

# História e tratamento: compreendendo o transtorno de personalidade borderline

*History and treatment: understanding borderline personality disorder.*

Ana Lúcia Libraiz <sup>1</sup>  
Fernanda Ferreira <sup>2</sup>  
Rafaela Cristina da Silva Cunha <sup>3</sup>  
Marcela Umeno Koeke Bearare <sup>4</sup>

## RESUMO

O transtorno de personalidade *borderline* é um transtorno mental grave, caracterizado por um padrão de instabilidade contínua no humor, no comportamento e autoimagem. Como sintomas, temos: instabilidade emocional, sensação de inutilidade, insegurança, impulsividade e relações sociais prejudicadas, resultando em relacionamentos instáveis, impulsivos, e com intensos episódios de raiva, ansiedade e depressão. O presente artigo é resultado de uma revisão literária que possui como objetivo contextualizar a história da psicopatologia e, em contrapartida, compreender esse transtorno e suas formas de tratamento. Assim, pode-se demonstrar que, independente do referencial teórico utilizado, é importante considerar a história, o contexto sociocultural e, principalmente, a subjetividade e singularidade de cada paciente *borderline* no processo psicoterapêutico.

**Palavras-Chave:** revisão literária, transtorno de personalidade *borderline*, tratamento.

## ABSTRACT

Borderline personality disorder is a serious mental disorder characterized by a pattern of continuous instability in mood, behavior and self-image. As symptoms we have: emotional instability, sense of worthlessness, insecurity, impulsivity and impaired social relationships, resulting in unstable, impulsive relationships, and intense episodes of anger, anxiety and depression. This article is the result of a literary review, which aims to contextualize the history of psychopathology, and in turn to understand this disorder, and its forms of treatment. Thus, it is possible to demonstrate that, regardless of the theoretical reference used, it is important to consider the history, the sociocultural context, and especially the subjectivity and singularity of each borderline patient in the psychotherapeutic process.

**Key words:** borderline personality disorder, literary review, treatment.

1 Acadêmica do 10º termo do curso de Psicologia no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba-SP.

2 Acadêmica do 10º termo do curso de Psicologia no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba-SP.

3 Acadêmica do 10º termo do curso de Psicologia no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium de Araçatuba-SP.

4 Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Especialista em Terapia Comportamental, Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento na PUC-SP. Formação em Coaching pela Sociedade Brasileira de Coaching. Psicóloga Clínica, Life Coach e docente do curso de Psicologia no UniSALESIANO.

## Introdução

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*American Psychiatric Association [APA], 2014*) o transtorno de personalidade *borderline* - TPB é um estado grave, que traz prejuízos tanto ao paciente quanto aos seus familiares. O paciente com diagnóstico de TPB apresenta, em sua grande predominância, instabilidade emocional, auto depreciação, insegurança e largo comprometimento em suas relações sociais, além do descontrole de seus impulsos.

Segundo Dalgalarrodo (1999), no início acreditava-se que o transtorno de personalidade *borderline* – TPB era um subtipo do transtorno bipolar, alguns o classificavam ainda como um possível tipo de esquizofrenia.

O primeiro a utilizar o termo *borderline* foi Adolf Stern em 1938, médico psiquiatra, considerado por muitos de sua classe o pai do termo. Consideraram, inicialmente, que o *borderline* era um tipo leve de esquizofrenia, do qual foi denominada como hebidofrenia. Depois passou-se a acreditar que o paciente *borderline* transitava entre a neurose e a psicose. O transtorno variava de denominação, de acordo com o que cada autor acreditava. Anos mais tarde, por volta de 1960 e 1970, o *borderline* deixou de ser caracterizado como uma esquizofrenia mais leve e passou a ser chamado de transtorno afetivo limítrofe. O autor ainda descreve que só em 1980, quando o transtorno entrou para edição III do DSM, foi de fato considerado um transtorno único, e não um subtipo esquizofrênico.

**Tabela 1:** Nomenclaturas associadas ao transtorno de personalidade *borderline*

| Autor/ano            | Denominação utilizada  |
|----------------------|--|
| Kahlbaum, 1890       | Hebidofrenia   |
| Bleuler, 1911        | Esquizofrenia latente  |
| Rorschach, 1921      | Esquizofrenia latente  |
| Stern, 1938          | Neuroses <i>borderline</i>   |
| Zilborg, 1941        | Esquizofrenia ambulatorial   |
| Deutsch, 1942        | Personalidade “como se”  |
| Hoch & Polatin, 1949 | Esquizofrenia pseudoneurótica  |
| Knight, 1953         | Estados <i>borderline</i>  |
| CID-9, 1976          | Esquizofrenia latente ou <i>borderline</i>                               |
| DSM-III, 1980        | Transtorno de personalidade <i>borderline</i>                            |
| CID-10, 1992         | Transtorno de personalidade emocionante instável, tipo <i>borderline</i> |
| DSM-IV, 1994         | Transtorno de personalidade <i>borderline</i>                            |

Fonte: Dalgalarrodo, 1999.

Segundo o DSM – V (2014), o transtorno de personalidade *borderline* se caracteriza por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, autoimagem e afetos, com acentuada impulsividade começando no início da vida adulta, e presente numa variedade de contextos, como indicado nos itens abaixo:

- a) Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
- b) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
- c) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.

- d) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).
- e) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
- f) 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).
- g) Sentimentos crônicos de vazio.
- h) Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
- i) Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. DSM – V, P. 663, 2014

O transtorno de personalidade *borderline* possui padrões de comportamentos como, por exemplo de adolescentes e adultos jovens com dificuldades para entender a sua identidade, se agravando mais ainda com o uso de substâncias químicas. Os padrões são caracterizados por inconstância emocional, incertezas, futuras escolhas que causam ansiedade, conflitos com a orientação sexual, dúvidas quanto a sua existência e tensão social para a escolha da área profissional. (DSM-V, 2014).

O transtorno é encontrado cinco vezes mais em parentes biológicos de primeiro grau, existe também um risco maior para a família com casos de transtornos por uso de substâncias, transtorno da personalidade antissocial e transtorno bipolar e/ou depressivo. (DSM-V, 2014).

Para Gunderson (2000 *apud* FARIA, 2011), há uma prevalência do transtorno de personalidade *borderline* na população que acomete cerca de 1-2%, no qual 75% são mulheres. A idade desses pacientes aproxima-se entre 18-25 anos, e 90% começa antes dos 30 anos.

Segundo Faria (2011 *apud* MINTO, 2012) uma parte do número de pacientes masculinos *borderline* podem estar sendo subestimados já que o comportamento agressivo no homem é aceitável pela sociedade e outra parte pode estar dentro de delegacias e presídios em consequência de seus comportamentos agressivos e impulsivos.

De acordo com Marsha Linehan (1993 *apud* EPPEL, 2005), por serem determinados por fatores genéticos, o padrão instável dos relacionamentos e a impulsividade agressiva podem ser predispostos ao desenvolvimento do transtorno de personalidade *borderline*, porém esses fatores não serão suficientes para obter um diagnóstico preciso do transtorno, sendo necessário um conjunto de critérios, envolvendo condições ambientais. Alguns estudos apontam alterações na biossíntese neurotransmissora, que podem estar latentes ao elemento genético. Esses estudos também revelam que a redução da atividade da serotonina nos indivíduos com agressividade e impulsividade contribuem para uma predisposição genética.

Um estudo realizado no Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Universidade de Göttingen na Alemanha, em 2004, mostrou que mulheres com transtorno de personalidade *borderline* tem o tamanho reduzido e assimétrico anormal do córtex parietal. Usando imagens de ressonância magnética estrutural (MRI 3D), foi medido os volumes do córtex parietal e hipocampo em 30 mulheres jovens com transtorno de personalidade *borderline* que haviam sido expostos ao abuso sexual infantil grave e em 25 indivíduos saudáveis do grupo de controle. Comparando indivíduos do grupo de controle, se observou que indivíduos *borderline* tinham, significativamente, menor tamanho no córtex parietal direito (-11%) e o volume reduzido do hipocampo (-17%). O córtex parietal dos indivíduos *borderline* mostrou uma assimetria mais forte a esquerda quando comparados com indivíduos do grupo de controle. (IRLE; LANGE; SACHSSE, 2004)

### **O *borderline* através das abordagens Cognitivo-Comportamental e Psicanalítica**

Existem três tipos de conceitualizações cognitivo-comportamentais que explicam o TPB, sendo elas a Terapia Comportamental Dialética proposta por Marsha Linehan, a Terapia Cognitiva de Aaron Beck e a Terapia Focada em Esquemas de Jeffrey E. Young.

Beck; Davis; Freeman (2017) estimavam que alguns pressupostos fundamentais de outros transtornos de personalidade também estavam presentes no TPB. O autor Pretzer (1990 *apud* BECK, 2017, p. 498) *também seguia a mesma ideia, pontuando que são consideradas três ideias principais no transtorno: o mundo é hostil e ameaçador demais para mim, sou frágil e incapaz e as pessoas nunca me*

*aceitação*. Considera-se também as características cognitivas do pensamento dicotômico, ou seja, a pessoa vê as situações em apenas uma categoria. Além disso, eles têm pouco conhecimento da sua identidade. Portanto, essas ideias fazem com que o *borderline* fique em estado frequente de hipervigilância e alerta, sendo questões alvo na terapia.

Para Linehan (1993), o transtorno causa uma desregulação emocional, fazendo com que produza instabilidade temperamental. Estima-se que o ambiente da pessoa com TPB tenha sido pouco reforçador, aumentando a probabilidade de ocorrer problemas na regulação das emoções. Este fator faz com que o paciente comece a ter um olhar disfuncional das suas emoções. A TCD foi desenvolvida para tratar os pacientes com comportamentos autodestrutivos. Ela foca nas respostas emocionais desajustadas e nos comportamentos suicidas. Além disso, trabalha as habilidades e tolerância das emoções.

Já para Young (1996, *apud* ARNTZ, 2017, p. 499), *alguns aspectos predominantes na formação do TPB é como se fosse de uma criança que sofre abusos, negligência de cuidados e abandono dos pais em um ambiente que é extremamente hostil e ameaçador para ela: o mundo*. Essa ideia se aproxima dos conceitos de esquemas criado por Young. Um modo de esquema seria um padrão organizado de pensamentos, sentimentos e comportamentos, sendo composto por vários esquemas diferentes, onde o *borderline* transita de um para o outro repentinamente dando característica ao seu humor e comportamento instável.

Compreende-se que existem quatro modos de esquemas fundamentais no transtorno, sendo eles criança abandonada e abusada, criança zangada e impulsiva, pai punitivo e protetor desligado. O primeiro modo está relacionado aos sentimentos que permeiam o medo do abuso e do abandono vivenciado na infância. Crenças centrais mais comuns são os exemplos a seguir citados: as pessoas não são confiáveis as pessoas irão me abandonar quando eu me aproximar delas eu sempre vou sofrer as pessoas jamais se importarão comigo. *O borderline apresenta comportamentos semelhantes ao de uma criança zangada que busca incessantemente por apoio, mesmo sentindo medo pelo abandono* (YOUNG, *apud* ARNTZ, 2017, p. 500).

Sob a visão da psicanálise, Hegenberg (2003) aponta que o tema principal quando falamos de pacientes com transtorno de personalidade *borderline* é o medo da perda do objeto. O autor ainda menciona a evidência que o TPB vem ganhando

nas relações contemporâneas, já que o individualismo vem alcançando cada vez mais espaço na atualidade. A pessoa *borderline* determina qual a forma e o objeto que utilizará como fonte de apoio. Sentimentos de desamparo acontecem porque o *borderline* espera apoio absoluto do outro para a sua existência.

A neurose do paciente *borderline* se difere de todas as outras, sua organização está ligada diretamente com o conflito pré-édipo, ou seja, entre a relação primitiva criança-mãe, ligada às fases anais e orais, que carregam traços agressivos, diferenciando-se assim da neurose comum, que é constituída pela problemática triangular materno e paterno. (KERNBERG, et.al. 1991).

Segundo Campezattoa et. al. (2016) como característica do paciente *borderline* demonstra fragilidade do ego, identidade difusa, mecanismo de defesa primitivo e manutenção do princípio da realidade. Também apresenta elementos ambientais, como ter sofrido abusos ou negligências e como parte da sua etimologia inclui-se a falta de um apego seguro.

Figueiredo (2000), cita duas angústias que caracterizam o quadro *borderline*, sendo elas: a angústia de abandono, perda ou separação e à angústia de invasão ou destruição do objeto.

Hegenberg (2003) menciona que quando atendermos paciente com transtorno de personalidade *borderline* é necessária atenção, porque nem todos são iguais, cada paciente possui uma particularidade aparente.

## **Material e Método**

O presente artigo resultou de uma pesquisa de revisão de artigos científicos, a palavra *borderline* foi utilizada na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS e o Portal Index de Psicologia como palavra chave. Como critério de inclusão, foi delimitado o período de 2008 até 2018. Além disso, o artigo deveria conter a palavra "*borderline*" em seu título e retratar alguma forma de compreensão e tratamento do paciente *borderline*. Após a compilação do material selecionado que se enquadraram nesses critérios, foram utilizados 16 artigos.

## **Discussão**

Os estudos de Pastore; Lisboa (2015) apontam que o transtorno de personalidade *borderline* é constituído por um desarrancho emocional grave que afeta diversas campos da vida do paciente. Particularmente característicos do

transtorno como humor instável, ideação suicida, alteração de humor, automutilação, ansiedade e os ambientes estressores afetam o tratamento do *borderline*. O autor afirma que tentativas de suicídio anteriores é um influente indicador para que aconteça novas tentativas e também para a realização de fato do suicídio, causando preocupação e intensificando a importância do tratamento para paciente com TPB.

A partir da revisão realizada por Jordão e Ramires (2010) percebe-se que a questão dos vínculos afetivos é pouco discutida, carecendo de mais pesquisas. O que se tem sugerido, nesse ponto, é que a história familiar do paciente *borderline* é frequentemente marcada por situações de desamparo, fragilidades no suporte familiar, vivências de abusos das mais diversas ordens e dinâmicas familiares bastante instáveis, desorganizadas, em que predominam estilos de apego inseguro.

No que diz respeito ao diagnóstico, Rosa, Zatti e Baldissera (2015) aponta que é trabalhoso, e muitas vezes o profissional da saúde o confunde com outros distúrbios. Nesse contexto, Lopes (2017) compreende que é necessário considerar o histórico de vida da pessoa, bem como os aspectos socioculturais, destacando a importância de priorizar a singularidade de cada um. Matioli, Rovani e Noce (2014) compartilham da mesma ideia, pontuando que o paciente com TPB também é único e incomparável.

Segundo Nunes, et al. (2015) às pessoas com histórico de abusos na infância e impulsividade tem a maior probabilidade de serem diagnosticadas com *borderline*.

Os terapeutas têm como papel principal o comprometimento para com o paciente, utilizando-se da aliança terapêutica e a definição do contrato. A pessoa com transtorno de personalidade *borderline* tem padrões repetitivos e o terapeuta já conhecendo esses padrões pode aproveitar disso com maior relevância para a melhora desses comportamentos (CAMPEZATTO; SERRALTA; HABIGZANG; 2017).

O processo de psicoterapia tem como contribuição à diferenciação do real e o irreal, a prática de *insight*, proporcionando uma maior capacidade para que o paciente pense em suas emoções e sentimentos, sendo assim conseguindo elaborá-los. O autor evidencia que grande parte do processo é contribuição da contratransferência do terapeuta por parte dos sentimentos que são aparentes durante o tratamento. Além disso, o trabalho de supervisão constante do terapeuta

com outros especialistas na área colabora para o progresso do paciente. (COSTA; MILHEIRO, 2013).

Com relação ao tratamento de pacientes com *borderline* utilizando-se da psicoterapia dinâmica breve, Cunha e Azevedo (2001), apresentam que é possível atender pacientes dentro dessa abordagem. Em seus estudos os autores afirmam que obtiveram enormes alcances como a conscientização dos pacientes sobre seu transtorno e a necessidade do tratamento, o entendimento de aspectos importantes de sua vida. O diferencial dessa modalidade de atendimento está na formação de objetos terapêuticos que condiz com as reais necessidades e limites de cada *borderline*.

Marques; Barrocas; Rijo (2017) descreve que todas as abordagens interventivas são eficazes para o tratamento, mas destaca que, nas terapias com base cognitivo-comportamentais, a TCD (Terapia Comportamental Dialética) e a TFE (Terapia Focada em esquemas) foram as mais explanadas.

A TFP (Psicoterapia com foco na transferência) também é um modelo de intervenção, que trabalha com os mecanismos de defesa e relações objetais, e também foi verificada a sua eficácia. Em contrapartida, embora haja poucos estudos sobre intervenções terapêuticas para o transtorno, a TCD ainda se sobressai como abordagem mais eficaz para o TPB. (FINKLER; SHÄFER; WESNER; 2017).

Em relação aos impedimentos do processo de psicoterapia envolvendo pacientes *borderline*, Cunha; Vandenberghe (2016) revelam que as dificuldades encontradas no tratamento não devem ser tratadas como impedimento, mas sim, utilizadas como suporte, possibilitando que o tratamento seja mais profundo e benéfico ao paciente. A terapia comportamental dialética pode favorecer o terapeuta em situações mais complicadas, sendo possível que o terapeuta seja mais flexível.

De acordo com Tanesi et. al. (2007), existem fatores multicausais que interferem na adesão ao tratamento do sujeito com TPB, caracterizado por comportamentos manipulativos, impulsividade seguida de tentativas de suicídio com autolesão grave, tendo uma inclinação à regressão. O autor ainda destaca que a família tem grande influência sobre a adesão do tratamento. Alguns casos de abandono também estão relacionados a um confronto do paciente com a equipe que oferece os tratamentos.

Nesse aspecto, Menezes; Macedo; Viana (2014), compreendem que os fatores ambientais e as relações interpessoais podem colaborar para a evolução do transtorno. Acrescentam que os profissionais de saúde precisam estar aptos a lidar com esse público.

## **Conclusão**

Conclui-se a partir do transtorno de personalidade *borderline* é uma condição grave que acomete diversas pessoas, mais especificamente as que já vivenciaram conflitos, abusos, negligência de cuidados ou algum tipo de trauma na infância trazendo prejuízos para o paciente e seus familiares.

Os comportamentos de risco, impulsividade, manipulação, tendências ao suicídio são fatores que levam à dificuldade de adesão ao tratamento ou abandono do mesmo, levando mais tempo para a pessoa se estabilizar emocionalmente.

As formas de tratamento são diversas, envolvendo terapias e administração farmacológica. Ainda existem poucos estudos sobre intervenções, mas dentro dos estudos encontrados, pode-se citar o tratamento nas abordagens cognitivo-comportamental e psicanálise. Ambas são efetivas, porém as terapias com base cognitivo-comportamental demonstraram maior efetividade, segundo os estudos.

Além do tratamento farmacológico e psicológico, é de grande valia o contexto em que o paciente está inserido, podendo influenciar na eficácia ou não do seu tratamento. Além disso, a contratransferência (termo psicanalítico que se refere às manifestações do inconsciente do analista associada a transferência com os pacientes) por parte do terapeuta pode interferir, porém cabe ao terapeuta usar disso de maneira positiva, e para que isso aconteça é necessário utilizar-se de supervisão com outros terapeutas experientes nessa área.

As abordagens psicoterapêuticas apontadas no artigo são e foram eficazes no tratamento do TPB, como já foram apresentadas algumas das abordagens obtiveram grandes alcances, no entanto concluímos que o paciente *borderline* pode se apoiar na psicoterapia em que mais se identificar. O objetivo não foi apontar a melhor psicoterapia, porque como já sabemos cada paciente possui a sua singularidade e isso será fator determinante na escolha de como o terapeuta abordará a psicoterapia para cada sujeito, o intuito foi apresentar a necessidade de conscientização a todos,

pois a inclusão da pessoa *borderline* no processo psicoterapêutico só demonstrou ganhos como uma das formas de tratamento.

### Referências Bibliográficas

**AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARNTZ, Arnout. Transtorno da Personalidade Borderline, In: **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

CAMPEZZATTO, Paula Van M.; SERRALTA, Fernanda B., HABIGZANG, Luiza F. Fatores envolvidos na interrupção de uma psicoterapia psicanalítica com uma paciente borderline: Um estudo de caso sistemático. **Ciências Patológicas**, Montevideo, v. 11, n. 1, p. 7-17, dez. 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/jatsRepo/4595/459551482002/html/index.html>>. Acesso em: 17 de jun. 2018.

COSTA, Mônica; MOTA, Catarina P.; MILHEIRO, Cláudia. Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 19-33, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151636872013000300002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872013000300002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 jun. 2018.

CUNHA, Olívia R.; VANDENBERGHE, Luc. O relacionamento terapeuta-cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** Goiás, v. 18, n. 1, p. 72, 86. dez. 2016. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/833/461>>. Acesso em: 17 jun. 2018.

CUNHA, Paulo J.; AZEVEDO, Maria A.S. B. de. Um caso de transtorno de personalidade borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 5-11, Abr. 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01023772200100010003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01023772200100010003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 jun. 2018.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand A. Transtorno borderline: história e atualidade. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71. jun. 1999. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415)>. Acesso em: 17 jun. 2018.

EPPEL, Alan B. Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe. **Rev Psiquiatr**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 262-268, set/dez, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01018108200500030005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01018108200500030005)>. Acesso em: 17 jun. 2018.

FARIA, A. A., SAUAIA L, Transtorno de Personalidade Borderline e Violência, In: **Transtorno de Estresse Pós-traumático: Violência, Medo e Trauma no Brasil**, São Paulo: Ed Atheneu, 2011.

FINKLER, Débora C.; SCHÄFER, Julia L.; WESNER, Ana C.. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Rev. Bras.Ter. Comport-Cogn.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 274-292, dez. 2017. Disponível em:<<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1068>>. Acesso em 17 de jun. 2018.

HEGENBERG, M. **Borderline: Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

IRLE, Eva; LANGE, Claudia; SACHSSE, Ulrich. **Reduced size and abnormal Reduced size and abnormal asymmetry of parietal cortex in women with borderline personality disorder**. Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Göttingen, Göttingen, Alemanha. 2004. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S00063223\(04\)010674/pp](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S00063223(04)010674/pp)t>. Acesso em: 30 ago. 2010.

LINEHAN, Marsha. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. Nova Iorque: Guil-fordPress, 1993.

LOPES, Yan de J. **A Psicopatologia do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) e suas características diagnósticas**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1154.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2018.

MARQUES, Sofia; BARROCAS, Daniel; RIJO, Daniel. Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. **Acta. Med. Port.**, Portugal, v. 30, n. 4, p. 307-319, abr. 2017. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/46676>>. Acesso em 17 de jun. 2018.

MATIOLI, Matheus R.; ROVANI, Érica A.; NOCE, Mariana A. O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em

Psicanálise. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 50-57, 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S21770852014000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S21770852014000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 09 jun. 2018.

MENEZES, Catarina N.B.de; MACEDO, Brisa B. Dias; VIANA Cinthya K. S. A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 267-287, jul/dez. 2014. Disponível em <<http://periodicos.unifor.br/rh/article/view/4712/3769>>. Acesso em 17 de jun. 2018.

MINTO, Viviane de L. M. **Transtorno De Personalidade Borderline: Um olhar sob a perspectiva do desenvolvimento na Psicologia Analítica**. 2012. Monografia (Formação de Analistas) - Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA), São Paulo.

NUNES, Fábio L. 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=S180856872015000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872015000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 jun. 2018.

PASTORE, Edilson; LISBOA, Carolina. Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-159, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010356652015000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652015000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 jun. 2018.

ROSA, Bruno de P.; SANTOS, Manoel A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 268-282, jun 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jun. 2018.

ROSA, Elisio; ZATTI, Cassio A.; BALDISSERA, Rúbia. Personalidade borderline e as dificuldades de tratamento. **Rev. Uningá**. Maringá, v. 21, n. 1, p. 05-10 jan/mar, 2015. Disponível em: <[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101\\_120309.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150101_120309.pdf)>. Acesso em 17 jun. 2018.

TANESI, Patrícia H. V. et al. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 12, n. 1, p. 71-78, abr. 2007.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 jun. 2018.