

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO (A) COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO MANEJO CLÍNICO DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Danilo Damata Marinho¹
Diego da Silva²

RESUMO: Este estudo pretende auxiliar profissionais da Psicologia em melhores práticas de atuação afim de sensibilizar e humanizar o atendimento psicoterapêutico em pacientes com Transtorno da Personalidade *Borderline*. Neste trabalho o método utilizado é o de revisão narrativa, o TPB inclui um conjunto de fatores que explicam sua etiologia, os principais são: experiências de separação e perda, abuso infantil, ambientes domésticos conturbados e caóticos, separação precoce das figuras parentais, perda da infância além de influências genéticas. Nesta maneira de existir, as pessoas fazem tudo ao seu alcance para evitar o abandono real ou imaginário. A desregulação emocional tem origem nas interações entre vulnerabilidades biológicas e um ambiente social invalidante. O objetivo geral do manejo clínico é a regulação emocional do paciente e a diminuição do sofrimento através do desenvolvimento de habilidades psicológicas.

Palavras-chave: Psicologia. Transtorno. Terapia. Cognitivo-comportamental. Borderline.

1656

1. INTRODUÇÃO

A palavra *borderline* segundo o dicionário português é um substantivo masculino que significa: distúrbio psicopatológico definido pelas alterações constantes de humor e pelos surtos psicóticos que se alternam com períodos de estabilidade emocional (DICIO,2023) em inglês, a expressão *borderline* refere-se a algo que está na fronteira, no limite ou é incerto, O termo Transtorno da Personalidade *Borderline* foi usado pela primeira vez na psicologia em 1938, por um psicanalista chamado Stern (PEREIRA,1999), a partir de então passou por diversos conceitos ao longo dos anos, O conceito de atual está formulado para a classificação norte-americana das doenças mentais desde 1980, nesse sistema de diagnóstico, a síndrome não é mais um significado relativamente vago do estado intermediário neurótico-psicótico, mas um distúrbio de personalidade específico, no qual predominam a impulsividade, intensidade, o comportamento autodestrutivo, os sentimentos de vazio interior e defesas do ego muito primitivas.(DALGALARRONDO,1999)

¹Discente de Psicologia da Uniensino.

²Psicólogo e docente de Psicologia da Uniensino.

O Transtorno da Personalidade *Borderline* encontra-se no eixo II, no grupo B dos 10 transtornos da personalidade contidos no (DSM-V-TR) Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais criado pela *American Psychiatric Association* (APA), manual este que serve como padronização de critérios diagnósticos para transtornos que afetam o pensamento e a emoção, sua finalidade é ser um guia científico de catalogação das características e sintomas dos transtornos mentais, por ser prático e flexível, auxilia profissionais da saúde mental a se comunicarem em um único idioma, além de ser utilizado como ferramenta para coletar estatísticas de saúde pública e atualmente está em sua 5ª edição. (CALDEIRA, FRANÇOIA, 2017).

“O Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB) pode ser caracterizado pela notável instabilidade que permeia muitos, se não todos, os aspectos do funcionamento da personalidade, incluindo relacionamentos, autoimagem, afeto e comportamento.” (BECK, DAVIS E FREEMAN, 2017, p.301). O desconforto insuportável é tipicamente expresso por indivíduos com esta personalidade, frequentemente, relatam sentir-se vazio devido a múltiplas necessidades não atendidas, esse desejo crônico pode levar a pensamentos ou ameaças suicidas. Sem aprender a lidar com a condição, a pessoa torna-se insensível aos riscos e conseqüências dolorosas como da automutilação, é fundamental que estejam cientes dessas condições e dos efeitos que elas possuem, pois podem ocasionar danos físicos e psicológicos. Gerenciar necessidades emocionais e interpretar contextos interpessoais passa a ser um grande desafio para o funcionamento *borderline*. (BECK et al., 2017).

1657

O final dos anos 1950, viu se iniciar a terapia cognitivo-comportamental (TCC), desenvolvida pelo neurologista e psiquiatra americano Aaron Beck “A maioria dos tratamentos psicológicos investigados para transtorno da personalidade é baseado na TCC” (BECK et al., 2017). “A pesquisa e a prática clínica mostraram que a Terapia Cognitiva é efetiva na redução de sintomas e taxas de recorrência, com ou sem medicação, em uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos” (KNAPP, BECK, pág.55,2008). Entre os estudos da TCC situa-se a Terapia Comportamental Dialética em inglês *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) de Marsha Linehan PhD, ABPP, professora emérita de psicologia e diretora emérita das Clínicas de Pesquisa e Terapia Comportamental da Universidade de Washington. Seus principais interesses de pesquisa são o desenvolvimento e avaliação de tratamentos apoiado em comprovações científicas para populações com alto risco de suicídio e populações com

múltiplos transtornos mentais graves. A (DBT) foi bem validada principalmente para o transtorno *borderline* “Na verdade, sua eficácia e sua efetividade têm sido investigadas em diversos estudos clínicos randomizados, sendo uma abordagem reconhecida como um tratamento baseado em evidências”. (BECK,et al.,pág.11,2017). A Prática Baseada em Evidências (PBE) é um movimento multidisciplinar que surgiu a partir do movimento da Medicina Baseada em Evidências (MBE) no início dos anos 90. É um processo que envolve combinar as melhores evidências disponíveis com a experiência clínica e as emoções do paciente para tomar decisões de saúde. É uma abordagem sistemática e transparente para a tomada de decisões clínicas, e visa à melhora e qualidade nos cuidados de saúde, a PBE hoje abrange todos os campos da ciência e a maioria das disciplinas. (RIBEIRO,2014)

O método da (DBT) se concentra em mudar e aceitar condições que não podem ser modificadas. Martha notou que, para muitos pacientes, a terapia cognitivo-comportamental parecia não ser trazer resultados, porque eram incapazes de mudar a maneira como pensavam ou sentiam. As bases Epistemológicas da Terapia Comportamental Dialética são: uma perspectiva dialética, baseada na transitoriedade das coisas e na ideia de que não há verdade absoluta, o behaviorismo baseado na ideia de que o comportamento pode mudar quando reforçado, ignorado ou punido, e a prática zen derivada do budismo, baseada no autocuidado, aceitação, autoconhecimento e a virtude de estar no meio da experiência ao invés de ideias extremas.(SWENSON, 2016). A terapia comportamental dialética insere-se na terceira onda das terapias cognitivas que, segundo Carvalheiro e Melo (2016), apresentam frequentemente um caráter integrador nas suas intervenções, centrando-se na relação terapeuta-paciente, com o objetivo de que a própria relação terapêutica seja concebida como uma ferramenta para reestruturação cognitiva, regulação emocional e modificação de comportamento. O sentido de equilíbrio, validação, estratégias de aceitação e mudança de esquemas para resolução de problemas, andam de mãos dadas no processo psicoterapêutico. (LINEHAM,1993).

1658

Toda teoria sobre o funcionamento da personalidade e seus transtornos baseia-se em alguma visão básica de mundo, Marsha Linehan quando jovem foi internada em uma instituição mental após mais uma das várias tentativas de suicídio. Enquanto estava internada em uma enfermaria fechada, passou por vários tratamentos para minimizar seus sintomas cada vez mais prejudiciais. Marsha, praticante do budismo, afirma que a meditação

a ajudou muito em seu processo de ressignificação e considera uma estratégia central na Terapia Comportamental Dialética. A DBT foi criada primordialmente para pacientes de alto risco com diagnósticos múltiplos e desregulação geral grave do humor que apresentam problemas clínicos complexos, o protocolo clínico desenvolvido inicialmente propunha uma intervenção baseada em evidências para o tratamento de mulheres adultas com diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* e exibindo comportamentos suicidas e similares.(LINEHAN,2010). Desde o início, ficou claro que o tratamento precisava ser flexível e fundamentado em preceitos, em vez de seguir um protocolo geral desenvolvido, o método de tratamento é estruturado como uma intervenção modular, cujos componentes podem ser colocados e retirados de acordo com as necessidades de cada paciente. (LINEHAN,2018). “O método é eclético e se apropria de conceitos derivados de terapias de apoio, cognitiva e comportamental. Alguns elementos podem ser remontados à visão de Franz Alexander de terapia como uma experiência emocional corretiva e outros elementos de determinadas escolas filosóficas orientais (p. ex., zen)”. (KAPLAN, SADOCK, pág. 867,2017)

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física, e isso tem ficado cada vez mais claro com o passar do tempo. A mente humana e sua complexidade é objeto de estudo em diversas áreas científicas, com ênfase na Psicologia, Neurociência, Psiquiatria, os transtornos exigem principalmente cuidado e compreensão, pois também causa estigma e preconceito na maioria das vezes. Os transtornos mentais e da personalidade afetam um número considerável de pessoas, sejam transtornos do humor, transtornos globais do desenvolvimento, psicose ou o *borderline*, que no Brasil segundo a (Associação Brasileira de Psiquiatria) acomete cerca de 2 milhões de pessoas tornando-o comum, embora pouco compreendido.

Este estudo pretende auxiliar profissionais da Psicologia em melhores práticas de atuação afim de sensibilizar e humanizar o atendimento psicoterapêutico junto ao público em questão, apresentando maneiras que auxiliem o psicólogo no seu dia a dia de atendimento seja na clínica ou outras áreas de atuação, além de contribuir para a ciência, comunidade acadêmica e sociedade.

1.1 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizado o método de revisão narrativa, para isto foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa para o estudo: livros, artigos publicados em sites especializados em publicações científicas como: Scielo, Pepsic, Google Scholar como descritores de busca foram utilizadas as seguintes palavras: *Borderline*, Personalidade, Transtorno, Terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental dialética, manejo clínico, psicólogo, o intervalo entre os estudos procurados são de vinte e quatro anos.

1.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a pesquisa realizada os seguintes resultados foram encontrados para discussão: desenvolvimento do Transtorno da Personalidade *Borderline*, sintomas e hipóteses diagnósticas e manejo clínico.

1.3 DESENVOLVIMENTO

O Transtorno da Personalidade *Borderline* inclui um conjunto de fatores que explicam sua etiologia, os principais são: biologia/genética, experiências de separação e perda, abuso infantil e ambientes domésticos conturbados e caóticos, separação precoce das figuras parentais e a perda da infância é demonstrado na literatura como uma parte importante da identificação do transtorno, entre 20% e 40% das pessoas diagnosticadas com TPB experimentaram uma separação traumática de pelo menos um dos responsáveis, observa-se que as pessoas que sofreram abuso sexual tinham quatro vezes mais chances de desenvolver o *borderline*. A graveza coexistente do abuso sexual e ligação com o TPB no futuro estaria relacionada a fatores como a idade de ocorrência, frequência e gravidade/intensidade da ocasionalidade e a percepção pessoal. Um ambiente doméstico conturbado também é um forte prenúncio de desenvolvimento do transtorno. (LISBOA E PASTORE,2014)

Um fator identificável no TPB é uma história de relacionamento de apego caótico, às vezes visto, às vezes atacado, às vezes condenado ao isolamento, às vezes reconhecido. Além de fontes vagas de afeto e agressão, vínculos inseguros, abandono e injustiça, a pessoa pode estar vivendo em um ambiente onde as regras são ilógicas e inconsistentes onde o cuidador estabelece uma norma incompatível ou insensível à realidade e a suspende sem

esclarecimento por conveniência ou entusiasmo. As vezes a superproteção histórica dos responsáveis não permite o desenvolvimento da autonomia, dessa forma, as pessoas aprendem a enxergar o perigo em quase tudo. Sem experimentar as consequências de suas ações, elas não aprendem a assumir responsabilidades e a lidar com riscos calculados. O excesso de provisão imediata pelos pais pode gerar dependência. (POUBEL RODRIGUES,2019)

O ambiente das pessoas com TPB muitas vezes é incapacitante. É levantada a hipótese de que rejeição, punição ou respostas incorretas às respostas emocionais das crianças levam a problemas na regulação, compreensão e tolerância das respostas emocionais. Mais tarde, a pessoa com TPB invalida suas próprias respostas emocionais e adota uma visão excessivamente simplista e irrealista das emoções. (ARNTZ,2017) A negligência emocional pode fornecer poderosos mecanismos de compensação, quando o indivíduo vê uma fonte potencial de suprimento emocional, ele começa a reagir fortemente na direção e da mesma forma, pode exibir raiva inapropriada, medo de ser ferido novamente, frustração, aborrecimento ou abandono imaginário (paranoia). (POUBEL, et.al,2019)

Estudos de neuroimagem revelaram uma rede mal funcionando em várias regiões cerebrais relacionadas a importantes aspectos da sintomatologia. Em estudos de PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons), o córtex cingulado anterior, região mediadora do controle afetivo, bem como outras áreas do córtex pré-frontal, apresentaram um metabolismo basal alterado. Estudos estruturais mostraram redução no volume da amígdala e do hipocampo nos pacientes com personalidade borderline. Foi registrada ainda, com a técnica de RMf (Ressonância Magnética funcional) uma ativação aumentada da amígdala em resposta a expressões faciais e emoções negativas, provavelmente relacionada ao enfraquecimento do controle pré-frontal inibitório. Se essas alterações neurobiológicas são pré-existentes ao transtorno ou se são apenas suas manifestações, ainda permanece a dúvida. (CARNEIRO,2019 p67)

Outra hipótese biológica para o comportamento agressivo e impulsivo no TPB é uma possível imprecisão no sistema serotoninérgico (5-HT). Essa suposição é baseada em um conceito de desenvolvimento. Segundo esse conceito, experiências estressantes na infância alteram o desenvolvimento normal do sistema serotoninérgico, desregulando-o e fazendo

com que os indivíduos desenvolvam respostas comportamentais mais agressivas e impulsivas. (DORNELLES,2009)

A desregulação emocional tem origem nas interações, entre a vulnerabilidade biológica e o ambiente, um ambiente social invalidante é entendido como um lugar onde as emoções são anuladas e falha em modelar a expressão do afeto apropriada de acordo com o contexto; reforçando ativação emocional intensa ou tendo um ajuste frágil entre o temperamento da criança e o estilo de cuidado dos pais. Este ambiente comunica que respostas típicas infantis ou uma situação determinada, especialmente respostas emocionais, é errado ou inapropriado para a ocasião, assim as expressões emocionais não são levadas a sério e podem simplificar demais as ocorrências. Na desregulação emocional, esses comportamentos falham em regular as emoções, apesar dos melhores esforços. Portanto, sujeitos emocionalmente perturbados são incapazes de modular ou alterar os fatores desencadeantes emocionais e outros aspectos relacionados à experiência, como ações, respostas verbais e outros. A desregulação emocional generalizada ocorre quando essa incapacidade se manifesta em uma variedade de emoções e circunstâncias diferentes. (GONÇALVES,2022).

1662

2. SINTOMAS E HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

figura 1: critérios diagnósticos para o TPB

Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>	
Critérios Diagnósticos	301.83 (F60.3)
Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:	
<ol style="list-style-type: none">1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).7. Sentimentos crônicos de vazio.8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.	

Fonte: APA,2023

O DSM-V-TR Descreve a identificação do TPB da seguinte maneira: Pessoas com o transtorno fazem tudo ao seu alcance para evitar o abandono real ou imaginário (critério 1). A percepção de separação iminente, exclusão ou perda da estrutura externa pode levar a mudanças profundas na autoimagem, afeto, cognição e comportamento. Essas pessoas são muito sensíveis às situações ambientais. O medo intenso de abandono e raiva inapropriada por ser abandonado mesmo diante de separações legítimas de curto prazo ou mudanças imprescindíveis de roteiro por exemplo, desespero súbito em resposta ao anúncio do médico de que as consultas terminaram; pânico ou raiva se a pessoa atrasar alguns minutos ou precisar cancelar um compromisso. Essas pessoas podem sentir que se alguém não está “disponível” significa que elas “não prestam”. O medo do abandono está associado à intolerância de ficar sozinho e à necessidade de outras pessoas em volta, Tais esforços desesperados para evitar o abandono podem incluir comportamento impulsivo, como comportamento auto lesivo ou suicida. (APA,2023) “São pessoas muito difíceis na convivência do dia a dia. Em dados momentos, são excessivamente carinhosas, contudo, por qualquer palavra mal colocada ou mesmo mal interpretada, podem ter um ataque de raiva ou fúria.” DAGOSTIN (2019, p.78).

1663

Pessoas com Transtorno da Personalidade *Borderline* têm relacionamentos instáveis e tensos (critério 2). Eles podem idealizar um potencial cuidador ou parceiro no primeiro ou segundo encontro, precisam passar muito tempo juntos e compartilhar os detalhes pessoais mais íntimos no início do relacionamento, no entanto, podem mudar rapidamente da idealização para a humilhação, sentindo que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o suficiente ou não está “lá” o suficiente. Essas pessoas podem simpatizar e cuidar do outro, mas só querem que o outro esteja presente quando solicitado, em troca de suas próprias necessidades. Eles são propensos a mudanças dramáticas e repentinas em sua percepção, imaginam que podem alternadamente ser vistos como apoiadores benevolentes ou punidores cruéis, essa mudança geralmente reflete idealização do cuidador ou desilusão do cuidador que antecipa rejeição ou abandono. (APA,2023) Sentimentos de amor e ódio por curtos períodos podem desencadear comportamentos disfuncionais em seus relacionamentos, principalmente na família. Assim, o conflito que surge nessa situação, juntamente com o medo do abandono e a possibilidade de rompimento de vínculos, serve para amplificar as tentativas de automutilação e autodestruição. (ALMEIDA,2022).

Confusão de identidade pode estar presente, caracterizado por instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou percepção (critério 3). Há mudanças repentinas e drásticas em termos de autoimagem, caracterizada pela mudança de objetivos, valores e aspirações de carreira, essas pessoas podem mudar repentinamente da função de suplicante desprovido para justos vingadores de abusos passados. Embora muitas vezes tenham uma autoimagem ruim, as pessoas com o distúrbio às vezes têm a sensação de que não existem, essas experiências geralmente ocorrem onde o indivíduo perde relacionamentos significativos, cuidado e apoio, desempenhando um papel ruim em ambientes de trabalho ou estudo.(APA,2023) O paciente tem relações tensas e instáveis, cujo problema mais comum é um medo profundo de abandono, muitas vezes se desespera para evitar ser abandonado e ficar sozinho, alternando entre extremos idealizado e desvalorizado, o relacionamento é marcado por frequentes discussão, separação, com base em uma série de estratégias desadaptativas podendo irritar e assustar outras pessoas. (CARNEIRO,2004)

Indivíduos com transtorno de personalidade *borderline* exibem impulsividade em pelo menos dois domínios potencialmente autodestrutivos (critério 4). Eles podem jogar, gastar dinheiro de forma imprudente, comer demais, abusar de drogas, fazer sexo desprotegido ou dirigir de forma imprudente.(APA,2023) Outra característica marcante retratada nesta personalidade é a impulsividade, que se manifesta de duas formas: com o paciente intencionalmente autodestrutivo, exibindo comportamento suicida e pode exibir autoagressão, ameaças e tentativas de suicídio; outros pacientes exibem uma forma impulsiva mais prevalente caracterizada por abuso de substâncias, distúrbios alimentares, envolvimento em orgias, explosões de fala e direção imprudente. (CARNEIRO,2004).

Comportamento, gestos ou ameaças suicidas recorrentes, ou comportamento auto lesivo (critério 5). O suicídio ocorre em 8% a 10% desses indivíduos, e comportamentos auto lesivos (por exemplo, cortes ou queimaduras), ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns, pensamentos recorrentes de suicídio costumam ser a razão pela qual essas pessoas procuram ajuda. Esses comportamentos autodestrutivos geralmente são motivados pela ameaça de separação ou rejeição ou pela expectativa de que o indivíduo assuma uma responsabilidade maior. A automutilação pode ocorrer durante experiências dissociativas e geralmente reafirmando a capacidade do indivíduo de sentir mal ou fazendo reparações para não se passar por uma pessoa má. (APA,2023) Várias dessas tentativas constituem uma

forma de chamar a atenção para o sofrimento emocional e não representa um risco real deles morrerem. No entanto, a cada tentativa de suicídio requer atenção especial e cuidados intensivos, para esses pacientes, deve-se ter cuidado redobrado devido ao risco potencial de automutilação, também conhecido como comportamento quase suicida e, aparentemente, a probabilidade de suicídio real. (PASTORE, et.al, 2014).

Indivíduos *borderline* podem apresentar labilidade emocional por exemplo, episódios de disforia, irritabilidade ou ansiedade intensa, geralmente durando horas, raramente mais do que alguns dias devido a respostas emocionais evidentes (critério 6). O humor disfórico basal das pessoas com esse transtorno é frequentemente pontuado por períodos de raiva, pânico ou desesperança e raramente é aliviado por períodos de felicidade ou contentamento. Esses eventos podem refletir a resposta extrema de um indivíduo ao estresse interpessoal. (APA,2023).

Pessoas com transtorno da Personalidade *Borderline* podem ser atormentadas por uma sensação única de vazio que pode coexistir com uma solidão dolorosa (critério 7). Sentir-se entediado e constantemente buscando estímulo para evitar sentimentos de vazio, pode-se notar uma frequência aumentada de sentimentos inquietos e vazio crônico ou recorrente. Portanto, a depressão frequentemente associada ao TPB é descrita como depressão acompanhada por sentimentos de vazio interior. As emoções e as respostas emocionais podem ser descontroladas e muito erráticas, revelando o nível de impulsividade associado a esse transtorno de personalidade. (APA,2023 DALARRONDO, 2019).

Indivíduos com esse transtorno geralmente exibem raiva inapropriada, intensa ou difícil de controlar (critério 8). Sarcasmo extremo, amargura persistente e explosões verbais podem aparecer. A raiva geralmente é desencadeada quando um cuidador ou parceiro é visto como negligente, contido, despreocupado ou abandonador, essa expressão de raiva costuma ser acompanhada de vergonha e culpa, alimentando a sensação de que fez algo errado. (APA,2023) As coisas são diferentes para pessoas com transtorno *borderline*, podem mudar suas emoções em minutos, a pessoa acorda de bom humor e feliz, porém, qualquer estímulo externo pode mudar completamente seu humor, como quebrar coisas, ligar para pessoas próximas e atacar uns aos outros sem motivo. Ou seja, as mudanças de humor ocorrem repentinamente.(DAGOSTIN,2019).

Durante períodos de estresse extremo, pode ocorrer ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos (critério 9) Esses episódios geralmente ocorrem em resposta ao abandono real ou imaginário. Os sintomas geralmente são transitórios, durando de minutos a horas, a dedicação real ou percebida do cuidador pode levar ao alívio dos sintomas (APA,2023). Quando uma pessoa com TBP vê uma fonte potencial de suprimento emocional, ela começa a reagir profundamente a ela, da mesma forma, pode exibir raiva inapropriada por medo de ser ferida, frustração, aborrecimento ou abandono imaginário (paranóia) (LINCON et. al 2019).

Observa-se também em pacientes com esse diagnóstico um acentuado grau de impulsividade, sendo que as primeiras manifestações tendem a ocorrer no final da adolescência (...), com tendência à remissão parcial da sintomatologia a partir da quarta década de vida (LISBOA et. tal ,2014). “A característica essencial do transtorno da personalidade *borderline* é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.” (APA,2023) De todos os transtornos da personalidade, o TPB é aquele com maior probabilidade de desenvolvimento de irregularidades nos ritmos circadianos, com ênfase no ciclo sono vigília, insônia crônica é uma queixa comum. (MORENO, MELO,2022).

1666

2.1 MANEJO CLÍNICO

A teoria *Dialectial Behavior Therapy* (DBT) foi desenvolvida para entender o desenvolvimento do TPB e sua relação com a desregulação emocional nos pacientes, nela é sugerido que esses sintomas se devem à vulnerabilidade emocional e a um ambiente invalidante. A relação entre esses dois fatores é transacional na medida em que cria um ciclo em que um responde ao outro e vice-versa, tornando assim a pessoa vulnerável emocionalmente, isto é, envolve alta sensibilidade a estímulos emocionais, intensidade emocional e retorno lento aos níveis emocionais basal. A dificuldade em regular as emoções pode se estender à dificuldade em regular todas as áreas da vida: A maior parte do que fazemos e quem somos depende da estabilidade emocional e da regulação emocional adequada (SANTOS, MADALENA,2022).

A DBT inclui quatro modos de tratamento: psicoterapia individual, Treinamento de habilidades em grupo, coaching por telefone e consulta de casos individuais. Ao iniciar o tratamento, pode ser utilizado qualquer forma. A DBT foi projetada especificamente para tratar pessoas com TPB, mas nas últimas décadas foi testado para outras condições. A principal diferença entre as abordagens tradicionais da terapia cognitivo-comportamental e a DBT é que a primeira conceitualiza interpretações distorcidas de eventos associados ao transtorno, enquanto a segunda assume que a desregulação emocional leva à desregulação cognitiva, comportamental e interpessoal. (WAGNER,2018)

No trabalho individual, o terapeuta não se afasta do papel de ensinar competências, é de extrema importância equilibrar o ensino com a necessária antecipação dos fatores que interferem na resolução de problemas que possam surgir na aprendizagem e utilização das habilidades contínua, primeiro, indivíduos com desregulação global grave do humor, incluindo aqueles com TPB, apresentam déficits profundos em habilidades interpessoais, autorregulação e resiliência ao estresse. Em particular, eles são incapazes de suprimir comportamentos desadaptativos que dependem de emoções ou de iniciar comportamentos não relacionados às emoções atuais e necessários para atingir objetivos de longo prazo. Em segundo lugar, as emoções intensas e as crenças disfuncionais associadas aprendidas no ambiente incapacitante inicial combinadas com o ambiente incapacitante atual, criam um contexto motivacional que inibe o uso de quaisquer habilidades comportamentais que o indivíduo possua. Frequentemente, a pessoa também é reforçada por comportamento inadequado e disfuncional, portanto deve ser dada atenção em aumentar as habilidades e a motivação do indivíduo para usá-las. (LINEHAN,2018)

1667

A principal vantagem do treinamento de habilidades em grupo é sua eficiência. Duas pessoas já podem formar um grupo, a terapia de grupo tem muito a oferecer, muito mais do que qualquer terapia individual pois o terapeuta tem a oportunidade de observar e abordar comportamentos interpessoais que surgem em relacionamentos com colegas, que raramente surgiriam em sessões de terapia individual, os pacientes têm a oportunidade de interagir com outros como eles, e a validação resultante e o desenvolvimento do apoio do grupo pode ser muito terapêutico. A DBT encoraja as relações entre os pacientes do grupo de habilidades fora da sessão, desde que essas relações (incluindo quaisquer conflitos) possam ser discutidas na terapia. Assim, os pacientes têm oportunidades de aprender uns com os outros,

umentando o reforço das estratégias de tratamento, os grupos tendem a reduzir a intensidade das relações pessoais entre os pacientes individuais e os responsáveis do grupo; as transferências são diluídas de uma perspectiva dinâmica e isso pode ser muito importante porque às vezes a intensidade do tratamento cria mais problemas do que resolve, para pacientes que têm dificuldade em regular suas emoções. Finalmente, os grupos de habilidades fornecem uma oportunidade relativamente não ameaçadora para pacientes individuais aprenderem como se comportar como um grupo (LINEHAN,2018)

Para pacientes ambulatoriais com transtornos de humor graves, o papel padrão do instrutor é melhorar sua competência, ensinando habilidades DBT, e orientar sua prática. A atribuição do terapeuta individual é administrar a crise e ajudar o paciente a aplicar as competências que está aprendendo para substituir comportamentos disfuncionais. Os terapeutas individuais fornecem instruções de habilidades aos pacientes por telefone, conforme necessário, e uma parte integrante é a equipe de consulta do terapeuta, o treinador de habilidades e o terapeuta individual se encontram regularmente não apenas para apoiar um ao outro, mas também para fornecer um equilíbrio dialético no relacionamento um do outro com o paciente. O tratamento individualizado de pessoas cronicamente suicidas e outras com condições médicas graves pode ser necessário por vários motivos, primeiro, em um grupo de pacientes com tendências suicidas graves e iminentes, às vezes era difícil para o treinador de habilidades lidar com as chamadas de crise ou telefonemas que poderiam ser necessários, a carga de trabalho pode se tornar grande demais. Em segundo lugar, em um grupo orientado para habilidades que se reúne apenas uma vez por semana, não há muito tempo para tratar de questões de processos individuais que possam surgir, também não há tempo para ajudar adequadamente todos a integrar habilidades em suas vidas. Alguns pacientes poderão demorar mais do que outros para aprender habilidades específicas. (LINEHAN,2018)

1668

É particularmente difícil o manejo clínico de pessoas com TPB porque sua função psicológica, especialmente quando combinada com vários sintomas, tais como: labilidade emocional, depressão, ansiedade severa, impulsividade, abuso de substâncias, tentativa de suicídio e agressão está comprometida. Os Principais desafios técnicos a serem superados na psicoterapia para pacientes *borderline* são respostas apropriadas para problemas preocupantes, os fatores desencadeantes emocionais. Portanto, estabelecer boas alianças

terapêuticas com pacientes *borderline* torna-se um desafio permanente. Os treinadores que garantem boas alianças terapêuticas com esses pacientes críticos podem delinear boas opções de tratamento, indicadores de melhor evolução do quadro psicopatológico embora seja possível o desenvolvimento satisfatório de alianças terapêuticas em pacientes críticos, as taxas de interrupção e abandono do tratamento são altas nestes casos.(GEREMIA, BENETTI, ESSWEIN, BITTENCOURT,2016)

Figura 2. Habilidades Psicológicas a serem desenvolvidas.

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

NOMENCLATURA CONTEXTUAL-FUNCIONAL: Transtorno por Hipermobilização de Reforçamento Social sob Múltiplas Operações Estabelecedoras		
HISTÓRICO CONTEXTUAL ○ Histórico de perdas, abandono, superproteção, vínculos inseguros, regras ilógicas e ambíguas. ○ Consequenciação ambígua (reforço-coerção) dada pelos cuidadores ou entre eles. ○ Limites prejudicados. ○ Reforçamento contínuo e armadiloso, desenvolvendo pouca tolerância à frustração. ○ Histórico de mediação social, gerando dependência. ○ Estilos parentais patológicos e consumo de substâncias, gerando ansiedade, insegurança e estresse desde a infância.	NOMENCLATURA TOPOGRÁFICA: Transtorno de Personalidade Borderline	FUNÇÕES MANTENEDORAS ○ Reforçamento social múltiplo – atenção, reconhecimento, afeto, adulação, cuidado, proteção, afastar exigências, cessar conflitos, remover competidores, sentir-se vinculado.
	COGNIÇÕES Sou uma pessoa vazia, impulsiva, carente e não entendo meus sentimentos. As emoções me sufocam. As pessoas irão me abandonar se me conhecerem melhor. Preciso ter alguém que cuide de mim.	
	CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS (a) Impulsividade em pelo menos duas áreas que pode ser potencialmente perigosa para o sujeito; (b) Ira inapropriada e intensa ou dificuldade para controlá-la; (c) Instabilidade afetiva; (d) Ideias paranóides transitórias relacionadas com o estresse ou sintomas dissociativos graves; (e) Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário; (f) Recorrência de ameaças, gestos e comportamentos suicidas ou de automutilação; (g) Sentimento crônico de vazio.; (h) Dificuldade em perceber oportunidades sociais para provisão de suas necessidades; (i) Excessos na exibição de emoções ("parecendo estar no limite"), expressos por alta impulsividade e volubilidade.	
HISTÓRICO TERAPÊUTICO	HABILIDADES PSICOLÓGICAS 1- Raciocínio Realisticamente Otimista 2- Autocontrole 3- Autorregulação Emocional 4- Sociabilidade 5- Sensibilidade Social 6- Autoestima	NOVAS FUNÇÕES

Fonte: Livro Manual Diagnóstico Contextual dos Transtornos Psicológicos

A habilidade psicológica do raciocínio otimista realista é a capacidade de analisar eventos de diferentes ângulos, usando uma perspectiva para refinar conceitos quando confrontados com fatos ou argumentos lógicos. Desenvolve-se expectativas de que as coisas vão melhorar, o que aumenta a esperança com atribuições otimistas e interpretação das experiências como temporárias não como avaliações generalistas permanente e avaliações autocríticas, mas que são específicas do contexto em que ocorreram, determinada por fatores ambientais, por falta de habilidade, treinamento ou repertório. O desenvolvimento do raciocínio realista otimista inclui investir em alguns valores humanos por exemplo: Ser

ético e julgar suas próprias ações em termos de consequências para si e para os outros. Analisar alternativas e tomar decisões, conhecer sua própria atitude e assim evitar causar danos a si ou aos outros. Fazer um censo de realismo, valor associado à prática de descrever o máximo possível de propriedades dos fenômenos do mundo, sendo capaz de analisar os fatos, focar nas descrições de eventos em seu mundo e refinar opiniões com base neles; Usar do ceticismo para a necessidade de reter evidências ou dados afim apoiar uma afirmação; O pragmatismo que busca o melhor resultado, melhor impacto em si mesmo e nos outros; O otimismo que inclui a crença na capacidade de produzir os melhores resultados e esperar que tirem o melhor das oportunidades e decisões que foram analisadas, ser consistente e basear seu argumento no máximo de informações possível; O valor da consistência que envolve apoiar as próprias ações em conceitos formados; o valor da análise que tem a ver com a capacidade de revelar fenômenos naturais e reconhecer e explicar as relações entre os eventos(POUBEL, et.al,2019).

Habilidades de autocontrole são necessárias para aprender, manter e promover novos comportamentos e para tolerar ou eliminar comportamentos indesejáveis e mudanças de comportamento. As habilidades de autocontrole incluem categorias comportamentais, como autocontrole e comportamento direcionado a objetivos. Em seu sentido mais amplo, o termo "autocontrole" refere-se a qualquer tentativa de controlar, administrar ou mudar o comportamento, pensamentos ou respostas emocionais de uma pessoa a eventos. Nesse sentido, as habilidades de DBT, como atenção plena e tolerância ao estresse, regulação da influência e a resolução de problemas interpessoais podem ser consideradas tipos específicos de habilidades de autogestão. No entanto, o termo é usado aqui para se referir a um conjunto geral de competências comportamentais que um indivíduo precisa para adquirir habilidades adicionais. (LINEHANN,2010).

“Ponto principal: O objetivo geral da regulação emocional é diminuir o sofrimento emocional. A meta não é livrar-se das emoções. Alguns indivíduos sempre serão mais emotivos do que outros. (LINEHAN,2018,p320). A regulação emocional deve ser distinguida do “controle emocional,” nela envolve a capacidade de refletir sobre experiências emocionais, atribuindo significado associado a tendências comportamentais que acabam levando a ajustes emocionais a uma situação, enquanto o "controle emocional" envolve suprimir emoções, resultando em dificuldade em distinguir entre emoções que podem estar

sendo produzidas. No entanto, a regulação emocional deve ser explicada em termos de objetivos individuais, bem como a intensidade e frequência dos estados emocionais que são adaptativos ou não adaptativos. Esta habilidade permite que um indivíduo processe os estados emocionais que experimenta, facilita a tendência de adaptar a expressão emocional do controle de impulsos e orienta suas ações em direção a objetivos, mesmo quando emocionalmente "perturbado". A regulação emocional envolve a tendência de orientar as experiências emocionais em termos de "quando" e "o quê", isto é, o contexto e os elementos em que se compõem, na experiência subjetiva das emoções, levando a pessoa expressar e regular as emoções ao nível comportamental (TELO,2012).

Habilidades sociais são desenvolvidas para uma relação interpessoal bem-sucedida, de acordo com parâmetros típicos de cada contexto e cultura. Isso pode incluir comportamentos como iniciar, manter e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos; defender-se; expressar sentimentos, agrado e desagrado; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios; admitir erro, pedir desculpas e ouvir empaticamente, dentre outros, Além disso, as habilidades sociais são reconhecidas como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano e programas para o desenvolvimento dessas habilidades foram incorporadas para promover a saúde mental.(MURTA,2005)

1671

Devido o paciente *bordeline* ser de alta sensibilidade emocional, a convivência com as pessoas fica muito prejudicada. a vulnerabilidade emocional, isto é, sensibilidade emocional e tenacidade de respostas emocionais negativas, de forma contínua é uma característica central no TPB. (LINEHAN,2010). As habilidades psicológicas de sensibilidade social referem-se à capacidade de mostrar interesse e perceber os outros por meio da empatia, compreensão de seus sentimentos e necessidades, cooperação e valorização de suas virtudes. Portanto, é uma construção de relacionamentos gratificantes, laços de amizade e amor e sentir uma sensação de pertencimento e segurança. Essa habilidade se manifesta no comportamento por meio do desenvolvimento de valores como gentileza, generosidade, gentileza, carinho, altruísmo, perdão, empatia, compaixão, abnegação, solidariedade, cooperação, integridade. (POUBEL, et.al,2019).

Autoestima é um sentimento não inato, mas pode ser desenvolvida durante a vida, como qualquer outro sentimento, ela é o produto de contingências de reforçamento, essas

por sua vez são apresentadas ao a pessoa desde seu nascimento de origem social,(GUILHARDI, 2002) é importante investir de forma positiva em todos os critérios e descrever-se de maneira adequada, moldando um autoconceito, o qual possa ser alvo de auto apreciação. Algumas características pessoais podem ser mais singulares e difíceis de serem encontradas em outras pessoas, tornando-nos únicos e diferenciados. Ao passo que outras características são mais compartilhadas e comuns, nos aproximando de outras pessoas por semelhança ou afinidade. O fato é cada pessoa possui uma reunião exclusiva de características singulares e compartilhadas (POUBEL, et.al,2019).

CONCLUSÃO

Os estudos sugerem que fatores genéticos podem estar envolvidos no desenvolvimento da TPB, juntamente com fatores ambientais e psicológicos, nestes a correlação ainda é maior. É importante ressaltar que o Transtorno da Personalidade *Borderline* é uma condição complexa e multifatorial, e mais pesquisas são necessárias para entender completamente sua etiologia.

O TPB é um transtorno estrutural da personalidade caracterizado por padrões intrusivos e difíceis de relacionamentos interpessoais, bem como padrões alterados de autopercepção e relacionamentos emocionais com impulsividade, cujas primeiras manifestações ocorrem frequentemente no final da adolescência ou início da idade adulta. São apontadas várias razões para a origem do transtorno desde experiências traumáticas na infância, como abuso sexual e negligência emocional, sendo fatores desencadeantes que contribuem para a desregulação emocional e impulsividade, além de componentes genéticos, relacionados a alterações em regiões específicas do cérebro como córtex pré-frontal, amígdala e hipocampo, resultando em comportamento não funcional, déficits e conflito psicossocial que por sua vez tende a intensificar a desregulação emocional, originária da interação entre as vulnerabilidades biológicas e o ambiente invalidante.

A percepção de separação iminente, exclusão ou medo do abandono da estrutura externa pode levar a mudanças profundas na autoimagem, afeto, cognição e comportamento, essas pessoas demonstram serem muito sensíveis às situações ambientais pois sentem medo intenso de abandono e raivainapropriada por se sentir abandonada. O medo, está associado à intolerância de ficar sozinho e precisar da companhia de outras pessoas, chegando ao ponto

de esforços desesperados para evitá-lo tendo comportamentos impulsivos, como automutilação ou comportamento suicida por estarem atormentadas por uma sensação única de vazio, coexistente com uma solidão dolorosa.

O terapeuta, como profissional da Psicologia, acolhe e ensina habilidades baseadas em evidências ao paciente, sendo muito importante equilibrar o ensino com os elementos que impactam na resolução de problemas cotidianos, a fim de ampliar o repertório psicológico do seu paciente. O manejo clínico, com essas pessoas é particularmente difícil por causa do funcionamento emocional prejudicado, especialmente quando combinado com outros sintomas ou diagnósticos, lidar com as questões perturbadoras e os elementos que desencadeiam a emoção é o principal desafio nas sessões com *borderlines*. Portanto é indispensável enfatizar a relevância da relação terapêutica, pilar fundamental no manejo clínico, pois é utilizada como forma de persuasão e modificação de comportamentos desadaptativo ela é construída com base em fatores essenciais, como empatia, proteção, cuidado, flexibilidade, versatilidade, congruência e compromisso, tais fatores são articulados de modo a contribuir para um maior engajamento do paciente no tratamento, mesmo que em alguns casos seja uma adversidade, sem essa condição não haverá trabalho psicoterapêutico.

1673

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Josiane Cunha. As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade *borderline*. **Revista Ciência (In) Cena**, v.1 n8.p11, 2019. AS

(ARNTZ, Arnoud. Transtorno da Personalidade *Borderline*. in BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. / Aaron T. Beck, Denise D. Davis, Arthur Freeman; Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica; Cristiano Nabuco de Abreu- 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. pp 303-322.

Associação Brasileira de Psiquiatria, ABPTV Atualizações no diagnóstico e tratamento do transtorno de personalidade *borderline*, 2022 Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/abp-tv-atualizacoes-no-diagnostico-e-tratamento-do-transtorno-de-personalidade-borderline>. Acesso: 19/03/2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BECK, Aaron T. **Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. / Aaron T. Beck, Denise D. Davis, Arthur Freeman; Tradução: Daniel Bueno; revisão técnica; Cristiano Nabuco de Abreu- 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BORDERLINE. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7 Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/borderline/>. Acesso em: 06/04/2023

CALDEIRA, C. L.; FRANÇOIA, C. R. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e os critérios do Transtorno de Personalidade Borderline. **Psicologia Argumento**, v.35, n.90, p.6, 2019. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/25743> Acesso: 06/04/2023.

CARVALHEIRO, C. V., MELO, W. V. Relação Terapêutica Com Pacientes *Borderline* Na Terapia Comportamental Dialética. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.22, n.3, p.579-595,2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a04.pdf> Acesso:19/03/2023

DAGOSTIN, Ana Paula. **Psicologia aplicada à investigação** livro eletrônico/Ana Paula Dagostin. Curitiba: Inter Saberes, 2019. (Serie Estudos de Investigação Particular) <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/177803/pdf/o?code=QrHFEG6jiFeKSYcUoqepv7fZuYAoRZ/wN5lMZOXs8Ej6rwJQe3ejTsc2w6KKLlfTGXZpYtoo5SoNhhfDCicw==> Acesso:14/04/2023

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. – Porto Alegre :Artmed, 2019

DALGALARRONDO, Paulo. VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade, **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, São Paulo, v.2, n.º.2 p.153,1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004> Acesso em: 19/03/2023.

DORNELLES, Vinícius Guimarães. **Avaliação neuropsicológica em indivíduos com transtorno da personalidade Borderline**. 2009. 97 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em <https://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/672/1/414102.pdf> Acesso em:30/05/2023

GEREMIA, Lisiane, BENETTI, Silvia Pereira da Cruz, ESSWEIN, Georgius Cardoso BITTENCOURT, Aline Alvares A Aliança Terapêutica No Paciente Diagnosticado Com Transtorno de Personalidade *Borderline*. **Perspectivas em Psicologia**. Uberlândia, vol. 20, n. 2, pp. 20 - 47, Jul/Dez, 2016.

GONÇALVES, Camila da Silva. **Treinamento de habilidades em DBT para o transtorno de personalidade borderline e sintomas compatíveis em adultos: uma revisão sistemática**. 2022. 22 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Psicologia) - Universidade La Salle, Canoas, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11690/3400> Acesso em:30/04/2023

GUILHARDI, Hélio José. **Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. Comportamento humano: tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor**, p.07, 2002. Disponível em: https://itrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf Acesso em:11/05/2023

Kaplan, H.I; Sadock, B.J. **Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11ª ed. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 2017

Knapp, Paulo, Beck, Aron T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 30, s54-s64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002> Acesso: 6/1/2023

LINEHAN, Marhsa **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LORANDI FERREIRA CARNEIRO, Lígia. *Borderline: no limite entre a loucura e a razão*. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 3, p.67, nov. 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000300007&lng=pt&nrm=iso . acessos em 14/04/2023.

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

MOSQUERA, Mourino, JOSÉ Juan. CLAUS, Dieter Stobäus. Autoimagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. **Psicologia, Saúde e Doenças** [en linea]. 2006, 7(1), 83-88. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36270106> Acesso: 05/05/2023

MORENO, A. L.; MELO, W. V. (org.). **Casos clínicos em saúde mental: diagnóstico e indicação de tratamentos baseados em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2022

MURTA, Sheila Giardini. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, p. 283-291, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/Nq3zNj8Vt9qJnJLxV6dkcHh/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 22/05/2023

1675

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Clássicos da psicopatologia. A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the *borderline* group of neuroses”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, São Paulo, v.2, nº.2 p.154, 1999. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002011> Acesso em:19/03/2023.

PASTORE, Edilson. LISBOA, Carolina saraiva de Macedo. Transtorno de Personalidade *Borderline*, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo, **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 79, p.11,14, 2014.

https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/23077/2/Transtorno_de_Personalidade_Borderline_tentativas_de_suicidio_e_desempenho_cognitivo.pdf Acesso:14/04/2023

POUBEL, Lincon, RODRIGUES Pedro, **Manual Diagnóstico Contextual-Funcional dos Transtornos Psicológicos**. 1 ed. - Rio de Janeiro: Letras e Versos, 2019.

RIBEIRO, José L. Pais. Revisão de investigação e evidência científica. **Psicologia, Saúde e Doenças**,v.15,n.3,p.672-683,2014. Disponível: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36232744009.pdf> Acesso: 18/05/2023

SANTOS, Sara Martins, MADALENA Tatiana da Silveira Aspectos da Clínica Comportamental Dialética No Tratamento Do Transtorno da Personalidade *Borderline*: Uma Discussão Sobre A Importância Da Autoimagem. **CADERNOS DE PSICOLOGIA**, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.224-246, jul./dez. 2022 Disponível em: <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3413/2407> Acesso: 30/04/2023

SWENSON, C. R. **DBT Principles in Action: acceptance, change and dialectics**. New York: The Guilford Press, 2016.

TELO, Catarina Isabel Freitas, **Relações entre a Regulação Emocional, a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, o Bem-estar/Distress Psicológicos e a Sintomatologia**, 2012 Disponível : <http://hdl.handle.net/10451/8121> Acesso: 22/05/2023

WAGNER, Maria Júlia Lohmann,2018. **Eficácia da terapia comportamental dialética para tratamento do transtorno de personalidade borderline: uma revisão de literatura**. Disponível em: <https://www.univates.br/bduserver/api/core/bitstreams/daac7c4b-7c1e-4e0a-8d64-48154c9b699e/content> Acesso:30/04/2023