

AS RELAÇÕES FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

THE FAMILY RELATIONS OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

RESUMO

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) consiste em um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais. Este trabalho tem por objetivo apresentar a visão da psicanálise sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline*, enfocando as relações familiares destes pacientes, de maneira que venha a descrever a influência dessa vivência no tratamento do portador deste transtorno e o impacto dessa relação na saúde psíquica desses familiares. As referências foram selecionadas levando em conta sua adequação aos objetivos desta revisão, no qual foi dividida em: história do transtorno, implicações na saúde e dinâmica familiar, em seguida faz-se uma caracterização dessa psicopatologia à luz da psiquiatria e da psicanálise e nos tópicos seguintes faz uma descrição sobre o ambiente familiar e o tratamento do TPB e o paciente border e suas relações familiares. Pode-se concluir com base nestes estudos que, a manutenção de uma boa dinâmica familiar é extremamente eficaz para os resultados no tratamento do portador do TPB, assim como um olhar mais atento dos psicólogos para esses familiares irá ter grande papel na prevenção de demandas psíquicas nos mesmos.

Palavras chaves: Transtorno de Personalidade *Borderline*, família, impactos psicológicos, psicanálise.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) consists of a diffuse pattern of instability in interpersonal relationships. This paper aims to present the portrayal of Borderline Personality Disorder from the perspective of Psychoanalysis, focusing on the familial relationships of those patients, in order to describe the influence of this living condition in the treatment of those that suffer from BPD and the impact of this relationship in the mental health of their relatives. The references were chosen accordingly to their relevance in regards to the goals of this dissertation, the latter which was divided in the following categories: the history of the Disorder; its implications in a family's dynamics and well-being; the characterization of this psychopathology from the points of view of Psychiatry and Psychoanalysis; the description of a family environment and the treatment for BPD and the borderline patient and their familial relationships. According to these studies, it could be concluded that the upkeep of a good family dynamic is of uttermost importance to guarantee the successful treatment of a BPD patient and it is imperative that psychologists take a closer look at the family in order to prevent those psychic demands.

Keywords: Borderline Personality Disorder, family, psychological impacts, psychoanalysis

FAMÍLIA E TRANSTORNO BORDERLINE: DELIMITANDO A QUESTÃO DE PESQUISA

Pacientes com o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) em geral são vistos por muitos como desafiadores e difíceis de tratar. Com isso, tornou-se um transtorno estigmatizado o que resulta em atitudes negativas e preocupantes em relação a oferta de tratamento.

A questão de maior preocupação é a grande incidência de comportamentos suicidas, de aproximadamente 75% em pacientes que cumprem os critérios, tendo uma média de 3,4 tentativas por indivíduos. Não só as ameaças de suicídio são constantes, mas naqueles em que não têm comportamento suicida, existe o comportamento da autolesão não suicida. (BARLOW, 2016)

As taxas de suicídio em pacientes portadores de TPB está em torno de 7 a 8%, naqueles que têm apenas os comportamentos automutilantes e de 10%, naqueles considerados explosivos. Todos esses comportamentos podem estar relacionados à impulsividade e ao mau funcionamento psicossocial. (BARLOW, 2016). Tal informação é de extrema relevância para entender de que maneira as relações familiares influenciam no processo de tratamento desse paciente.

São diversos os impactos psicológicos causados aos familiares de pacientes com o TPB em decorrência da convivência com os mesmos. Muito se justifica pela oscilação de humor, pela dificuldade de previsão do comportamento do próprio paciente, onde muitas vezes causa sentimentos de medo, culpa, obrigação ou até mesmo desprezo. Os familiares do paciente com TPB sofrem com as cobranças por atenção, e em alguns casos com o comportamento automutilante e ainda com o risco de suicídio.

Esta pesquisa consistiu em uma revisão de literatura de base qualitativa, implicada num modelo exploratório, pois teve como preocupação central proporcionar mais familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou a construir hipóteses. Teve o objetivo de aprimorar ideias, e seu planejamento foi bastante flexível de modo que possibilitou as considerações dos diversos aspectos relativos ao fato estudado. (GIL, 2002).

A revisão de literatura se caracteriza como um processo de análise, investigação e descrição de conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica, cobrindo todo material escrito sobre o tema, como: artigos de periódicos, dissertações, teses e outros tipos. (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, 2017)

Este artigo foi elaborado através de uma revisão de literatura do tipo narrativa, que é aquela que a interpretação das informações e a seleção do estudo pode estar sujeita à subjetividade do autor, a qual foi a mais adequada para a fundamentação teórica de artigos, teses, trabalhos de conclusão de curso. (INSTITUTO DE PSICOLOGIA, 2017). Essa revisão esteve pautada em artigos pesquisados no período compreendido entre 1999 e 2017.

A revisão de literatura descreve os aspectos relacionados às relações familiares de pacientes com TPB, o método utilizado foi uma revisão de literatura que teve o objetivo de alertar sobre os impactos dessa relação a partir de dois vieses, de como essa relação irá influenciar no tratamento desse paciente e como irá refletir no psicológico desses familiares. É possível notar a escassez de materiais referentes a esta área, mas com o estudo mais aprofundado, pode-se descrever os contextos dessas relações de modo a buscar um olhar mais ampliado da psicologia para o tema trabalhado.

O interesse pela temática das relações familiares de pacientes com o TPB se justifica pela relevância de tratar as questões relacionadas ao ambiente familiar destes, de maneira tal que venha investigar os impactos psicológicos causados aos familiares destes, tendo uma visão específica com relação ao tratamento do indivíduo e alertando os psicólogos a um olhar mais minucioso em relação ao psicológico destes familiares.

Num primeiro momento iremos discutir a história da conceitualização do TPB e suas implicações na saúde e na dinâmica familiar para na sequência fazer uma caracterização do transtorno, logo após discutiremos a reinserção do paciente e a construção de uma rede, assim como também a participação dos familiares no tratamento deste. Num último momento, discutiremos a relação entre as características desse transtorno e os impactos psicológicos causados a esses familiares, e as dificuldades encontradas por estes.

Diante do exposto, pretendemos analisar algumas questões inquietantes tais como de que maneira a literatura científica descreve os impactos psicológicos vividos pelos familiares de pacientes com Transtorno *Borderline*, como esse ambiente familiar irá influenciar no tratamento do paciente, a relação entre implicações psicológicas e os desafios vividos pelos familiares.

1. HISTÓRIA DA CONCEITUALIZAÇÃO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E DINÂMICA FAMILIAR

A classificação do Transtorno de Personalidade *Borderline* surge inicialmente na década de 50 como uma entidade vaga e imprecisa que passa do espectro “neurótico”, pelos distúrbios de personalidade, até o espectro “psicótico”. A partir daí adolescentes e adultos têm sido frequentemente diagnosticados com comportamentos impulsivos e autodestrutivos. Com o passar dos anos, o transtorno vem sendo mais estudado já tendo vários artigos publicados. (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

O conceito de TPB começou a ser apresentado no DSM III, redigido inicialmente para as classificações de transtornos mentais na década de 80, nesse momento o quadro *Borderline* passa a ser um distúrbio específico de personalidade ao invés de um estado intermediário entre neurose-psicose em que predominam sentimentos de vazio interno com defesas egóicas predominantes e comportamentos autolesivos e impulsivos. (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

No período que compreendeu desde 1835 até aproximadamente 1949, foram feitas várias tentativas de achar uma nomenclatura para essa patologia, havendo grande hesitação nos quadros tidos como intermediários entre neurose-psicose. Vários termos foram sugeridos, mas só em 1953 é que o termo *Borderline* começa a se firmar com os trabalhos do psiquiatra e psicanalista Robert Knight, porém mesmo após a publicação do influente artigo de Knight ainda surgiram muitos desacordos e dúvidas sobre o conceito de *Borderline*. (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

Até o DSM-II e a CID-9 os sintomas diagnósticos do *Borderline* estiveram dentro do espectro da psicose, tendo esse termo praticamente como sinônimo de esquizofrenia latente. É apenas em 1980, com o DSM-III que passa a ser visto de uma maneira diferente, com cinco eixos de avaliação e com sistemas diagnósticos ateóricos no que se refere a etiologia dos diversos transtornos mentais. (DALGALARRONDO; VILELA, 1999).

O conceito utilizado atualmente, é o encontrado no DSM-V com características diagnósticas tais como o medo real ou imaginário do abandono, perturbação da identidade, impulsividade, comportamento suicida e/ou automutilante, padrão de

relacionamentos intensos e instáveis, raiva intensa ou inapropriada ou dificuldade de controlá-la, instabilidade afetiva, sentimentos de vazio, ideação paranoide. A prevalência pode chegar até 20% entre pacientes psiquiátricos internados, tem um padrão mais comum na instabilidade emocional, sendo mais frequente no início da vida adulta. Tendo como prejuízo principal o risco de suicídio o qual vai gradualmente desaparecendo junto com os sintomas com o avançar da idade. É diagnosticado predominantemente na população do sexo feminino. (DSM V, 2014, p. 663-5)

O presente trabalho visa esclarecer as questões relativas às relações familiares dos pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* com o intuito de responder à seguinte questão: de que maneira as relações familiares de pacientes com esse transtorno irão influenciar no tratamento destes? Para isso, irei explorar pesquisas acerca da dinâmica familiar, do Transtorno *Borderline* e do contexto familiar no processo saúde-doença.

A família, por se tratar do centro do viver das pessoas tem se tornado um vasto campo de estudo de diversas áreas, com suma importância no campo da saúde, pois para trabalhar de forma humanizada, é preciso compreender o universo de cada indivíduo em sua complexidade e diversidade. É nesse contexto que percebemos que pouco se sabe da realidade familiar, a qual se mostra uma unidade social bastante complexa, onde cada uma cria seu próprio universo. (ALTHOFF, 2002 apud RESTA et al, 2004). A este respeito o pesquisador Nitschke (1999) propõe compreender a relação indivíduo – família:

O indivíduo possui características como “ter um corpo biológico, singular (que, por sua vez, tem uma estrutura ósseo-muscular e funções...); tem elementos psicológicos e uma espiritualidade, interagindo num meio que tem uma cultura, onde está a família e a sociedade. A família, por sua vez, também caracteriza-se por ser um corpo, mas um corpo social, ou seja, uma rede de interações que pode assumir diferentes formas; que possui objetivos e toma decisões enquanto grupo; tem uma estrutura de funcionamento interno, constituída por posições e papéis, possuindo várias atribuições, dentre elas, inclusive cuidado de saúde de seus membros. (NITSCHKE, 1999; apud CECAGNO et al, 2004, p. 107-112).

Falar sobre família é um ato bastante complexo. Como destacado por Nitschke (1999):

Falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua

orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. (NITSCHKE, 1999; apud CECAGNO et al, 2004, p.41).

A família é vista na nossa cultura como uma “unidade de saúde popular”, que tem seu próprio ponto de vista sobre a doença e o seu modo de cuidar, voltando-se apenas aos recursos que dispõe. (CECAGNO et al, 2004).

Atkinson et al. (1985) dizem que a doença interfere nas relações familiares, podendo mexer nos laços afetivos, causando o afastamento da família ou unificando-a, de forma que, mesmo frente a dificuldades vivenciadas, mantém-se a unidade entre seus membros, podendo, inclusive, tornar os laços familiares mais fortes e proporcionar que se estabeleçam novas prioridades para suas vidas. (CECAGNO et al,2004, p. 107-112).

A saúde da família está ligada à saúde de seus membros individualmente, assim, num sistema fechado, o adoecimento de um pode se configurar no adoecimento do grupo como um todo, dificultando até as relações interpessoais com membros de fora. A família é a primeira unidade de saúde na qual envolve a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. (ELSEN, 1994 apud CECAGNO et al, 2004).

Para a família, cuidar do sujeito com transtorno mental é uma tarefa, um desafio no qual têm de enfrentar seus próprios preconceitos. É preciso conhecer o sujeito como um todo, que não se configura um objeto, uma patologia, mas em um ser com potencialidade, capacidade. É importante destacar que é uma convivência marcada por conflitos, tensões, onde as emoções são expressas mais facilmente. É nesse momento em que é preciso haver uma reflexão sobre o ser e estar no mundo, que cada um reage a cada experiência de maneira diferente, pois possui sua individualidade e sua maneira de se comportar. (BORBA et al, 2010).

As famílias possuem a capacidade de se ajustarem a qualquer contexto que vier a aparecer no convívio familiar, de se adaptarem a situações como de doença mental e de pedir ajuda na hora que achar necessário, assim é possível entender que a família na ressocialização do portador de transtorno mental e no cuidado torna-se de suma importância em face do processo de reforma psiquiátrica. (BORBA et al, 2010).

2. CARACTERIZAÇÃO DO TRASTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

O TPB é um “Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos”. (DSM-V, 2014, p. 663).

Os portadores desse transtorno, possuem um medo real/imaginário de abandono, o simples fato de perceberem uma separação ou abandono iminente pode causar profundas mudanças na autoimagem, no comportamento, afeto e na cognição desse indivíduo. Estes são muito sensíveis às condições que podem vir a se apresentar no ambiente, como por exemplo, uma separação real num curto período de tempo ou a uma simples mudança de planos, podendo achar que tais coisas aconteceram porque eles são maus. Esse medo do abandono configura-se pela preocupação em ficar só e por querer sempre ter as pessoas ao seu redor. Os comportamentos mais frequentes de uma pessoa diagnosticada com TPB com intuito de evitar esse abandono, são a automutilação ou as tentativas de suicídio (DSM-V, 2014, p.663-4).

Os relacionamentos dos portadores do Transtorno de Personalidade *Borderline* são muito intensos, pois ao primeiro ou segundo encontro já fazem uma idealização da pessoa, podendo mudar rapidamente para uma desvalorização em vista do desejo de já nos primeiros momentos dessa relação de ter muito tempo juntos e de dividir detalhes pessoais bem íntimos. O indivíduo com esse transtorno, se importa e investe em cuidar do outro somente na expectativa de que receba a devida atenção em vista de suas próprias necessidades (DSM-V, 2014, p. 664).

O conflito de identidade é caracterizado pela intensa instabilidade e persistente da imagem e percepção de si mesmo, onde ocorrem mudanças súbitas e dramáticas com relação a opinião, a planos de carreira, identidade sexual, tipos de amigos e valores (DSM-V, 2014)

Esses indivíduos apresentam também uma grande impulsividade em áreas autodestrutivas, como apostar, gastar dinheiro indiscriminadamente, dirigir imprudentemente, compulsão alimentar, abuso de substâncias, sexo promíscuo, recorrência em comportamentos automutilantes e nas tentativas de suicídio. As

recorrências desses comportamentos são antecedidas por uma separação, pelo fato de quererem que outros indivíduos assumam maiores responsabilidades por eles e de rejeição. A automutilação torna-se frequente, pois para esse sujeito, é uma forma de trazer alívio por reafirmar a capacidade de sentir ou por reparar a sensação de ser uma má pessoa. Podem também manifestar instabilidade afetiva em virtude de uma irritabilidade ou ansiedade intensa ou disforia episódica, a qual pode ser interrompida por períodos de raiva, pânico ou desespero. Indivíduos com o TPB podem ser acometidos por sentimento de vazio, assim como também um sarcasmo extremo, explosões verbais e amargura persistente, podendo ser acompanhadas de vergonha e culpa, no qual contribuem significativamente para uma afirmação de ter sido mau. Pode ocorrer remissão dos sintomas em virtude da percepção de dedicação do cuidador. Todos esses sintomas, geralmente são passageiros durando minutos ou horas (DSM-V, 2014, p. 664-5).

Já na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o transtorno encontra-se na sessão de transtorno de personalidade emocionalmente instável que é caracterizado por uma tendência a agir sem pensar nas consequências e uma marcante instabilidade afetiva, tendo pouca capacidade de planejamento e intensos acessos de raiva que podem levar à violência. Nesta classificação são apresentadas duas especificações desse tipo de personalidade, o tipo impulsivo, que é caracterizado além da instabilidade emocional, pela falta de controle de impulso, acesso de violência, comportamento ameaçador em resposta à crítica dos outros. E o tipo Borderline (limítrofe) é caracterizado por instabilidade emocional, da autoimagem, objetivos e preferências internas que frequentemente são pouco claras e perturbadoras. Apresenta também sentimentos crônicos de vazio, instabilidade nos relacionamentos, crises emocionais que podem estar ligadas ao medo de abandono e várias ameaças de suicídio e de autolesão (CID-10, 1993, p. 201).

Alguns estudiosos preferem descrever que na atualidade os casos *Borderline* configuram-se como uma estrutura psíquica que tem características específicas e peculiares tais como: existência permanente de uma ansiedade difusa, sentimentos de vazio crônico, que acompanham uma neurose polissintomática; surgimento de *actings* que adquirem uma natureza de sexualidade perversa e sadomasoquista; em casos avançados, manifestações “pré-psicóticas”; do mesmo modo, a subjetividade se organiza como uma pessoa ambígua, estável, compartimentada. (ZIMERMAN, 1999)

Para exemplificar de que maneira o paciente com esse transtorno se sente, temos o relato de uma estudante com TPB, onde ela descreve que os sentimentos a avassalam de maneira que as vezes sente como se fosse explodir e que para aliviar esses sentimentos geralmente escolhia se queimar ou se cortar, que era um alívio para ela. Ela descreve que esse ato de se mutilar é realmente poderoso, pois oferece uma sensação de controle, de existir, e sempre que o fazia tinha uma sensação de renovação, como se começasse de novo sem todas aquelas emoções. Sobre o humor, ela relata que se sentia deprimida a maior parte do tempo, como se houvesse algo faltando na vida dela, um grande vazio e que tentou muitas coisas para preencher esse vácuo, como comida, álcool, drogas, sexo, relacionamentos, e que já tentou até se matar pensando que jamais se sentiria inteira. Quanto aos relacionamentos e a paranoia, ela escreve que sabia que todos falavam dela e a odiavam, como se as pessoas a estivessem magoando de propósito, por causa disso veio a odiar a todos, e quem tentasse se aproximar dela, ela os afastava. E os relacionamentos, não conseguia ter nenhum realmente estável, tinha uma “queda” por homens indisponíveis, pois sempre teria uma desculpa para romper o compromisso, e mesmo quando tornavam-se disponíveis, ela rompia por medo de uma rejeição. Oscila sempre em sentimentos de amor e ódio pela mesma pessoa com quem está, onde um dia é o amor da vida dela e quer casar com ele e no outro, o odeia, o qual é muito parecido com o que sente sobre si mesma. (HOLMES, 1997)

Segundo o psiquiatra e psicanalista Mauro Hegenberg (2013), o TPB está incluído na “organização *Borderline*” de Kernberg, sendo que as características dessa “organização” vão além do quadro específico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Ainda, este mesmo autor, considera esta observação bastante ampla pois abrange uma série de pacientes muito diferentes entre si. Fala também que Kernberg possui três critérios para essa “organização do TPB”, as quais são: nível de operações defensivas e empobrecida dos outros, difusão da personalidade. Sendo que essa difusão da personalidade se caracteriza pela falta de integração do self e a organização defensiva se baseia na clivagem. Ainda segundo este autor, Green (1999) afirma que o *Borderline* se configura como um novo paradigma, onde a angústia de separação e a angústia de intrusão são as principais, e que a angústia de castração que existe na neurose é a mesma angústia de separação para os casos limites. Afirma também que Green postula apenas dois mecanismos fundamentais para esses estados limites que é a clivagem (Kleiniana) e a

“depressão” que para ele se manifesta como perda de gosto pela vida gerado através da diminuição do que constitui o tônus vital.

A partir do que foi apresentado anteriormente sobre a caracterização do TPB, vamos agora discutir acerca da relação entre o ambiente familiar e o tratamento do TPB.

3. O AMBIENTE FAMILIAR E O TRATAMENTO DO TRANSTORNO *BORDERLINE*

A família apresenta-se com um papel muito importante para o tratamento do paciente com TPB, de modo que se esta não for paciente e não entender a maneira mais adequada de lidar com esses pacientes, o tratamento dos mesmos não irá ter um resultado eficaz.

O paciente não consegue constituir sua subjetividade se não tiver a possibilidade de experimentar o *holding* adequado pelo fato de não ter uma experiência intersubjetiva satisfatória do ambiente. Diante disso o portador do TPB não consegue constituir a sua identidade por causa da existência de “invasões” perturbadoras do ambiente. (HEGENBERG, 2013)

Este autor exemplifica tal situação com o caso de uma garota que com vinte e dois anos ainda não se achava em condições de fazer uma faculdade e vivia com as cobranças dos pais que queriam a todo custo que ela arrumasse alguma atividade para fazer ao invés de permanecer em casa sem fazer nada, o qual ela não suportava, por se sentir invadida de desejos que não eram seus, sentia que apesar de seus pais dizerem que ela podia fazer “o que quisesse”, não era assim, fazendo com que, em resposta dessas invasões, ela tivesse explosões de violência. O border, por ser mais influenciado pelo ego do que pelo superego, complica-se de forma que se torna penoso reconhecer suas capacidades e limites dificultando a possibilidade de apropriar-se de sua identidade fazendo com que quando não é aplaudido por suas tarefas, largue-as prematuramente.

Os pacientes com Transtorno *Borderline* são extremamente disfuncionais, estando esse quadro estreitamente ligado ao contexto interpessoal no qual estão inseridos, onde são altamente sensíveis a qualquer quadro de estresse advindo desse contexto. Um

ambiente de convívio estruturado pode diminuir os acessos de raiva, acusações depreciativas ou paranoides, e/ou atos destrutivos e depreciativos. (DAL' PIZOL, 2003)

Quanto aos vínculos afetivos, possuem um papel de destaque na formação da personalidade border, de maneira que a literatura enfatiza o desenvolvimento dessa personalidade a partir de experiências vividas tais como, abuso sexual, separações precoces, perdas parentais, atitudes dominadoras dos parentes, frias, sádicas, negligência emocional, superproteção e controle excessivo. (JORDÃO E RAMIRES, 2010)

Pacientes que são vítimas desses traumas manifestam sintomas mais intensos, e um impacto mais severo em um tempo mais prolongado em sua personalidade podem causar um verdadeiro colapso na estrutura de personalidade. As separações precoces têm um grande impacto na etiopatogenia do border, de modo que se constatou um grande número de indivíduos com essa patologia que reportavam terem vivido significativas separações. A existência de patologia na dinâmica familiar é outro fator etiopatogênico de modo que esses pacientes reportam seus familiares como menos carinhosos e mais controladores. O conflito no contexto familiar é também um aspecto saliente, em que os portadores do TPB têm bastante dificuldade de lidar. Este mesmo autor afirma que nas investigações de Soloff e Millward (1983), foi possível corroborar um padrão de patologia na dinâmica familiar do indivíduo border que constitui, na infância, a presença de mães dominadoras, excessivamente simbiotizantes e pais hostis e distantes, e na vida adulta, relações conjugais conflituosas. (VERÍSSIMO, 2012)

Diversos autores descreveram que a diminuição da capacidade reflexiva do border está intimamente ligada às funções do padrão de apego inseguro em seus vínculos familiares a partir de experiências de vida em relações primárias comprometidas. Os mesmos autores também afirmam que Adler e Buier (1979); Beresin (1994); Bleichman (1993-1994) traçam como principal problema, a falha do desenvolvimento na constância objetal desses pacientes e a capacidade de lembrar circunstâncias positivas e reconfortantes de outros diante de situações ansiógenas que são resultado de inconstância da relação materna e falta de empatia em relação a essa criança, caracterizando-se assim como uma ineficiência da introjeção de um *holding* tranquilizador e adequado. (JORDÃO E RAMIRES, 2010)

Do mesmo modo é necessário, a partir de afirmações feitas por Lineham, a combinação de um *ambiente invalidante* e uma vulnerabilidade emocional para que venha assim a desenvolver o TPB. Nesse tipo de ambiente as experiências emocionais e a interpretação dos eventos não são aceitas pelos que estão ao redor sendo consideradas características socialmente inaceitáveis. É importante ressaltar que no caso de duas crianças terem nascido na mesma casa, não necessariamente cresceram no mesmo ambiente. Esse tipo de *ambiente invalidante* rejeita indistintamente a comunicação de experiências privadas e de comportamentos autogerados, pode punir demonstrações de afeto reforçando a tensão emocional. (BARLOW, 2016). Este autor ainda afirma que a alta incidência de abuso sexual, como já foi citado anteriormente, pode ser uma experiência invalidante para crianças e pode vir a ter uma íntima relação com inúmeros comportamentos que são critérios para o transtorno *Borderline*, por outro lado, não se configura um importante fator de risco. Assim, os principais resultados relacionados ao *ambiente invalidante* são desregulação emocional e padrões comportamentais expostos por adultos com esse tipo de transtorno. As respostas erráticas da família em relação às experiências privadas do indivíduo com TPB resulta numa dependência do outro fazendo com que desenvolva um sentido de *self* incoerente, que prejudica também a sustentação de relações interpessoais estáveis.

Deste modo faz-se necessário ressaltar o importante papel da negligência e superproteção da família na infância desses pacientes, destacando percepções fragmentadas, conflituosas e contraditórias em relação a esses familiares, assim essas famílias não abastecedoras foram associadas ao desenvolvimento da organização *Borderline*. (JORDÃO, 2018)

Para ampliar a nossa análise, vamos agora discutir a relação do paciente *Borderline* com seus familiares, que foi a ideia principal para a motivação da execução do presente trabalho.

4. O PACIENTE BORDERLINE E SUAS RELAÇÕES FAMILIARES

Segundo a assistente social Giovenardi (2018) a família é o primeiro grupo social com o qual o indivíduo interage, assim configura-se como de grande importância na vida

do sujeito. A convivência com o portador de transtorno mental é muito difícil e desgastante, o que tende a se agravar com doenças mais prolongadas. Essa vivência revela-se de grande impacto para os familiares desse paciente, pois pode causar significativas desorganizações assim como mudanças comportamentais neste familiar. Acentuando assim a responsabilidade do cuidado com o portador do transtorno, na falta de informações e esclarecimento de como cuidar desse indivíduo prejudicando sobremaneira o desenvolvimento de um enfrentamento diante das dificuldades apresentadas na evolução do quadro clínico da doença.

Esta autora retoma a concepção de Melman (2006) e afirma que os conflitos, o estresse, a insegurança e a instabilidade fazem parte da vivência cotidiana das relações desses familiares. Diante disso, pode gerar uma gama de sentimentos como medo, tristeza, angústia. Giovenardi afirma que para Rosa (2003) a pessoa que cuida do portador do transtorno mental é abalada subjetivamente pelos sintomas apresentados e influenciado pelo alto envolvimento emocional.

Com relação a vivência com portador do Transtorno de Personalidade *Borderline*, Barbosa (2010) afirma que é marcada pela oscilação entre dois polos: o amor e ódio, tornando essa convivência adocedora, instável e desgastante. Esses familiares vivem com cobranças constantes por atenção, e têm a todo custo seus pensamentos e passos vigiados pelo border na tentativa excessiva de evitar abandono. Resultando assim em brigas constantes, tornando a relação insustentável.

Uma das piores partes de se conviver com um *Borderline*, segundo Ades e Santos (2012) é a mudança repentina de humor, a capacidade de ser amado em um dia e odiado no outro. Estes autores exemplificam as dificuldades de viver com um portador de TPB a partir do depoimento de dois familiares. O primeiro, é um homem de 33 anos, casado com uma *Borderline*, que relata ter que viver proporcionando tudo a essa esposa, ela merece de tudo e ‘não tem que dar nada em troca’. Esse homem tem que ser fiel, dedicado e dizer sim a tudo, vindo a cair no cheque especial só para satisfazer as vontades dela, pois se dissesse não, ela ‘fechava a cara’ e começava a chantageá-lo criando discussões e o fazendo passar vergonha.

Os autores apresentam o seguinte depoimento ilustrativo:

“... Já tentou suicídio por causa de um shampoo, que não quis lhe dar! Fui percebendo que era um poço sem fundo... fui cansando de estar sempre nesse estado de falência e de me sentir chantageado...” (Beto, 33, casado com uma borderline)

O segundo depoimento foi o de uma mãe que descreve o quanto é difícil conviver com sua filha border, a qual também reclama que tem que ceder a todos os desejos sem receber nada em troca, que foram anos de despesas desnecessárias, dívidas e mentiras.

Estes mesmos autores exemplificam esse segundo depoimento com a seguinte declaração:

“ É difícil... dar limites. Mas é muito difícil mesmo: um remédio amargo que tem de ser administrado ao border e se é ruim para ele, pior para nós... foram anos de despesas desnecessárias, pagamentos de dívidas que ela fez, falta de compromisso, mentiras, calúnias. Até contar para o médico que eu a espancava diariamente ela disse...” (depoimento de uma mãe)

Com isso, Hegenberg (2013) afirma que é de suma importância a orientação à família do portador de TPB para que possa lidar com a agressão, a cobrança por atenção e os demais sintomas da psicopatologia de maneira que não venham a acumular ódio por esses pacientes e não venham a adoecer na convivência com os mesmos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento do presente trabalho foi levantada a hipótese sobre os diversos impactos causados na demanda familiar de pacientes com o TPB, a partir da convivência com os mesmos. Essa temática se justifica pela dificuldade de previsão do comportamento do paciente, causando sentimentos de medo, culpa, e sofrimento com as cobranças por atenção e com o risco do comportamento automutilante e suicida desses pacientes.

A principal dificuldade encontrada durante a pesquisa, foi a escassez de materiais que abordassem as demandas dos familiares desses pacientes, principalmente em literatura e estudos nacionais.

A partir da revisão bibliográfica foi possível descrever as relações familiares de pacientes com TPB, de que maneira essas relações influenciam no tratamento desses pacientes e como os sintomas dessa psicopatologia podem impactar na saúde psicológica desses familiares, apesar da quantidade de materiais que discutam sobre os familiares dos portadores desse transtorno ainda ser muito baixa.

É preciso que se amplie a quantidade de estudos sobre esse tema para que se busque um olhar mais ampliado da psicologia para esses familiares, de maneira que venha a ajudar intensivamente na prevenção de psicopatologias nestes e a auxiliá-los na melhor manutenção do tratamento dos pacientes border.

6. REFERÊNCIAS

ADES, Taty; SANTOS, Eduardo F. **Borderline: criança interrompida – adulto Borderline**. 1ª. Ed. São Paulo: Isis, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, Ana B. **Corações descontrolados: ciúmes, raiva, impulsividade: o jeito Borderline de ser**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2013.

BARLOW, D. **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. – 5ª. Ed. - Porto Alegre: Artmed, 2016.

BORBA, L. et al. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação**. Revista da escola de enfermagem da USP. São Paulo:2010.

CECAGNO, S. et al. **Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença**. Revista Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá:2004.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand. **Transtorno Borderline: história e atualidade**. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental II (2), 1999.

DAL'PIZOL, A. et al. **Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento de personalidade Borderline – Relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do hospital Psiquiátrico São Pedro**. Revista Psiquiátrica, 25. abr. 2003

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4ª. Ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVENARDI, Maíra. **A inserção da família na rede de cuidados em saúde mental**.
Revistas da PUCRS. Disponível em:

<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/31.pdf>. Acesso em: 03 de abr. 2018.

HEGENBERG, M. **Borderline**. 7ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

HOLMES, DAVID S. **Psicologia dos Transtornos Mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA. **O que é revisão da literatura?** Disponível em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2017.

JORDÃO, A. **Caracterização dos vínculos afetivos entre adolescentes com indicadores de organização de personalidade Borderline e seus pais**. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2875/caracterizacao%20dos%20vinculos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 02 de abr. 2018.

JORDÃO, A; RAMIRES, V. **Adolescência e organização de personalidade Borderline: caracterização dos vínculos afetivos**. Revista crítica da literatura. Disponível em: www.scielo.br/paideia. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RESTA, D. et al. **A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares**. Revista Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá: 2004.

VERÍSSIMO, A.R.S. **Na Terra do Nunca, no lugar de ninguém: dinâmica familiar, representações parentais e parentalidade – estudo exploratório com crianças com Organização Borderline de Personalidade**. Instituto universitário ciências psicológicas, sociais e da vida. 2012.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica**. Porto Alegre: Artmed: 1999