

Expressões da sexualidade feminina no transtorno de personalidade borderline

Cristina Pilla Della Mía
Fabio Riva

Resumo: O transtorno da personalidade borderline (TPB) consiste num padrão de funcionamento instável nas relações interpessoais, autoimagem, afetos e impulsividade, que traz sofrimento ao indivíduo e prejuízos à sua sexualidade. Este estudo teve como objetivo descrever como é a vida sexual de pacientes com diagnóstico de TPB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e, como instrumento, utilizou-se uma entrevista semiestruturada. Participaram do estudo sete mulheres com diagnóstico de TPB. A coleta de dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Bardin. Observou-se que algumas participantes não se sentem à vontade em manter relações sexuais com os seus parceiros, sofreram abuso sexual na infância, manifestam a presença de parafilias e/ou sentem dificuldade em alcançar o orgasmo. Concluiu-se que as pacientes com TPB apresentam dificuldades na esfera sexual, o que deve ser observado e avaliado pelo profissional de saúde mental.

Palavras-chave: Transtorno da Personalidade Borderline; Sexualidade feminina; Transtornos sexuais.

Female sexuality expression in Borderline Personality Disorder

Abstract: The borderline personality disorder (BPD) consists of a pattern of unstable operation in interpersonal relationships, self-image, affections and impulsivity, which causes suffering to the individual and their sexuality. This study aimed to describe how the sexual life of patients diagnosed with BPD. It is a qualitative research and as an instrument a semi-structured interview was used. Seven woman who had a diagnosis of BPD took part in the study seven women who had a diagnosis of BPD. Data collection was performed from the Bardin content analysis. We observed that some participants did not feel comfortable in having sexual relations with their partners, have suffered childhood sexual abuse, reveal paraphilias and have difficulty achieving an orgasm. It was concluded that patients with BPD present difficulties in the sexual sphere, which must be observed and evaluated by mental health professional.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Feminine sexuality; Sexual disorders.

Introdução

O transtorno da personalidade bordeline (TPB) consiste num padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos. A impulsividade acentuada se apresenta em vários contextos, como por exemplo: instabilidade emocional (troca de parceiros, amigos e atividade ocupacional), dilemas, incertezas, preferências por coisas que venham a provocar ansiedade ou alteração de humor (American Psychiatric Association, APA, 2014). Trata-se de uma patologia grave e que interfere muito na vida de cada sujeito tanto na área social, afetiva, ocupacional e familiar (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011; Pec, Bob, & Raboch, 2014).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é necessário a presença de cinco ou mais critérios para fechar o diagnóstico para TPB: 1) a utilização

de esforços frenéticos, no sentido de evitar um abandono real ou imaginário; 2) a presença de um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização; 3) a presença de perturbações da identidade, como instabilidade acentuada e resistente de autoimagem ou do sentimento do *self*; 4) comportamentos impulsivos em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por exemplo, gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivo); 5) recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de automutilação; 6) instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (isto é, episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durante algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias); 7) sentimentos crônicos de vazio; 8) raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (com demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes); 9) ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos (APA, 2014).

O TPB é mais prevalente em mulheres, sendo que 75% dos diagnósticos desse TP são aplicados a pacientes do gênero feminino (APA, 2014). Pesquisadores relatam a sua prevalência em cerca de 1,6 a 5,9% da população geral, também apresentando-se em praticamente 10% dos indivíduos avaliados em clínicas de saúde mental e 20% dos pacientes psiquiátricos internados. Os sintomas, na grande maioria, podem ocorrer entre os 18-25 anos de idade: 90% têm início antes dos 30 anos de idade (Faria & Sauaia, 2011). Um ponto a ser destacado nesses pacientes é o comportamento suicida, em torno de 75% dos pacientes com TPB tentaram o suicídio pelo menos uma vez, e desses 10% conseguiram concluir o ato, sendo que a maior parte aconteceu antes dos 40 anos (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004). Uma prática comum dos pacientes com TPB é a automutilação que se caracteriza por lesões no seu próprio corpo, sem intenção de morrer. O sujeito faz uso desse comportamento porque não tem estratégias mais adequadas para lidar com sentimentos os quais descrevem muito dolorosos e insuportáveis. Através da dor física, ou seja, do ato de se machucar, sentem um alívio da dor psíquica (Sousa & Vandenbergue, 2005; Covelli, 2010). Um estudo avaliou a relação entre os sintomas, os problemas interpessoais e os tipos de comportamentos agressivos apresentados por pacientes com TPB durante dois anos. Constataram que pacientes com TPB que apresentavam dificuldades interpessoais envolviam-se, com mais frequência, em experiências de violência no seu cotidiano (Stepp, Smith, Morse, Hallquist, & Pilkonis, 2012).

Quanto à etiologia do TPB, associam-na à interação de questões biológicas e a eventos de vida adversos, predispondo o indivíduo com esse diagnóstico a dificuldades em regular o controle das suas emoções (Leichsenring *et al.*, 2011). Estudos afirmam que a forma de afeto e tratamento destinado ao paciente na infância pode estar vinculada à construção do TPB, já que os mesmos apresentam características semelhantes como insegurança e dificuldades de vínculos afetivos (Jordão & Ramires, 2010).

É bastante comum o TPB estar associado a outro transtorno mental. As principais comorbidades são: transtornos depressivos, transtornos bipolares, transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos da alimentação (bulimia nervosa), transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção / hiperatividade. Outros TP também estão relacionados ao TPB: transtorno da personalidade histriônica, transtorno

da personalidade esquizotípica, transtorno da personalidade paranoide, transtorno da personalidade narcisista, transtorno da personalidade antissocial e transtorno da personalidade dependente (APA, 2014). Nos casos de comorbidade, o tratamento costuma ser mais longo, e a participação da família é fundamental (Rosa & Santos, 2011).

O tratamento para o TPB é feito com farmacoterapia e psicoterapia. Embora se trate de um TP, medicamentos psiquiátricos causam o efeito de estabilidade nesses pacientes (Lieb *et al.*, 2010). Quanto à psicoterapia, independente de linha teórica, o profissional precisa estabelecer um bom vínculo com o paciente. Normalmente, os sujeitos iniciam a terapia muito fragilizados, logo, empatia é essencial ao longo do tratamento (Minto, 2012; Bourke, 2013; Liebman & Burnette, 2013).

Indivíduos com TPB manifestam limitações significativas na esfera sexual, as quais podem interferir ativamente no curso e na manutenção de determinados sintomas da psicopatologia (Abdo, 2011).

A sexualidade compreende um fenômeno natural que está relacionado ao desenvolvimento humano. Suas primeiras manifestações ocorrem no início na infância, momento em que as crianças apresentam maior curiosidade acerca do seu corpo. Em seguida, na adolescência, intensificam-se as mudanças no organismo e se iniciam os primeiros relacionamentos afetivos e da vida sexual do sujeito (Rheume & Mitty, 2008; Tolman & McClelland, 2011). Ao longo da vida, cada ser humano vai construindo sua sexualidade, de forma que venha a alcançar seus desejos e satisfações sexuais (Brêtas, Ohara, Jardim, Aguiar, & Oliveira, 2011). Indivíduos com TPB manifestam limitações significativas na esfera sexual, as quais podem interferir ativamente no curso e na manutenção de determinados sintomas da psicopatologia (Abdo, 2011).

A vida sexual ativa e saudável é fator fundamental para o bem-estar do indivíduo, sendo considerada um ponto de qualidade de vida (Rheume & Mitty, 2008; Yano & Ribeiro, 2011; Correa, Silva, & Rombaldi, 2013). A relação sexual, o erotismo, o prazer, a orientação sexual e a reprodução se expressam por meio de pensamentos, fantasias, desejos, comportamentos e relacionamentos, os quais são influenciados pelos fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos. Ademais, está ligada à intimidade de duas pessoas, independente do gênero. Através desse vínculo, busca-se a satisfação sexual, a necessidade da construção familiar (Petersen & Hyde, 2010; Tolman & McClelland, 2011; Yano & Ribeiro, 2011).

Para uma relação sexual ser completa, depende de fatores hormonais, biológicos e motivacionais. Nesse sentido, Masters e Johnson (1984), em 1970, descreveram o ciclo de respostas sexuais, que é composto por quatro fases: 1) Excitação: pode durar de minutos a horas, acontece quando o homem e a mulher se estimulam para a realização do ato sexual (caracterizado por dois fenômenos: vasocongestão e miotonia); 2) Platô: excitação continuada que pode durar de segundos a vários minutos; 3) Orgasmo: quando ocorre o pico de prazer, ou seja, a mulher tem um aumento de excitação máxima com grande vasocongestão e miotonia rítmica da região pélvica alcançando o máximo de prazer, seguido de relaxamento, onde há uma série de contrações rítmicas de (03 a 15) da plataforma orgástica, com intervalo de 08 segundos; 4) Resolução: segue de forma que o corpo fica totalmente relaxado, é um estado de bem-estar que se segue ao orgasmo, em que os músculos ficam

relaxados, podendo durar de minutos a horas. As fantasias, desejos sexuais, entre outros, estariam ligados à primeira fase do ciclo da mulher – o desejo, o qual tem a função de excitar a mulher pela busca do prazer sexual com o parceiro e sentir prazer em se relacionar; em seguida vem a excitação sexual, momento em que ambos estão preparados para alcançar o objetivo maior, que é o orgasmo, o qual está vinculado ao prazer e à satisfação (Sena, 2010; Marques, Chedid & Eizerik, 2012).

Quando há falhas em alguma dessas fases do ciclo de resposta sexual, pode-se dizer que há uma patologia, denominada de disfunção sexual. Conforme Basson (2000), a disfunção sexual feminina ocorre quando há falta de desejo, excitação ou dificuldade de alcançar o orgasmo, além de dor durante o ato sexual. Geralmente, essas mulheres apresentam problemas de humor e baixa autoestima, sendo, por muitas vezes, mais ansiosas e envergonhadas, quando comparadas com mulheres com funcionamento sexual normal (Hartmann, Heiser, Rüffer-Hesse, & Kloth, 2002; Sena, 2010; Marques *et al.*, 2012). Estudos constataram que a depressão é o primeiro impedimento nas primeiras fases do ciclo sexual da mulher (desejo e excitação) e que grande parte delas não chega ao orgasmo se estiverem com sintomas depressivos e ansiosos (Kashdan *et al.*, 2011; Shindel, Eisenberg, Breyer, Sharlip, & Smith, 2011; Lucena, 2013; Pereira, Nardi, & Silva, 2013). Além disso, há uma ligação entre os TP e as disfunções sexuais, ou seja, pacientes com TP têm mais comorbidades com disfunções sexuais (Abdo, 2011).

As disfunções sexuais femininas poderiam ser decorrentes de causas biológicas, físicas e psicológicas. Quanto aos fatores psicológicos, percebe-se dificuldade em se comunicar com o parceiro, sentimento de culpa e vergonha quanto ao sexo, medo de sentir dor, história de abuso sexual, falta de estímulo sexual e falta de lubrificação. A chegada da menopausa, os fatores neurológicos, uma cirurgia ou trauma, o uso de substâncias químicas e as doenças sexualmente transmissíveis também podem estar ligados às disfunções sexuais (Trompeter, Bettencourt, & Barrett-Connor, 2012; Pereira *et al.*, 2013).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014) determina três diagnósticos de disfunção sexual na mulher: o transtorno do interesse / excitação sexual feminino (indivíduo que apresenta ausência ou redução importante no interesse ou na excitação sexual); transtorno do orgasmo feminino (ausência ou muita dificuldade em atingir o orgasmo); transtorno da dor gênito-pélvica / penetração (dificuldade persistente ou recorrente com a penetração vaginal; dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação ou tentativa de penetração; medo ou ansiedade intensa de dor antes, durante ou após a penetração; tensão ou contração acentuada dos músculos pélvicos durante a tentativa de penetração). Ainda, pode ocorrer a disfunção sexual devido ao uso de alguma substância ou medicamento (Lucena, 2013).

Outro ponto a ser destacado são as parafilias, que antigamente eram chamadas de perversões sexuais. Elas se caracterizam por qualquer interesse sexual intenso e persistente que não é voltado para a estimulação da genitália, ou seja, o indivíduo tem prazer com objetos não humanos, por atos que envolvem objetos inanimados, por atos

que envolvem sofrimento ou humilhação, próprios ou do parceiro, ou por crianças ou outras pessoas sem o seu consentimento. Os principais transtornos parafilicos são: transtorno voyerista (excitação ao ver uma pessoa nua, se despindo ou mantendo uma relação sexual, sem ela saber que está sendo observada); transtorno exibicionista (quando o sujeito passa a mostrar seus órgãos genitais a outras pessoas em lugares públicos, sendo que o prazer do mesmo ocorre quando ele vê o espanto da outra pessoa em ver seu órgão); transtorno frotteurista (excitação sexual resultante em tocar ou se esfregar em outra pessoa que não lhe deu o consentimento); transtorno do masoquismo sexual (quando o sujeito necessita e se submete ao sofrimento e humilhação para obter prazer sexual); transtorno do sadismo sexual (quando o sujeito necessita fazer o outro sofrer para obter prazer sexual); transtorno pedofílico (fantasias e atos sexuais com crianças e pré-púberes); transtorno fetichista (quando o foco é específico em um objeto ou em uma parte do corpo); transtorno transvêstico (excitação sexual em se vestir como o sexo oposto) (APA, 2014).

O presente estudo tem como objetivo descrever como é a vida sexual de pacientes com diagnóstico de TPB. Além disso, pretende-se discorrer sobre a relação entre o diagnóstico de TPB, disfunções sexuais e parafilias.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que a forma detalhada de elaboração das perguntas mostra-se mais relevante que o número de sujeitos entrevistados, a fim de que os dados coletados mostrem-se úteis para a investigação do conteúdo, uma vez que o trabalho de descrição e interpretação tem caráter fundamental na elaboração da pesquisa qualitativa. O instrumento para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada é como um diálogo, em que são feitas perguntas abertas, utilizando-se quase sempre expressões como: “O quê?”, “Por quê?”, “Quando?”, “Como?” e “Quem” (Diedrich, 2007).

Participaram do estudo sete mulheres que têm o diagnóstico de TPB, dado previamente por um profissional da psiquiatria. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: pacientes do sexo feminino, maiores de 18 anos, com diagnóstico de TPB e comorbidades. Como critérios de exclusão foram utilizados: pacientes menores de 18 anos, pacientes que não tinham condições psíquicas no momento da entrevista e pacientes que não sabiam ler nem escrever.

O respectivo estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Meridional (IMED) e teve seu aceite registrado no Parecer Consubstanciado número 689.469. Após essa etapa do processo, efetuou-se o contato com o psiquiatra que atende na Secretaria de Saúde do município de Passo Fundo-RS, o qual disponibilizou o contato de pacientes que estavam sendo acompanhadas por ele e estavam de acordo com os critérios de inclusão para o estudo. O pesquisador fez um contato com as pacientes via telefone e explicou-lhes que estava realizando um estudo, solicitando se poderia ir até a residência das mesmas para conversar sobre o assunto. Todas as pacientes aceitaram participar da pesquisa.

A entrevista foi realizada individualmente, na casa das participantes. Foram esclarecidas possíveis dúvidas, e, em seguida, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cada entrevista teve a duração de aproximadamente uma hora e foram gravadas em áudio.

Posteriormente, foram transcritas e organizadas por categoria de respostas através de análise de conteúdo. O método de análise de conteúdo é organizado em três fases. A primeira, chamada de pré-análise, organizou-se o material a ser analisado para sintetizar as ideias iniciais. Essa organização se deu pela leitura flutuante; escolha dos documentos (demarcação do que seria analisado) e na formulação das hipóteses e dos objetivos (determinando através de recortes no texto, o que seria utilizado). Após, o material foi explorado através da codificação, classificação e categorizações. Por fim, houve o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde ocorreu a condensação e foi destacado as informações que foram utilizadas para a análise (Bardin, 2009).

Resultados e discussão

O presente estudo foi dividido em cinco categorias: comportamento sexual atual, abuso sexual, preocupações relacionadas ao sexo, diagnóstico de TPB, tratamento medicamentoso e sexualidade e atitude dos pais com relação ao sexo. Por questões éticas, as participantes foram identificadas por números para facilitar a visualização das informações, conforme demonstrado na Tabela 1.

Do total da amostra, a média de idade das participantes é de 38,2 anos. Quanto ao estado civil, 57,1% (n=4) são casadas e 42,9% (n=3) são solteiras. No que se refere ao diagnóstico, todas têm TPB, e duas delas apresentam comorbidade, uma com dependência química e outra com sintomas de depressão. Em relação a filhos, 71,4% (n=5) possuem no mínimo um e 28,6 (n=2) não tem filhos. Quanto à escolaridade, 43% (n=3) tem ensino médio, 28,5% (n=2) tem ensino superior incompleto e 28,5% (n=2) possuem ensino superior completo. A maioria das pacientes, ou seja, 57,1% (n=4) possuem uma atividade laboral (veterinária, professora, técnica em contabilidade, cabeleireira) e 42,9% (n=3) não trabalha, uma delas é do lar, uma é estudante e a outra, aposentada. Todas as participantes do estudo fazem uso de medicação psiquiátrica, sendo que 85,7% (n=6) fazem uso de antidepressivos, 71,4% (n=5) usam estabilizadores de humor, 28,5% (n=2) utilizam ansiolíticos e 28,5 (n=2) fazem uso de antipsicóticos. As média de tempo de tratamento psiquiátrico das pacientes é 12,4 anos. Os dados são demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das participantes.

Sujeito	Idade	Estado civil	Diagnóstico e comorbidades	Filhos	Escolaridade	Profissão	Medicação psiquiátrica	Tempo de tratamento
S1	32	Solteira	TPB	-	Ensino Superior Completo	Veterinária	Antidepressivo Estabilizador de humor	10 anos
S2	49	Casada	TPB	3	Ensino Superior Completo	Professora	Antidepressivo Estabilizador de humor	20 anos
S3	35	Casada	TPB	2	Ensino Médio	Do lar	Antipsicótico	8 anos
S4	35	Casada	TPB	1	Ensino Médio	Téc. Contabilidade	Antidepressivo Ansiolítico	9 anos
S5	37	Solteira	TPB e Dependência Química	1	Ensino Médio	Cabeleireira	Antidepressivo Antipsicótico Estabilizador de humor	10 anos
S6	52	Casada	TPB e sintomas depressivos	4	Ensino Superior Incompleto	Aposentada	Antidepressivo Antipsicótico Ansiolítico	25 anos
S7	28	Solteira	TPB	-	Ensino Superior Incompleto	Estudante	Estabilizador de humor	5 anos

Fonte: primária.

Comportamento sexual atual

Essa categoria buscou avaliar como está o comportamento sexual das pacientes com TPB nesse momento de suas vidas. Percebeu-se que três das participantes não têm interesse no âmbito sexual, revelando não ter uma vida sexual ativa, conforme os depoimentos:

S.2 *“Porque eu não me interessou, pra mim sexo não tem tão grande importância. Então são muitas queixas do meu marido. Até esses dias a gente falou em separação, mas eu não me importo se eu tiver que me separar, mas eu fazer o que eu não quero, é impossível. Não existe a questão de vida sexual do casal”.*

S.3 *“Não tenho relação sexual com meu marido depois que a minha filha nasceu, já faz cinco anos. Ele me atura porque deve me amar muito ou deve amar muito a filha dele, também já me traiu”.*

S.6 *“Agora estou bem mais fria”.*

O relato de S.2 e S.3 sugerem a possível presença de uma disfunção de ordem sexual especificamente relacionada à falta de desejo sexual. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5 (APA, 2014), o transtorno do desejo sexual hipoaetivo diz respeito à falta de desejo sexual e também de fantasias, ao desconforto físico, assim como pouca motivação para a busca de estímulos sexuais, o que traz sofrimento às mesmas. Isso pode estar relacionado à dificuldade de ter uma excitação sexual ou até mesmo de alcançar um orgasmo.

Ainda são escassos estudos que evidenciem relação entre desejo sexual hipotativo e TPB. Problemas com a autoimagem e com vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva podem ser fatores psicológicos para a falta de desejo sexual. Nesses casos, tanto em relação à sua função sexual, quanto na busca do prazer pela vida, as pacientes manifestam dificuldades em lidar com sentimentos de raiva e hostilidade em relação ao parceiro, sugerindo que aspectos cognitivos e emocionais estariam associados a problemas de ordem sexual, como é o caso da inibição do desejo (Abdo & Fleury, 2006; Carvalho & Nobre, 2010; Goldhammer & McCabe, 2011).

A relação com o companheiro está intimamente ligada à questão sexual, aspecto que pode ser visto nos depoimentos. Nesse sentido, Sousa e Vandenberghe (2005) afirmam que a questão conjugal pode oscilar entre a valorização e idealização, até a rejeição e desvalorização. Por mais que sintam a necessidade de atenção e de relações que envolvam intimidade entre o casal, em pequeno período de tempo, podem rejeitar o que o outro tem para oferecer com o término da relação ou com comportamentos de esquiva em torno da conjugalidade.

Através do depoimento de S.5 é possível observar as oscilações de desejo e de prática sexual, evidenciando que a instabilidade também está presente nos comportamentos sexuais dos sujeitos com TPB:

S.5 *“Uns dias muito ativo e depois muito parado porque eu sou muito de lua. Eu não deixo ninguém se aproximar”.*

Já, as pacientes S.1, S.4, S.5 e S.7 demonstram a preferência por ser humilhada durante o ato sexual, revelando sentir prazer com isso, conforme a fala abaixo:

S.1 *“Eu busco o sexo hoje em dia, nesse momento da minha vida, porque eu entendo que o sexo é uma relação de amor. Como eu não tenho amor na minha família ou eu nunca senti, então o sexo pra mim quer dizer que a pessoa que faz sexo comigo é porque ela tem interesse em mim e porque me ama. Eu tenho relação sadomasoquista, eu sinto prazer com dor. Eu não consigo sentir prazer com aquela coisa calma, eu tenho que me machucar, tem que me prender, tem que me bater. Mas pra mim isso não me faz ruim, pra mim isso é normal”.*

S.5 *“Tipo rola de tudo e mais um pouco. Vela, gosto de ser queimada com vela!”.*

O depoimento da paciente S.1 mostra uma relação entre não se sentir amada pela família com a presença de comportamento masoquista na relação sexual. A necessidade do paciente de submeter-se a situações reais que causam sofrimento e humilhação no intuito de obter prazer sexual refere-se ao transtorno do masoquismo sexual, o que ficou evidente na fala da S.5, a qual tem prazer em ser queimada durante o ato sexual. Essa característica de comportamento, em alguns casos, pode ser compreendida como um reflexo do TPB e uma tentativa de adaptação para situações de abuso verbal, físico e/ou sexual ocorridas com a paciente durante a sua vida (APA, 2014).

Uma das participantes mostra que tem uma vida sexual satisfatória, revelando desejo sexual intenso:

S.4 *“Assim eu sou bem namorada. Se me deixar oportunidade, passou por mim eu traço”.*

Abuso sexual

O abuso sexual configura-se como uma das formas mais graves de violência praticada contra um indivíduo. Trata-se de uma forma de contato, interação ou estimulação sexual não consentida, ou induzida, que pode acontecer através de carícias, toques, sexo oral e/ou penetração, bem como outras maneiras que não envolvam o contato físico (pornografia, exibicionismo e exploração sexual). A tentativa ou a consumação do abuso podem influenciar significativamente no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental de um sujeito, causando reações negativas graves em determinadas situações. Em alguns casos, inclusive, o histórico de abuso sexual pode estar relacionado à presença do TPB (Sansone, Chu, & Wiederman, 2011; Schaefer, Rossetto, & Kristensen, 2012).

Sob essa ótica, é possível verificar que três das pacientes entrevistadas tiveram história de abuso sexual na infância, conforme o relato:

S.1 *“Quando eu tinha uns cinco anos eu estava com meu pai numa festa tipo junina e daí eu não me lembro direito, eu não sei se eu me perdi. Eu sei que eu corri no colo de um homem que meu pai considerava amigo. E ele me tocou, ele me machucou entendeu, eu achei que era culpa minha. E daí eu não me lembro sabe direito, porque eu era muito nova. Eu fui molestada”.*

S.3 *“Fui estuprada com seis anos, não tive vida romântica, fui torturada, não consigo falar a respeito do que aconteceu. Esse cara era meu padrasto. Tudo que eu passei, ele botava uma faca embaixo do travesseiro e dizia que se eu gritasse ele ia matar eu e a mãe a facada. Ele me abusou muito tempo pra depois me estuprar. Foi anal e quando ele me estuprou foi pelos dois buracos no caso. Ele me destruiu mesmo”.*

S.7 *“Com seis anos meu avô me passava a mão e eu tentei dizer isso para a minha mãe, mas ela não acreditou até que ocorreu a penetração”.*

Os dados corroboram com a literatura, que contempla o abuso sexual na infância geralmente ser cometido por um membro da família ou que mantém proximidade com esta, ocasionando sérios prejuízos ao desenvolvimento psíquico do sujeito, impedindo o desenvolvimento sexual, social e moral saudáveis, além de uma imagem corporal destruída. As vítimas chegam à vida adulta sem os benefícios da infância, culpando-se cotidianamente pela ocorrência e perpetuação do incesto, perdendo os referenciais familiares como instituição básica. Para manter o equilíbrio na família e conviver com o abusador ou com pessoas que sabem do fato e não o denunciam, a criança, com seus sentimentos ambivalentes, pode silenciar ou dizer que inventou o abuso (Schaefer *et al.*, 2012; Risman, Figueira, Vieira, & Azevedo, 2014).

Estudos mostram que pacientes podem ter sofrido algum tipo de abuso, físico e/ou sexual, na infância, de modo que esse número pode chegar a 70%, cuja grande parte desses podem ter sofrido algum tipo de abuso grave antes dos seis anos de idade (McGowan, King, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2012; Bornovalova *et al.*, 2013).

Em uma revisão de estudos publicados em língua inglesa e espanhola, aponta-se que o transtorno limítrofe, juntamente com o antissocial, histriônico e narcisista, são os principais TP manifestados por pacientes vítimas de abuso sexual. Este trabalho, inclusive, aponta que mulheres com o diagnóstico de TPB sofreram episódios de violência de características mais graves e frequentes do que mulheres violentadas, sem o diagnóstico (Gallardo-Pujol, Padilla, & Pereda, 2011).

A literatura apresenta poucos registros de pesquisas as quais indicam relação entre violência sexual e TPB na idade adulta. Já em relação à violência doméstica e transtornos de personalidade, Sá e Werlang (2013), observam que as características de personalidade analisadas em sete artigos, catalogados internacionalmente entre o ano 2000 a 2012, indicam traços de personalidade borderline, dependente e esquizoide, acompanhados de sintomas de depressão, desesperança, estresse pós-traumático e tendências autodestrutivas mais frequentes em indivíduos os quais passaram por experiências de abuso. Tais evidências sugerem que determinados traços são comuns às mulheres maltratadas e as influenciam nas escolhas nocivas dos cônjuges ou são adotadas como um meio de adaptar-se ou sobreviver às diversas formas de violência.

O depoimento de S.2 descreve as emoções despertadas em uma mulher quando é violentada pelo seu atual cônjuge, indicando, segundo Jordão e Ramires (2010), que a fragilização dos vínculos afetivos são facilitadores de manifestações emergentes de sofrimento psíquico.

S.2 “Ele encheu a cara, daí ele não tem ereção quando ele bebe e ele tentou forçar sexo oral. Eu tremia. Eu fiquei com medo, fiquei insegura”.

No que diz respeito à relação entre os processos emocionais e as experiências sexuais adultas, um estudo avaliou a relação entre o TPB e a emoções conscientes desagradáveis em resposta a experiências sexuais indesejadas. Como resultado, percebeu-se que a sensação subjetiva de responsabilidade sobre a experiência sexual indesejada poderia relacionar-se com a necessidade desses indivíduos de compartilhar essas vivências. Nesses casos, a presença de emoções desagradáveis também estaria vinculada à intensidade do TPB, agravando o diagnóstico (Schoenleber, Gratz, Messman-Moore, & DiLillo, 2014).

Preocupações relacionadas ao sexo

Segundo as participantes, as preocupações relacionadas ao sexo são variadas, girando em torno da dificuldade de atingir orgasmo, contaminação por HIV, separação

conjugal, falta de desejo sexual e traição, bem como sexo grupal, impotência do cônjuge e diminuição da prática sexual, conforme os depoimentos:

S.1 *“Eu nunca tive orgasmo. Eu perdi a virgindade com 18 anos, 19 anos, e eu não sei o que é orgasmo. E isso me preocupa. Eu tinha medo da gravidez, porque como eu abortei uma vez, eu, depois que eu abortei eu simplesmente eu comecei a usar camisinha, tomar anticoncepcional”.*

S.2 *“Eu me preocupo, por exemplo, acontecer uma separação, porque é lógico que depois de dias sem ter relação sexual meu marido fica mal humorado, ele não conversa comigo, ele fica dando indiretas”.*

S.3 *“De traição”.*

S.4 *“É até feio contar! Às vezes eu tenho relacionamento com dois. É bem legal! Eu gosto! Uso preservativo e pílula”.*

S.5 *“O desempenho dos homens. Parece que nenhum é o que preenche a lacuna, vamos dizer assim. Eles estão deixando muito a desejar. Como na parte de potência dão uma rapidinha e pronto”.*

S.6 *“A gente vai com o marido para comparecer, mas a gente não tá muito a fim. Essas coisas eu não gosto, nunca gostei dessas coisas contrariada, mas às vezes eu faço pra não dizer que a mulher é fria”.*

S.7 *“Podia ter uma vida sexual mais ativa igual quando era mais nova”.*

Constata-se que as preocupações das participantes S.2, S.6 e S.7 estão associadas a questões conjugais, como o medo de uma separação por falta de sexo, por ser interpretada como “fria” e por não ter mais uma vida sexual tão ativa quando se era mais nova. Essas dificuldades relacionam-se, de maneira direta ou indireta, com as características do TPB e a história individual de cada sujeito. No que se refere à história de vida das participantes, ainda, incluem-se os relatos de abuso sexual e violência, que podem interferir na forma como elas percebem as experiências sexuais adultas. Por vezes, inclusive, indivíduos com diagnóstico de TPB podem apresentar estilos de comportamento sexual impulsivo e de vitimização decorrentes da patologia, influenciando no desejo sexual, a ocasionar prejuízos significativos no seu funcionamento, dependendo da situação (Abdo, 2011; Sansone *et al.*, 2011).

Embora muitas mulheres relatem que não sentem vontade de manter relações sexuais com seus parceiros, algumas não conseguem dizer ou assumir isso para o companheiro, como é o caso da participante S.6. Logo, na tentativa de burlar a procura do companheiro por sexo, muitas pacientes se valem de estratégias variadas para evitar a relação sexual, como fingir dores de cabeça, sono, usar de brincadeiras e não procurar o parceiro (Trindade & Ferreira, 2008).

Diagnóstico de transtorno da personalidade borderline, tratamento medicamentoso e sexualidade

Pretendeu-se verificar, nessa categoria, se quando as pacientes foram diagnosticadas pelo psiquiatra com TPB e passaram a fazer o tratamento medicamentoso, perceberam alguma diferença na sua atividade sexual. A participante S.4 revelou não reconhecer nenhuma influência do TPB em sua sexualidade:

S.4 *“Na minha vida sexual não”.*

Duas das participantes afirmam que o uso das medicações em função do tratamento para o TPB influenciou no seu comportamento sexual. Na fala das mesmas evidencia-se não querer ser tocada durante o ato sexual e também haver certa insatisfação com o corpo:

S.2 *“Eu acho que é a questão do medicamento. A questão do eu me sentir pouco a vontade. De eu não gostar que me toque”.*

S.3 *“Um pouco é por causa dos remédios, injeção eu tomo, nunca mais fiquei menstruada. Eu engordei 52 quilos. Eu era bem magrinha, tinha um corpão mesmo sabe, eu era tudo no lugar. Agora eu to com 103”.*

Um dos tratamentos para o TPB é a farmacoterapia. As medicações mais indicadas e utilizadas para pacientes com TPB são compostas por antipsicóticos (ajudam a controlar a raiva, a hostilidade e episódios psicóticos breves), antidepressivos (auxiliam na regulação do humor deprimido, comum entre esses sujeitos), inibidores da MAO (IMAOs) (controlam o comportamento impulsivo), benzodiazepínicos (controlam a ansiedade) e os estabilizadores de humor (regulam o humor, auxiliam na impulsividade). Alguns desses fármacos podem ter efeitos colaterais, como o aumento de peso e a diminuição da libido, o que também pode interferir na vida sexual do sujeito (Sadock & Sadock, 2007; Lieb *et al.*, 2010).

Atitude dos pais com relação ao sexo

Pretendeu-se investigar como os pais ou cuidadores das pacientes com TPB educaram as mesmas em relação ao sexo. Ressel, Junges, Sehnem e Sanfelice, (2011) destacam que é na família onde os filhos formam valores para toda sua vida, sendo relevante a maneira como a sexualidade é tratada neste contexto. Ao longo da infância e da adolescência são constituídos os valores culturais para o indivíduo, através do convívio com os pais e familiares, marcando o padrão cultural da sexualidade. Por meio do relato das entrevistadas, é possível evidenciar que a comunicação parental em relação ao sexo apresentou-se muitas vezes omissa, deficitária de clareza e sensibilidade, tratada, enfim, como um tabu:

S.1 *“O meu pai nunca falou em relação a isso. A minha mãe é uma pessoa muito antiga, ela acha que eu devia casar virgem. Eu fui criada de uma maneira que o sexo era só depois do casamento e tinha que ser uma coisa leve sem coisas muito*

diferentes, tipo sexo oral, sexo anal. A mãe não tem experiência pra falar esse tipo de coisa comigo, ela sempre me falou que sexo era negativo”.

S.2 *“Nem se falava nisso em casa. Nem meu pai e nem minha mãe. É uma coisa muito em segredo, uma coisa muito séria pra se falar. O sexo na casa da mãe e do pai sempre foi tratado como uma coisa que se faz escondido”.*

S.3 *“Eu bloqueei a minha adolescência eu não me lembro se ela conversava comigo ou não. Não me lembro nem quando eu fiquei a primeira vez menstruada”.*

S.6 *“São bem antigos. Tudo era feio. Não dava nem pra pegar na mão. No entanto, para meu pai, os homens é normal ter amante”.*

Ainda que os cuidadores de S.4 e S.7 oferecessem alternativas contraceptivas, não são evidenciadas formas de manejo emocional, tão importantes para o adolescente que está na fase de iniciação sexual. Nota-se a precariedade de diálogo sobre informações e condutas adequadas em relação à sexualidade:

S.4 *“Eu não tive nem pai nem mãe. O meu pai me abandonou. A minha mãe faleceu quando eu tinha 13 dias. Eu tive a minha avó que quando eu tava namorando, pegou e me deu pílula e não me disse nada”.*

S.7 *“Nunca comentaram nada comigo, apenas minha mãe me orientava a tomar pílula e a usar camisinha sempre que tinha relação”.*

Observa-se que o assunto sexualidade era pouco comentado entre as famílias. Os pais não tocavam no assunto com as filhas e o tratavam como algo muito velado, o que fez com que buscassem informações em outros meios (amigos e outros familiares).

Nos dias atuais, a sexualidade tem sido cada vez mais precoce, é fundamental e de extrema importância, portanto, que esse assunto seja tratado entre pais e filhos. A informação da família pode ajudar muito no início da atividade sexual, pois é através dessas, que as mesmas terão informações sobre riscos, prevenções e cuidados, podendo, então, prevenir uma gravidez indesejada ou até mesmo uma doença sexualmente transmissível.

Considerações finais

A investigação acerca da vida sexual de pacientes com diagnóstico de TPB demonstrou-se de fundamental importância para a compreensão deste transtorno. No decorrer do estudo, percebeu-se que pacientes com essas características manifestam desinteresse na esfera sexual e, por vezes, apresentam práticas sexuais como o desejo de ser humilhada / agredida durante o ato sexual, e, em alguns casos, têm insatisfação com o próprio corpo. Da mesma forma, nesses pacientes, verificou-se que a insatisfação sexual pode estar associada ao histórico de abuso sexual na infância. Nestes casos, a paciente percebe a relação sexual como uma obrigação, praticada para atender às necessidades de

seus parceiros. Frequentemente, a lembrança do abuso resulta em prejuízos à vida sexual atual do sujeito, como a diminuição da libido.

As dificuldades apresentadas pelos pacientes com essa psicopatologia podem afetar diretamente o seu funcionamento global, acarretando-lhes muito sofrimento psíquico. Nesse sentido, sugere-se a realização de mais estudos relacionados ao tema investigado, pois não há pesquisas específicas que descrevem como é a vida sexual do paciente com TPB. Propõem-se estudos que discorram sobre as disfunções sexuais e parafilias associadas a essa patologia. Salienta-se, como limitação do estudo, o número de participantes, recomendando-se investigações futuras com mais sujeitos. Da mesma forma, observa-se a necessidade de explorar a relação entre o diagnóstico de TPB e a presença de abuso sexual na infância, no intuito de trabalhar eventos emocionais negativos de pacientes com essa característica de personalidade.

Referências

- Abdo, C. H. N. (2011). Transtornos da Personalidade e Transtornos da Sexualidade. EM M. R. L., Neto & T. A. Cordás (Cols.), *Transtornos da Personalidade* (p.229-240). Porto Alegre: Artmed.
- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33(3), 162-167.
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3), 226-239.
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-194.
- Bourke, M. (2013). *Therapist's emotional, cognitive and linguistic responses to patients with borderline personality disorder in psychotherapy*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Universidade de Wollongong, Wollongong, Austrália.
- Brêtas, J. R. D. S., Ohara, C. V. D. S., Jardim, D. P., Aguiar, W. J. , & Oliveira, J. R. D. (2011). Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3221-3228.
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2010). Predictors of women's sexual desire: the role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *The journal of sexual medicine*, 7(2), 928-937.
- Correa, L. Q., Silva, M. C. D., & Rombaldi, A. J. (2013). Sintomas de disfunção sexual em homens com 40 ou mais anos de idade: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 444-453.

- Covelli, J. L. (2010). *La peligrosidad: suevaluación y desarrollo hipotético em los grupossociales excluídos*. Ciudadela: Dosyuna Ediciones Argentinas.
- Diedrich, M. M. (2007). *Bê-a-bá da metodologia de trabalhos acadêmicos e científicos: uma orientação prática a alunos de graduação e de pós-graduação*. Passo Fundo: Editora IMED.
- Faria, A. A., & Sauer, L. (2011). Transtorno de Personalidade Borderline e violência. Em M. F. Mello & J. P. Fiks (Org.). *Transtorno de estresse pós-traumático: violência, medo e trauma no Brasil* (p.189-196). São Paulo: Ed. Atheneu.
- Gallardo-Pujol, D., Padilla, R. J., & Pereda, N. (2011). Transtornos de personalidade em vítimas de abuso sexual infantil. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(2),131-139.
- Goldhammer, D. L., & McCabe, M. P. (2011). A qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *Canadian journal of human sexuality*, 20(1-2), 19-29.
- Hartmann, U., Heiser, K., Rüffer-Hesse, C., & Kloth, G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World Journal of Urology*, 20(2), 79-88.
- Jordão, A. B., & Ramires, V. R. R. (2010). Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, 20(47), 421-430.
- Kashdan, T. B., Adams, L., Savostyanova, A., Ferssizidis, P., McKnight, P. E., & Nezlek, J. B. (2011). Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *Behaviour research and therapy*, 49(5), 352-360.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *The British Journal of Psychiatry*, 196(1), 4-12.
- Liebman, R. E., & Burnette, M. (2013). It's not you, it's me: an examination of clinician-and client-level influences on countertransference toward borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 115-125.
- Lucena, B. B. (2013). *(Dis)função sexual, depressão e ansiedade em pacientes ginecológicas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Fisiopatologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP.
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Eizerik, G. C. (2012). Resposta sexual humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3-6), 175-183.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.
- McGowan, A., King, H., Frankenburg, F. F., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). The course of adult experiences of abuse in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 192-202.
- Minto, V. L. M. (2012). *Transtorno de personalidade borderline: um olhar sob a perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analítica*. Monografia do curso de formação, Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, São Paulo, Brasil.

- Pec, O., Bob, P., & Raboch, J. (2014). Dissociation in schizophrenia and borderline personality disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10(1), 487-491.
- Pereira, V. M., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: an online survey. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 55-61.
- Petersen, J. L., & Hyde, J. S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993–2007. *Psychological bulletin*, 136(1), 21-38.
- Ressel, L. B., Junges, C. F., Sehnem, G. D., & Sanfelice, C. (2011). A influência da família na vivência da sexualidade. *Escola Anna Nery*, 15(2), 245-250.
- Rheaume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29(5), 342-349.
- Risman, A., Figueira, R. L., Vieira, G. M., & Azevedo, L. T. (2014). Abuso sexual intrafamiliar: um olhar multifacetado para o incesto. *Psicologia para a América Latina*, 26(1), 87-105.
- Rosa, B., & Santos, M. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Sá, A. D., & Werlang, B. S. G. (2013). Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 6(2), 106-116.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sansone, R. A., Chu, J. W., & Wiederman, M. W. (2011). Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15(1), 69-73.
- Schaefer, L. S., Rossetto, S., & Kristensen, C. H. (2012). Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(2), 227-234.
- Schoenleber, M., Gratz, K. L., Messman-Moore, T., & DiLillo, D. (2014). Borderline Personality Disorder and Self-Conscious Emotions in Response to Adult Unwanted Sexual Experiences. *Journal of personality disorders*, 0(0), 1-14 (não publicado).
- Sena, T. (2010). Os relatórios Masters e Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a par psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. *Estudos Feministas*, 18(1), 221-239.
- Shindel, A. W., Eisenberg, M. L., Breyer, B. N., Sharlip, I. D., & Smith, J. F. (2011). Sexual function and depressive symptoms among female North American medical students. *The journal of sexual medicine*, 8(2), 391-399.
- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9(2), 381-390.
- Stapp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Prospective Associations Among Borderline Personality Disorder Symptoms, Interpersonal Problems, and Aggressive Behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 103-124.
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000–2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255.

- Trindade, W. R., & Ferreira, M. A. (2008). Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 17(3), 417-426.
- Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American journal of medicine*, 125(1), 37-43.
- Yano, K. M., & Ribeiro, M. O. (2011). O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1315-1322.

Recebido em setembro de 2015

Aceito em dezembro de 2015

Cristina Pilla Della Méa: Psicóloga, Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais (UNISINOS), Especialista em Psicologia Clínica (Faculdade Meridional-IMED), Mestranda em Envelhecimento Humano (Universidade de Passo Fundo-UPF). Docente da Escola de Psicologia da Faculdade Meridional-IMED.

Fabio Riva: Psicólogo, pós-graduando em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Faculdade Meridional-IMED.

Endereço para contato: cristina.mea@imed.edu.br