

Transtorno de Personalidade Borderline: O impacto nas relações sociais em seus tratamentos e diagnósticos.

Natália Braga Veloso da Silva

Suellen Alves de Oliveira

Thalia Maria da Silva

Yan Marcos Botelho Faria

RESUMO

A aversão e a reatividade excessiva a fatores externos são as principais características do indivíduo portador do Transtorno de Personalidade Borderline, que os fazem sentir vulneráveis, agressivos, instáveis e/ou impulsivos. Por conta disso, abordamos neste presente trabalho sobre a forma em que sua dinâmica aparece no convívio social, as suas consequências relacionais, financeiras e psicossociais, além do diagnóstico e os tratamentos envolvendo psicoterapias e fármacos que atuam na redução dos sinais e sintomas do transtorno e de suas comorbidades. Foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, além de pesquisas sobre os índices no impacto social e tratamentos no referencial teórico em abordagens psicoterapêuticas embasadas no transtorno de diversas áreas do conhecimento. E diante disso, além de identificarmos a sua prevalência em pessoas do sexo feminino, foram vistos como consequência de maior gravidade altos índices de automutilação, suicídio, ideação suicida, agressões físicas e abuso de substâncias presentes nos portadores do Transtorno de Personalidade Borderline, por conta da grande intensidade de emoções, a impulsividade e as dificuldades com a autoimagem.

Palavra chave: Transtorno de Personalidade Borderline;Relações sociais;Transtorno de Personalidade.

ABSTRACT

Aversion and excessive reactivity to external factors are the main characteristics of individuals with Borderline Personality Disorder, which make them feel vulnerable, aggressive, unstable and/or impulsive. Because of this, in this present work we address the way in which its dynamics appear in social life, its related financial and psychosocial consequences, in addition to diagnosis and treatments involving psychotherapies and drugs that act to reduce the signs and symptoms of the disorder and of their comorbidities. A bibliographical review of the literature was carried out, in addition to research on social impact indices and treatments in the theoretical framework in psychotherapeutic approaches based on the disorder from different areas of knowledge. And in view of this, in addition to identifying its prevalence in female people, high rates of self-mutilation, suicide, suicidal ideation, physical aggression and substance abuse were seen as a consequence of greater severity in those with Borderline Personality Disorder, due to the great intensity of emotions, impulsiveness and difficulties with self-image.

Keyword: Borderline Personality Disorder;Social relationships;Personality Disorder.

1. Introdução

O TPB, Transtorno de Personalidade Borderline tem início na psicanálise, sendo limiar a neurose e a psicose (Santos; Neto, 2018). De acordo com o dicionário Dicio (2023), *borderline* é uma palavra inglesa que significa limítrofe, estar na fronteira. Stern (1938) apresenta no artigo “*Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses*”, a identificação de linhas de fronteira como características que separam esses pacientes em grupos de psiconeuroses. “A própria denominação mesmo em outra língua, leva a deduzir que o funcionamento mental *border* guarda relação estreita com o substantivo ‘limite’. Os *borders* vivem literalmente nos ‘limites’” (Pollis; Oliveira; Vasconcelos et al., 2019 p. 2).

“Hegenberg afirma que tentativas ocorreram para definir transtornos que não se enquadram nas neuroses e nem nas psicoses: esquizotimia, esquizoidia, pré-psicose, personalidade Hebefrênica, psicoses marginais, paranoia sensitiva, certas personalidades perversas, personalidade psicopática, psicopata, personalidade como: falso self e neurose de caráter” (Matioli; Rovani; Noce, 2014 p.3).

O transtorno *borderline* é uma condição psiquiátrica que possui efeitos significativos nas diversas áreas da vida de uma pessoa. A labilidade emocional dentro do transtorno, falta de controle dos impulsos e a insuficiência das interpretações podem ser um problema nas relações interpessoais do paciente. Nos traz uma ideia de que, a maior fragilidade nos laços construídos estão relacionados com a forma em que deturpam diálogos, expressões e sentimentos que recebem por parte dos relacionamentos familiares e afetivos (Santos; Neto, 2018).

De acordo com a OMS (Organização mundial da saúde), e a Associação de Psiquiatria Americana (APA), o impacto social deste transtorno é grande, estima-se que 2% da população mundial tenha essa forma de ser, pensar e agir. Essa porcentagem totaliza uma expressiva quantidade de 4 milhões de pessoas no Brasil, levando em conta as pesquisas realizadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2010. Deste total, foi observado uma considerável predominância no sexo feminino, totalizando em 75% dos indivíduos, o que equivale aproximadamente a cada 3 mulheres para cada homem portando o transtorno. E a cada dez pacientes internados, dois possuem esse tipo de personalidade, esses dados são fornecidos tanto pela APA quanto pela OMS, a taxa de mortalidade devido ao suicídio atinge 10% dos pacientes. Atualmente os tratamentos para este problema são pouco efetivos, devido ao medo de serem rotulados e de encararem o transtorno (Warol; Cerqueira; Fonseca et al., 2022).

Segundo o DSM-5-TR, referente às relações interpessoais esses indivíduos se mostram muito sensíveis às circunstâncias ambientais, experienciam medos excessivos de serem abandonados e rejeitados reagindo com raiva desproporcional diante de acontecimentos aparentemente sem complexidade, como um período de separação rápida, ou quando ocorrem mudanças inevitáveis de planos, como por exemplo, desespero causado ao ser notificado pelo médico que a consulta chegou ao fim. O despertar de sensações de

pânico ou raiva, ao receber a notícia de um atraso ou cancelamento de uma programação estabelecida previamente com alguém considerado importante. No âmbito cultural, o portador do TPB mostra impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutiva como apostar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, ter pensamentos ou comportamentos suicidas e até mesmo atos de automutilação que normalmente trazem alívio por reafirmar a capacidade do indivíduo de sentir ou por expiar a sensação de ser uma má pessoa (APA, 2023), e referente a existência de relações superficiais, podemos entender que ocorre devido ao mecanismo de defesa disparado pelo portador do TPB, devido às incertezas da consolidação e manutenção do afeto demandado ao objeto, tornando a visão de uma realidade hostil e perigosa (Chabert apud Mugarte, 2019).

Compreendemos que o objetivo geral deste artigo é entender o impacto do TPB nos relacionamentos interpessoais, bem como suas proporções e consequências no cotidiano dos portadores e seus conviventes. A importância sobre o entendimento do quadro do TPB visa a compreensão do portador como um ser atuante na sociedade e esse esclarecimento pode proporcionar a visão do indivíduo para além do transtorno, mesmo com a ciência de suas curtas fronteiras afetivas, compreendendo por inteiro a autonomia de conhecer a si mesmo (Mugarte, 2019).

Metodologia

Este trabalho foi realizado por meio de uma Pesquisa bibliográfica com o objetivo de analisar os impactos do Transtorno de Personalidade Borderline no convívio social e os tratamentos envolvendo terapias e fármacos até então sugeridos por profissionais da saúde. O método utilizado consistiu na busca, seleção e análise de artigos científicos, livros e publicações relevantes sobre o tema em questão.

A busca bibliográfica foi conduzida em bases de dados especializadas, como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Portal Periódicos (Portal da CAPES), revistas científicas e Google Scholar, utilizando os seguintes termos de pesquisa: "transtorno de personalidade borderline", "relações sociais", "impactos nas relações familiares", "impulsividade", "mudanças recorrentes nas emoções", "tratamentos no borderline", e "comportamento suicida". Além das fontes oficiais, foram utilizados dados estatísticos fornecidos pela OMS (Organização Mundial da Saúde), APA (American Psychological Association) e DSM-5TR.

Durante a busca, foram encontradas diversas fontes relevantes, por exemplo, estudos conduzidos por Pollis (2019), Warol (2022), Matioli (2014), Mugarte (2019), forneceram informações valiosas sobre as características do transtorno borderline, destacando sua instabilidade emocional e padrões de relacionamento. A seleção dos estudos foi realizada com base em critérios de inclusão, que consiste em abordar os aspectos relevantes do transtorno de personalidade borderline os seus impactos nas relações sociais e seus tratamentos.

Foram excluídos estudos que não estavam disponíveis na íntegra, não estavam relacionados ao tema em questão ou não atendiam aos critérios de qualidade. E após a seleção dos estudos, foi realizada a análise crítica dos artigos e a extração das informações relevantes para a discussão proposta. Os dados foram organizados de acordo com os objetivos específicos da pesquisa e apresentados de forma clara e objetiva.

2. Desenvolvimento

2.1 O surgimento do transtorno de acordo com eventos traumáticos.

O TPB é caracterizado por um padrão geral de instabilidade e hipersensibilidade nas relações interpessoais. A vulnerabilidade na autoimagem, mudanças graves de humor e impulsividade têm início na vida adulta e está presente em vários contextos. Pessoas com TPB tem tendência a possuir relações instáveis e intensas caracterizadas pelas mudanças de idealização e desvalorização, mantém esforços desesperados para desviar de desabrigo afetivo ou imaginado, apresentam uma inconstância persistente sobre a autoimagem ou da percepção do seu próprio eu, demonstram impulsividade em pelo menos duas áreas totalmente autodestrutivas como o abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar, entre outros. Também possuem comportamentos, gestos, ameaças suicidas e/ou automutilantes, e tendem a uma desestabilidade afetiva devido às grandes alterações de humor como disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa que duram normalmente poucas horas e raramente por poucos dias. Sentimentos de vazio duradouro interior são comuns, como também a raiva intensa e inapropriada, apresentam também uma dificuldade no autocontrole demonstrando frequentes inconstâncias sobre a irritabilidade, a raiva e até mesmo levando a brigas físicas habitualmente (APA, 2023).

Segundo alguns autores, uma das principais características desse transtorno é a reatividade excessiva em fatores externos, fazendo com que sintam vulneráveis a um sinal de perda ou sentimento de rejeição e abandono, podendo apresentar um alto grau de agressividade, instabilidade afetiva e tendendo a ser impulsivos em situações que venham a causar uma satisfação momentânea. Devido à grande intensidade de emoções, impulsividade e dificuldades com a autoimagem, os pacientes acometidos pelo transtorno podem levar a episódios de automutilação, agressões físicas e abuso de substâncias. (Warol; Cerqueira; Fonseca et al., 2022). Para Mugarte (2019), o portador de TPB possui um complexo conjunto de características demarcadas por instabilidades nas relações interpessoais e nos seus conceitos de autoconceito e autoimagem.

Em relação aos estressores ambientais, a vivência dos eventos traumáticos, principalmente as que colocam em risco a vida, a integridade física e psicológica do próprio indivíduo ou de alguém próximo, é um fator de suma importância para a ocorrência de transtornos mentais, principalmente os transtornos de personalidade. Os eventos traumáticos mais comuns que visionam o aparecimento de sintomas do TPB são abusos e maus tratos na infância, que são entendidos como danos físicos, sexuais e/ou psicológicos a crianças e adolescentes menores de 18 anos (Nunes; Rezende; Silva; Alves, 2015).

A cronificação do quadro, tem como consequência os prejuízos causados pela atitudes impulsivas e distorções nas percepções, sobre si mesmo e sobre os outros, sendo expressos nos âmbitos sociais e interpessoais. O TPB tem como característica se difundir no transtorno de personalidade, dificultando o diagnóstico para os profissionais envolvidos com a saúde no quadro do paciente borderline (Melo apud Warol; Cerqueira; Fonseca et al., 2022). Conseguimos identificar cinco tipos de eventos traumáticos que visionam o aparecimento desses sintomas, são eles: o abuso sexual, o abuso físico com ato de punições e agressões físicas, o abuso emocional que consiste em repetitivos comportamentos verbais e não verbais com o objetivo de humilhar ou controlar a criança, a negligência física que vem da incapacidade dos cuidadores de manter as necessidades básicas de uma criança, como alimentação e cuidados com a saúde, e por último a negligência emocional sendo a dificuldade de interação afetiva entre criança e cuidador, por ausências prolongadas de casa, transtornos e outros fatores (Schestatsky apud Nunes; Rezende; Silva; Alves, 2015). Portanto a desregulação emocional seria o fator biológico mais importante para a indicação do transtorno, essencialmente numa vivência onde se está exposto a ambientes abusivos e invalidantes (Linehan apud Moreira; Simonini; Pereira et al., 2022).

No Brasil foi realizado um estudo por Nunes, Rezende, Silva e Alves (2015), que avaliou 748 pessoas da população geral com idade entre 18 a 63 anos, sendo 74,4% do sexo feminino. O estudo apontou correlações significativas entre impulsividade e histórico de abuso emocional na infância nos sintomas do TPB, ambas com efeito independente. Já o histórico de abuso sexual e físico embora tenha aparecido em muitos casos não se torna essencial para seu diagnóstico pois são mais relacionadas ao perfil comportamental do que ao diagnóstico, ainda é mais comum obter abuso emocional sem necessariamente ser acompanhado de um abuso sexual.

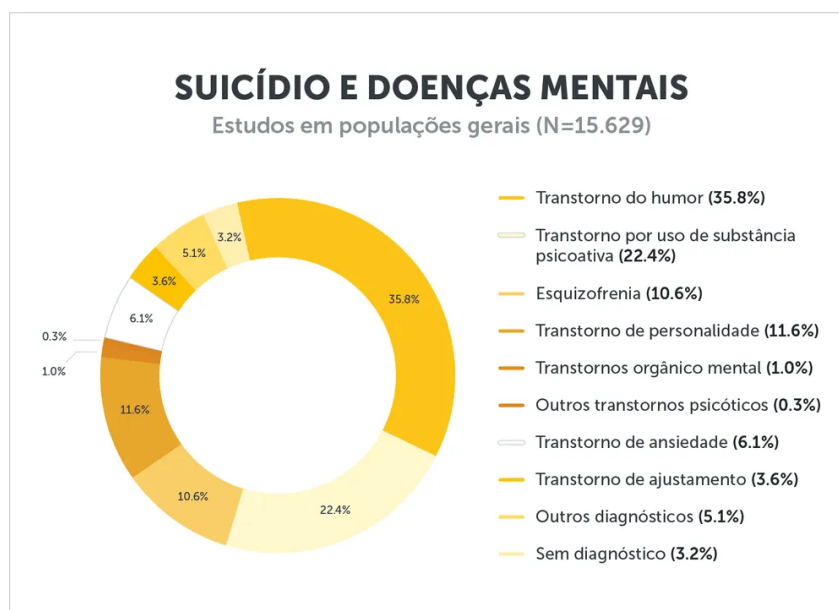
Para Kernberg (1995), a falta de autonomia primária, a baixa tolerância à ansiedade, o excessivo desenvolvimento de impulsos agressivos e a vivência de uma realidade produz excesso de frustração nestes adolescentes. Para ele existem três critérios estruturais básicos que permitem o diagnóstico psicodinâmico na organização da personalidade borderline que são: a difusão da identidade; o predomínio de defesas baseadas na dissociação e a conservação da prova de realidade. E seus critérios adicionais seriam manifestações como a falta de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação, graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos de fobias, obsessões e ansiedade. Se tratando de adolescentes, toda a dinâmica se torna mais intensa e de extrema importância, sua vivência é marcada por famílias desestruturadas, num ambiente instável, caótico e inseguro, marcado por experiências traumáticas, negligências, abusos, e violências de diversos modos (Jordão; Ramires, 2010).

Perante uma cultura atual cada vez mais competitiva, individualista e narcisista, temos como consequência o aumento do abandono vivenciado pelo ser humano. Assim, a busca do adolescente por um lugar de acolhimento está cada vez mais difícil, tendo em vista o aumento da violência na sociedade sendo

no ambiente urbano, familiar e/ou institucional, as novas configurações familiares, entre outros, são fatores que não podem ser desprezados diante da sua influência em termos de sofrimento psíquico e seus resultados nos vínculos afetivos na adolescência. Diante dessa situação os pais se encontram “perdidos” e seus filhos “abandonados” (Jordão; Ramires, 2010).

O TPB tem tido grande impacto social e familiar, devido às suas manifestações psicopatológicas que compreendem muitos aspectos e características de comportamentos desadaptativos e sintomáticos, como acentuada dificuldade em controlar impulsos, principalmente em comportamentos agressivos e autodestrutivos, sentimento de perseguição, estados depressivos e tentativas de suicídio, organização de relacionamentos interpessoais caóticos, pouco diferenciados, manipuladores e agressivos, instabilidade emocional, dificuldades no ambiente profissional e/ou acadêmico apresentando baixa produtividade e queixas orgânicas recorrentes (Romaro, 2002).

A prevalência média do transtorno da personalidade borderline na população é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. Essa prevalência é de aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e por volta de 20% entre pacientes psiquiátricos internados. Pesquisas realizadas em diversos lugares no mundo apontam que na maioria dos casos de suicídio, os indivíduos apresentavam um histórico de sofrimento e transtorno mental. Geralmente, há um maior risco de comportamento suicida em pessoas com as características de personalidade Borderline, Narcisista e Antissocial (BRASIL, 2006). A figura abaixo mostra o resultado referente a 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS:



Fonte: BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry I (3), p. 181-185, 2002

Há uma grande associação do TPB com outras comorbidades, e dentre os transtornos, o de humor são os mais prevalentes. Cerca de 71% a 83% de indivíduos com TPB, apresentam depressão em algum momento da vida, onde associamos as altas taxas de tentativas de suicídio e práticas de automutilação. Os instrumentos mais comuns utilizados para tais práticas é o uso de lapiseira, estiletes, papéis, estilhaços de vidro e até mesmo unhas, maçanetas de porta, cordas, puxões de cabelo e socos na parede, entre outras formas de automutilação. Os motivos mais comuns são que tais atos sejam uma maneira de se punir por se sentirem indignos, se culparem, tentarem diminuir a ansiedade e o desespero e sentirem alívio emocional. “Em razão da liberação de endorfina, esta prática é transformada em um modo de redirecionamento e cura para as raivas e para as aflições cotidianas, além de o ato repetitivo provocar conforto para as dores internas” (Amaral; Martins; Faria et al., 2021 p. 12).

2.2 O Impacto do transtorno no convívio social

Em relação aos efeitos nos relacionamentos pessoais, diversos estudos têm demonstrado que indivíduos com transtorno borderline apresentam dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos saudáveis, pois tendem a ter um padrão de sabotagem pessoal no momento em que uma meta está para ser atingida (APA,2023). Os efeitos do transtorno borderline são amplamente reconhecidos na literatura acadêmica e científica, com impactos significativos nas relações pessoais, no funcionamento familiar, no desempenho acadêmico e profissional, na saúde mental e financeira das pessoas afetadas, pelos traços dramáticos, emotivos e erráticos, de acordo com a APA e o DSM-5-TR.

Devido às variações de personalidade, os indivíduos tendem a apresentar sinais e sintomas de outros transtornos mentais, acarretando atrasos no diagnóstico e consequentemente retardando o tratamento. A personalidade borderline pode invadir os limites de outros transtornos mentais, estabelecendo territórios de interseção mas sem necessariamente coexistir com eles, mantendo o significado da palavra “borderline”, onde se encontra sempre na fronteira de um transtorno e outro (Stern apud Zimmerman, 2022).

O Paciente Borderline é conhecido como um ser que oscila entre a fragilidade, cordialidade e competência até o momento que ao mínimo sinal de uma situação adversa, seu temperamento apresente sinais de desordem nas emoções, modificações no conceito de autoimagem, possibilidade de episódios psicóticos como despersonalização e desrealização devido ao seu pico de ansiedade e dificuldade em suportar a realidade, podendo desencadear quadros de pânico, depressão, automutilação, confusão mental, impulsividade, falta de conscientização de seus atos causados pela busca por prazeres momentâneos e duvidosos. Esses quadros podem se caracterizar por padrões inconscientes e podem resultar em sentimentos e pensamentos prejudiciais ao comportamento do indivíduo, tornando-os rígidos e inflexíveis à qualquer possibilidade de reflexão e mudanças (Romaro, 2002).

Pode apresentar defesas antissociais que o traem, deixando vestígios, por associarem-se à culpa, ao comprometimento da lógica em situações pouco estruturadas, à persecutoriedade, à angústia, enquanto o indivíduo antissocial não apresenta indícios de remorsos, primando pela racionalização e pela indiferença em relação ao mal causado ao outro. Com tal estrutura, tende a apresentar dificuldades profundas nos relacionamentos interpessoais, com marcadas dificuldades no âmbito social e familiar, que também se expressam nas manifestações transferenciais e contratransferenciais (Romaro, 2002).

Em diversos transtornos são observadas alterações na capacidade empática dos indivíduos, como na psicopatia por exemplo, que já foi detectada a falta de afetividade resultando numa empatia empobrecida ou inexistente. Já no TPB, foi identificado um alto nível de conteúdo empático, porém dotado de baixa racionalização, onde são chamadas de “empatia primitiva”. “Estes pacientes são mais suscetíveis ao contágio emocional quando as emoções são expressas de modo não-verbal, o que pode contribuir para as dificuldades encontradas nas suas interações sociais” (Campezatto; Serralta; Habigzang, 2019).

O Transtorno de Personalidade Borderline pode ainda ser desencadeado na sequência de outras emoções e sentimentos como: desconfiança, vergonha, ciúme, frustração, percepção de ser tratado de forma diferente, sentimento de exclusão ou rejeição, entre outros. Formas violentas podem ser influenciadas em diferentes partes na personalidade, nomeando capacidade de controle da impulsão e regularização de afetos (Marinho; Guadalupe, 2019).

Os autores, Romaro e Loureiro, (1997), Silva e Yazigi, (2004), Vaz e Santos (2006), Westen e cols (1990) e Zilberleib (2006), dizem que em respeito à identidade de quem possui o transtorno, sugerem ocorrer fragmentações, desvalorizações, manipulações, necessitando agradecimentos por meio materiais, impulsividade e egoísmo, incluindo também os pensamentos egocêntricos e a dificuldade em diferenciar a sua perspectiva da dos outros. A respeito dos comportamentos impulsivos, o transtorno borderline está frequentemente associado a comportamentos de risco, como o uso de drogas, comportamento sexual arriscado e atividades ilegais. Estudos indicam que a impulsividade é uma característica central desse transtorno, podendo levar a consequências negativas para o indivíduo, além de afetar sua saúde e bem-estar (Jordão; Ramires, 2010).

Hegenberg (2000) diz que podemos entender que muitos pacientes ainda sofrem com o sentimento de hostilidade e de opiniões formadas precipitadamente sem os conhecimentos necessários, e na maioria, vindos de familiares e amigos. É perceptível também que, muitos pacientes com o transtorno não possuem interesse na busca por ajuda terapêutica, responsabilizando os amigos e familiares a serem compreensivos, usando do transtorno como principal justificativa para as suas atitudes, sendo este mais um ponto importante para identificar os conflitos dentro do convívio social. A expressão “Não há longo prazo” é a forma falada onde arruina a confiança, a lealdade e o compromisso mútuo. Confiança pode ser dada de maneira formal,

obrigando-os a aceitarem transições ou dependências de forma que observem as regras a serem jogadas (Sennett, apud Marinho; Ratto, 2016).

O filósofo Hegenberg (2007) reúne citações de Winnicot (1988) em trabalhos voltados para o TPB onde se entende o transtorno como uma questão de “destituição do self”, causando em seus portadores uma sensação de vazio e desprazer pela vida, causando no bebê um mecanismo de “falso self”. O falso self é constituído no bebê em decorrência da “experiência de desintegração, onde o bebê adota atitudes de recolhimento e passa a interagir apenas com os desejos da mãe, em detrimento da interação com o ambiente que geraria manifestações de criatividade e atividade (Dezotti; Santoro, 2020).

A maternidade para mulheres com transtorno de Personalidade Borderline é apontada como um conjunto de complexidades e denominações citadas por alguns autores, onde se entende que afetam a díade mãe e bebê. Em uma dessas nomenclaturas, Winnicot cita a dificuldade da mãe Borderline em prestar os devidos cuidados ao bebê como “confronto de desamparos”, dada a dificuldade da mãe com o ato de cuidar, uma vez que a mãe com TPB também necessita de cuidados (Winnicot apud Dezotti; Santoro, 2020).

Devido às dificuldades no manejo das próprias emoções, a mãe borderline apresenta consequentemente a incapacidade de se conectar com as emoções do bebê, comprometendo sua interação e acarretando na baixa disponibilidade de estarem próximas ao bebê, além de apresentar dificuldades nas dinâmicas de rotinas simples como os horários de sono e alimentação. (Newman; Stevenson apud Dezotti; Santoro, 2020).

Os estudos levantados com adolescentes com TPB na literatura indicam uma relação com o núcleo familiar demarcada por excesso de controle, afetividade dispensada em níveis extremos para maior ou menor, em sua maioria, o abuso de substâncias em especial alcoólicas e violências em várias escalas relacionadas aos seus tutores, tornando os vínculos inseguros e as relações externas deturpadas. (Jordão; Ramires, 2010).

“Os vínculos constituídos entre pais e filhos exercem um papel essencial na saúde mental e/ou no desenvolvimento de psicopatologias no decorrer da infância e da adolescência. Relações saudáveis do ponto de vista emocional funcionam como fatores de proteção. A qualidade das relações interpessoais e suas representações afetivas desempenham, portanto, um papel essencial na determinação de vulnerabilidades a psicopatologias e na promoção de resiliência e ajustamento psicossocial” (Jordão; Ramires, 2010, p.2).

Em um relacionamento amoroso sempre há uma instabilidade emocional pois o indivíduo borderline luta para evitar o abandono, principalmente da forma de se sentir ignorado. O medo de ser abandonado por pessoas que se relacionam se torna impulsivo e o comportamento se torna instável e intenso da maneira que o transtorno de borderline se apresenta, causando em algumas circunstâncias a depressão, prejudicando ainda mais as relações conjugais (Magalhães, 2021).

“Os pacientes apresentam relacionamentos intensos e instáveis, cujos problemas mais comuns são o profundo medo de abandono, que tende a se manifestar em esforços desesperados para evitar ser deixado sozinho, e alternância entre extremos de idealização e desvalorização, sendo os relacionamentos marcados por frequentes discussões, rompimentos, baseados em uma série de estratégias mal adaptadas que irritam e assustam outras pessoas” (CARNEIRO, 2004, p.67).

O âmbito de amizade do indivíduo com borderline se mostra com sentimento bipolar, onde ele faz com que o convívio fique em torno dele, mostrando de forma que as relações se tornam cansativas. Quando contrariado o indivíduo acaba mostrando o sentimento de raiva, afetando suas amizades com palavras severas e sarcásticas, quando está demonstrando afeto ele se mostra carente de atenção, mudando de forma drástica e trazendo um transtorno no convívio (Zimmerman, 2021).

No mundo do trabalho o indivíduo com o transtorno borderline acaba mudando o ambiente de convívio e encontra uma forma de viver melhor a vida. O transtorno mostra-se nesse momento de forma dominadora e com o movimento social em queda. Dedicando-se para ser visualizada, o movimento se torna capitalista de acúmulo que desestabiliza o consumo, contendo vontades e se tornando estimulante de forma consumista (Marinho; Ratto, 2016).

2.3 Diagnóstico por profissionais da saúde

O diagnóstico do TPB é uma tarefa de extrema importância no campo da saúde mental, realizada por profissionais capacitados, como psiquiatras, psicólogos e terapeutas. Para essa finalidade, recorre-se ao DSM-5-TR, que disponibiliza critérios diagnósticos específicos para o TPB, cuja avaliação minuciosa é essencial para uma atribuição precisa do diagnóstico.

De acordo com o DSM-5-TR, os critérios diagnósticos relativos ao TPB englobam uma ampla variedade de manifestações clínicas. Primeiramente, destaca-se o padrão de instabilidade nas relações interpessoais, caracterizado pela tendência dos indivíduos a estabelecer conexões interpessoais marcadas por oscilações pronunciadas entre a idealização e a desvalorização das pessoas envolvidas. Além disso, é observada a presença de instabilidade na autoimagem, refletindo a manutenção de uma imagem instável e distorcida de si mesmo, frequentemente resultando em sentimentos de vazio e uma percepção fragmentada da identidade.

No que diz respeito aos critérios diagnósticos, verifica-se também a manifestação de instabilidade afetiva, caracterizada pela vivência de emoções intensas e de curta duração, frequentemente expressas na forma de raiva, ansiedade e depressão. Paralelamente, nota-se a ocorrência de comportamento impulsivo, no qual os pacientes tendem a se envolver em condutas impulsivas e autodestrutivas, como o uso abusivo de substâncias, práticas sexuais de risco, automutilação e tentativas de suicídio. Além disso, é importante mencionar a ideação suicida ou comportamento suicida, que envolve a manifestação frequente de pensamentos suicidas, ameaças e tentativas de autoagressão.

A reatividade emocional intensa, caracterizada pela expressão exacerbada de raiva, depressão e ansiedade em situações estressantes, é outro aspecto relevante a ser considerado na avaliação diagnóstica. Adicionalmente, pode-se observar a presença de sintomas dissociativos, nos quais os pacientes experimentam episódios de dissociação, caracterizados pela sensação de desconexão em relação à sua própria realidade. Por fim, um sintoma de notável importância é a raiva inapropriada e intensa, na qual os pacientes frequentemente têm dificuldade em controlar a expressão da raiva, manifestando-a de maneira inadequada.

Para que um paciente seja diagnosticado com TPB, é necessário que ele atenda a pelo menos cinco dos nove critérios mencionados. Além disso, esses sintomas devem ser persistentes e causar sofrimento significativo ou prejuízo nas áreas sociais, ocupacionais ou em outras áreas vitais da vida do paciente. É importante destacar que o diagnóstico do TPB requer uma avaliação clínica completa conduzida por um profissional de saúde mental experiente, não se restringindo à mera leitura dos critérios do DSM-5-TR.

3.0 Tratamentos

3.1 Tratamentos como garantia de bem estar

Em uma abordagem do transtorno borderline são envolvidos os profissionais da saúde como médicos e psicólogos, com a participação familiar e de forma constante, contribui para amenização dos sintomas, como por exemplo a automutilação e a ideação suicida, proporcionando tranquilidade e evitando o agravamento do quadro no paciente. Foi constatada uma eficácia no tratamento combinado envolvendo uso de fármacos e a (TCC)Terapia Cognitivo-comportamental, sendo esta a abordagem mais indicada (Lima, Almeida; Souza et al., 2021).

A TCC, tem proporcionado melhoria clínica dos pacientes fazendo com que consigam dar continuidade ao tratamento e conseqüentemente gerando redução dos sintomas de ansiedade e depressão. As abordagens mais utilizadas são: (TCD)Terapia comportamental dialética ; (TBM)Terapia baseada em mentalização ; (TCC)Terapia cognitivo comportamental ; (PFT)Psicoterapia focada na transferência ; (DBT)Terapia do esquema ; Tratamento transdiagnóstico; (TMC) Terapia metacognitiva; (STEPPS) Treinamento de sistema para previsibilidade emocional e solução de problema (Oliveira, 2019).

A TCD apresenta-se como desdobramento da TCC, sendo fundamentada em princípios comportamentais, tendo sido desenhada especificamente para tratamento do TPB e seus distúrbios comórbidos, como transtornos alimentares, por exemplo. A abordagem específica embasa-se na aceitação por parte do indivíduo sobre os comportamentos que caracterizam o transtorno para enfim traçar estratégias para as devidas modificações, sendo o Mindfulness um dos principais recursos utilizados (Costa; Lamela; Gil, 2009).

O Mindfulness implica o foco no momento presente em detrimento de memórias antigas e recentes, ou mesmo dos pensamentos em relação ao futuro, com objetivo de tornar o indivíduo mais atento aos próprios pensamentos, sem julgá-los. O Mindfulness lança ao paciente o desafio de sair do piloto automático proposto pela sociedade moderna, onde a produtividade é imposta e supervalorizada, a fim de que não tenhamos tempo para reflexões, tornando a mente confusa e arraigada de julgamentos (Vandenbergue; Souza, 2006).

A Terapia do Esquema visa a identificação de padrões de pensamentos limitados, fundamentados na maioria das vezes na infância onde Young criou um modelo de perguntas com características mais avançadas em relação ao modelo de Aaron Beck, devido ao fato de enfatizar de forma mais aprofundada a cognição dos (EID) Esquema Inicial Desadaptativo. “Os EIDs, segundo o autor, são estruturas estáveis e duradouras que se desenvolvem e se cristalizam precocemente na personalidade e/ou ao longo da vida do sujeito e que se encontram associadas a diversas psicopatologias” (Cazassa; Oliveira, 2008 p. 2).

Quanto à PFT, não há consenso na literatura quanto ao manejo da transferência, uma vez que cada paciente manifesta de uma maneira. Uma característica marcante é a identificação e a atenção voltada para os mecanismos de defesa do paciente, que de acordo com o olhar psicanalítico é um fator bastante peculiar ao paciente com TPB. Bateman e Fonagy (2013) falam sobre o processo de mentalização também é um recurso utilizado nessa abordagem, visando a compreensão do paciente sobre sua situação mental e a situação dos demais à sua volta, sendo seu objetivo principal a reestruturação do self (Campezatto; Serralta; Habigzangc, 2016).

No programa de Linehan (1993) , criado especificamente para o TPB, são introduzidos treinos de Mindfulness voltados para as habilidades sociais, onde algumas etapas iniciais como auto-observações das emoções geradas em determinados eventos, possuem o intuito de evitar as estratégias de luta e fuga e os pensamentos intrusivos deixam de ser desestabilizadores para o indivíduo (Vandenbergue; Souza, 2006). “A primeira, relacionada a dois modos de funcionamento, automático (implícito) e controlado (explícito); a segunda, relacionada a dois recursos, interno e externo; a terceira, relacionada a dois objetos, eu e o outro; e a quarta, relacionada a duas dimensões, cognitiva e afetiva, no que diz respeito a seu conteúdo e processo” (Carvalho; Rovinski; Fiorini; Ramires, 2020, p. 3)

Wells e Matthews (1995) desenvolveram a Terapia Metacognitiva com o intuito de ter resultados parecidos com a TCC atuando nos transtornos de depressão e ansiedade. Tem como objetivo diminuir os pontos negativos visando as estratégias, alternando o paciente nos sentimentos de preocupações, sendo assim, o paciente se sente mais preparado com a situações negativas e de ansiedade. Em terapia metacognitiva, o tratamento é realizado com técnicas de ordenamento de atenção e modificação de crenças (Araujo; Côrrea; Grebot; Souza, 2020).

Os tratamentos ocorrem no contexto de um relacionamento entre cliente e psicoterapeuta, as técnicas envolvem diálogo, sugestões de mudança de comportamento, fornecimento de percepções, comunicação e construção de habilidades e uma ampla gama de profissionais incluindo assistente social, conselheiros

matrimoniais, terapeuta e familiares, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros psiquiatra para alguns desses pacientes. Estabilizadores de humor e (ISRS) Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina podem colaborar para a diminuição dos quadros de oscilações de humor, comportamento e padrões de pensamentos derrotista que costumam desencadear em sofrimento extremo, atos de automutilação e suicídio. Considerar os cuidados farmacológicos com os pacientes com transtorno é de suma importância, pois são mais presentes no âmbito clínico e podendo causar consequências irreversíveis (Finkler apud Lima, et al., 2021).

As terapias voltadas para princípios psicodinâmicos e cognitivas comportamentais são as mais indicadas, porém, as psicodinâmicas possuem uma duração mais extensa, gerando gastos financeiros, podendo causar evasão do paciente ao tratamento, e com isso gerar um déficit funcional grave, transtornos comórbidos e consequentemente elevando as taxas de suicídio (Leichsenring et al., apud Nunes et al., 2015).

A psicoterapia funciona como base para o tratamento, devido ao seu olhar para o paciente de forma singular, podendo ser levadas em conta as técnicas das abordagens psicanalíticas em combinação com as da TCC (Adami; Portella; Dias, 2020). Uma das maiores dificuldades no tratamento e manejo do transtorno é a interpretação das projeções do paciente, identificação de transferências negativas e em alguns casos, situações de contratransferências, exigindo do terapeuta uma alta capacidade de flexibilização, assertividade para que as emoções de ambos não se fundam (Romaro, 2002).

A terapia STEPPS é feita em sessões limitadas de 20 semanas, o indivíduo com o transtorno aprende formas para administrar suas emoções e o autocuidado, se questionando sobre suas projeções pessimistas, aprendendo a elaborar objetivos, se distanciando de hábitos viciosos e distúrbios alimentares, consequentemente melhorando qualidade do sono e estimulando a prática de exercícios. O estímulo à construção de uma rede de apoio para que possa contar com familiares, amigos e profissionais de saúde que estarão presentes nos momentos de crise (Zimmerman, 2022).

Quanto ao tratamento, em sua maioria não há garantia de efetividade, dada as esferas da vida do paciente que demanda o controle emocional. Para Carneiro (2011), foram identificados resultados consideráveis com tratamento psicoterápico na abordagem da terapia cognitivo comportamental e terapia dialética comportamental, sempre com olhar individualizado para cada caso, focando no objetivo principal de cada paciente, seja no conhecimento de suas previsibilidades comportamentais ou até mesmo o foco na redução dos impulsos suicidas. Há necessidade que o tratamento seja continuado, uma vez que as recaídas já sejam consideradas parte do processo de tratamento, dada a fragilidade egóica nos portadores de TPB. Já os tratamentos medicamentosos como estabilizadores de humor, neurolépticos e antidepressivos tal qual internações hospitalares, por mostrarem baixa resolutividade, são alternativas a recorrer como espécie de sos, apenas com intuito de reduzir os impulsos suicidas, podendo ser descontinuados após atingir a demanda proposta para tal (Carneiro, 2011).

Stone (2019) explica que devido à fluidez das personalidades e a necessidade de levar a subjetividade do paciente em consideração, faz-se necessário o uso de flexibilidade na escolha dos tratamentos, sendo eles

voltados sempre para abordagens terapêuticas e em alguns casos combinadas com fármacos, principalmente na incidência de automutilação (Lonsdale; Santos; Loiola et al., 2002).

O DSM-5-TR informa que a adesão ao tratamento é o passo mais importante para sua eficácia e isso inclui todos os critérios de aceitação do paciente e também do profissional que está conduzindo a demanda clínica. Dunbar (1980) ressalta em uma revisão de estudos que o alinhamento de estratégias em relação ao tratamento é um momento de alta relevância para que a adesão se estabeleça. Bleckwell (2000) reafirma a necessidade de consenso entre a autoridade e o conhecimento do médico em consonância com a autonomia do paciente como fatores primordiais, tornando o alinhamento de crenças e opiniões a temática central do trabalho entre ambos. Segundo o DSM-5-TR, ao se tratar do TPB, a complexidade quanto ao estabelecimento da adesão é ainda maior devido ao fato da instabilidade e impulsividade serem marcadores de alta relevância no paciente. Blackwell (2000) aponta que essas características do TPB se convertem em resistência excessiva ao tratamento, recusa às recomendações do profissional, falta de assiduidade nas consultas e automedicação. Ainda como fatores prejudiciais à adesão, Gunderson (1989) aponta a possibilidade da falta de rede de apoio ao paciente, dificuldades logísticas e financeiras e as expectativas frustradas projetadas no tratamento. Stone (2006) além de apontar as abordagens da TCC, Psicodinâmica e Suportiva como tratamentos eficazes, alerta para altas probabilidades de empecilhos na adesão ao tratamento como suicídio ou tentativas, automutilação, possibilidade de abandono do tratamento, abuso de substâncias, depressão e crises dissociativas, onde irá requerer do profissional uma alta capacidade de manejo e flexibilidade (Tanesi; Yazigi; Fiori; Pitta, 2007).

Considerações finais

Em relação à coleta de informações obtidas por fontes científicas supracitadas, entendemos que o TPB possui sinais e sintomas de fácil detecção, porém de difícil manejo. Identificamos que a importância de um olhar individualizado por parte da equipe de saúde, a família e o ambiente social para o portador do TPB são de suma importância para que o indivíduo se enxergue além dos seus sintomas, sem excluir os fatores biológicos como a desregulação emocional, e com isso é possível prosseguir para a manutenção do tratamento.

Na esfera de relacionamentos afetivos, o portador do TPB costuma ter suas relações marcadas por muitas oscilações, dada a sua impulsividade e os diversos tipos de dependência como principais marcadores do transtorno, tornando a convivência insustentável, gerando o afastamento de seus pares. No âmbito financeiro, além dos altos custos com tratamentos, as perdas também são marcadas pelas buscas por atividades de pico dopaminérgico, como apostas, prostituição, drogas lícitas ou ilícitas, esportes perigosos, ou seja, atividades que atuam gerando dependência no indivíduo e por conseguinte causando significativos prejuízos financeiros. O suicídio, ideação suicida e automutilação são as consequências mais graves e comuns em pacientes com TPB, causando sérios impactos no âmbito social e familiar.

Frente a nossa atual cultura, temos observado as pessoas cada dia mais individualistas e narcisistas, tendo visto como consequência o aumento do abandono e da violência vivenciado no período da infância/adolescência que podem influenciar nas manifestações psicopatológicas. Perante os estudos, se observarmos todos estressores ambientais que coloquem em risco à vida, integridade física e psicológica do indivíduo, conseguimos identificar que abuso emocional contra mulheres, em especial no final da adolescência até a fase adulta intermediária, é o que mais corrobora para a possível abertura do quadro de TPB, explicando assim a prevalência do quadro em pessoas do sexo feminino, com 75% de incidência sobre a população mundial.

O quadro de TPB trata-se de uma demanda multifatorial, sem causa direta, levando em conta fatores ambientais, socioeconômicos e biológicos, resultando em um indivíduo com traços específicos, que não necessariamente irá apresentar todos os sinais e sintomas comuns ao TPB, o que pode vir a dificultar seu diagnóstico que é extremamente importante, e deve ser realizado por profissionais capacitados. Entendemos também que, para que um paciente seja diagnosticado com TPB é necessário que tenha no mínimo cinco dos nove critérios mencionados no DSM-5-TR.

Deparando-se com as variadas opções de tratamento terapêutico, concluímos que um maior número de profissionais de saúde indicam a abordagem da TCC e seus desdobramentos como uma das opções mais eficazes, por se tratar de técnicas e treinamentos mentais que visam redução do tempo de tratamentos, evitando a evasão do paciente. Já as terapias voltadas para abordagem psicodinâmica, buscam a causa raiz dos sintomas, elevando sua duração e custos financeiros, dificultando a adesão ao tratamento.

Diante das fontes de estudo consultadas, observou-se que independente da abordagem do profissional psicólogo, o recurso da mentalização é bastante utilizado, devido à sua capacidade de foco no momento presente e a compreensão dos estados mentais do paciente/cliente e das pessoas ao seu redor, o que pode servir de ponto de partida para as devidas modificações.

Quanto ao tratamento com fármacos, as opiniões médicas se dividem, pois o quadro TPB é complexo e possui muitas comorbidades como depressão, delírios, distorções de imagem e ideação suicida, o que pode gerar certo conflito em relação às classes de fármacos a serem prescritas e conseguir abranger todos ou a maioria dos sintomas. Antidepressivos ISRS, antipsicóticos e estabilizadores de humor são as drogas prescritas com maior abrangência de sintomas.

Diante disso concluímos que, não há cura para o Transtorno de Personalidade Borderline, uma vez que uma causa direta ainda não tenha sido descoberta, porém estudos apontam uma gama de tratamentos combinados ou não, que visam cada caso de maneira única e são passíveis de redução sintomática, proporcionando alívio psíquico e ampliação da consciência para seus portadores e pessoas que circundam o seu âmbito sociocultural.

Referências

ADAMI, A. Psicoterapia para pacientes borderline, engajamento e prognóstico: a perspectiva de psiquiatras e psicólogos, p. 1-24. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/download/56656/30318/245995> . Acesso em: 19 out. 2023.

AMARAL, I. et al. Brazilian Journal of Development Transtorno de Personalidade Borderline: perspectiva da automutilação em adolescentes Borderline Personality disorder: perspective of self-mutilation in adolescents. Brazilian Journal of Development, n. 5, p. 45322–45337, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/55021/2/Transtorno%20de%20personalidade%20borderline%20perspectiva%20da%20automutila%c3%a7%c3%a3o%20em%20adolescentes.pdf> .Acesso em: 15 nov. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a ed., DSM-5-TR). Artmed, 2023. Acesso em: 11 out. 2023

BARCELLOS SERRALTA, Fernanda et al. Associações entre características borderline de personalidade e empatia. **Investig. psicol**, p. 9-15, 2019. Disponível em: http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/investigaciones/indice/trabajos_completos/anio24_2/barcellos.pdf . Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (2006). Disponível em:

https://www.cvv.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf.

Acessado em: 01 out. 2023.

CARNEIRO, L. L. F. BORDERLINE - NO LIMITE ENTRE A LOUCURA E A RAZÃO. Ciências & Cognição, v. 3, p. págs. 63 - 65, 14 fev. 2011. Disponível em: <https://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/469/256> . Acesso em: 03 set. 2023.

CARVALHO, Cibele et al . Mudanças na capacidade de mentalização na psicoterapia psicodinâmica de crianças. Psicol. clin., Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 35-57, abr. 2020 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652020000100003&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 15 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0032n01A02> .

CAZASSA, M. J.; OLIVEIRA, M. DA S. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 35, n. 5, p. 187–195, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HXwQxZGBzFj3LJTfKbgvVb/> . Acesso em: 26 out. 2023

CAMPEZATTO, P. VON M.; SERRALTA, F. B.; HABIGZANG, L. F. Adesão à técnica psicanalítica no processo de psicoterapia com uma paciente borderline. Rev. Bras. Psicoter. (Online), p. 3–19, 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v18n2a02.pdf> . Acesso em: 11 out. 2023.

DE ARAUJO A, Anna Thallita et al. Tratamento do TAG nas terapias cognitivas de terceira geração. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 22, n. 2, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n2a04.pdf> . Acesso em: 11 out. 2023.

DEZOTTI, C. M.; SANTORO, V. MATERNIDADE E ORGANIZAÇÃO BORDERLINE: DESAFIOS E LIMITES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA. Psicologia: Desafios, Perspectivas e Possibilidades - Volume 2, p. 136–146, 2020. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/200400175.pdf> . Acesso em: 18 nov. 2023.

DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/borderline/> . Acesso em: 07 nov. 2023.

JORDÃO, A. B.; RAMIRES, V. R. R.. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 47, p. 421–430, set. 2010. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300014> . Acesso: 11 out. 2023.

LIMA, C. S. DE A. et al. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e 7052, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7052/4480> . Acesso em: 21 set. 2023

LONSDALE, Janylla Santos. Et al. Manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline: Uma revisão integrativa. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 02, Vol. 10, pp. 25-38. Fevereiro de 2021. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/personalidade-borderline>. Acesso em: 10 set. 2023.

LORANDI FERREIRA CARNEIRO, Lígia. Borderline: no limite entre a loucura e a razão. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 66-68, nov. 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2023.

MARINHO, K. F.; RATTO, C. G.. Modo borderline e mundo do trabalho: um ensaio sobre implicações e perspectivas atuais. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 171-185, jan. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016141754>. Acesso em: 25 set. 2023.

MARINHO, Guadalupe. Violência nas perturbações da personalidade: características, significado e funções. **Vínculo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 41-51, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2023. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p41-51>

MATIOLI, M. R.; ROVANI, É. A.; NOCE, M. A. O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise. **Saúde & Transformação Social**, v. 5, n. 1, p. 50-57, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009. Acesso em: 18 nov. 2023.

MOREIRA, N. L. D. et al. ESTABILIDADE DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E FATORES ASSOCIADOS. REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS, v. 6, n. 1, p. 24-30, 24 ago. 2022. Disponível em: <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/140/135>. Acesso em: 25 set. 2023.

MUGARTE, I. B. BORDERLINE: Singular Sociais e Humanidades, v. 1, n. 1, p. 13-20, 4 abr. 2019. Disponível em: <http://ulbra-to.br/singular/index.php/SingularSH/article/view/23/10>. Acesso em: 07 ago. 2023.

NUNES, Fábio Luiz et al. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 68-76, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872015000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2023

NUNES-COSTA, R. A.; LAMELA, D. J. P. DO V.; GIL-COSTA, L. Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. *Jornal*

Brasileiro de Psiquiatria, v. 58, n. 2, p. 122–127, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7YTpHksxqkbGyFRWLSym6Tx/?lang=pt#> . Acesso em: 13 nov. 2023.

OLIVEIRA, A. C. Eficácia da terapia cognitivocomportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 15, n. 1, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000100006 . Acesso em: 02 nov. 2023.

POLLIS, A. et al. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA 1 BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND NURSING ASSISTANCE IN PSYCHIATRIC EMERGENCY. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 1, p. 15-36, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/download/2539/2377> . Acesso em: 15 nov. 2023.

ROMARO, R. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. Revista Mudanças, v. 10, n. 1, p. 62–71, 2002. Disponível em: https://www.ritaromaro.com.br/qds2/wp-content/uploads/2014/06/artigo_o_sentimento_de_exclusao_social_em_personalidade_borderline.pdf . Acesso em: 20 ago. 2023.

SANTOS, G. G. DOS; MELLO NETO, G. A. R. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline. Psicologia USP, v. 29, n. 2, p. 285–293, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/zsCbDDFBrxDeSSmRFPh9x3c/?lang=pt&format=pdf#:~:text=O%20termo%20borderline%2C%20em%20sua,Glover%20>. Acesso em: 20 ago. 2023.

Stern, A. (1938) Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. Psychoanalytic Quarterly 7:467-489. Disponível em: <https://pep-web.org/browse/document/paq.007.0467a?page=P0487>. Acesso em: 07 jun. 2023.

TANESI, P. H. V. et al.. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. Estudos de Psicologia (Natal), v. 12, n. 1, p. 71–78, jan. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100009> . Acesso em: 15 nov. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ INSTITUTO DE CULTURA E ARTE CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL -JORNALISMO CAMILA RIBEIRO MAGALHÃES À FLOR DA PELE: VIVENDO E CONVIVENDO COM O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE FORTALEZA 2021. p. 6-51. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/61717/1/2021_tcc_crmagalhaes.pdf . Acesso em: 19 out. 2023.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 2, n. 1, p. 35-44, jun. 2006 . Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&nrm=iso

. Acesso em: 12 nov. 2023.

Warol P. H. A.; Cerqueira J. P. F.; Fonseca T. S. de P.; Gomes D. S.; Sousa M. R. de; Siqueira E. C. de. Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e9871, 24 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9871.2022> . Acesso em: 07 jun. 2023.

ZIMMERMAN, M. Transtorno de personalidade limítrofe (TPL). Manual MSD Versão Saúde para a Família.2021. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAdade-mental/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-lim%C3%ADtrofe-tpl> . Acesso: 21 ago. 2023.