados a TPB que interferem no tratamento e na relação entre o cliente e o terapeuta, com isso dificultando o atendimento. As intervenções apresentam tratamentos mais eficazes para pacientes com TPB, em razão da extensa comprovação científica sobre sua eficácia para os casos relacionados a esses pacientes. Dentre as terapias encontradas houve a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia Analítica Funcional (FAP), que contribuem de uma forma flexível para encarar os desafios do relacionamento com o cliente com o TPB, contribuindo no tratamento com clientes com Transtorno de Personalidade Borderline, tornando os atendimentos mais eficazes e ajudando a superar essas adversidades. Após a análise realizada, foi possível perceber que a área de pesquisa sobre relação terapêutica e intervenções na análise do comportamento com pacientes com transtorno de personalidade borderline, aumentou nos últimos dez anos, mas ainda merece atenção dada a complexidade do transtorno e de seu tratamento.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline. Relação Terapêutica. Análise do comportamento

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (TPB) is characterized by affective instability and troubled interpersonal behaviors. These difficulties can hinder psychotherapeutic care and the therapeutic relationship. The aim of this study is to present the characteristics of the therapeutic relationship and the clinical analytical-behavioral interventions for individuals with this diagnosis. For this, a bibliographic review was carried out using the terms Borderline Personality Disorder (TPB), therapeutic relationship and behavior analysis interventions, in the following databases: EBSCO Information Services, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library Network Portal (BVS), Brazilian Journal of Behavioral and Cognitive Therapy (RBTCC). The searches were carried out in the period between January and October 2020. Based on the survey, it was possible to observe that there are several factors related to BPD that interfere in the treatment and in the relationship between the client and the therapist, thus hampering the service. The interventions have more effective treatments for patients with BPD, due to the extensive scientific evidence on their effectiveness for cases related to these patients. Among the therapies found there was Dialectic Behavioral Therapy (DBT) and Functional Analytical Therapy (FAP), which contribute in a flexible way to face the challenges of the relationship with the client with TPB, contributing to the treatment with clients with Borderline Personality Disorder, making services more efficient and helping to overcome these adversities. After the analysis carried out, it was possible to notice that the area of research on therapeutic relationship and interventions in the analysis of behavior with patients with borderline personality disorder has increased in the last ten years, but still deserves attention given the complexity of the disorder and its treatment.

Keywords: Borderline Personality Disorder. Therapeutic Relationship. Behavior analysis

LISTA DE SIGLAS

TPB Transtorno de Personalidade

Borderline FAP Psicoterapia

Analítica Comportamental DBT Terapia

Comportamental Dialética

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	17
3.1	Objetivo Geral	17
3.2	Objetivos Específicos	17
4	MÉTODO	18
4.1	Fonte dedados	18
4.2	Procedimento de coleta de dados	18
4.3	Procedimento de organização e análise dedados	19
5	RESULTADOS EDISCUSSÃO	20
	Importância da relação terapêutica e pacientes com TPB	20
	As intervenções na perspectiva da Análise do Comportamento	21
	FAP	22
	DBT	24
6	CONCLUSÃO	26
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Em 1980, a American Psychiatric Association (APA) introduziu o conceito de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Doze anos depois, após revisão, o diagnóstico foi incluído na décima edição da Classificação Controlada Internacional de Doenças (CID-10). No DSM-5, os transtornos de personalidade seguiram os mesmos critérios de diagnóstico e foram divididos em três categorias com base em semelhanças descritivas. O TPB pertence ao grupo B, junto com os transtornos de personalidade antissocial, histriônica e narcisista. As dificuldades funcionais das pessoas com este transtorno são caracterizadas por alterações na percepção da autoimagem, dificuldades com objetivos pessoais, nos relacionamentos interpessoais e afetivos. Os traços da personalidade patológica são instabilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, depressão, comportamentos suicidas, automutilação, impulsividade e exposição a riscos ou hostilidade (LOUZÃ; CORDÁS, 2020).

O TPB surge no começo da vida adulta e está presente em vários ambientes na vida do indivíduo. De acordo com os fatores de risco e prognóstico, um em cada cinco parentes consanguíneos de primeiro grau têm maior probabilidade de apresentar o transtorno ao considerarmos a população em geral. Há também um risco familiar aumentado quando há uso de substâncias psicoativas, casos na família de transtorno de personalidade antissocial, transtorno depressivo ou bipolar. Há predominância de 75% dos diagnósticos em mulheres. A média de prevalência do TPB na população é de 1,6%, esta taxa pode chegar a 5,9%. Os casos na atenção primária chegam a 6%, cerca de 10% no contexto de ambulatórios de saúde mental e 20% em casos de pacientes internados em hospitais psiquiátricos (DSM-5, 2014).

Indivíduos com o transtorno apresentam um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, em afetos, mostram comportamentos impulsivos e dificuldades com a autoimagem. Sentimentos persistentes de vazio, medo de abandono, comportamento auto lesivo e maior sensibilidade às mudanças ambientais também são característicos. Esses indivíduos vivenciam sentimentos de medo do abandono e raiva diante de algumas mudanças cotidianas inevitáveis. Por exemplo, apresentam comportamentos de desespero inesperado quando o terapeuta avisa que a consulta está acabando e comportamentos de pânico ou raiva quando alguém atrasa ou precisa cancelar um compromisso. Os comportamentos impulsivos também estão presentes em pelo menos duas áreas autodestrutivas, como em jogo de azar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abuso de substâncias psicoativas, práticas de sexo desprotegido e dirigir de forma imprudente. Em relação aos comportamentos

suicidas, 8 a 10% dos indivíduos com este transtorno ameaçam ou apresentam tentativas de suicídio. Em muitos casos estas são as razões pelas quais procuram ajuda. No comportamento de automutilação podem ocorrer experiências dissociativas, que muitas vezes trazem alívio e intensificam a sensação do indivíduo de ser uma pessoa ruim (DSM-5, 2014).

Já os padrões de relacionamento interpessoal são instáveis e intensos, sendo caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização, com instabilidade afetiva devido às respostas acentuadas do humor. Na idealização com parceiros, logo nos primeiros encontros, exige-se muito tempo em conjunto, compartilhando os detalhes pessoais mais íntimos logo no início de um relacionamento. Os indivíduos com TPB podem simpatizar com esse importar com outras pessoas, desde que estas outras estejam disponíveis quando solicitadas, para atenderem suas necessidades. Os sujeitos com este diagnóstico permanecem bem enquanto mantêm um relacionamento estável e positivo (LINEHAN, 2010).

O número de pacientes com TPB é grande e, na prática, a maioria dos profissionais já tratou pelo menos um. Esses pacientes apresentam problemas sérios de sofrimento intenso e que são difíceis de tratar. Nessas circunstâncias, muitos profissionais que trabalham no campo da saúde mental se sentem sobrecarregados e inaptos e muitos procuram tratamento que promova um alívio. O padrão de relacionamento interpessoal e os comportamentos impulsivos dos indivíduos com diagnóstico de TPB, são impactantes nas relações com os profissionais que os atendem e na adesão aos tratamentos psiquiátricos e psicológicos (LINEHAN, 2010).

Ao longo dos anos, pesquisadores e terapeutas da Análise do Comportamento vêm se aprofundando no tema, propondo intervenções e métodos para o tratamento destes indivíduos, levando em conta o manejo da relação terapêutica como fundamental para a contribuição e compreensão da atuação de terapeutas disponibilizando pontos de referências mais concretos sobre o assunto (CUNHA; VANDENBERGHE, 2015).

Até o momento não há evidências concretas de tratamento medicamentoso específico para o TPB, mas alguns estudos, mostram que os antipsicóticos de primeira e segunda geração e alguns placebos apresentam evidências eficazes no tratamento, como na redução da raiva, de comportamentos suicidas, de instabilidade afetiva, de sintomas psicóticos, da impulsividade e disforia crônica (NEACSIU; LINEHAN, 2016).

Em 2017, houve revisão da literatura da farmacoterapia aplicada ao tratamento de TPB, o que surtiu em resultados variados dos antipsicóticos de segunda geração. Quanto ao uso de estabilizadores de humor, não há muitas evidências de sua eficácia. Existe certa escassez de testes aleatórios controlados e o uso de opioides é limitado. Sendo assim, a psicofarmacoterapia é usada quando necessário para tratamento de sintomas psicóticos, distúrbio do sono, depressão

e ansiedade. Os quadros de crises com aumento da ideação suicida, surtos relacionados a impulsos, agravamento de doenças mentais, dissociações severas ou agravantes de condições comórbidas são direcionados para tratamentos em centros de serviços de saúde mental. Logo, a psicofarmacoterapia é indicada para o tratamento de sintomas que surgem no decorrer da TPB, o que torna a psicoterapia mais indicada para o tratamento específico da mesma (LOUZÃ; CORDÁS,2020).

De acordo com Louzã e Cordás (2020), a literatura da área aponta que a psicoterapia traz excelentes resultados no acompanhamento de pacientes com TPB. Os autores afirmam que a psicoterapia ajuda a reduzir a ocorrência de tentativas de suicídio e eventos de automutilação. Estes eventos de suicídio e automutilação são considerados sintomas agudos e podem responder rapidamente com a ajuda das intervenções psicoterapêuticas. Os sintomas emocionais, como raiva intensa e medo de ser abandonado, além de causar maiores danos psicossociais, também levam mais tempo para responder ao tratamento.

Quanto à psicoterapia, algumas possibilidades de intervenções psicológicas para indivíduos com TPB são as propostas fundamentadas no Behaviorismo Radical e na Análise do Comportamento. Na perspectiva clínica analítico-comportamental, é possível compreender a relação estabelecida entre a pessoa com sofrimento psicológico e seu ambiente, para que possam ser planejadas as intervenções, a fim de reduzir os sentimentos de desamparo, favorecendo um maior controle sobre as variáveis ambientais e aumentando o repertório comportamental do paciente (OLIVEIRA; MARQUES, 2012).

Outros exemplos de intervenções fundamentadas no Behaviorismo Radical e na Análise do Comportamento são a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Psicoterapia Analítica Comportamental (FAP). A DBT também demonstrou ser eficaz no tratamento das principais comorbidades psiquiátricas da TPB, como depressão, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), distúrbios alimentares e distúrbios relacionados a substâncias psicoativas. De acordo com Louzã e Cordás (2020, p.111):

Pessoas com TPB demonstram padrões de alta frequência em serviços de saúde. Assim, a eficácia destas intervenções no TPB apresenta impactos inclusive para a saúde pública. Estima-se que a média de redução de custos para o tratamento de TPB com psicoterapia baseada em evidências é de 2.987,82 dólares por paciente ao ano. Mesmo fora de tratamentos especializados, como na atenção básica, este custo é reduzido para 1.551,00 dólares por paciente ao ano.

Os resultados da terapia analítico-comportamental, dependem da relação estabelecida entre o cliente e o terapeuta. Ao analisar o papel do terapeuta, segundo Wielenska (2012), Skinner afirmou que a principal tarefa do terapeuta é encontrar tempo, estabelecer contato, manter continuidade e tornar-se o tratamento eficaz. Trata-se de estabelecer uma relação de

escuta não punitiva que permita que os clientes se expressem livremente e que o relato seja isento de críticas. No tratamento, as queixas são os pontos de partida para entender os problemas do cliente. Um dos objetivos das intervenções do terapeuta é permitir que continue o tratamento, proporcionando um alívio dos sofrimentos que o levou a procurar ajuda profissional. Embora o clínico tente tornar o relacionamento com o cliente significativo, ele também está comprometido em coletar dados para entender as variáveis que afetam o comportamento do cliente. O clínico compartilhar as suas opiniões iniciais sobre o caso com o cliente e, em conjunto, estabelecerem metas que são significativas para ambas as partes, é uma parte importante do processo. A partir disso o terapeuta seleciona e implementa as primeiras estratégias de tratamento correspondentes ao objetivo, de acordo com cada caso (WIELENSKA,2012).

Ademais, a terapia é importante para construir significado dos acontecimentos da vida do paciente, por meio de observações das relações e padrões recorrentes. Ao discutir sobre a vida do paciente e observar os comportamentos que ocorrem na relação terapêutica, os psicólogos devem permanecer vigilantes e atentos às relações diárias entre o comportamento e os acontecimentos no ambiente. Com isso, o profissional poderá desenvolver estratégias para lidar em casos de comportamentos de agressividade, suicídio e automutilação que poderiam interferir no andamento do processo terapêutico buscando reforçadores que beneficiem o paciente (LINEHAN, 2010).

Uma das intervenções que facilitam o desenvolvimento de estratégias e contribui na relação terapeuta, é a FAP. Pois tem como um dos objetivos tratar o relacionamento, visto como um meio de mudança, pois um bom relacionamento terapêutico contribui na cooperação do cliente no tratamento. De acordo com a FAP, os problemas que o cliente apresenta durante o tratamento, no relacionamento com o terapeuta, são semelhantes aos que apresentam em seus relacionamentos diários. São utilizados conceitos como modelagem, reforço, punição, discriminação, generalização para entender a própria relação terapêutica e utilizar como instrumento na mudança terapêutica. Portanto, a teoria da FAP entende o comportamento do cliente e do terapeuta como sendo modelado pelas contingências de reforçamento de relações passadas, de modo que estímulos atuais evocam comportamentos semelhantes aos evocados anteriormente. Na FAP, são analisados os comportamentos problemas do cliente que ocorrerem durante as sessões e a relação terapêutica. Esses comportamentos problemas identificados são denominados de comportamentos clinicamente relevantes, também conhecidos como CRBs 1, 2 e 3. O primeiro se trata da classe de comportamentos “problema” do cliente. O CRBs 2 são os comportamentos de melhora e o

CRBs3 são quando os comportamentos se tornam explícitos, ocorrendo uma interpretação do próprio cliente. No decorrer da sessão, o terapeuta irá identificar quando os CRBs estão ocorrendo e tem a possibilidade de intervir. Portanto, o objetivo do terapeuta FAP é responder adequadamente a esse tipo de CRB durante a reunião para reduzir a ocorrência de CRB1 e aumentar a ocorrência de CRB2 e CRB3, de modo a entender o comportamento do cliente durante as sessões, sendo capazes de gerar estímulos reforçadores, eliciadores e discriminativos para os comportamentos do cliente (CONTE; BRANDÃO, 2012).

Outra intervenção bastante eficaz para clientes com TPB, é a DBT. Foi desenvolvida originalmente para intervenção com indivíduos com comportamentos suicidas crônicos e com TPB. A DBT é baseada na teoria biossocial e dialética da psicopatologia, que enfatiza o papel das dificuldades de regulação emocional na falta de controle e no controle e comportamento excessivos. O TPB está associado a vários problemas de saúde mental, devido à instabilidade emocional, controle de impulso, relacionamentos interpessoais e padrões de autoimagem. Foi desenvolvida de uma maneira flexível, se baseando em princípios e não seguindo um protocolo específico estabelecido para todos. De forma a esclarecer e estruturar à flexibilidade inerente incorporada ao tratamento, a DBT foi construída na forma de uma intervenção modular, com componentes que podem ser inseridos e descartados conforme as necessidades de cada paciente e da estrutura do tratamento (LINEHAN, 2018).

Por ser a primeira psicoterapia com efetividade comprovada, consiste em uma combinação de psicoterapia individual que envolvem treinamento de habilidades em grupo, coaching por telefone e uma equipe de consultoria para os terapeutas. Tem como objetivos melhorar e manter a motivação dos pacientes para mudar e participar do tratamento; garantir que as mudanças sejam geralmente compreendidas ao longo do processo de tratamento; aumentar a motivação do terapeuta para fornecer tratamento eficaz; ajudar os indivíduos a reorganizar ou mudar o ambiente e manter o progresso e a evolução em direção ao objetivo final de cada caso (LINEHAN, 2018).

De acordo com Linehan (2010) a DBT funciona como uma ordem específica e é essencial para diferentes objetivos do tratamento. O primeiro é o suicídio e comportamento com risco de morte. O segundo é o comportamento que ameaça o processo de tratamento. A questão que dificulta o desenvolvimento de uma qualidade de vida razoável ocupa a terceira posição. No decorrer do tratamento, os pacientes aprendem a usar habilidades para substituir reações habituais e disfuncionais, o quarto ponto mais importante é estabilizar essas

habilidades comportamentais. Depois de progredir em direção a esses objetivos, o trabalho para lidar com o estresse pós-traumático se torna crucial, pois pode ajudar os pacientes a alcançar auto validação e autoestima.

Sendo possível observar que os estudos sobre intervenções e tratamentos com pacientes com TPB ainda são pequenos, porém, mostram resultados positivos que confirmam a importância de um acompanhamento psicológico e multidisciplinar (CALIXTO; BANACO,2019).

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de TPB se tornou frequente na prática clínica, sendo caracterizado por intensa instabilidade nos âmbitos comportamentais, afetivo, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem (SKODOL, 2018). Simultaneamente, os estudos sobre Transtorno de Personalidade (CUNHA; VANDENBERGHE, 2015. LOUZÃ; CORDÁS 2020. LINEHAN, 2010. NEACSIU; LINEHAN, 2016) e dificuldades nas relações terapêuticas (WIELENSKA, 2012. CONTE; BRANDÃO, 2012. LINEHAN, 2018. CALIXTO; BANACO, 2019), vem crescendo cada vez mais. A literatura (LOUZÃ; CORDÁS,2020. OLIVEIRA; MARQUES,2012. LINEHAN,2018) aponta que casos como esse tipo de diagnóstico são difíceis nos manejos terapêuticos e dificultam a relação terapêutica.

O relacionamento terapêutico é entendido como um processo interpessoal no qual o terapeuta e o cliente trocam influências recíprocas e que são carregadas de sentidos, os quais promovem mudanças tanto no terapeuta quanto no cliente, independente das técnicas que são utilizadas no tratamento. Como esses pacientes são considerados difíceis de tratar, é preciso que os profissionais busquem ajuda através de intervenções adequadas para que consigam atendê-los (CUNHA, 2017).

As técnicas podem auxiliar no processo de construção das intervenções, trazendo mais benefícios para psicoterapia. É possível ressaltar a importância do atendimento psicológico, pois ajudam na relação interpessoal, na redução de ocorrências de comportamentos suicidas, na diminuição dos eventos de automutilação que podem atrapalhar no processo terapêutico, promovendo melhorias, qualidade de vida tanto para o cliente quanto para o terapeuta (LOUZÃ; CORDÁS, 2020).

O impacto da investigação nas relações terapêuticas com os pacientes com TPB, os benefícios que proporcionados através das intervenções mencionadas, a importância dos atendimentos psicológicos que contribuem nas relações interpessoais, na redução de comportamentos auto lesivos e promovendo uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relação terapêutica e as modalidades de intervenções fundamentadas na análise do comportamento em pacientes com TPB, por meio de pesquisa bibliográfica observando as características de comportamento relacionadas ao diagnóstico com os impactos nesta relação.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre os padrões de comportamentos típicos do transtorno e as características da relação terapêutica estabelecida;
- Compreender o papel de terapeuta analítico-comportamental na relação terapêutica com pacientes com TPB;
- Verificar as intervenções da análise do comportamento que são realizadas em casos de pacientes com TPB.

4 MÉTODO

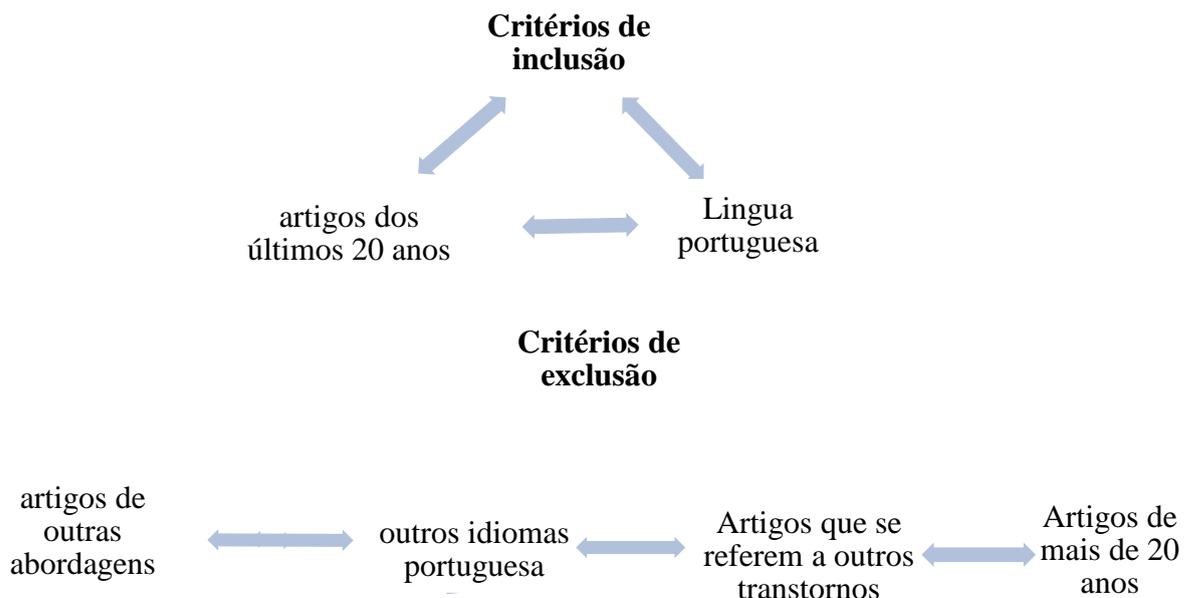
Trata-se de uma revisão bibliográfica abordando a relação terapêutica e intervenções na análise do comportamento com pacientes com TPB. De acordo com Gil (2017), a revisão bibliográfica é elaborada com base em materiais já publicados, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Esse tipo de pesquisa possibilita ao investigador uma série de fenômenos mais amplos, como a releitura de pesquisas anteriores sobre o tema, buscando novas maneiras de compreender a problemática, permitindo novas articulações a partir dos dados mais recentes (SOARES *et al.*, 2013).

4.1 Fonte de dados

Foram utilizados notebooks, smartphones e internet para ter acesso às bases EBSCO Information Services, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal da Rede Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva (RBTCC).

Os descritores utilizados para a busca foram: transtorno de personalidade borderline; análise do comportamento; relação terapêutica.

Figura 1 – Fluxograma dos critérios de inclusão e exclusão



Fonte: Autoria própria

4.2 Procedimento de coleta de dados

Os descritores mencionados acima foram utilizados para realizar as buscas nas bases de dados.

Através da plataforma SciELO, foram encontrados cinco artigos e após leitura dos resumos apenas um artigo foi excluído, pois se tratava de outra abordagem. Na revista RBTCC, foram encontrados cinco artigos relacionados aos temas propostos e conforme a leitura dos resumos foram usados todos os artigos encontrados. Já na plataforma BVS, foram encontrados dois artigos. Após essa pesquisa, todos os artigos foram lidos e suas informações organizadas para redação dos resultados.

4.3 Procedimento de organização e análise dedados

A partir de artigos e revisão dos dados, foram elaboradas categorias de análise. Para todas as categorias foram feitas identificações das informações e dados apresentados nos materiais relacionados a TPB, relação terapêutica e intervenções na análise do comportamento, estabelecendo as relações entre as informações obtidas com as propostas do trabalho e realizando as análises das informações.

Os textos foram reunidos em um dia 24/09/2020 e posteriormente foi realizada uma análise descritiva textual, buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre os temas pesquisado.

5 RESULTADOS EDISCUSSÃO

Importância da relação terapêutica e pacientes com TPB

A relação terapêutica baseia-se em um vínculo colaborativo e emocional entre o paciente e o terapeuta. A psicoterapia proporciona um ambiente facilitador para o paciente, no qual ele pode confiar em seu terapeuta para que consiga obter resultados de melhora. É esperado que os terapeutas sejam capazes de desempenhar o papel de terapeutas aptos que mostrem respeito e preocupação com as vulnerabilidades dos pacientes antes de considerarem as técnicas de tratamento mais específicas (CAVALHEIRO; MELO, 2016). Essa relação também é considerada como uma oportunidade de promover mudanças, através das observações do terapeuta que também analisam seus próprios comportamentos dos quais podem prejudicar o progresso do cliente (SOUSA, 2003).

A relação terapêutica é crucial e norteadora nos atendimentos em pacientes com TPB. A empatia, cuidado, flexibilidade, consistência e dedicação são os fatores primordiais para o cuidado com todos os pacientes, especialmente para os clientes com TPB. Esses fatores primordiais ajudarão na regulação do humor, nos comportamentos inadequados e no aumento de participação do paciente no tratamento, já que, os pacientes com TPB geralmente apresentam padrões de dispersão, relacionamentos instáveis, dificuldades com a autoimagem, nos afetos e apresentam comportamentos de impulsividade (MÖLLER *et al.*, 2018).

A relação terapêutica com pacientes com diagnósticos de TPB é particularmente problemática, pois o trabalho com indivíduo com este diagnóstico exige muito do terapeuta. Referem-se a um grupo de clientes que confrontam o terapeuta com suas limitações e dificuldades não só como profissional, mas também como pessoa. Os clientes com TPB, de modo geral, podem apresentar para o terapeuta sentimentos de confusão e impotência, não sabendo quem são, do que gostam ou o que esperam para a vida. Seus comportamentos, tanto públicos quanto privados, na maioria das vezes são ambivalentes e mudam rapidamente. Também é muito comum a desistência ou não aproveitamento do tratamento, apresentando dificuldades nas escolhas, nas tomadas de decisões, tentativas de suicídio em função da intensidade do sofrimento, crises de identidade do sofrimento, crises de identidade e comportamentos de automutilação (SOUSA, 2003).

O sofrimento psíquico de pacientes com TPB não se limita somente a eles, mas também afetam nas relações das pessoas com quem convivem, inclusive o terapeuta. Devido aos comportamentos inapropriados e a instabilidade nas relações sociais, cria-se uma série de dificuldades no tratamento psicoterápico, como a instabilidade na participação do tratamento e nas tentativas de criação de vínculo não produtivo com o terapeuta (CUNHA; VANDENBERGHE,2015).

Em alguns casos, o cliente pode agredir verbalmente o terapeuta, sentir-se rejeitado pelo terapeuta, o acusar de interesse sexual e agir de forma sedutora. Os clientes que apresentam comportamento intimidador efetivo, podem repetir tal comportamento na terapia e agir da mesma forma com o terapeuta. Muitas vezes, para o terapeuta, é difícil manter o controle sobre os limites do tratamento sem chegar ao posicionamento rígido, como por exemplo, ameaça do término da terapia para que o cliente mantenha o respeito e a ética do tratamento. É preciso que o terapeuta apresente um papel ativo, analisando o cenário baseado nas reações emocionais e na comunicação verbal e não verbal do paciente, oferecendo interpretações acerca da função do comportamento do cliente (CUNHA; VANDENBERGHE, 2015).

As intervenções na perspectiva da Análise do Comportamento

Na análise do comportamento os terapeutas comportamentais podem se basear em terapias específicas eficazes para clientes com TPB, que são a DBT e a FAP (BRAGA; VANDENBERGHE, 2006).

O tratamento de pacientes com esse diagnóstico envolve pré-requisitos e é dividido em várias etapas para atingir habilidades básicas, como: reduzir o estresse pós-traumático, ajudar na resolução dos problemas relatados pelo cliente e aumentar a autoestima. A taxa de abandono de pacientes com TPB é alta. É preciso que o terapeuta busque entender quais são as dificuldades do cliente durante o tratamento, o que ajudará na permanência do paciente na redução das faltas e desistências do atendimento. A relação entre pacientes com TPB e terapeutas é uma característica importante da função psíquica do cliente. Esses pacientes tendem a formar relacionamentos próximos e dependentes, mas rapidamente encontram-se em um relacionamento de manipulação e desvalorização (SADI,2011).

Os clientes com diagnóstico de TPB, quando procuram a terapia, tendem a ser mais cuidadosos, muitas vezes não expressam seus sentimentos e suas vontades e são bastantes sensíveis às opiniões do terapeuta (SOUSA, 2003).

O processo terapêutico é um conjunto de intervenções definido pelo terapeuta, relacionado ao resultado da terapia e de acordo com as habilidades do terapeuta. O mais importante para análise do comportamento, é analisar as funções destes comportamentos na vida do paciente (BRAGA; VANDENBERGHE, 2006).

Os estudos mostraram a importância das terapias comportamentais e a relação terapêutica através da análise funcional para entender os comportamentos de pacientes com TPB, levando em consideração que pessoas classificadas com uma mesma categoria diagnóstica podem apresentar comportamentos diferentes ou preencher critérios diferentes (SOUSA, 2003).

Portanto, é preciso buscar entender a história de vida de cada cliente, analisando seus comportamentos, suas queixas e suas relações interpessoais para conseguir oferecer um tratamento e intervenção adequada para cada caso (SOUSA, 2003).

FAP

A Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) faz parte da terceira onda de terapias comportamentais, sendo uma proposta estruturada no ponto de vista teórico e prático para análise da relação terapêutica. Essa proposta tornou-se importante na Análise Clínica do Comportamento. Essa abordagem supõe que o problema do cliente trazido para a terapia irá surgir na relação terapêutica, podendo assim ser trabalhado no momento da sessão (BRAGA; VANDENBERGHE, 2006).

Os comportamentos que ocorrerem durante a sessão são classificados para que os terapeutas consigam apontar as classes funcionais através das queixas relatadas pelo cliente e identificar os comportamentos clinicamente relevantes (CRBs). Esses comportamentos alvos, são classificados das seguintes formas: CRBs1, que são os comportamentos problemas que devem ser reduzidos ao longo do tratamento, pois impedem o surgimento de repertórios comportamentais efetivos; o CRBs2, são os comportamentos que fazem parte da evolução do cliente que ocorrem nas sessões, e apresentam uma baixa probabilidade no início do tratamento; já o CRBs3, são as interpretações que o cliente faz de seu comportamento em relação ao contexto terapêutico. O CRBs3 mais produtivo representa conhecimento da análise funcional pelo cliente. Durante a intervenção, é preciso que o terapeuta analise os CRBs, com intuito de estabelecer um ambiente terapêutico favorável para a emissão dos CRBs. Sendo necessário que esses comportamentos sejam reforçados, observando os efeitos potenciais do comportamento do terapeuta em relação aos CRBs do cliente e permitindo a interpretação das variáveis que afetam o comportamento do cliente (KOHLENBERG *et al.*,

2001).

Os comportamentos clinicamente relevantes do tipo CRB1, notificam a falta de controle privado sobre os estímulos internos. Um processo terapêutico bem-sucedido, é quando as expressões de sentimentos são incentivadas. Também sendo importante que o terapeuta reforce esses comportamentos de melhora, que são os comportamentos clinicamente relevantes do tipo CRB2 (SOUSA, 2003).

Os comportamentos ocorrem devido às contingências reforçadoras, que se dá através das relações passadas e da história de aprendizagem de cada indivíduo. As mudanças terapêuticas também envolvem contingências de reforço que ocorrem na relação entre o terapeuta e o cliente (KOHLENBERG *et al.*, 2001).

A FAP considera as demonstrações espontâneas dos sentimentos que acontecem durante a sessão. Portanto, a observação desses sentimentos são pré-requisitos básicos para o entendimento da relação terapêutica. O ambiente terapêutico é usado para promover uma relação íntima e de intensa troca. Visando a construção de uma relação de respeito, de confiança, honestidade e preservando o sigilo terapêutico. As emoções relatadas pelo cliente são uma das principais estratégias para ter acesso às contingências relevantes na vida do paciente (KOHLENBERG *et al.*, 2001).

As emoções que são evocadas pela terapia podem ser angustiantes. Por isso, a importância do papel do terapeuta é bloquear as esquivas, até que essas respostas diminuam a intensidade (BRAGA; VANDENBERGHE, 2006).

A FAP ressalta que os comportamentos foram modelados por contingências às quais o indivíduo é exposto e continua sob controle de estímulos externos. O indivíduo aprende a oscilar entre não expressar seus sentimentos e emoções, reagindo de forma negativa a um fracasso e criando padrões perfeccionistas (SOUSA, 2003).

Para a FAP, a relação terapêutica é utilizada como instrumento de mudanças, que propicia um ambiente de controle de estimulação privada, que pode ser evocado e reforçado. A estratégia do tratamento é fazer com que terapeuta avalie o problema em termos de ausência ou presença de habilidades do paciente. Essas habilidades estão presentes no repertório do cliente e é importante que o terapeuta avalie quais são as regras que levam aos comportamentos de esquiva. E quando o cliente não apresenta habilidades, é preciso que sejam ensinadas durante os atendimentos (SOUSA, 2003).

A relação terapêutica pode ser uma condição para produção de mudanças, focando na validação do cliente, mas ao mesmo tempo, tratando os comportamentos-problema. Se a

relação terapêutica for vista como um relacionamento positivo, há um aumento da probabilidade do terapeuta se tornar um reforçador (SOUSA; VANDENBERGHE, 2017).

Para os terapeutas que atendem pacientes com TPB é recomendado que procurem orientação de supervisão bem estruturada quando começar a atender pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. Através da supervisão, podem ser adotadas e adquiridas estratégias que poderão ser usadas pelo terapeuta em seu trabalho, que irá contribuir na intervenção e nos resultados do atendimento (SOUSA; VANDENBERGHE, 2017).

DBT

A DBT é um programa de atendimento clínico criado pela psicóloga americana Marsha Linehan, com intuito de ajudar pacientes com comportamentos suicida e parassuicida. Posteriormente também foi estendido para trabalhar com outras psicopatologias, uma delas é O TPB (ABREU; ABREU,2015).

A DBT busca desenvolver o tratamento através do aprendizado de comportamentos necessários. O tratamento é dividido em etapas. A primeira tem como objetivo alcançar as habilidades básicas; a segunda busca aliviar o estresse pós-traumático e a terceira tem como objetivo resolver os problemas da vida do cliente, aumentar a autoestima e respeito ao próximo (ABREU; ABREU, 2015).

Também na DBT é trabalhado o modelo compreensivo, ou *standard*, que consiste em uma terapia individual, um grupo de treino de habilidades de mindfulness, trabalhando a tolerância a mal-estar, regulação emocional, efetividade interpessoal por meio de coaching telefônico com paciente e uma equipe de consultoria para o terapeuta. Esse último recurso visa auxiliar nos frequentes problemas relacionados ao *burn out* do terapeuta e os prejuízos no tratamento com pacientes com TPB (FINKLER; SCHAFER; WESNER,2017).

Os três estágios desenvolvidos, tem com objetivos alguns comportamentos específicos, sendo organizado através de pré-requisitos para promover aprendizagens mais específicas dentro de cada estágio (ABREU; ABREU,2015).

O primeiro estágio é chamado de alcançando as habilidades básicas, foi criado com metas terapêuticas, com objetivo de reduzir comportamentos suicidas ou parassuicidas, reduzir comportamentos que interferem na terapia, na qualidade de vida do cliente e promovendo habilidades. Em casos de comportamentos suicidas, ameaças, planos, ideias

e tentativas, deve ganhar prioridade máxima no tratamento. Também priorizando a restrição da frequência dos comportamentos parassuicidas, que são sem intenção de morte, como por exemplo: automutilação ou colocar sua vida em risco (ABREU; ABREU,2015).

O estágio 2 é conhecido como redução do estresse pós-traumático, que foca na meta de descrever e aceitar as interações aversivas traumáticas que geralmente pacientes com TPB passaram em sua história de vida, a exemplo do abuso sexual. Esse segundo estágio, tem como intuito reduzir os comportamentos que interferem na terapia, trabalhando os comportamentos, como: se isolar durante a sessão, negar trabalhar na terapia, mentir, não falar e ocultar suas emoções e sentimentos (ABREU; ABREU,2015).

Já o terceiro estágio, tem como objetivo diminuir os comportamentos que interferem na qualidade de vida do paciente, como: abuso de substâncias psicoativas, dificuldades em lidar com questões financeiras, comportamento sexual de risco, comportamentos inadequados, relacionamentos abusivos e negligência de cuidados de saúde mental. Esse último estágio visa a promoção de habilidades que envolvem a aprendizagem são fundamentais para pessoas com TPB (ABREU; ABREU,2015).

Também podem ser trabalhadas algumas questões particulares de vida da cliente que são identificadas ao longo da terapia, como trabalhar, estudar, constituir família, entre outros. Contudo, esses três estágios apresentam propostas de tratamento muito amplas, que envolve a compreensão do TPB, inclusive o significado da importância do papel do profissional de saúde na aplicação do protocolo (ABREU; ABREU,2015).

Para DBT, os comportamentos apresentam um conceito causal e especial na compreensão sobre a TPB. Ao longo do tempo, foram usados vários termos para designar os comportamentos problemáticos que são característicos nos pacientes com TPB. Os termos desenvolvidos, são: comportamento disfuncional e comportamento desadaptativo ao longo do protocolo. No tratamento, também são trabalhados emoções, comportamento e cognição. Além disso, o tratamento é dividido em treinamento de habilidades, mudança cognitiva e manejo de contingências. Essas estratégias permitem que os clientes identifiquem e modifiquem problemas comportamentais que ocorrem em situações fora do consultório e na relação terapêutica. Com isso, ocorre melhora dos comportamentos, desenvolvendo e promovendo habilidades, proporcionando assim uma qualidade de vida para esses pacientes através da psicoterapia e das intervenções (LINEHAN,2018).

6 CONCLUSÃO

Este trabalho objetivou compreender o impacto na relação terapêutica em pacientes com TPB e as intervenções na análise do comportamento que auxiliam no atendimento com esses pacientes.

A causa da TPB é complexa e envolve diferentes fatores que se relacionam. É uma psicopatologia caracterizada por padrão de inconstância nos afetos, na identidade, impulsividade e nos relacionamentos interpessoais. Dentre as diferentes possibilidades de tratamento para TPB, a psicoterapia é o tratamento de primeira escolha. Devido à importância da psicoterapia para esse tipo de paciente, a FAP e a DBT apresentam tratamentos mais eficazes para pacientes com TPB, em razão da extensa comprovação científica sobre sua eficácia para os casos de transtorno e quadros sintomáticos relacionados a TPB. Com objetivo central de ajudar na normatização emocional e no desenvolvimento de habilidades ensinadas na terapia (FINKLER; SCHAFER; WESNER, 2017).

As intervenções propostas pela FAP e a DBT, apresentam similaridades ao enfatizarem o uso da relação terapêutica como instrumento de mudança. Essa mudança passa pela aprendizagem a partir de experiências existentes na relação entre o terapeuta e o cliente. Quando o paciente emite um comportamento problemático na relação com o terapeuta, podemos entender que esse comportamento apresenta uma similaridade funcional com o ambiente da vida do paciente. Durante os acontecimentos na relação terapêutica é possível conhecer a história do cliente, descobrir questões relacionadas a confiança, dependência, entre outras (BRAGA; VANDENBERGHE, 2006).

Através das intervenções da psicoterapia é possível fazer com que o paciente desenvolva o autoconhecimento, consiga solucionar seus conflitos, melhorando situações relacionadas ao afeto, à identidade, aos relacionamentos interpessoais e a impulsividade, além de melhorar em todos outros aspectos da vida do cliente, tanto de vida social quanto na saúde mental (SOUSA; VANDENBERGHE, 2017).

Atualmente a produção científica sobre a TPB no Brasil é contribuir para que os novos estudos preencham as falhas do conhecimento existentes sobre o tema, favorecendo práticas baseadas na comprovação e aprimoramento das possibilidades de tratamento (FINKLER; SCHAFER; WESNER, 2017).

Constatou-se que não há muitos estudos utilizando os critérios de inclusão dos objetivos. É interessante que fossem realizados mais estudos acerca deste tema, considerando que os tratamentos deste transtorno acrescem melhoras na qualidade de vida dos portadores

e dos indivíduos do seu convívio.

REFERÊNCIAS

- ABREU, P. R.; ABREU, J. H. S. S. Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 45-58, 2016. DOI: 10.31505/rbtcc.v18i1.831. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/831>. Acesso em: 09 nov. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRAGA, G. L. B.; VANDENBERGHE, L. Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 307- 314, set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2006000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2006000300010>.
- CALIXTO, F.; BANACO, R. A. Possibilidades analítico-comportamentais para a análise e investigação dos Transtornos de Personalidade. **Perspectiva em Análise do Comportamento**, São Carlos, v. 01, n. 10, p. 027-041, 2019. Disponível em: <https://www.revistaperspectivas.org/perspectivas/article/view/575>. Acesso em: 08 jun. 2020.
- CAVALHEIRO, C. V.; MELO, W. V.. Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 579-595, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682016000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03nov.2020.
- CONTE, F.C.S.; BRANDÃO, M.Z.S. Eventos a que o clínico analítico-comportamental deve atender nos primeiros encontros: das vestimentas aos relatos e comportamentos clinicamente. Relevantes. *In*: BORGES, N.B.; CASSAS, F.A. **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 128-137.
- CUNHA, O. R. **Relacionamento terapêutico: são válidas as emoções sentidas pelo terapeuta?** 2017. Disponível em: <https://rededepsicologia.com/relacionamento-terapeutico-sao-validas-as-emocoes-sentidas-pelo-terapeuta/>. Acesso em: 05 mar.2020.
- CUNHA, O. R.; VANDENBERGHE, L. O. Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 72-86, 2016. DOI: 10.31505/rbtcc.v18i1.833. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/833>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FINKLER, D. C.; SCHÄFER, J. L.; WESNER, A. C. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 274-292, 2017. DOI: 10.31505/rbtcc.v19i3.1068. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1068>. Acesso em: 08 nov.2017.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

KOHLNBERG, R. J. *et al.* O que é Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)? *In:* TSAI, M. *et al.* (org.). **Um guia para a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP):** consciência, coragem, amor e behaviorismo. Santo André: Esetec, 2001. cap. 1, p. 37.

LINEHAN, M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para guia do terapeuta transtorno da personalidade Borderline.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p.255, p. 101.

LINEHAN, M. M. **Treinamento de habilidades em DBT:** manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LOUZÃ, M. R.; CORDÁS, T. A. **Transtornos da Personalidade.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

MOLLER, R. L. *et al.* Manifestações Contratransferências no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 705-717, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141382712018000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2020.

NEACSIU, A. D.; LINEHAN, M. M. Transtorno de Personalidade Borderline. *In:* BARLOW, D. H. (org.). **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos:** tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. cap. 10, p. 396.

OLIVEIRA, M. G.; MARQUES, N. S. A clínica analítica comportamental em parceria com o tratamento psiquiátrico. *In:* BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. **Clínica analítico comportamental:** aspectos teóricos e práticos. São Paulo: Artmed Editora S.a., 2012. cap. 20, p. 188.

SADI, H. M. **Análise dos comportamentos de terapeutas e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline.** 2011. 105 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo Instituto de Psicologia, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/pt-br.php>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SKODOL, A. **Transtorno de personalidade borderline (TPB).** Manual MSD. Versão para profissionais de saúde. 2018. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-borderline-tpb>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SOARES, L. S. *et al.* Revisão de literatura: particularidades de cada tipo de estudo. **Revista de Enfermagem da UFPI:** REUFPI, Teresina, n. 2, p. 14-18, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1200>. Acesso em: 10 nov. 2013.

SOUSA, A. C. A. Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. **Rev. bras. ter. comport. Cogn.** São Paulo, v. 5, n. 2, p. 121- 137, dez. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 de nov. de 2020.

SOUSA, A. C. A.; VANDENBERGHE, L. Possibilidades da FAP como método de

supervisão de terapeutas com clientes Borderlines. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 1-11, 2007. DOI: 10.31505/rbtcc.V9i1.142. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/142>. Acesso em: 13 nov.2020.

WIELENSKA, R. C. O papel da relação terapeuta -cliente para a adesão ao tratamento e à mudança comportamental. *In*: BORGES, N. B.; CASSAS, F. A. **Clínica analítico-comportamental**: aspectos teóricos e práticos. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 16, p.160.