



DIANA SABINO SAUER VALERIO

**ADOLESCÊNCIA, TRANSTORNO BORDERLINE E VÍNCULO
FAMILIAR**

**Sinop/MT
2021**

DIANA SABINO SAUER VALERIO

**ADOLESCÊNCIA, TRANSTORNO BORDERLINE E VÍNCULO
FAMILIAR**

Monografia apresentada à Banca Avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para aprovação na disciplina de Monografia II do 10º semestre de Psicologia e obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profª Esp. Cleoní Carmen Regauer

DIANA SABINO SAUER VALERIO

**ADOLESCÊNCIA, TRANSTORNO BORDERLINE E VÍNCULO
FAMILIAR**

Monografia apresentada à Banca Avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: ____ de _____ de 2021.

Cleoní Carmen Regauer
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Ana Paula Pereira Cesar
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus, por ser o essencial em minha vida, o autor de meu destino.

Dedico aos meus pais, e a meu esposo Rafael, que estiveram comigo durante toda minha caminhada neste curso, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por seus conselhos e esforços incontáveis para me ajudar a chegar ao final de mais uma jornada.

Ao meu esposo Rafael, por ter paciência e em todos os momentos me tratar com carinho, nunca me deixando sozinha em minha caminhada.

À Simoni Rezende que me auxiliou durante toda a escrita da monografia, sempre me dando conselhos, me mostrando os melhores caminhos.

Aos meus professores e orientadores, por sempre entregarem o seu melhor, contribuindo para um aprendizado único e maravilhoso.

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline – TPB, se caracteriza, essencialmente por seu padrão difuso e instável nas relações interpessoais, na autoimagem e uma impulsividade acentuada, assim como um medo profundo do abandono ou à sua mera menção. O presente estudo buscou o entendimento das características borderlines e a forma de manifestação no período da adolescência, considerada uma fase de mudanças físicas, cognitivas e emocionais que consolidam a estrutura da psique e que modela a forma final da personalidade. Portanto, o objetivo da pesquisa foi de descrever sobre o transtorno de personalidade borderline na adolescência, suas particularidades e como o tratamento psicoterapêutico atua em relação ao vínculo entre o adolescente e sua família. Para alcance do objetivo definido, foi necessário descrever as características do Transtorno de Personalidade Borderline, indicando as peculiaridades da adolescência, características da formação de vínculos para os adolescentes e compreensão de como se processa as formas de tratamento para o transtorno. A justificativa para abordar o tema em questão, baseou-se nos aspectos do transtorno que sugerem que tanto o adolescente quanto sua família, precisam adaptar-se, representando um desafio na relação familiar e no estabelecimento de vínculo terapêutico. Quanto ao problema de pesquisa, este estudo investigou as contribuições que tratamento psicológico pode fornecer aos adolescentes borderlines, relacionado à forma de lidar com seu transtorno e seus vínculos. A metodologia de pesquisa consistiu em uma revisão de literatura exploratória e qualitativa, com apresentação e discussão de estudos publicados entre os anos de 2010 a 2021. Como resultados, os estudos enfatizaram a melhoria da organização psíquica do adolescente borderline através do autoconhecimento e regulação emocional proporcionado pelo tratamento psicoterápico. De maneira geral, os estudos também destacaram a confiança, autonomia e produtividade dos pacientes, além de questões relacionadas à família e intervenções que reduzem sintomas como a impulsividade característica do TPB.

Palavras-chave: Adolescente. Transtorno da Personalidade Borderline. Vínculo Afetivo.

ABSTRACT

The Borderline Personality Disorder-BPD characterizes, essentially by its diffuse and unstable pattern in interpersonal relationships, in self-concept and an intensive impulsivity, just as a deep fear of abandonment or its mention. This work searched for the understanding about Borderline characteristics and how manifest itself throughout adolescence, considered a physical, cognitive and emotional phase that consolidates the psyche structure and shapes the final form of the personality. Therefore, the work aimed to describe Borderline Personality Disorder in adolescence, its particularities and how psychotherapy treatment performs in correlation between family and adolescents bond. To achieve the defined objective, it was necessary to describe the characteristics of Borderline Personality Disorder, pointing to the peculiarities of adolescence, characteristics about the bond formations of the adolescents and comprehension on how the treatment for the disorder is processed. The reason to approach the given topic was based on aspects of the disorder that suggest both the adolescent and their family need to adapt, representing a challenge in the family relationship and in the establishment of a therapeutic bond. About the work problem, this study looked into contributions that the psychological treatment can offer to teenagers with Borderline Personality Disorder. The research methodology consisted in a review of exploratory and qualitative literature, with presentation and discussions of studies published between 2010 to 2021. As a result, the studies emphasized the improvement of the psychological organization of the teenagers with Borderline Personality Disorder through self-knowledge and emotional adjustment provided by psychological treatment. Overall, the studies highlighted the patients' confidence, autonomy and productivity, in addition to family-related issues and interventions that lower symptoms such as the impulsiveness characteristics of BPD.

KEYWORDS: Adolescent. Borderline Personality Disorder. Affective bond.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultados do Tratamento Psicoterápico para o Adolescente Borderline	57
Quadro 2: Resultados de estudos de casos com redução de sintomas através de outras intervenções	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

OAS-M - Escala de Agressão Aberta Modificada

rTMS - Séries Prolongadas de Estimulação Magnética Transcraniana

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TPB - Transtorno da Personalidade Borderline

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização	11
1.2 Hipótese	11
1.3 Justificativa	11
1.4 Objetivos	12
1.4.1 Objetivo Geral	12
1.4.2 Objetivos Específicos	12
1.5 Procedimentos metodológicos	12
1.5.1 Tipo de Pesquisa.....	13
1.5.2 Método	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Saúde e Psicopatologia	15
2.1.1 Saúde	15
2.1.2 Saúde Mental.....	16
2.1.3 Psicopatologia	17
2.1.4 Transtornos Mentais	19
2.1.5 Transtornos de Personalidade.....	20
2.1.6 Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)	24
2.1.7 História da Conceitualização do TPB	24
2.1.8 Prevalência do TPB	27
2.1.9 Características do TPB	28
2.1.10 Critérios Diagnósticos	31
2.1.11 Comorbidades.....	32
2.1.12 Tratamento	33
2.2 Adolescência.....	35
2.2.1 Desenvolvimento Físico.....	36
2.2.2 Desenvolvimento Cognitivo.....	38
2.2.3 Desenvolvimento Psicossocial e Emocional	42
2.2.4 Adolescente Borderline	45
2.3 Teoria do Apego de Bowlby.....	48
3. DISCUSSÃO DE DADOS	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	63

1. INTRODUÇÃO

Por muito tempo, as informações sobre os transtornos mentais não eram claras e divulgadas na sociedade como atualmente. A denominação comum, para os transtornos mentais, era usualmente definida como “loucura”. No entanto, as práticas em saúde mental evoluíram, promovendo novos modelos de diagnósticos e de tratamentos.

Dentre os transtornos mentais, há um grupo classificado como Transtornos de Personalidade, que se apresentam como padrões persistentes de percepção, relacionamentos e pensamentos do indivíduo sobre o ambiente e sobre si mesmo. Esses padrões são considerados mal adaptativos e inflexíveis, causando sofrimentos e prejuízos significativos para o indivíduo.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por um padrão generalizado e persistente de instabilidade e impulsividade, e que há décadas, tem recebido muita atenção em pesquisas, que tentam entendê-lo e propor formas de enfrentamento. É um transtorno que é identificado no indivíduo por sua alta reatividade diante dos conflitos, relacionamentos e emoções instáveis, impulsividade e ataques de fúria crescentes que podem gerar prejuízos a si mesmo e aos outros. Embora o rótulo TPB, seja frequentemente utilizado nos ambientes clínicos, sua aplicação direta aos adolescentes ainda é pouco estudada.

O vínculo familiar desempenha um papel vital no desenvolvimento da saúde mental e/ou psicopatológica na infância e na adolescência. Relacionamentos, emocionalmente saudáveis, podem ser considerados como fatores de proteção. Portanto, a qualidade das relações interpessoais e seu comportamento emocional desempenham um papel importante na determinação da vulnerabilidade à psicopatologia e na promoção de resiliência e adaptação sociopsicológica. Por outro lado, vínculos inseguros, desorganizados e indiscriminados estão relacionados à sofrimento psicológico nos adolescentes, o que os expõe à vulnerabilidade emocional. Nessas situações, existe um adolescente que por um lado é muito ativo e que ao mesmo tempo, tem evidentes fragilidades na representação de si e dos outros.

As características borderlines conflitam com a tensão gerada pela fase da adolescência, visto que nesse período há grandes transformações físicas, cognitivas e emocionais. É difícil para o adolescente entender todas as mudanças desta etapa de transição para a vida adulta, manifestando, muitas vezes acessos de raiva intensa e descontrole emocional como mecanismo compensatório.

Assim, o presente trabalho buscará um melhor entendimento do Transtorno de Personalidade Borderline, seu curso, sintomas, prevalência e comorbidades. Visa também

entender o adolescente borderline em meio ao seu desenvolvimento, com a descoberta de sua personalidade, caracterização de seus vínculos familiares e formas de tratamento.

1.1 Problematização

O Transtorno de Personalidade Borderline se caracteriza por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais e de autoimagem, dessa forma, as pessoas que sofrem desse transtorno, possuem uma imagem alterada sobre vínculos afetivos, fazendo com que tenham vínculos instáveis e intensos ao mesmo tempo. Os adolescentes borderlines têm dificuldades para regular várias, se não, todas as emoções, logo, há uma necessidade de compreender seus sentimentos e vínculos.

O adolescente com Transtorno de Personalidade Borderline tem um grande bloqueio para lidar com seus sentimentos, pois tem dificuldades em formar vínculos e mantê-los. A família é a primeira a vivenciar de perto o transtorno, algo novo e de difícil compreensão. O momento de crise do adolescente com transtorno borderline, pode ser desencadeado por desentendimentos com seus familiares, causando desgaste nas relações afetivas.

Por não conseguir entender o funcionamento dos seus sentimentos em momentos de crise, o adolescente gasta sua energia na tentativa de solucionar os conflitos com seus familiares, desgastando-se, rapidamente, pois em uma discussão, o mesmo não vê a necessidade de manter o diálogo com seus pais ou muitas vezes, não sente interesse de preservar suas relações afetivas. Assim, questiona-se: quais contribuições o tratamento psicológico pode fornecer aos adolescentes borderlines, relacionado à forma de lidar com seu transtorno e seus vínculos?

1.2 Hipótese

Com o tratamento psicoterápico os adolescentes borderlines conseguem melhorar sua organização psíquica através do autoconhecimento e regulação emocional.

1.3 Justificativa

O presente estudo visa tornar mais amplo o conhecimento do Transtorno de Personalidade Borderline, fazendo com que a sociedade saiba como o transtorno se apresenta, entenda as particularidades e conheça os sentimentos que cercam essas pessoas.

Transtornos de personalidade, em geral, ocupam um lugar de destaque em pesquisas, devido à complexidade, heterogeneidade e formas de tratamento. Este estudo se apresenta como uma oportunidade de viabilizar o desenvolvimento e aprofundamento de novas pesquisas sobre

o tema. Também oportunizará um olhar voltado aos vínculos familiares do adolescente borderline, em que são perceptíveis, comportamentos repetitivos e conflituosos.

Este estudo é de grande importância para os adolescentes e suas famílias, pois possibilitará uma melhor compreensão do Transtorno de Personalidade Borderline, através da apresentação e explicação de suas características, tais como descontrole emocional, instabilidade afetiva, comportamentos repetitivos, frequentes e persistentes como a automutilação. Tais aspectos do transtorno, sugerem que tanto o adolescente quanto sua família precisam adaptar-se, representando um desafio na relação familiar e no estabelecimento de vínculo afetivo.

Esta pesquisa busca trazer os conhecimentos disponíveis na literatura sobre Transtorno de Personalidade Borderline, compreendendo a visão do adolescente sobre si mesmo e sua família. Assim, visa auxiliar aos psicólogos no manejo do tratamento psicoterapêutico adequado, com a identificação dos obstáculos afetivos do paciente, facilitando um melhor relacionamento terapêutico, para um bom prognóstico no tratamento.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Descrever sobre o transtorno de personalidade borderline na adolescência, suas particularidades e como o tratamento psicoterapêutico atua em relação ao vínculo entre o adolescente e sua família.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Apresentar as particularidades do adolescente com transtorno de personalidade borderline.
- Compreender como caracterizam-se os vínculos afetivos do adolescente borderline.
- Identificar as alternativas de tratamento psicológico do adolescente borderline.

1.5 Procedimentos metodológicos

A metodologia proposta nesta pesquisa, foi a de realizar uma revisão de literatura exploratória. Teve como finalidade reunir e resumir o conhecimento científico sobre o tema, com a proposta de investigar, sintetizar e buscar os resultados para responder ao problema de pesquisa, como os adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline lidam com o transtorno e as formas de abordagem de tratamento psicoterápico.

1.5.1 Tipo de Pesquisa

Gil (2010) apresenta as qualificações das pesquisas científicas e no aspecto de sua natureza, se caracterizou como básica, com a reunião de estudos, com propósito de contribuir para o avanço da ciência e gerar novos conhecimentos, sem aplicação prática prevista. As informações que foram reunidas nesta pesquisa, se relacionaram as características do Transtorno da Personalidade Borderline manifestadas no período da adolescência.

Quanto a forma de abordagem do problema de pesquisa, foi classificada como qualitativa, que Gil (2010, p. 20) “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. Diante disto, apresentaram-se conhecimentos disponíveis na literatura sobre Transtorno de Personalidade Borderline, compreendendo a visão do adolescente sobre si mesmo e sua família, apresentando as formas de vínculos, segundo a Teoria do Apego de Bowlby, para melhor compreensão de como o tratamento pode auxiliar através de intervenções específicas.

Em relação aos fins ou objetivos da pesquisa, se classificou como exploratória, a qual, de acordo com Zanella (2013), visa proporcionar maior familiaridade com o tema pesquisado, e neste sentido, a finalidade foi a de coletar informações sobre os aspectos da adolescência relacionadas ao transtorno borderline e as formas de tratamento psicoterapêutico que podem auxiliar para a formação de vínculos afetivos com seus familiares e controle de sintomas como a impulsividade.

Assim, a organização desta pesquisa com vistas ao seu procedimento metodológico, foi uma revisão bibliográfica, ou seja, foram realizadas sínteses de pesquisas já publicadas com o tema (GIL, 2010). Portanto, a sistematização do conhecimento neste estudo foi relacionada, primeiramente pela construção do capítulo de revisão de literatura, que apresentou as conceitualizações essenciais para discussão dos resultados selecionados, que consistiu em uma seleção de artigos sobre o adolescente com transtorno borderline e resultados de tratamento.

1.5.2 Método

O levantamento de estudos científicos para discussão teve como base, a formulação do problema de pesquisa, ou seja, buscou as contribuições que o tratamento psicológico pode fornecer aos adolescentes borderlines, relacionado à forma de lidar com seu transtorno e seus vínculos. Portanto, foram realizadas pesquisas nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil) e Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC).

A coleta de literatura sobre o problema de pesquisa obedeceu aos critérios de inclusão, tais como: estudos que retratam o tema do transtorno borderline na adolescência, publicados entre os anos de 2010 e 2021. Ressalta-se, que a coleta de dados foi realizada de forma exaustiva para a seleção dos materiais de amostra para análise.

Após a seleção dos estudos, informações específicas foram coletadas de artigos, enfatizando o destacado por Figueiredo Filho et al. (2014), que cada estudo é um caso/observação.

A apresentação da discussão de dados e síntese dos resultados dos estudos foram realizados com o objetivo de investigar o atual status do conhecimento em relação ao problema desta pesquisa e indicar as prováveis limitações das pesquisas já realizadas sobre o tema.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Uma das etapas mais importantes de pesquisa é a revisão de literatura. Refere-se à fundamentação teórica abordada para tratar o tema e o problema de pesquisa. Por meio da análise de literatura publicada a fim de traçar um quadro teórico para à estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. Neste sentido está dividido em três subtópicos principais que visam discutir conceitos fundamentais para os objetivos propostos neste trabalho.

Os assuntos neste capítulo abordam sobre saúde e psicopatologia, incluindo os transtornos de personalidade com ênfase na caracterização do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB), aspectos da adolescência e a Teoria do apego de Bowlby, que explica os tipos de apego e a tendência do borderline a ter o apego do tipo inseguro.

2.1 Saúde e Psicopatologia

A psicopatologia constitui o objeto da intervenção em saúde mental. Assim, a redefinição do campo da psicopatologia, envolvendo saberes, práticas e políticas públicas em saúde mental, impacta para além do âmbito da atividade clínica, mas gera alteração nas relações sociais e a forma como as pessoas se cuidam (BRASIL, 2015). Esse tópico divide-se nas explicações sobre os campos da saúde, saúde mental, psicopatologia, transtornos mentais, transtornos da personalidade e Transtorno da Personalidade Borderline, incluindo a história da conceitualização, prevalência, diagnóstico, comorbidades e tratamento.

2.1.1 Saúde

Não existe uma definição específica para o conceito saúde, porém, por muitos anos, acreditava-se que a ausência de doença era seu pleno significado, portanto, considerava-se saudável o indivíduo apto para praticar suas atividades cotidianas e que também possuía pensamentos coerentes. Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946 *apud* BRASIL, 2020) definiu saúde, como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

A qualidade de vida está intimamente unida ao bem-estar e saúde. Sua definição compreende a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição de vida, dentro de contextos dos sistemas de cultura e valores, nos quais, está inserido, ainda se traduz pela satisfação pessoal com sua vida cotidiana. Portanto, percebe-se que é necessário que o indivíduo tenha uma boa

qualidade de vida para também alcançar uma boa saúde, pois gozar do melhor estado de saúde é possível e trata-se de um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de cor, raça, credo ou condição socioeconômica (OMS, 1946, *apud* ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A dimensão básica para obtenção da qualidade de vida está em cuidados primários com a saúde física, que incluem um corpo em bom funcionamento, sem doenças e o mais importante, ativo. O corpo que se movimenta possui uma estrutura biológica resistente que possibilita uma melhor convivência em sociedade (PEREZ, 2018). Portanto, manter um corpo saudável requer uma rotina de exercícios físicos, boa alimentação, sono e consumo de água adequados.

Um dos aspectos mais importantes para a manutenção da saúde é a alimentação saudável. Trata-se de uma necessidade básica de todo ser vivo, logo, se alimentar de forma saudável é essencial, como reforçado por Pimentel e Bittencourt (2018, p. 103) “nós somos o que comemos, nosso corpo é fruto dos nutrientes que conseguimos digerir”, assim, os autores reforçam a importância que uma dieta equilibrada e saudável tem para uma boa saúde pessoal, pois a comida ingerida influencia, diretamente no desenvolvimento do indivíduo e na prevenção de inúmeras doenças.

Outra dimensão do conceito de saúde, engloba o termo saúde social, caracterizado pela capacidade do indivíduo em interagir com os outros, prosperando nos ambientes nos quais se insere. A boa convivência social, assim como a disseminação de comportamentos sociais favorecem o bem-estar individual e coletivo e são importantes para a manutenção da saúde integral dos indivíduos, logo, os modos de relacionamentos devem ser pautados no equilíbrio (LIMA; ANDRADE, 2020).

2.1.2 Saúde Mental

Saúde mental é uma área complexa e vasta de conhecimento, importante assinalar que são poucos os campos dentro da área da saúde, que são tão complexos, plurais e interseccionais quanto essa área. Não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, mas pode ser exercida por vários profissionais. Assim, ela não se restringe somente à psicopatologia ou semiologia, ou seja, não pode ser reduzida somente ao estudo e tratamento de doenças, portanto uma complexa rede de saberes se cruza com a saúde mental e estão além da Psiquiatria, Psicologia, Neurologia, Psicanálise, Filosofia, Antropologia, Fisiologia, com seu conceito muito além (AMARANTE, 2007).

Na visão de Amarante (2017), o campo da saúde mental vem favorecendo o início de novos pensamentos, fora dos pré-conceitos já formados, não mais focados no paradigma da verdade ou mentira, mas sim em termos de complexidade e de transversalidade de saberes. Pode-se observar que a saúde mental é um campo polissêmico e plural, na medida que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades.

Até pouco tempo atrás, trabalhar na área da saúde mental significava trabalhar em manicômios, hospícios e emergências de crises psiquiátricas ou trabalhar com “loucos” agressivos em ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação (AMARANTE, 2007). No passado, os hospitais psiquiátricos foram criados com a finalidade de sanear as cidades, excluindo as pessoas que não eram capazes de participar do processo capitalista, assim, os médicos classificavam os chamados “loucos” como sujeitos da razão, promovendo um enquadramento dessas pessoas a um padrão socialmente aceito (PEREIRA; VIANNA, 2009).

A Revolução Francesa foi o palco de grandes mudanças econômicas, sociais e políticas, mas também grandes mudanças no âmbito hospitalar e no campo da saúde mental. Com a revolução, uma nova forma de ver os hospitais ficou evidente, se antes eram locais de cárcere para pessoas que não se enquadravam dentro dos padrões da sociedade, se tornou um lugar de igualdade, onde todos poderiam e deveriam ser tratados de forma humanizada e sem nenhum preconceito. Assim surgiu também a reforma psiquiátrica, que a cada dia, vem se estruturando e desafiando novas possibilidades de atuação, gerando novos saberes e fazeres, que não consideravam somente o sofrimento, mas também a possibilidade de criar vida através de estímulos (VELÔSO, EULÁLIO, 2016).

Ao final do século XVIII, os ideólogos buscavam uma base verdadeira para os fenômenos da realidade e foi a partir desse momento que surgiu a teoria do conhecimento de Locke, citada por Amarante (2007), segundo ele, as ideias se constituíam a partir de experiências empíricas, em que todo o conhecimento humano teria sua origem na sensação, a partir da qual seriam criadas as ideias das mais simples às mais abstratas. O mesmo autor, ainda cita Philippe Pinel, o médico conhecido como o pai da psiquiatria, o precursor do alienismo, mais tarde conhecido como transtornos mentais, participando ativamente da Revolução Francesa e apoiando as mudanças dentro da Psiquiatria.

2.1.3 Psicopatologia

O domínio da psicopatologia inclui um número de fenômenos humanos especiais, denominados doenças mentais, que são vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam uma particularidade e dimensão psicológica própria. Para Campbell (1986,

apud DALGALLARONDO, 2008), a psicopatologia é um ramo da ciência que estuda a natureza essencial da doença mental, suas causas, mudanças estruturais e funcionais advindas das doenças mentais e suas diversas formas de manifestação. De forma mais ampla, pode ser definida também, como conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental humano, conhecimento sistemático e desmistificante, vista como uma ciência autônoma e não um prolongamento da Neurologia ou da Psicologia (PEROSSE, 2019).

O profissional da área não julga, moralmente o ser humano à sua frente, apenas busca identificar, observar e compreender os elementos da doença, rejeitando qualquer tipo de dogma religioso, filosófico, psicológico ou biológico, buscando um conhecimento acerca das revisões, críticas e reformulações sobre o estado que se encontra a doença mental em questão. Assim, a psicopatologia tem uma parte de suas raízes na tradição médica, propiciando uma observação prolongada e cuidadosa de grande parte das doenças mentais, de acordo com outras vertentes que se nutrem da tradição humanística, ou seja, da Filosofia, Literatura, Psicanálise, entre outras (DALGALLARODO, 2008).

Karl Jaspers (1883-1969, *apud* CORREA, 2011) um dos principais autores da psicopatologia, afirma que é uma ciência básica, que auxilia a Psiquiatria, que por sua vez é um conhecimento aplicado à uma prática profissional. Assim, em relação aos limites da psicopatologia, que consiste em nunca reduzir por completo o ser humano a conceitos psicopatológicos, Dalgallarrongo (2008, p. 28) especifica que “o domínio da psicopatologia se estende a todo fenômeno psíquico que se apreenda em conceitos de significação constantes com a possibilidade de comunicação”, exigindo um pensamento rigoroso, sistemático e que seja comunicado de forma inequívoca.

Portanto, não se pode compreender tudo que existe em um homem só por conceitos psicopatológicos, pois sempre resta algo que transcende a psicopatologia e mesmo a ciência, permanecendo um mistério. A semiologia se torna uma grande aliada para a ciência, pois é a ciência dos signos, um campo de grande importância para o estudo da linguagem, música, artes em geral e todos os campos de conhecimento e atividades humanas, que incluem interação e comunicação. A Semiologia na Psicologia se refere ao estudo dos sinais e sintomas dos transtornos mentais (DALGALLARONDO, 2008).

Ainda segundo Dalgallarondo (2008), há dois aspectos básicos que merecem enfoque em se tratando de sintomas psicopatológicos, a forma dos sintomas, sua estrutura básica, semelhante em diversos pacientes e seu conteúdo, que é aquilo que preenche a alteração estrutural de cada pessoa. O conteúdo é mais pessoal e depende da história do paciente e

personalidade, enquanto a forma dos sintomas é geral a todos os pacientes que se enquadram em determinado transtorno.

O estudo da doença mental se iniciou pela observação cuidadosa das suas manifestações, se articulando de forma dialética com a ordenação dos fenômenos, significando que para se observar alguém, é preciso também produzir, definir, classificar e interpretar o observado em determinada perspectiva. O problema da classificação está ligado à definição do conhecimento, pois, segundo Aristóteles, definir e afirmar que o fenômeno definido se assemelha do que é aparentado é ao mesmo tempo identificar do que ele se diferencia (DALGALLARONDO, 2008).

2.1.4 Transtornos Mentais

Candido et al. (2012) discutem que durante muito tempo, pouco se conhecia sobre transtornos mentais, por muitas vezes, não possuem sintomas claros e bem definidos e eram, facilmente, confundidos e denominados como “loucura”. Diversas denominações surgiram para esses fenômenos em questão, fazendo com que o termo “loucura” recebesse sentidos e usos diferentes com o passar dos anos. Conseqüentemente, junto com as mudanças de denominações, surgiram também, as mudanças nas práticas de cuidado com saúde mental em locais como asilos e hospitais e, mais tarde, hospício ou manicômio.

Os transtornos mentais são silenciosos e podem se apresentar em diversos momentos da vida do indivíduo, afetando, principalmente o âmbito psicológico. São caracterizados como disfunções da atividade cerebral, afetando o humor, raciocínio e comportamentos. Segundo Barros, Chagas e Dias (2007), o comportamento é um parâmetro fundamental para a classificação da pessoa com transtorno mental, partindo do pressuposto de existir comportamento “normal”, usado pela maioria das pessoas e um “anormal” para pessoas desviantes do padrão.

Portanto, os transtornos mentais prejudicam o funcionamento do indivíduo, nos âmbitos familiar, social e pessoal, alterando assim os pensamentos, emoções, a compreensão de si, a sua autocrítica e a não tolerância à problemas (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017). Porém, é necessário se atentar ao período em que essas alterações são visíveis, pois, se tratando de transtorno mental, é necessário que o sujeito apresente os sintomas por um longo período e não somente em momentos que fogem à sua rotina. Nesse sentido, os transtornos de personalidade, representam padrões de pensamento, percepção, reação e relacionamentos persistentes e estáveis, discutido seguidamente.

Segundo o DSM-5, os transtornos mentais caracterizam-se por uma síndrome de perturbação, clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento. Estão frequentemente associados ao sofrimento ou incapacidade significativa que afetam as atividades sociais, profissionais ou qualquer outra atividade considerada importante para o sujeito. Desvios sociais de comportamentos e conflitos referentes ao indivíduo e a sociedade não são considerados transtornos mentais. O diagnóstico deve ser de utilidade clínica, pois deve ajudar aos profissionais na determinação de um prognóstico e plano de tratamento. Todavia, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento, é uma decisão clínica complexa advinda da gravidade dos sintomas e a sua importância (APA, 2014).

2.1.5 Transtornos de Personalidade

Feist, Feist e Roberts (2015) definem a personalidade como um padrão de traços relativamente permanentes, com características únicas, que dão consistência e individualidade ao comportamento de cada indivíduo, tendo assim, a possibilidade de diferenciar-se, mostrando as particularidades de cada um. A personalidade apresenta características marcantes para cada pessoa, a força que ajuda a determinar o foco, podendo ser classificada também pelas atitudes, pela autoestima e o juízo que o sujeito tem de si mesmo.

Os transtornos mentais são alterações do funcionamento mental, existem grupos separados por traços e caracterizações de sintomas, dentre eles, há a classificação dos Transtornos de Personalidade, que segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), consistem em padrões persistentes de percepção, de relacionamento e de pensamento do indivíduo, sobre o ambiente e sobre si mesmo e que são exibidos em uma ampla gama de contextos sociais e pessoais. Esses traços são considerados transtornos, quando são inflexíveis e mal adaptativos, causando sofrimento e prejuízos significativos. Um aspecto essencial, de um transtorno da personalidade, é um padrão persistente de experiência interna e comportamental que se desvia, acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo (APA, 2014).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10 (OMS, 1993), as características de um Transtorno da Personalidade, geralmente se tornam reconhecíveis, durante a adolescência ou começo da idade adulta, devendo ser diagnosticado quando as especificidades definidoras aparecerem antes da vida adulta, um padrão persistente

e estável ao longo do tempo, no modo de pensar, sentir e se comportar. Alguns transtornos apresentam remissão com o passar do tempo, outros não.

Isto posto, será apresentada, resumidamente a caracterização dos transtornos de personalidade, segundo o DSM-V e CID-10, os mesmos são classificados em três grupos, Grupo A: Paranoide, Esquizoide e Esquizotípico; Grupo B: Antissocial, Borderline, Histriônico e Narcisista; Grupo C: Esquivo, Dependente e Obsessivo-compulsivo.

Transtorno de Personalidade Paranoide

A característica principal do Transtorno de Personalidade Paranoide é a desconfiança. São pessoas que suspeitam de todas as ações dirigidas a elas, e por conta disso, suas motivações podem ser interpretadas como maléficas. Não conseguem tornar-se íntimos de outras pessoas, pois temem que suas informações sejam vazadas à terceiros, se recusam a responder perguntas pessoais, e guardam rancores persistentes, não se dispendo a perdoar insultos ou injúrias. O transtorno pode aparecer pela primeira vez na infância ou na adolescência, por meio de relacionamentos conturbados, ansiedade social, solidão, hipersensibilidade, linguagem e pensamentos peculiares, parecendo crianças estranhas ou excêntricas. São pessoas que carecem de confiança, apresentando uma excessiva autossuficiência e um forte senso de autonomia (APA, 2014; DALGALARRONDO, 2008).

Transtorno de Personalidade Esquizoide

No Transtorno de Personalidade Esquizoide, a capacidade de se comunicar com outras pessoas é muito restrita. Em pessoas com histórico familiar de esquizofrenia ou Transtorno de Personalidade Esquizotípica, o Transtorno de Personalidade Esquizoide pode ser mais comum. Ser cuidado por pessoas, emocionalmente insensíveis, negligentes e distantes, durante a infância, pode levar à etiologia desse transtorno da personalidade e fazer as crianças sentirem que os relacionamentos interpessoais são inúteis. Pessoas com transtorno de personalidade esquizoide não demonstram vontade de manter relacionamentos próximos com outras pessoas (incluindo parentes próximos, exceto de 1º grau). Eles não têm amigos íntimos ou amigos confidenciais. Raramente namoram e muitas vezes, não se casam. Gostam de ficar sozinhos e escolhem atividades e passatempos que não requeiram interação com outras pessoas. Também parecem obter menos prazer da experiência sensorial e física (APA, 2014).

Transtorno de Personalidade Esquizotípica

Pessoas com Transtorno de Personalidade Esquizotípica são desconfiadas e inferem que os outros tentam interferir em suas vidas. Possuem um padrão invasivo de déficits sociais e interpessoais, tem reduzida capacidade de manter relacionamentos íntimos, assim como distorções cognitivas e comportamento excêntrico (OMS, 1993). Só interagem com outros,

quando necessário e sua ansiedade social não cede com facilidade, mesmo quando já está familiarizado com a situação. Esse transtorno fica aparente pela primeira vez na infância e adolescência, perceptível através da solidão, falta de relacionamento e baixo rendimento escolar. Segundo o DSM-V, são pessoas que costumam ser indiferentes à aprovação ou crítica, não se importando com o pensamento de outros. Tem um padrão difuso de distanciamento de relações e uma faixa restrita de emoções, não possuem desejos de ter intimidade e são indiferentes às oportunidades de relações pessoais (APA, 2014).

Transtorno de Personalidade Antissocial

Falsidade, manipulação, indiferença e violação dos direitos de outros são características do Transtorno de Personalidade Antissocial, segundo Dalgalarro (2008), são pessoas que demonstram total descaso pela lei e pelos outros, são impulsivos, tomam decisões no calor do momento, sem análise da situação, tem total desrespeito aos desejos, direitos e sentimentos de outras pessoas, não tem êxito em se encaixar às normas sociais, por conseguinte, são facilmente irritáveis e agressivos, podendo se envolver em lutas corporais com rapidez. Seu diagnóstico só pode ser feito após os 18 anos, podendo se tornar menos evidente ou apresentar remissão, conforme o envelhecimento, sua personalidade caracteriza pela falta de empatia, são insensíveis, cínicos e desdenhosos aos sentimentos alheios (APA, 2014).

Transtorno de Personalidade Borderline

O Transtorno de Personalidade Borderline afeta a maneira como a pessoa pensa e sente sobre si mesma e os outros, podendo causar problemas em sua vida cotidiana, social e profissional. Esses problemas incluem a dificuldade de controlar emoções, autoimagem distorcida e relacionamentos instáveis. As causas desse transtorno ainda não são compreendidas em sua totalidade, mas podem ter origem genética, podendo ser hereditário ou ligado a outros transtornos mentais presentes na família. Também pode relacionar-se às anormalidades cerebrais, como mudanças em certas áreas do cérebro, envolvidas na regulação das emoções, impulsividade e agressividade, além do neurotransmissor serotonina que pode não funcionar adequadamente. O transtorno pode ser evidenciado por fatores ambientais, como ocorrência de abuso, abandono ou qualquer outra adversidade na infância, como exposição a relacionamentos instáveis, invalidantes e conflituosos (APA, 2014).

Transtorno de Personalidade Histriônico

Auto dramatização, teatralidade e expressão exagerada das emoções fazem parte do Transtorno de Personalidade Histriônico. Indivíduos com esse transtorno se sentem desconfortáveis quando não estão no centro das atenções, são cheios de vida e dramáticos, buscando atenção para si, inicialmente fazendo novas amizades devido ao seu entusiasmo. Sua

emoção é excessiva e difusa, seu comportamento sempre busca atenção (APA, 2014). Usam, constantemente sua aparência física para chamar atenção, em geral, muito provocativos e sedutores de forma inadequada. Em seus relacionamentos tem grandes dificuldades em alcançar uma intimidade emocional, na maioria das vezes, são manipuladores, têm poucas amizades do mesmo sexo, por sentir ameaça (DALGALARRONDO, 2008).

Transtorno de Personalidade Narcisista

Uma pessoa com Transtorno de Personalidade Narcisista acredita ser superior, especial ou única e espera reconhecimento por isso. Necessidade de admiração, senso de grandiosidade e total falta de empatia, são características desse transtorno, frequentemente parecendo presunçosos e arrogantes, preocupam-se, constantemente com fantasias de sucesso ilimitado, poder, inteligência, beleza e amor ideal (OMS, 1993). Ao mesmo tempo em que se colocam no topo, são pessoas sensíveis com autoestima baixa, se tornando muito sensíveis às mágoas e críticas. Pessoas com esse transtorno, tem dificuldades de adaptação ao surgimento de limitações físicas e profissionais devido ao processo de envelhecimento.

Transtorno de Personalidade Esquivo

No Transtorno de Personalidade Esquivo há um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, pessoas com esse transtorno evitam atividades profissionais, não participam de atividades em grupo, uma intimidade interpessoal difícil. Ficam extremamente magoados com críticas e só aceitam novas amizades após a certeza de que não serão avaliados. O comportamento esquivo se inicia na infância, através da timidez, isolamento, medo de estranhos e situações novas, o transtorno pode tornar-se menos manifesto ou remisso com o passar dos anos (OMS, 1993).

Transtorno de Personalidade Dependente

O Transtorno de Personalidade Dependente caracteriza-se pela necessidade invasiva e excessiva de ser cuidado, levando a um comportamento submisso. Esses comportamentos visam obter atenção e cuidados, fazendo com que surja uma percepção de incapacidade na pessoa (OMS, 1993). Dalgalarrondo (2008) apresenta outras características do transtorno, tais como dificuldade de tomar decisões, passividade, insegurança, pessimismo, pensamentos de incapacidade sobre si mesmo, de forma que preferem que outra pessoa assuma as responsabilidades, menosprezando suas capacidades. O seu diagnóstico deve ser feito com muita cautela e somente na idade adulta, pois enquanto crianças e adolescentes há comportamentos dependentes, essenciais para o desenvolvimento.

Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsivo

Para o transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, existe uma preocupação com a ordem, o perfeccionismo e o controle mental e interpessoal. Pessoas com esse transtorno, buscam manter uma sensação de controle, através de regras e atenção cuidadosa a pequenos detalhes, listas e cronogramas. Demonstrem dedicação excessiva ao trabalho e a produtividade, excluindo momentos de descanso e lazer, a menos que nesses momentos, exista algum trabalho que não desperdicem seu tempo. São incapazes de se desprender de objetos usados e extremamente teimosos, não aceitam ceder a nada em nenhuma circunstância. A tomada de decisões pode ser difícil para as pessoas com esse transtorno, ainda mais, quando as regras e procedimentos não trazem respostas esperadas, dificuldade também, em decidir tarefas e dar prioridade a elas ou a melhor maneira de executá-las, podendo nunca de fato iniciá-las (APA, 2014).

2.1.6 Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

A palavra Borderline significa “fronteira”, referindo-se a uma linha que compõe uma margem, podendo ser uma faixa que limita ou circunda alguma coisa, logo, é um estado da personalidade que, segundo Silva (2018), encontra-se na fronteira entre a neurose e a psicose. Portanto, o significado do termo indica que o funcionamento Borderline tem relação estreita com o substantivo limite, assinalando que os indivíduos com o Transtorno de Personalidade Borderline vivem, literalmente nos limites de sua psique.

Uma grande controvérsia foi a utilização da palavra Borderline, pois, inicialmente foi utilizada por Adolf Ster em 1938, descrevendo pacientes que não melhoravam com o tratamento clássico e não se encaixavam nas categorias “neuróticas” e “psicóticas” da época (LINEHAN, 2010). Por muitos anos, esse termo foi utilizado para descrever pacientes que não se encaixavam nas outras categorias diagnósticas e somente com o passar dos anos, com a evolução da Psicologia, a palavra Borderline foi utilizada para se referir à uma organização de personalidade.

2.1.7 História da Conceitualização do TPB

Adolf Ster apresentou algumas características do transtorno, como sua relação com o narcisismo, pelo fato de ter uma idealização e desvalorização intensa em relação às pessoas importantes de sua vida. Outros aspectos descritos pelo autor são: há um “sangramento psíquico”, uma paralisia ante às crises; excessiva hipersensibilidade, com reações exageradas a leves críticas; rigidez psíquica e corporal demasiada, de fácil percepção a um observador; reação terapêutica negativa, com certas impressões sobre o analista, podendo ser

desencorajadoras; há um sentimento de inferioridade com apresentação de melancolia ou uma personalidade infantil; masoquismo frequente, insegurança orgânica, causada por uma incapacidade de tolerar muito estresse; mecanismos projetivos com uma forte tendência a externalizar e; por fim, tem dificuldades no teste da realidade, possuem pouca empatia pelos outros (LINEHAN, 2010).

Sob outra óptica, Dalgarrondo e Vilela (1999) descrevem que Deutsch, em 1942 referiu-se ao Transtorno de Personalidade Borderline como a “personalidade e se”, representando pessoas que apresentavam uma personalidade que, por trás de uma adequação aos relacionamentos sociais do dia-a-dia, exibiam um grave distúrbio nos relacionamentos interpessoais. Assim, Linehan (2010) destaca que Deutsch apresentou alguns pontos da personalidade borderline, tais como: uma despersonalização que não é alheia ao ego; tem identificações narcisistas com os outros, que não são assimilados pelo *self*; um apego rígido a realidade; possuem uma pobreza nas relações de objeto, com tendência de adotar as qualidades de outras pessoas; mascaram toda a agressividade com a passividade; dispõem de um vazio interno, tentam remediar apegando-se aos grupos, não importando os princípios dos mesmos.

Schmideberg em 1947, enfatizou uma grande instabilidade dos pacientes borderlines, ressaltando a falta de sentimentos advinda desses pacientes. Schmideberg também se atentou há algumas características, a incapacidade de tolerar rotina; tendência a quebrar regras; facilmente se atrasam a compromissos e tendem a não honrar pagamentos; são incapazes de reassociar durante as sessões; possuem pouca motivação para tratamento; não desenvolvem um *insight*; costumam levar uma vida caótica, sempre há algo de ruim acontecendo; envolvem-se em atos criminosos e; por fim, não conseguem estabelecer contato emocional com facilidade (LINEHAN, 2010).

Outra descrição do transtorno foi relatada por Rado em 1956 e de acordo com Linehan (2010), apresenta o Transtorno de Personalidade Borderline como um “transtorno extrativo” no qual, os indivíduos possuem uma impaciência e intolerância à frustração, ataques de raiva, contam uma irresponsabilidade acerca de todos os aspectos sociais e interpessoais, uma excitabilidade exacerbada, parasitismo se beneficiando de outras pessoas, podendo aderir às características das mesmas, dispõem de hedonismo, sempre buscando evitar o desprazer, detêm também de surtos de depressão e estão sempre famintos por afeto, buscando de todas as maneiras estar próximos às pessoas com as quais, idealizam relacionamentos perfeitos.

Esser e Lesser em 1965 caracterizaram o transtorno de Personalidade Borderline como um “transtorno histeróide”, as características mais marcantes são a irresponsabilidade, mediante seus atos, um histórico ocupacional errado, em que sempre estão buscando novas

oportunidades, sempre envolvidos em relacionamentos insatisfatórios, que nunca duram por não conseguirem se aprofundar, dispõem de um histórico de problemas emocionais e padrões de hábitos controversos, logo tem uma sexualidade desequilibrada, que muitas vezes combinam a frigeidez e a promiscuidade (LINEHAN, 2010).

Grinkler, Werble e Drye, em 1968, de acordo com Linehan (2010) e Dalgarrondo e Vilela (1999), descreveram algumas características principais do Transtorno de Personalidade Borderline, raiva como principal e único afeto; deficiência em relações afetivas; ausência de uma identidade pessoal e depressão como característica de vida. Após explanados os sintomas principais, os separaram em quatro subtipos de acordo com cada sintoma e comportamento, o primeiro, o Subtipo I: O Border Psicótico caracterizado pelo seu comportamento desadaptativo; deficiência de identidade pessoal e senso de realidade; um comportamento negativo com expressão de raiva e por fim, a depressão. No Subtipo II: A Síndrome Borderline, as peculiaridades deste grupo compreendem o envolvimento vacilante com outras pessoas; sua atuação de raiva; a depressão e a identidade pessoal incongruente. Para o Subtipo III: O “e se” adaptativo, sem afeto e defensivo, contêm os comportamentos adaptativos; as reações complementares; falta de espontaneidade, demonstrando pouco afeto e as defesas de distanciamento. No Subtipo IV: O Border com Neuroses apresenta a depressão analítica; a ansiedade e uma semelhança com o caráter neurótico e narcisista.

Portanto, o conceito Borderline é novo dentro do campo da Psicologia, apresentado pela primeira vez no DSM III em 1980, porém seus sintomas foram percebidos em pacientes muito antes de ser reconhecido como transtorno, assim inicialmente foram propostas quatro abordagens e definições diferentes (LINEHAN, 2010; CUNHA; AZEVEDO, 2001).

A primeira abordagem foi a de Adolf Stern em 1938, observou-se que os pacientes Borderlines não se encaixavam nos padrões da época, foram chamados de pacientes portadores de um “grupo Borderline de neuroses” por fugirem do *continuum* da época que era definido desde o “normal” ao “neurótico” ou “psicótico”, estes últimos pacientes, considerados com problemas sérios de funcionamento psíquico. Com o passar do tempo o termo Borderline evoluiu, se referindo a uma forma de organização da personalidade (LINEHAN, 2010).

A segunda abordagem, vem de Gunderson em 1984, resumindo fenômenos relativamente distintos que são responsáveis pela organização do transtorno. Dessa forma, ao longo do tempo certos pacientes apresentavam características que se encaixavam no esperado, assim, apresentavam estilos de pensamentos disfuncionais durante o tratamento. Enquanto outros exibiam uma tendência a se sair mal nos tratamentos, precisando de hospitalização, interrompendo a análise. Alguns pacientes manifestavam deterioração do ponto de vista

comportamental, em programas de tratamentos hospitalares e por fim, esses pacientes causavam danos na equipe de apoio, deixando-os com sentimento de impotência e raiva, por não conseguirem lidar com eles. Gunderson também deixou claro que o transtorno representa um conjunto de síndromes clínicas, cada uma, com sua própria etiologia, curso e prognóstico (LINEHAN, 2010).

A terceira abordagem foi descrita por Chatham em 1985 como “ecletico-descritiva”, que se baseia na definição do Borderline por uso de critérios diagnósticos. As características definitórias foram obtidas por meio de consenso, com o desenvolvimento de uma revisão da literatura e a destilação de aspectos que outros teóricos descreveram como características de seus pacientes (LINEHAN, 2010).

A quarta abordagem para entender o Borderline, foi proposta por Millon, entre os anos 1981 a 1987, baseada na teoria de aprendizagem biossocial, no qual, Millon sugere o termo “personalidade cicloide” ao Borderline, com apresentação de instabilidade emocional e inconstância no comportamento, o que considerou ser o centro do transtorno. Linehan (2010) explica que esse padrão se resulta de uma deterioração dos padrões de personalidade anteriores, remetendo às divergências nas histórias, em que se presume, que o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, pode ser confirmado por vários caminhos.

2.1.8 Prevalência do TPB

Gunderson (2001) apresentou estudos de prevalência do Transtorno da Personalidade Borderline na população em geral, que mostram taxas variando de 1,2% a 3%. Nos atendimentos ambulatoriais essas taxas são de 10% a 15% e nos pacientes internados por indicação psiquiátrica é de 20% a 25%, as mulheres correspondendo a 75% dos casos.

Já dentre os pacientes com alguma forma de Transtorno de Personalidade, estima-se que o TPB tenha prevalência de 33% nos pacientes ambulatoriais e 63% nos internados, por possuírem sintomas similares aos do Transtorno de Personalidade Borderline (LINEHAN, 2010).

No Brasil, Silva (2018) infere que o TPB se apresenta em mais de 4 milhões de pessoas, desse total 75% são mulheres, numa proporção de 3:1, ou seja, três mulheres para cada homem diagnosticado. O autor ainda cita que dados corroboram que 70% a 75% dos pacientes Borderlines tem histórico de automutilação. A comorbidade com outros transtornos é bastante comum, particularmente com transtorno depressivo maior, entre 61% a 87%; transtorno de estresse pós-traumático, de 36% a 58% e transtorno do pânico, com 29% a 45% dos casos.

2.1.9 Características do TPB

Para Silva (2018) o primeiro limite do Borderline é de fácil observação, pois trata-se da emoção, toda pessoa Borderline vive no limite de suas emoções e a afetividade compõe um de seus sintomas centrais e o mais difícil de se estruturar. O mesmo autor ainda refere que os limites de outros transtornos de personalidade são invadidos pelo Borderline, estabelecendo intersecções, sem coexistir de fato com eles, podendo se confundir com diversos outros comportamentos, listados em outros transtornos, conseqüentemente existe uma fusão de sintomas, deixando claro que os limites da mente Borderline são tênues e fluidos.

Em diversas fases da vida, o ser humano pode apresentar momentos de explosões de raiva, impulsividade, ciúmes, instabilidade de humor, apego afetivo, descontrole emocional, medo da rejeição e insatisfação pessoal, gerando em quase todos eles prejuízos para si mesmo ou para os outros (SILVA, 2018). Todavia, momentos frequentes e intensos de descontroles, produzem um padrão existencial, marcado por dificuldades na adaptação, como é apresentado na complexidade do Transtorno de Personalidade Borderline.

Segundo o DSM-5, a característica essencial do transtorno é seu padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, da autoimagem, de afetos e de impulsividade acentuada (APA, 2014). A impulsividade pode se iniciar na adolescência ou no começo da vida adulta, persistindo com frequência e intensidade diversas, por um tempo indefinido (SILVA, 2018).

Os Borderlines apresentam grande medo de separações, rejeição ou perda de sua estrutura, levando a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento e estão sempre, vivenciando medos de abandono, experimentando uma raiva inadequada, mediante uma separação curta ou a mudanças inevitáveis nos planos, dessa forma, tentam a todo custo, evitar o abandono (APA, 2014). Em momentos de descontrole afetivo, os Borderlines são capazes de comportarem-se de maneira agressiva e destrutiva, causando sofrimento e possíveis perdas materiais para as vítimas. Nesses momentos, segundo Silva (2018), o transtorno pode ser confundido com a personalidade psicótica (SILVA, 2018).

Como já mencionado, os Borderlines não conseguem lidar bem com as adversidades, sobretudo, se envolver rejeição ou abandono, mesmo que, equivocadamente percebidas, ainda sofrem com a desregulação emocional, com respostas reativas e intensas, dificuldades com episódios de raiva e sua expressão (LINEHAN, 2010). Assim, a intolerância a ficar só e o fato de não ter outras pessoas ao redor, faz com que o Borderline haja dessa maneira, podendo partir para ações impulsivas como a automutilação ou comportamentos suicidas (APA, 2014).

Silva (2018) expõe que as relações amorosas dos Borderlines são caracterizadas pela intensidade, dramatização e dependência afetiva, abrindo um caminho para parceiros

agressivos, manipuladores e até mesmo perversos. Dentro dos relacionamentos, podem ser definidos por suas constantes mudanças nas emoções, em um momento pode se apresentar de forma afetuosa e carinhosa e em outros momentos mudar completamente seu pensamento e comportamento.

Assim, apresentam um padrão de relacionamentos instáveis e intensos, idealizando seus companheiros através de poucos encontros e desde o início exigem a partilha de detalhes pessoais mais íntimos, mudando de atitude a vista da desvalorização, vinda por parte de seus companheiros, somente demonstram empatia e cuidado na expectativa de receber o mesmo em troca, como uma forma de atender às suas necessidades. Mudanças dramáticas estão previstas devido à sua forma de enxergar o companheiro, refletindo a desilusão que sente, idealização dos cuidados e ações do outro (APA, 2014).

Seus relacionamentos tendem a ser caóticos e intensos, porém os Borderlines consideram difícil abrir mão dos relacionamentos, apresentam esforços intensos e frenéticos para impedir o abandono, apresentando uma desregulação interpessoal, demonstrando estar bem, quando estão envolvidos em relacionamentos saudáveis e não, quando não estão (LINEHAN, 2010).

A instabilidade de humor, hiper-reatividade, baixa autoestima, acessos de raiva e senso de identidade inconsciente são características propícias a deixar qualquer relacionamento difícil, entretanto, a razão das relações não terem êxito para os Borderlines, é sua instabilidade de identidade, denominado por Silva (2018) como fluidez de identidade, pois não sabem quem realmente são, não conhecem suas capacidades, muito menos a forma de se portar para agradar outra pessoa, eles tendem a ver nos outros, características que gostariam de possuir.

Ainda na visão de Silva (2018), conforme a fluidez de identidade é mais perceptível, o Borderline incorpora de forma mais rápida, valores e comportamentos das pessoas das quais estabelece vínculo afetivo, principalmente as que convive com mais frequência. Ocorre, portanto, uma perturbação na identidade e na percepção de si mesmo, mudanças súbitas caracterizadas por valores e aspirações inconstantes (APA, 2014).

Os Borderlines podem aderir-se às pessoas que admiram, estabelecendo laços de dependência, que visam compor uma identidade não encontrada em si mesmo (SILVA, 2018). Pode ocorrer de a identidade ser “importada” de outras pessoas ou também de várias pessoas, ou seja, pode se vestir igual às pessoas, ter a forma de falar de outra e assim, sucessivamente, ou até possuir um conjunto de qualidades, às quais, vê com chances reduzidas de abandono.

A impulsividade é evidente dentro do transtorno, mostrando-se de forma destrutiva, como gastar dinheiro de forma imprudente, abusar de substâncias, relações sexuais

desprotegidas, dirigir com irresponsabilidade e comer compulsivamente (APA, 2014). O suicídio é recorrente nos Borderlines, assim como a automutilação e ameaças recorrentes, atos precipitados por ameaças de rejeição e abandono.

O padrão comportamental associado ao Transtorno de Personalidade Borderline é o autodestrutivo intencional, esse comportamento se aproxima da “especialidade comportamental” do Borderline, atos que podem variar a intensidade, ou seja, que não necessitam de acompanhamento médico, como arranhões, queimaduras leves, até aos mais graves, que precisam de intervenção médica como overdose ou asfixia, atos que servem para afirmar a capacidade de sentir a sensação de “ser uma má pessoa” (LINEHAN, 2010).

Os Borderlines podem por vezes, dispor de sentimentos crônicos de vazio e devido ao seu humor disfórico, tem períodos de raiva, pânico e desespero, raramente aliviado pela sensação de bem-estar, refletindo a extrema reatividade apresentada (APA, 2014). Logo, tem dificuldades em controlar seus sentimentos e com frequência apresentam episódios de raiva intensa, geralmente provocada quando seu companheiro é visto como negligente ou alguém com possibilidade de o abandonar.

Por serem pessoas que se entediam fácil, os indivíduos Borderlines estão sempre buscando algo para fazer, vivem sempre no limite do estresse, demonstrado pelos sinais de impaciência e irritabilidade, geralmente falam e agem impulsivamente, ocasionando situações constrangedoras nos relacionamentos íntimos (SILVA, 2018).

Ainda segundo Silva (2018), o excesso de sentimentos, faz com que os Borderlines percebam a realidade em tons exacerbados, tanto em situações positivas quanto negativas. Esses episódios, de acordo com o DSM-5, desencadeiam uma grande instabilidade de humor, afetando a forma como esses sujeitos se auto percebem, gerando uma forte impulsividade, que se manifesta através de acessos de raiva e fúria, intensos, seguidos de vergonha e culpa, contribuindo para o sentimento de serem más pessoas, em geral uma duração curta, de minutos ou horas (APA, 2014).

Para Silva (2018) é importante ter em mente que a personalidade Borderline trata-se de uma forma de pensar, sentir e agir, ou seja, é um jeito próprio de ser. Há variações de humor presentes no dia a dia, desde o início do transtorno, não se limitando a fases pontuais, com sintomas como ansiedade e impulsividade, advindos da hiperatividade emocional, ou seja, muitos sentimentos e emoções, fazendo do Borderline, uma “eterna montanha-russa”.

Há um excesso em tudo o que os Borderlines fazem, no puro estilo exagerado de sentir, pensar e agir, logo, a relação com sua própria identidade é muito instável, pois estão sempre com sentimentos crônicos de vazio e de incompletude, em constantemente conflito consigo

mesmos, vivendo numa busca desesperada para se encaixar em algum tipo de estereótipo, que os tragam o mínimo de satisfação pessoal (SILVA, 2018).

2.1.10 Critérios Diagnósticos

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o Transtorno de Personalidade Borderline é caracterizado por seu padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, da autoimagem e de impulsividade acentuada, presente na adolescência ou início da vida adulta, que deve ser seguido de pelo menos cinco principais sintomas, dentre os nove descritos a seguir.

O primeiro sintoma é o esforço desesperado que os Borderlines têm para evitar o abandono real ou imaginado (APA, 2014). O medo reflete a sua autoestima frágil, pois têm a necessidade de nunca se sentirem sozinhas ou sem apoio, fazendo com que sempre busquem estar com uma pessoa, mesmo que não a faça se sentir bem (BARNHILL, 2015).

O segundo sintoma é o seu padrão de relacionamentos instáveis e intensos, caracterizados pelos extremos de idealização e desvalorização (APA, 2014). Padrão este que, segundo o DSM-5, se desenvolve dentro do âmbito familiar, com amigos e entes queridos, passando de uma proximidade de carinho e amor, a um ódio intenso ou raiva em pouco tempo. Representa também a facilidade que os Borderlines possuem de idealizar e se apaixonar por pessoas pouco conhecidas.

A perturbação da identidade, uma instabilidade persistente da autoimagem e a percepção de si mesmo, compõe um dos sintomas, revelando a baixa autoestima que o Borderline tem, deixando clara sua busca persistente por uma identidade idealizada a não ser abandonada nunca (APA, 2014).

Outro sintoma é a impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente destrutivas, podendo ser elas: o abuso excessivo de substâncias, direção irresponsável, sexo desprotegido, gastos impulsivos e compulsão alimentar (APA, 2014), fazendo com que essa impulsividade traga ao Borderline uma sensação de satisfação, tirando-o do foco principal (HEGENBERG, 2009).

Após a impulsividade, outro sintoma descrito no DSM-5 (APA, 2014), é a recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas, assim como um comportamento automutilante, muitas vezes machucando-se, furando-se, queimando-se ou cutucando-se por vontade própria, para sentirem a sensação de serem más pessoas, para esconder o verdadeiro sofrimento psicológico que estão passando no momento.

A instabilidade afetiva também é um dos sintomas, pois advém de uma acentuada reatividade de humor, podendo ser uma disforia, irritabilidade ou ansiedade intensas.

Hegenberg (2009) destaca que o Borderline tem humor altamente variável, podendo mudar completamente em horas, com explosões de raiva e em seguida ser uma pessoa carinhosa ao extremo. Esse sintoma específico pode ter duração de poucas horas e raramente mais de alguns dias.

Os Borderlines sofrem com sentimentos crônicos de vazio, um dos sintomas para diagnóstico (APA, 2014). Assim, a fim de deixar esse sentimento de vazio, buscam a todo momento, atividades que possam lhe causar prazer, ou em casos destrutivos, procuram amenizar o vazio com dor (HEGENBERG, 2009).

O DSM-5 ainda indica que episódios de raiva intensa e inapropriada, bem como a dificuldade de controlá-la, se caracterizam como sintomas, com brigas físicas frequentes e raiva constante (APA, 2014). O manual diagnóstico explica que em momentos de descontroles afetivos, esses indivíduos são capazes de atitudes agressivas e frias, nas quais podem sair machucados ou ter prejuízos financeiros significativos.

A ideação paranoide associada ao estresse ou sintomas dissociativos intensos é o último sintoma descrito no DSM-5 (APA, 2014). Barnhill (2015) complementa, descrevendo que se caracterizam por pensamentos paranoicos a respeito do estresse e raiva por não ter controle sobre ele, raramente apresentando episódios psicóticos.

Para se ter um diagnóstico conclusivo de Transtorno de Personalidade Borderline, o paciente precisa apresentar no mínimo cinco dos principais sintomas diagnósticos, apresentá-los no início da vida adulta de forma persistente e duradoura (APA, 2014).

2.1.11 Comorbidades

Alguns Transtornos de Personalidade podem ser confundidos com o TPB, possuindo alguns aspectos comuns, assim é importante distinguir as diferenças entre os transtornos com base nas diferenças de seus aspectos característicos, porém se um paciente apresenta mais características que satisfazem critérios para um ou mais transtornos além do TPB, podem ser diagnosticados (CID 10).

Os Transtornos de Humor ocorrem com frequência ao Transtorno de Personalidade Borderline, os critérios são satisfeitos para ambos, assim diagnosticados. Quando um episódio do TPB pode ser imitado por um Transtorno de Humor, o clínico deve se atentar aos critérios e evitar o diagnóstico adicional ao TPB com base apenas nos episódios, se tornando necessário a verificação do padrão de comportamento de ambos, assim como o seu início e curso duradouro (CID 10).

Transtornos depressivos ou bipolares ocorrem concomitante com o Transtorno de Personalidade Borderline e assim que os critérios diagnósticos são atendidos, podem ser diagnosticados. O clínico deve evitar um diagnóstico adicional ao TPB com base na apresentação momentânea. Os critérios devem ter um curso prolongado e um padrão de início precoce, se apresentando de forma recorrente, para ser diagnosticado como um adicional ao TPB. (DSM V)

O Transtorno de Personalidade Borderline deve ser distinguido do Transtorno por uso de Substâncias, pelo mesmo se desenvolver em associação ao uso de substância. Deve ser distinguido também dos Problemas de Identidade, este transtorno, se tratando de preocupações quanto a identidade, reservadas somente à fase de desenvolvimento, não se qualificando como um Transtorno Mental. (DSM V)

A alteração da Personalidade, devido a uma condição médica, com traços, emergindo dos efeitos de tratamento no sistema nervoso central, não pode ser diagnosticada com o Transtorno da Personalidade Borderline, tendo clara a diferença. (DSM V) O Transtorno da Personalidade Histriônica pode ser caracterizado por uma busca de atenção, com um comportamento manipulativo e mudanças rápidas nas emoções, porém, se distingue do Transtorno de Personalidade Borderline pela autodestrutividade e ataques de raiva nos relacionamentos oriundos dos pacientes com TPB. (DSM V)

Transtorno de Personalidade Antissocial e o Borderline são caracterizados por um comportamento manipulativo, porém os antissociais manipulam para obter lucro, poder ou alguma gratificação, enquanto que o Borderline visa somente seus cuidadores ou possíveis relacionamentos idealizados (DSM V).

Medo do abandono e uma característica do Transtorno de Personalidade Dependente e do Borderline, a reação de cada um, acerca do abandono se difere. Enquanto o Borderline reage com fúria e exigências o Dependente reage com calma e submissão, buscando uma relação substituta. Podem ser distinguidos também por seus padrões de relacionamentos, enquanto os dependentes se submetem ao companheiro com uma relação estável, o Borderline tem um padrão típico de relações instáveis e intensas. (DSM V)

2.1.12 Tratamento

Existem várias abordagens para o tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, as mais utilizadas serão explicadas, brevemente neste trabalho, são elas: psicodinâmica, cognitivo comportamental, comportamental dialética e psicofarmacológica.

Barlow (2016) explica que o tratamento com abordagem Psicodinâmica é uma psicoterapia expressiva para pacientes com organização de personalidade Borderline, voltada à transferência, enfatiza três fatores principais: interpretação, manutenção da neutralidade e análise de transferência. O foco da terapia é a exposição e resolução do conflito intrapsíquico. Os objetivos principais do tratamento são o aumento do controle de impulso e tolerância a ansiedade, a capacidade de modular o afeto e o desenvolvimento das relações interpessoais. Ela também usa uma abordagem baseada em hierarquia de metas: contenção dos comportamentos suicidas e autodestrutivos; contenção de comportamentos destrutivos em relação a terapia e identificação e recapitulação de padrões relacionais e objetivos dominantes.

O Transtorno de Personalidade Borderline também tem recebido atenção de teóricos cognitivos comportamentais, com aumento de tratamentos direcionados a esse público. Segundo essa abordagem, o problema do paciente está no conteúdo e processo do pensamento (BARLOW, 2016). Beck e Freeman (1990, *apud* BECK; DAVIS; FREEMAN; 2017) criaram uma abordagem para tratar os pacientes Borderlines, com o foco do tratamento na reestruturação de pensamentos e no desenvolvimento de uma relação de colaboração, desenvolvendo formas mais adaptativas de ver o mundo. De forma mais específica, se concentra em reduzir as crenças negativas e polarizadas que resultam em afeto instável e comportamentos destrutivos.

Um tratamento específico para o Transtorno de Personalidade Borderline é o da Terapia Comportamental Dialética, um tratamento que está ganhando força e tem mostrado uma boa eficácia aos pacientes Borderlines. Essa terapia evoluiu da terapia cognitivo comportamental, especialmente para adultos com impulsos suicidas e autodestrutivos. A orientação teórica da terapia se mescla com três posições: a ciência comportamental; a filosofia dialética e a prática *zen*. A ciência comportamental é contrabalanceada pela aceitação do paciente, esses polos equilibrados dentro da dialética (BARLOW, 2016). Essa abordagem de tratamento se inicia com o terapeuta criando um contexto de validação, mais do que culpar o paciente, o terapeuta bloqueia ou extingue os maus comportamentos, extraindo os bons comportamentos do paciente. Assim, procura uma forma de reforçar os bons comportamentos, fazendo o paciente mantê-los, auxiliando-o a separar os comportamentos. Para Linehan (2010) é importante no início do tratamento, serem definidos e listados os comportamentos “bons” e os “maus”, em ordem de importância.

Por fim, os tratamentos Psicofarmacológicos, Barlow (2016) destaca um dilema para o farmacoterapeuta ao prescrever um medicamento a um paciente com Transtorno de Personalidade Borderline, por esse transtorno envolver uma desregulação em uma quantidade

muito grande de domínios, para que uma única droga sirva. Assim, os estudos indicam que vários agentes podem ser úteis para melhorar o funcionamento global e os sintomas perceptivos cognitivos, desregulação das emoções ou descontrole impulsivo comportamental.

2.2 Adolescência

Papalia e Feldman (2013) referem que a adolescência é um período de construção social, que também compreende fenômenos fisiológicos, porém, nas sociedades pré-industriais, as crianças só eram consideradas adultas quando iniciavam um aprendizado profissional ou se desenvolviam fisicamente por completo. Em algumas partes do mundo há rituais para marcar a maturidade das crianças, como as tribos apaches, que comemoram a primeira menstruação da menina com um ritual de quatro dias do nascer ao pôr do sol com cânticos.

Apenas no século XX que a adolescência foi definida como um estágio de vida separado, assim a entrada na vida adulta leva mais tempo e tornou-se menos definida que no passado com o início da vida profissional mais tardia e a puberdade, que se inicia mais cedo do que antes. Os adolescentes passam muito mais tempo em seu mundo, separado dos adultos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Na concepção de Berger (2016), a transição da infância para a vida adulta, aproximadamente dos 11 aos 20 anos, se caracteriza por um período de intensas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, assumindo formas variadas diante dos contextos sociais, culturais e econômicos. Porém, existem semelhanças na experiência dos adolescentes, pois, todos se deparam com as mesmas tarefas desenvolvimentais: eles precisam de adaptação ao tamanho e a forma do corpo, que a cada dia se modifica; ao despertar de sua sexualidade; assim como novas maneira de pensar e agir.

Segundo Papalia e Feldman (2013), a adolescência oferece oportunidades para o crescimento, não só em termos de condição física, mas também a cognitiva e a social, assim como a autonomia, autoestima e intimidade. As mudanças biológicas da puberdade, são universais, mas sua expressão, seu ritmo e sua extensão dependem do gênero, genes e nutrição de cada indivíduo. O desenvolvimento cognitivo, também varia: muitos adolescentes são egocêntricos, enquanto outros raciocinam logicamente, assim como o desenvolvimento psicossocial mostra uma diversidade cada vez maior à medida que os adolescentes desenvolvem sua própria identidade (BERGER, 2016). Assim, neste trabalho são apresentadas as três dimensões do desenvolvimento dos adolescentes: física, cognitiva e psicossocial.

2.2.1 Desenvolvimento Físico

O primeiro passo do desenvolvimento físico é a puberdade, dá início à transição para a vida adulta, envolvendo alterações físicas intensas. Esse processo faz parte da maturação do indivíduo e suas implicações podem continuar até a vida adulta (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

É um período de crescimento físico e maturação sexual rápida, que finaliza a infância e dá início a adolescência, constituindo uma pessoa de tamanho, forma e potencial sexual de um adulto. É disparada por uma cadeia de efeitos hormonais que provocam mudanças físicas visíveis (BERGER, 2016).

Assim, a puberdade resulta na produção de vários hormônios, iniciando o processo de desenvolvimento. Nas meninas as mudanças visíveis incluem os ciclos de início do crescimento dos seios, os primeiros pelos pubianos, alargamento dos quadris, um surto de crescimento, o período menstrual, término do crescimento dos pelos e desenvolvimento final dos seios (BERGER, 2016). O autor ainda explica que o primeiro estágio se inicia dos 06 aos 08 anos com o afloramento das glândulas adrenais, contribuindo para o crescimento acelerado do corpo, odores corporais e oleosidade maior. Já nos meninos, as mudanças visíveis incluem os primeiros pelos pubianos, crescimento dos testículos, crescimento do pênis, primeira ejaculação, um surto de crescimento, engrossamento da voz, desenvolvimento da barba e o término do crescimento dos pelo pubianos. O crescimento e a maturação sexual concluem-se de 03 a 04 anos após o início da puberdade (BERGER, 2016).

A intensa emotividade e a instabilidade de humor no começo da adolescência se devem ao processo de desenvolvimentos hormonais, assim, emoções negativas como angústia e sintomas de depressão tendem a aumentar à medida que a puberdade avança. Entretanto, outras influências como sexo, temperamento e o período da puberdade pode moderar ou sobrepor as mudanças hormonais (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Papalia e Feldman (2013) ressaltam que durante os processos hormonais há o estirão de crescimento que se caracteriza por um aumento rápido na altura, peso, musculatura e ossatura que ocorre na puberdade. Ele dura em torno de dois anos, após o seu término, o indivíduo atinge a maturidade sexual, tanto nos hormônios de crescimento quanto para os hormônios sexuais. O estirão de crescimento ocorre nas meninas dois anos antes dos meninos entre as idades de onze e treze anos, assim tendem a ser mais altas, pesadas e mais fortes. Após o estirão dos meninos, eles ficam novamente maiores e mais fortes.

Os adolescentes nesse período, estão mais preocupados com a aparência do que outro aspecto de si mesmo, alguns não gostam do que veem no espelho, com atitudes que levam a

problemas na alimentação. Uma boa nutrição é importante para o crescimento rápido na adolescência e podem estabelecer atos saudáveis que persistam até a vida adulta, assim uma alimentação deficiente pode resultar de preocupações com a imagem corporal e controle de peso (BRASIL, 2008).

Ainda sobre alimentação na adolescência, Papalia e Feldman (2013) entendem que os transtornos alimentares são mais prevalentes nas sociedades industrializadas, onde a comida é abundante e adolescentes acima do peso tendem a ter uma saúde debilitada, tem dificuldades de frequentar a escola, executar tarefas domésticas, praticar atividades que necessitam esforço físico, tem risco maior de hipertensão e diabetes, com tendência a se tornarem adultos obesos, sujeitos a uma variedade de problemas físicos, sociais e psicológicos.

A preocupação com a imagem corporal pode resultar em esforços obsessivos, resultando em problemas graves com o peso, problema mais comum em meninas, porém muitas vezes, não está de fato ligado com o peso real de cada uma. Em razão do aumento de gorduras provenientes da própria puberdade, um processo natural, muitas meninas tendem a ficar descontentes com seu corpo e sua aparência, refletindo a ênfase cultural dos atributos físicos das mulheres e essa preocupação tem grande aumento, no começo da fase intermediária da adolescência (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Os autores ressaltam que essa preocupação excessiva deve ser vista de perto, pois, podem caracterizar sinais de anorexia ou bulimia, ambas envolvendo padrões anormais de ingestão de alimentos, transtornos que ocorrem, principalmente em meninas adolescentes ou mulheres jovens, porém, pensar que os transtornos são resultados de uma pressão cultural se torna simplista demais, pois fatores biológicos desempenham um papel igualmente importante.

A prática de exercícios é essencial para os adolescentes, pois ajuda a manter o peso e se sentem melhor do que aqueles que não praticam, a falta de exercício afeta tanto a saúde física quanto a saúde mental. Os benefícios dos exercícios incluem a obtenção de maior resistência e força, músculos saudáveis, controle de peso, ansiedade e estresse reduzidos, assim como um aumento na autoestima, nas notas escolares e bem-estar. A privação do sono também pode diminuir a motivação do adolescente e causar irritabilidade, concentração diminuída e o desempenho escolar baixo (PAPALIA, FELDMAN, 2013).

As meninas adolescentes que estão começando a amadurecer são mais propensas a ficar deprimidas, a depressão não se manifesta como tristeza, para os adolescentes ela pode se manifestar como irritabilidade, tédio ou incapacidade de vivenciar momentos de prazer, problemas com transtornos alimentares ou problemas de imagem corporal podem agravar os sintomas da depressão. Adolescentes que não respondem aos tratamentos ambulatoriais, ou que

fazem o uso de substâncias químicas e psicóticos, precisam ser hospitalizados, se esses adolescentes apresentam surtos de depressão na infância, tem mais probabilidade de apresentar transtornos mentais, o mais provável, o Transtorno de Personalidade Bipolar (PAPALIA; FELDMAN, 2013; BRASIL, 2008).

O início da puberdade também traz mudanças no cérebro dos adolescentes, que se mostram como “uma obra em andamento”, alterações nas estruturas cerebrais envolvem emoções, julgamento, organização do comportamento e autocontrole, que ocorrem entre o início da puberdade e o início da vida adulta (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Existem interações cerebrais, das quais, duas se sobressaem em respeito ao comportamento de risco que alguns adolescentes apresentam: a rede socioemocional e a rede de controle cognitivo. A rede de controle socioemocional é sensível a estímulos sociais e emocionais, enquanto a rede de controle cognitivo regula as respostas aos estímulos (PAPALIA; FELDMAN, 2013). A rede socioemocional se torna mais ativa na puberdade e a rede de controle cognitivo amadurece até o início da vida adulta, explicando assim, a tendência dos adolescentes às explosões emocionais e comportamentos de risco (SOPERJ, 2019).

Os adolescentes também processam as emoções de forma diferente dos adultos, Papalia e Feldman (2013) explicam que entre os onze e os treze anos, os adolescentes usam a amígdala para reagir, uma pequena estrutura cerebral que está fortemente ligada as emoções, não conseguem ter um julgamento justo, já os adolescentes entre os quatorze e dezessete anos apresentam padrões mais adultos, utilizando os lobos frontais, responsáveis pelo raciocínio, julgamento para representar suas emoções, mais justas e razoáveis. Essa diferença pode explicar as escolhas incongruentes dos adolescentes.

A estimulação cognitiva na adolescência representa uma grande diferença no desenvolvimento do cérebro, atividades e experiências determinam as conexões neurais e definem quais serão mantidas e fortalecidas. Esse desenvolvimento serve como base para o crescimento cognitivo (PAPALIA, FELDMAN, 2013). O exercício do cérebro auxilia a ordenar os pensamentos, entender os conceitos abstratos e a controlar impulsos, estabelecendo bases neurais que os adolescentes utilizarão para o resto de suas vidas (COLE; COLE, 2004).

2.2.2 Desenvolvimento Cognitivo

Devido ao desenvolvimento e avanços em termos de recursos cognitivos, os adolescentes estão cada vez mais cientes de temas distintos e com raciocínio mais lógico, dessa forma, Berger (2016) reflete que conversar com um adolescente de dezesseis anos é completamente diferente de conversar com uma criança de oito a dez anos, quando se inicia a

puberdade e o desenvolvimento, assim como o desenvolvimento do raciocínio, os adolescentes ficam suscetíveis a novas ideias, especulações e visões confusas e perigosas.

Papalia e Feldman (2013) salientam que não é apenas a aparência do adolescente que sofre mudança, mas sua maneira de falar o que pensa também se torna diferente, a tendência de velocidade do processamento de informações aumenta a cada dia. Apesar dos pensamentos permanecerem imaturos em alguns assuntos e aspectos, seu raciocínio em termos abstratos ou ao emitir julgamentos está cada vez mais satisfatório, assim como, o poder de planejar seu futuro de forma mais realista.

Com todas as habilidades de raciocínio, aprendizagem e memória, a atenção seletiva é facilitada, possibilitando aos estudantes fazerem suas atividades com músicas ou com barulhos, sem que atrapalhem seu progresso. A memória em estágio final de desenvolvimento possibilita que os adolescentes relacionem novas ideias com conceitos já existentes. O domínio da linguagem possibilita um aumento no vocabulário, fazendo com que as sutilezas da gramática sejam compreendidas facilmente, dessa forma, motiva os adolescentes a terem seu próprio estilo na maneira de falar e escrever (BERGER, 2016).

Para a teoria de Piaget, de acordo com Papalia e Feldman (2013), na adolescência surge o pensamento operatório formal, o último estágio de desenvolvimento proposto pelo autor. Esse período abrange a fase em que se manifesta a capacidade de pensar em temas abstratos, não mais limitados ao aqui e agora, conseguindo entender o tempo histórico e o espaço extraterrestre, essa capacidade traz implicações emocionais, o adolescente ama a liberdade e odeia a exploração.

A capacidade que mais distingue essa etapa das demais fases do desenvolvimento humano, segundo Berger (2016), é o pensamento da possibilidade, não só na realidade. Assim, diante de algum problema, essa capacidade passa a ser a principal forma de solucioná-lo, buscando novas informações a respeito do problema, começando com soluções possíveis até achar uma real e final. Como resultado disso, os adolescentes pensam fora da forma de tradição, ou seja, analisam as possibilidades, compreendem o problema, assimilam que é provável e possível e não inevitável.

Essa nova habilidade de pensar em possibilidades citada pelo autor supracitado, permite que os adolescentes fantasiem, analisem e formulem hipóteses de forma mais rápida e global, libertando-se dos pensamentos aqui e agora de quando eram crianças, assumindo uma vida própria de possibilidades. Com essa nova aptidão, Cole e Cole (2004) concordam que esse período é caracterizado por reflexões torturantes sobre o mundo e o lugar de cada pessoa nele, levando a pensamentos novos, provocantes e assustadores.

Ainda sobre a cognição, há o pensamento hipotético, no qual, os adolescentes mostram uma capacidade, envolve o raciocínio sobre as proposições que podem ou não refletir a realidade, embora por muitas vezes não possuam segurança, não aceitam as condições impostas só porque “são assim que as coisas são” (BERGER, 2016). Logo, Papalia e Feldman (2013) complementam, que os adolescentes são capazes do raciocínio hipotético dedutivo, podem desenvolver uma ideia e elaborar alguma forma de testá-la, considerando todas as relações e testando sistematicamente até chegar a verdadeira, proporcionando assim um instrumento para resolver problemas.

Com o amadurecimento dos lobos frontais, os adolescentes mudam também a forma como processam as informações, dessa forma, o progresso cognitivo varia, individualmente. Diante do avanço no raciocínio, há duas categorias de mudanças mensuráveis na cognição dos adolescentes destacadas por Papalia e Feldman (2013): as mudanças estruturais e as mudanças funcionais.

As mudanças estruturais incluem a capacidade da memória de trabalho e a quantidade de conhecimento armazenada a longo prazo. A memória de trabalho permite aos adolescentes lidarem com problemas complexos e a informação armazenada a longo prazo pode ser declarativa, procedural ou conceitual. A declarativa consiste no conhecimento adquirido por uma pessoa; o procedural consiste nas habilidades adquiridas por uma pessoa; e o conceitual, um entendimento acerca das informações (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

As mudanças funcionais, consistem em aspectos da cognição e processos utilizados para obter, manipular ou preservar uma informação. Entre eles estão o aprender, lembrar e raciocinar, que melhoram com o passar da adolescência. As mudanças mais distintas, nessa categoria, incluem o aumento da velocidade de processamento e o desenvolvimento da função executiva, que contém habilidades como atenção seletiva, tomada de decisão e gerenciamento da memória de trabalho (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Acerca do uso da linguagem na adolescência, os adolescentes falam de forma diferente com seus pares e com os adultos, incorporando novas gírias, desenvolvendo uma identidade própria, assim, ao usarem expressões utilizam sua recém descoberta capacidade de brincar com as palavras, definindo valores, gostos e preferências únicas (PAPALIA; FELDMAN, 2013). O uso da linguagem na adolescência, segundo os mesmos autores, produz novos refinamentos e com sua nova capacidade de pensamentos abstratos, os adolescentes podem definir e discutir conceitos como amor, justiça e liberdade, utilizando termos como, “entretanto”, “caso contrário”, “portanto”, “na verdade” e “provavelmente”, expressando ligações lógicas.

Labov (1992, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013) cita que adolescentes se tornam conscientes dos símbolos que as palavras podem vir a ter, assim como seus múltiplos significados. Com essa nova adição, gostam de usar ironias, trocadilhos e metáforas, tornam-se habilidosos em adaptar sua conversa ao ponto de vista de outra pessoa. Assim, o vocabulário pode diferir por gênero, etnia, idade, região, vizinhança e tipo de escola variando também de um grupo para outro.

Com suas novas habilidades, os adolescentes frequentemente as utilizam consigo mesmos, tendo uma análise sobre seus pensamentos, fazem previsões do futuro, reflexões sobre suas experiências e sustentam sua autoconsciência, porém podem ser sabotados pelo egocentrismo, pois podem ver suas opiniões e crenças mais significativas do que realmente são, assim alguns pressupostos que sustentam esse egocentrismo são provenientes de falsos pressupostos. Um deles é o mito de invencibilidade, no qual, o adolescente nunca será vítima de um comportamento arriscado. Outro falso pressuposto é o mito pessoal em que o adolescente se imagina inigualável, heroicos e até mesmo místicos, se veem diferentes dos outros. O terceiro pressuposto é a plateia imaginária, que surge a ideia de que são o centro das atenções, que outras pessoas estão atentamente interessadas neles (BERGER, 2016).

Ainda para Berger (2016), esse egocentrismo do adolescente propõe uma intensa reflexão sobre pensamentos, sentimentos e motivações. Possibilita que eles vejam sua própria vida mais refletidamente, vindo de uma grande autocrítica.

Sobre a tomada de decisão, pela primeira vez, o adolescente tem a chance de fazer suas próprias escolhas, que tem consequências a longo prazo. Na maioria dos casos, decisões importantes são tomadas no início da vida adulta, nesse prazo são orientadas pelos pais, mestres e valores culturais. Porém, quando se trata de estilo pessoal, as decisões são tomadas, embora muitas vezes não seja de fato o que querem, vistas com mais clareza quando envolvem sexo (BERGER, 2016).

Kohlberg descreve em sua teoria sobre o desenvolvimento moral, que os adolescentes são mais capazes de assumir um ponto de vista de outra pessoa, de solucionar problema sociais e lidar com relacionamentos interpessoais. Sua teoria se desenvolve com base nos processos de pensamento que os adolescentes demonstram através de respostas para seus dilemas, incluído na teoria em três níveis de raciocínio moral (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O nível I é o da moralidade pré-convencional, em que as pessoas agem por controle externo. O nível II a moralidade convencional, as pessoas operam sobre os padrões e figuras de autoridade, se preocupando em serem boas. No nível III pós-convencional, as pessoas

reconhecem os conflitos entre os padrões e fazem seus próprios julgamentos. Assim, para Kohlberg é o raciocínio que está por trás da resposta e não a resposta em si (REGO, 2003).

Outra teoria apresentada por Papalia e Feldman (2013) é a de Gilligan, a ética do cuidado, com base de pesquisa em mulheres. O teórico afirma que as mulheres veem a moralidade em termos de responsabilidade, mostrando preocupação ao dano, se concentrando mais em afastar-se dos outros e não os tratar de forma injusta. Posto isso, o comportamento pró-social vem como uma alternativa ao sistema de justiça de Kohlberg, “é o raciocínio sobre dilemas morais, nos quais, as necessidades ou desejos de uma pessoa estão em conflito com aqueles de outras pessoas em situações em que as regras ou normas sociais não são claras ou são inexistentes” (PAPALIA; FELDMAN, 2013, p. 411).

Segundo Fabes et al. (1999, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013) as meninas tendem a apresentar um comportamento pró-social, essa diferença se torna mais aparente na adolescência, mostrando ser mais empáticas e pró-sociais do que os meninos, com os pais enfatizando essa responsabilidade social, mais do que os pais de meninos.

Atividades pró-sociais permitem aos adolescentes se tornarem envolvidos na sociedade adulta e explorar seus possíveis papéis como integrantes da comunidade, possuindo um alto grau de autoentendimento e compromisso. Estudantes que se habilitam em fazer trabalho voluntário fora da escola, quando adultos, são mais envolvidos na comunidade do que os que não fazem (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Na escola, fatores como parentalidade, nível socioeconômico, qualidade do ambiente, induzem o desempenho escolar dos adolescentes. Há outros fatores também como gênero, etnia, qualidade de ensino, confiança em si mesmos. As forças sociais e culturais que induzem as distinções de gênero incluem, segundo Halpern et al. (2007, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013), influências da família, com o nível educacional dos pais; influências da escola, a diferença com que os professores tratam os alunos; influências da vizinhança, se favorecendo das vizinhanças enriquecidas; os papéis dos homens e mulheres na sociedade e; influências culturais. Em geral, a ciência está buscando respostas para a diferença nas capacidades de meninos e meninas, que se tornam mais visíveis com desenvolvimento da adolescência.

2.2.3 Desenvolvimento Psicossocial e Emocional

À medida que os adolescentes desenvolvem sua identidade dentro de uma diversidade de escolhas e caminhos cada vez maiores, refletem as diferenças nos contextos sociais, podendo escolher seus caminhos em níveis de sexualidade, moralidade, político e educacionais (BERGER, 2016). Assim tornar-se adulto é uma questão de maturidade social, pois é nesse

momento que o adolescente estabelece uma relação de independência dos pais, nova intimidade com os amigos, novo compromisso com a sociedade e detém uma nova compreensão de si mesmo (BERGER, 2016).

“Quem sou eu?”, é a pergunta que o adolescente busca incansavelmente, todas as mudanças pelas quais ele passou como o surto de crescimento, a aceitação de riscos maiores, a aceitação sexual, tudo isso o desafia a encontrar sua identidade, ou seja, seu autoconhecimento exclusivo e consciente (KROGER, 2000; LARSON; HAM, 1993 *apud* BERGER, 2016).

Com o desenvolvimento cognitivo em ordem, é possível que o adolescente construa a “teoria do *self*” que nada mais é do que a busca pela identidade, ele almeja metas, valores e crenças, com as quais ele se compromete, durante a adolescência e a vida adulta. Essa busca faz parte de um processo de autoconhecimento natural e saudável, fundamentado nas realizações passadas, na confiança, autonomia e produtividade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A identidade de um adolescente, segundo Papalia e Feldman (2013) só se forma se ele tiver três questões de sua vida bem resolvidas, uma ocupação escolhida por ele; a adoção dos valores dos quais ele mais se adapta e dos quais ele quer viver e; a maturação de uma identidade sexual satisfatória. As novas habilidades adquiridas pelos adolescentes devem ser usadas de maneira que os deixem confortáveis, ajudando-os a fixar uma identidade ocupacional, caso contrário, pode apresentar consequências.

Para Erikson, citado por Papalia e Feldman (2013), para o desenvolvimento completo dos homens, deve-se atingir uma intimidade real, até obter uma identidade estável e para as mulheres o desenvolvimento se define através do casamento e maternidade (definição representada na época em que a teoria foi desenvolvida, não nos dias atuais) assim, as mulheres desenvolvem sua identidade por meio da intimidade e não antes dela.

Marcia (1996, 1980, *apud* PAPALIA, FELDMAN, 2013) vê no desenvolvimento do adolescente estados de identidade, que significam estágios do ego, que necessitam de crise ou compromisso para acioná-los. Assim, crise significa a tomada de decisão, é o período que se estabelece o compromisso com um investimento pessoal e que segundo a teoria de Marcia, descreve quatro categorias que se diferem de acordo com crise e compromisso.

A primeira categoria é a realização da identidade em que a crise leva a um compromisso, ou seja, após o compromisso de suas escolhas, o adolescente passa por uma crise, um período de grande desgaste em sua vida, se sentem responsáveis e competentes socialmente como as outras pessoas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A segunda categoria trata-se da execução, há o compromisso sem crise. Ela se caracteriza pelo fato de o adolescente ter passado por um período sem estar onsiderar possíveis

alternativas para o futuro, ou seja, não passou pelo momento de crise, assim ela assume compromisso com os planos de outras pessoas ao não pensar no melhor para sua vida (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Na terceira categoria está a moratória, que é a crise sem ter havido o compromisso. É possível futuramente sair da crise e assumir compromissos para construir sua identidade. É um momento que o adolescente está considerando alternativas para seu futuro, nesse instante ele está passando pela crise para assumir os compromissos diante das alternativas escolhidas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A última categoria se caracteriza pela difusão da identidade, não há nenhum compromisso e nenhuma crise estabelecida, são adolescentes mais propensos a serem infelizes e solitários. Nesse momento o adolescente não está voltado para nenhuma alternativa diante de seu futuro, assim como não tem em vista assumir nenhum compromisso tanto com a sociedade quanto consigo mesmo, há uma falta de consideração para suas alternativas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

As categorias de tomada de decisão estão em constante desenvolvimento, assim como o desenvolvimento na personalidade dos adolescentes, constantemente mudando de direção mediante as alternativas que os mesmos escolhem para si (MARCIA, 1979, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Ao final do desenvolvimento, Marcia propôs que um número, cada vez maior, dos adolescentes se encontram na fase de moratória ou realização, ou seja, procurando sua identidade.

De acordo com a teoria Gilligan, citada por Santrock (2003), a identidade feminina se desenvolve de acordo com seus relacionamentos e não pela conquista de identidade própria, pois as mulheres julgam-se de acordo com a capacidade de desempenhar suas responsabilidades e a capacidade de cuidarem de outros como a si mesma.

Para Thorne e Michaelieu (1996, *apud* PAPALIA, FELDMAN, 2013) a autoestima masculina está ligada à luta pela realização individual, enquanto nas mulheres às vinculações que mantém com outros. As meninas possuem uma autoestima baixa no início do desenvolvimento da adolescência, porém conforme o seu amadurecimento, aumenta gradualmente até a idade adulta. A imagem corporal e outras ansiedades associadas a puberdade são grandes marcos para a diminuição da autoestima.

A adolescência ainda é um momento que a influência dos pais diminui, quando os valores e comportamentos são considerados distantes e afastados, isso se dá devido ao hiato de gerações, quando há uma distância entre a geração nova com a geração mais velha, se tratando de pais e filhos e não da maioria dos adultos e adolescentes (BERGER, 2016).

Berger (2016) salienta que quanto ao convívio entre pais e adolescentes, há um nível de conflito, ocorrendo entre ambos, principalmente pelo anseio de independência dos adolescentes, em contrapartida à conservação das tradições e controle dos pais. Esse conflito pode surgir no início da adolescência e ser visível primeiramente e principalmente com as filhas meninas que amadurecem mais cedo. Conflito esse que se dá diretamente com a mãe, pois é a mãe quem geralmente cuida de hábitos diários como cabelo, roupas, aparência, sendo nesse contexto, que os adolescentes se sentem reprimidos ou não sentem liberdade para se expressar.

Os adolescentes acham que devem receber os privilégios da vida adulta, pelo processo que se encontram rumo a independência, porém os pais, não estão de acordo com esses interesses, este também motivo de conflitos. Poucos pais resistem fazer críticas a respeito do estilo que seus filhos aderiram, assim como poucos adolescentes conseguem ouvir calmamente as críticas (BERGER, 2016).

Em resumo, Berger (2016) apresenta que o desenvolvimento biossocial (físico), se inicia com a puberdade, com o aumento de hormônios, após um ano ao aumento, as primeiras mudanças são perceptíveis como o crescimento do busto nas meninas, e o crescimento dos testículos nos meninos. Há também a maturação sexual, que se apresenta no final da puberdade com a menarca nas meninas e a primeira ejaculação nos meninos. Já no desenvolvimento cognitivo, os pensamentos dos adolescentes passam por grandes mudanças, se tornam aptos a lidar com a realidade e as possibilidades, aprende a raciocinar dedutivamente e explicar tudo de forma teórica, porém o desenvolvimento de cada adolescente depende da educação, com cada cultura e cada escola, com uma maneira de ensinar diferente, fazendo com que o adolescente tenha seu próprio tempo para o amadurecimento. Por fim, no desenvolvimento psicossocial, um dos principais objetivos é o autoconhecimento e a construção de sua identidade, essa formação pode ser afetada por fatores pessoais, ambientais e circunstâncias econômicas.

Com o amadurecimento cada vez mais visível, o distanciamento dos pais, a procura de liberdade e autonomia se torna cada dia mais perceptível, fazendo com que cresçam constantes reivindicações e conflitos acerca do que os adolescentes acreditem ser “seu eu” (BERGER, 2016).

2.2.4 Adolescente Borderline

O termo borderline se refere às várias condições resultantes de um transtorno de personalidade. Em muitos aspectos esses indivíduos se encontram à “margem”, não se situam entre a neurose ou a psicose, assim, são pessoas que sofrem falhas estruturais em sua

personalidade, entrando em um estado psicótico e se recuperar-se com facilidade. Outro fator que determina a condição borderline é a de que o indivíduo carece de técnicas de adaptação para lidar com o mundo externo, sentindo-se, conseqüentemente desamparado e vulnerável e sofrem com problemas de identidade, logo esses sentimentos intensificados são transformados em crises existenciais (OUTEIRAL, 1993).

A adolescência pode ser descrita como um estágio de desenvolvimento razoavelmente tranquilo, como também um período tempestuoso e conturbado com uma intensidade muito grande, contudo, segundo Outeiral (1993), esse período é considerado a fase mais importante na vida, em que as circunstâncias consolidam a estrutura da psique, em outras palavras, é um ciclo que modela a forma final da personalidade. Assim, na adolescência há um crescimento vasto, tanto no aspecto físico quanto emocional.

Visto que a adolescência é a fase de consolidação da personalidade, Outeiral (1993) reafirma que esse período se caracteriza por constantes mudanças físicas e emocionais. Segundo Ades e Santos (2020), a criança amadurece e vira um adulto com a psique inapta ao desenvolvimento, pois ela acaba se desenvolvendo em um ritmo lento, não acompanhando as mudanças do corpo ou emocionais, ou seja, a psique ainda não tem a adaptação necessária para entender as necessidades de um corpo sexualmente amadurecido, ou as exigências do mundo exterior, assim esse descompasso empresta uma qualidade borderline ao equilíbrio do adolescente.

Durante a infância o desenvolvimento físico e emocional ocorre em um ritmo semelhante, o corpo cresce em comprimento e largura, com as mudanças na maioria das vezes quantitativas. Assim as mudanças nas percepções e sentimentos crescem, tornando-se mais elaboradas e discriminadas da mente. Para Piaget (1952, *apud* OUTEIRAL, 1993) nos estágios finais das operações formais, o adolescente é capaz de observar seu próprio pensamento, pertencendo a um nível de abstração a uma outra estrutura de referência, esse processo ocorre até o momento da puberdade.

Se o período de desenvolvimento do adolescente será tempestuoso ou não, dependerá de muitos fatores do mundo externo, se serão de ajuda ao desenvolvimento ou se irão atrapalhar. Nessa perspectiva, Outeiral (1993) ainda explica, que além de se acomodar a um novo corpo, o adolescente precisa se ajustar ao mundo exterior que o admite pelo fato de ter atingido o status de jovem adulto, gerando problemas aos adolescentes.

Portanto, as tentativas de adaptação da infância para a adolescência não são mais efetivas, pois fica evidente o quão difícil é para o adolescente compreender o mundo exterior. Essa falta de estrutura e a inabilidade de lidar com o mundo externo, de repente tornam-se

complexos, caracterizando a condição borderline na adolescência (OUTEIRAL, 1993). Essa reação borderline pode ser dolorosa ou não, isso irá depender de quão exigente, aberta ou secretamente o mundo exterior é, de quão exitoso foi o ajuste na infância (HEGENBERG, 2009).

A característica borderline do adolescente na pós-puberdade está ligada diretamente aos sistemas do ego, porém a representação do self é particularmente digna de nota. Se há algo que pode ser considerado típico da adolescência é a qualidade de difusão de identidade, uma estrutura de caráter fluida e uma representação do self, em que são demonstrados através de certos sentimentos como o desamparo, vulnerabilidade e dúvida sobre o sentido da própria existência. Sendo assim, as crises existenciais podem ser formuladas como um fenômeno borderline (OUTEIRAL, 1993).

Sob outra óptica, Silva (2018) aponta que durante a adolescência algumas características dos borderlines são intensificadas, assim como sentimentos, pensamentos e comportamentos, se apresentando com uma frequência maior do que o esperado, é comum adolescentes borderlines se revoltarem contra os pais, desejarem sair de casa, dirigirem de forma inconsequente e se colocarem em situações de risco, experimentarem drogas, alta rotatividade de relacionamentos e apresentar mudanças de acordo com o grupo que estão inseridos no momento. Tudo isso acontece pelo momento de intensas descobertas.

Os adolescentes borderlines apresentam uma motivação para todas as suas disfunções emocionais, cognitivas, comportamentais e pessoais. Destaca-se que as motivações podem não parecer verdadeiras ou parecem ser fantasiosas e exacerbadas, porém é assim que os borderlines realmente veem, sentem e se portam diante dos conflitos ou problemas, tanto reais quanto imaginários (SILVA, 2018).

Apesar dos comportamentos entre os adolescentes “não borders” e os borderlines serem parecidos, é necessário que haja um olhar por traz de cada ação. Pode se notar a diferença em seus ataques de fúria, em que os borderlines apresentam uma irritabilidade marcada e crescente até perderem o controle e deixam a raiva e a ira fluir. Após o ataque de raiva, não mostram sentimentos de arrependimento nem de vergonha, o que seria esperado de um adolescente “não border”, ao contrário, há um momento curto em que apresentam uma baixa reatividade, porém ao sinal de novos conflitos a irritabilidade volta a ocorrer, assim como os ataques de raiva (SILVA, 2018).

Silva (2018) ainda relata que quanto a autoestima, nos adolescentes borderlines é muito baixa, eles se veem como jovens feios e desengonçados, incapazes burros e maus, assim

por vezes disfarçam essa insegurança com uma postura de poderosos e bem resolvidos lhes conferindo uma certa arrogância.

Existem valores, ideias, estilos educacionais, regras e histórias que tornam individuais as características de jovens borderlines, apesar de toda essa diversidade, famílias que tem em seu lar um adolescente com essa organização de personalidade compartilham certos tipos de pensamentos e comportamentos, como por exemplo, os pais não entendem o motivo das atitudes de seus filhos, os considerando rebeldes, maldosos, abusados e mal-educados. Os consideram também mal-agraçados em relação aos esforços despendidos à criação dos filhos, se distanciando e perdendo a confiança que depositaram neles (SILVA, 2018).

Assim para a autora:

O vazio afetivo dos jovens borders é tão grande que eles vivem em um estado de permanente carência, mesmo que sejam profundamente amados e cuidados por seus familiares. Muitas vezes, essa carência inesgotável os coloca em tal nível de angústia que suas atitudes autodestrutivas são praticadas como um remédio amargo e doloroso, mas com efeito de alívio imediato. E como algumas medicações aplicadas na forma de injeção: “doem uns poucos segundos, aliviam os sintomas em minutos e tem efeito por horas” (SILVA, 2018, p. 65).

Assim, a citação da autora supracitada, retrata que os momentos de intensa disfuncionalidade emocional e cognitiva, são responsáveis pelas mudanças bruscas de humor que produzem níveis altos de irritabilidade e os acessos de fúria, direcionado especialmente às pessoas de seu convívio mais íntimos. Após os acessos de raiva, os adolescentes borderlines apresentam uma onda de calma, onde a impulsividade e a irritabilidade são características desse processo, especialmente nessa fase do desenvolvimento humano. Assim, se torna importante destacar que nesses ataques de fúria esses adolescentes acabam fazendo coisas que, normalmente não fariam, como bater, morder, vandalizar ou bater o carro de propósito. Silva (2013) ressalta que as atitudes tomadas nunca são planejadas, pois estão fora do controle dos adolescentes, porém a manipulação que os borderlines podem vir a fazer é totalmente calculada, com o objetivo claro de obter algum benefício imediato.

2.3 Teoria do Apego de Bowlby

A teoria do apego ou vinculação de Bowlby é fundamentada nas teorias de etiologia e evolução, estruturada com base nos conceitos de um sistema comportamental que regula as ações de busca e proximidade. Baseia-se na premissa de que a constância do contato que as crianças têm com seus cuidadores oferecem segurança física ou psicológica (BOWLBY, 1990). Segundo Abreu (2019), o início da teoria foi marcado com pesquisas voltadas a origem do desenvolvimento psicopatológico.

O apego refere-se a uma ligação com uma pessoa chamada de “especial” a qual, posteriormente se denomina como figura de apego, essa pessoa procurada pela criança durante momentos de sofrimento, vista como a pessoa mais apta a lidar com ela e com o mundo. Esse sistema identifica situações de risco e ao mesmo tempo avalia a disponibilidade da figura de apego, gerando comportamentos emocionais como: chorar, sorrir, agarrar e seguir, tendo o objetivo principal de fazer com que a criança se sinta segura, assim, quando isso ocorre o ambiente é classificado como não ameaçador, deixando a criança mais a vontade para explorar o lugar, e assim que alguma ameaça é detectada ela volta à proteção da figura de apego, na maioria dos casos, a mãe (MENDES; ROCHA, 2016).

Mendes e Rocha (2016) ainda explicam que as crianças buscam edificar um modelo de apego com alguém que lhe ajudará quando necessário, o que possibilitará a elas sentirem-se mais livres e não necessitarão de tanta proximidade para explorar o meio em que se encontram, porém a criança que não conseguiu formar a figura de apoio não se mostrará apta a explorar o meio. Assim, se a figura de apego da criança esteve de fato disponível às necessidades de segurança, conforto e ao mesmo tempo de autonomia da mesma, esta desenvolverá um modelo operante de *self* seguro, de alguém valorizado e digno de amor. Todavia, se a figura de apego não demonstrar estar disponível à criança, rejeitando as necessidades de proteção e autonomia, ela construirá um modelo de *self* de alguém incompetente e sem valor. Essa construção se torna primordial à criança, pois a auxiliará a prever o comportamento da figura de apego e o que a deve esperar de suas futuras relações interpessoais.

Em vista disso, o objetivo de Bowlby desde o início de sua teoria foi compreender as influências no desenvolvimento da personalidade e a falta de cuidados maternos adequados, ou seja, quando as crianças são separadas dos familiares que lhe fornecem proteção (ABREU, 2019). O estudo do autor rompeu a tradicional conceituação e pesquisa psicanalítica sobre a perda de familiares na infância e os distúrbios emocionais desenvolvidos na vida adulta.

Mary Ainsworth (1978, *apud* ABREU, 2019), entrou no grupo de pesquisas de Bowlby, alterando as análises e orientando para metodologias de pesquisa diferentes, mais voltadas ao experimento com crianças, o foco nas interações entre as mães e seus filhos. Para Ainsworth, no denominado *Experimento da Situação Estranha*, a vinculação é entendida nos termos de comportamento qualificável, assim, a teoria da vinculação foi rejeitada pela psicanálise por ser simplista e desvinculada com a teoria freudiana original.

A organização da vinculação é um sistema comportamental independente semelhante ao sistema de se alimentar, como satisfazer as necessidades fisiológicas e explorar os ambientes, logo, os comportamentos de vinculação visam a proximidade com as figuras de apego, para

obter a segurança física e psicológica. Para que esse sistema seja ativado ou desativado pela criança, ele deve desenvolver-se desde as primeiras experiências com as figuras principais de sua vida (ABREU, 2019).

O estudo de Bowlby se iniciou no final da década de 1950, repercutia uma das ideias centrais dos psicanalistas freudianos, a que obteve maior rigor foi a teoria do “impulso secundário”, no qual, o único motivo da criança de colo perceber a presença da mãe é por já saber da existência da mesma e já saber por experiência que ela satisfaz as suas necessidades, sem delongas, ela só considera o perigo de não ser satisfeita. Portanto, Bowlby levantou uma hipótese que vai contra a imposta pelos psicanalíticos da época (ABREU, 2019).

Abreu (2019) ainda destaca que essa hipótese aponta que o vínculo que a criança detém com a mãe, é movido pela busca da satisfação de um desejo, cuja meta principal é a proximidade. Tal ato é verificável quando as crianças em seu segundo ano de vida procuram a mãe ao se verem em situações nas quais consideram perigosas, essa atitude é chamada de “comportamento de vinculação” que é definida como um conjunto integrado de sistemas comportamentais destinados a segurança pessoal e à manutenção do comportamento parental.

Harlow (1961, *apud* ABREU, 2019) propôs uma pesquisa com filhotes de macacos da raça *Rhesus*, em uma gaiola, privados de alimentação e com dois bonecos que imitavam os corpos de suas mães. O corpo do primeiro boneco foi revestido de arame com uma mamadeira no centro, e o segundo boneco revestido de material aveludado, mas sem qualquer alimento. Depois de um certo tempo, pôde-se perceber que os filhotes preferiam ficar aconchegados no colo da “mãe” com material aveludado, procurando segurança. Foi possível perceber também que os filhotes só procuravam a “mãe” com a mamadeira para se alimentar e assim que estavam satisfeitos, buscavam o aconchego da outra “mãe”. O que evidenciou, que o papel da alimentação tem a menor importância dentro do apego, essas deduções, vindo a divergir da teoria do apego secundário da psicanálise.

Quando o estudo voltou-se aos bebês humanos, percebeu-se que as crianças ao entenderem que a mãe não estava por perto, choravam e procuravam estabelecer alguma aproximação. Porém, quando já possuíam a capacidade de engatinhar, pôde-se perceber que a permanência com a mãe diminuía, fazendo com que as crianças explorassem o meio em que se encontravam seguras, mas voltando assim que constataavam algum perigo iminente, utilizando suas mães como guias para as explorações no ambiente (ABREU, 2019).

Diferentes tipos de conduta como chorar, balbuciar, chamar e sorrir são formas de vinculação, tendo como resultado proximidade com a mãe. Assim, sempre que algum dos dois se afasta, é previsível que uma das partes busque o contato novamente, reduzindo o espaço

criado por ambos, oferecendo à criança que explore o local, ao invés de se ocupar completamente com a busca da aproximação e a mãe por sua vez, pode realizar tarefas nas quais a presença da criança não é observada (ABREU, 2019).

Existem algumas circunstâncias que se tornam ativadoras de comportamentos de vinculação, a primeira, a distância. Crianças conseguem explorar o ambiente próximo a sua mãe e uma distância considerada maior para elas, faz com que voltem à mãe e recomessem a exploração. A segunda circunstância é o intervalo de tempo que as crianças continuam com suas atividades, mas sempre atentos a sua mãe, sempre elevando a cabeça para verificar onde se encontra. Se as duas circunstâncias estiverem de acordo com a criança, o ambiente se tornará tranquilo e equilibrado (BOWLBY, 1990).

Segundo Abreu (2019), há três características para definir o apego de outros vínculos: a busca de proximidade; o efeito de base segura e por último; o protesto e separação. Na busca de proximidade, a criança tentará se manter dentro dos limites locais para sentir a proteção dos pais. No efeito de base segura, quando há a presença de uma figura de apego, favorece a segurança da criança. O protesto e separação, se dá no momento em que há uma ameaça a acessibilidade contínua da figura de apego, surgindo os protestos e ativando as tentativas de evitar a separação.

Existem algumas outras condições ativadoras para a criança: a) elicitación por ameaça: quando a criança se sente ameaçada, busca a vinculação dos pais; b) especificidade da figura de vinculação: uma vez vinculada a figura de apego, somente essa pessoa se tornará capaz e suficiente de sanar sua segurança psicológica; c) a inacessibilidade do controle consciente: se dá mesmo quando a vinculação não pode mais acontecer, a criança continua nutrindo os sentimentos; d) persistência: a vinculação de longa duração continua intensa como nas vinculações novas, resistindo mesmo quando não há sinais de reforço; e) insensibilidade às experiências com a figura de vinculação: a vinculação, persistindo mesmo quando há figura de apego é negligente ou abusiva, associando os sentimento de raiva e cólera na vinculação (ABREU, 2019).

Mendes e Rocha (2016) citam um experimento controverso que foi utilizado para avaliar o equilíbrio do apego e o comportamento exploratório das crianças em situações de baixo e alto estresse por 20 minutos. O experimento consistiu em colocar a mãe e a criança na mesma sala com brinquedos, e logo receberam a companhia de outra mulher. Em seguida a mãe se retirou da sala, enquanto a outra mulher brincava com as crianças, porém logo retornou. Após alguns instantes, tanto a mãe quanto a outra mulher se retiram da sala. Esse experimento serviu para a conclusão de que as crianças exploravam mais o ambiente com a presença da mãe do

que na presença da outra mulher ou quando estavam sozinhas, assim foi possível distinguir três grupos de apego listados a seguir.

O primeiro grupo de apego foi denominado como *seguramente apegados*, a criança não se angustia com a súbita ausência da mãe, porém assim que ela volta ao local, a criança a recebe com entusiasmo e afeto, procurando que a mãe a pegue no colo e permanecendo assim um bom tempo (ABREU, 2019).

Ainda sobre o grupo seguramente apegado, Mendes e Rocha (2016) explicam que criança explora o ambiente livremente na presença da mãe, porém quando ela não está, essa exploração diminui e assim que a mãe retorna ao local, a criança pode chorar ou ficar feliz e a busca imediatamente, a mãe por sua vez segura a criança lhe abraçando e lhe acalmando, fazendo com que a criança volte a se sentir segura. Assim que se sente segura, retorna ao ambiente. Essa criança sabe que sua mãe corresponde às demandas das quais necessita e que pode contar com a mãe em situações de estresse. Esse tipo de relação é altamente ligado a mães que são mais sensíveis ao comportamento dos filhos, que percebem as nuances do comportamento assim como o estado emocional da criança.

De acordo com Abreu (2019), são crianças que demonstram grande atividade com os brinquedos, e por terem sido confortadas após a ausência da mãe, se mostram seguras e relaxadas para continuar com as brincadeiras e as explorações, sem qualquer modificação na conduta, sempre que deixadas sozinhas. Essas crianças nas creches tendem a ser mais cooperativas e populares, mais capazes de permanecerem sozinhas do que os demais. Crianças com este modelo de relacionamento são confiantes, caso se deparem com situações estranhas do dia a dia, pois sabem que seus pais sempre estarão disponíveis para ajudá-los e lhes dar segurança. Esse apoio faz com que a criança se sinta confiante para enfrentar as dificuldades com serenidade, principalmente nas situações embaraçosas ou desconfortáveis. Quando mais velhas, elas apresentam uma intimidade maior com seus pais, são amigáveis e relaxadas e sua interação verbal tende a ser livre e tranquila.

Para o segundo grupo de apego, Ainsworth (1967, *apud* ABREU, 2019) definiu como *inseguramente apegados e evitativos*, são crianças que não se propuseram a fazer explorações no ambiente, tanto na presença da mãe quando na presença de outra pessoa, demonstraram estar assustadas na presença de outras pessoas e na ausência, apresentaram grande penúria e desnorteamento e assim que a mãe regressa ao ambiente não a procura, sugerindo um visível desinteresse pela volta da mãe.

Crianças desse segundo grupo não demonstram senso de exploração, pois não vão à procura de nada, não demonstram emoção quando a mãe volta ao ambiente, a ignorando ou

evitando. Algumas dessas crianças podem apresentar um comportamento mais amistoso com estranhos do que com suas mães. Assim, as mães desse grupo se mostram rígidas e não estão disponíveis à procura da criança, porém Ainsworth, verificou que essas crianças não são completamente indiferentes às mães, esse comportamento é o mais visível, mas as crianças apresentavam respostas fisiológicas comparáveis ao sofrimento diante da separação da mãe, uma delas é o aumento da frequência cardíaca diante da separação (MENDES; ROCHA, 2016).

Comportamentos antissociais, hostis e ao mesmo tempo uma busca excessiva por atenção, são características das crianças inseguramente apegadas e evitativas, elas mostram-se hesitantes a possibilidade de receber ajuda vinda da parte dos pais, caso precisem. Assim, elas costumam sofrer por períodos de “ansiedade de separação”, permanecendo longos períodos “grudadas” em outras pessoas. Esse comportamento é marcado pelo conflito dos pais que somente em algumas ocasiões se mostram disponíveis e em outras ignoram a presença da criança. Essas crianças ao ficarem mais velhas demonstram padrões de distanciamento para com os pais, preferindo manter a distância, os cumprimentos para com os dois se mostram curtos e a conversação impessoal (ABREU, 2019). Para Bowlby (1990), são crianças que mantêm seu foco voltado aos brinquedos, preferindo estar com eles o tempo todo, ignorando os pais ou qualquer iniciativa vinda deles.

Mendes e Rocha (2016) apresentam um último grupo também denominado por Ainsworth, são os *ansiosamente apegados e resistentes*. As crianças desse grupo exploram pouco o ambiente, apresentando grande ansiedade na ausência da mãe, mostrando também sentimentos de medo na presença de pessoas estranhas, porém ao retorno da mãe se mostram incertos, pois desejam reestabelecer o contato, mas ao mesmo tempo mostram-se ressentidos e algumas vezes, com raiva pela mãe ter se afastado. As mães desse grupo não mostram sintonia em relação a criança, muitas vezes, dando respostas inconscientes e não voltadas às necessidades emocionais da criança.

Crianças pertencentes a esse último grupo manifestam uma grande oscilação de comportamentos em relação a mãe, ficando entre a busca pela proximidade e a relutância ao manter o contato. Algumas crianças se posicionaram de forma colérica e outras de forma inativa, trazendo também uma mescla de tristeza, medo e intimidade alternada com a hostilidade. Essas crianças ainda esperam obter amor, carinho e cuidado, mas ao mesmo tempo se mostram angustiadas pela possibilidade do abandono, aumentando assim as exigências afetivas, fazendo com que se recusem a ficar sozinhas, protestando com muita raiva ao ver isso acontecendo. Vale ressaltar que essas crianças não sofreram uma rejeição total por parte da mãe, mas sim uma parcial e intermitente (ABREU, 2019).

Abreu (2019) ainda retrata sobre a falta de confiança das crianças pela ajuda da parte dos pais ou quando precisam buscar ajuda, esperando sempre a rejeição. Quando mais velha, a criança possui uma disposição interna voltada para a autossuficiência emocional em virtude dos constantes descuidos vindos, por parte da mãe ou dos pais, em todas as vezes que procurou auxílio e proteção. Apesar de sempre estarem antecipando uma resposta negativa, são crianças extremamente boas e em alguns momentos podem ser sedutoras.

Main e Solomon (1986, *apud* ABREU, 2019) em seus estudos sugeriram a existência de um quarto padrão de vinculação chamado de *desorganizado/controlador*, possivelmente atribuído a crianças que demonstram comportamentos contraditórios, movimentos e expressões incompletas, assim como comportamentos estereotipados e movimentos assimétricos, apresentando uma conduta característica de desorganização e desorientação.

Esse padrão de comportamento conforme supracitado pode ser advindo da mãe, preocupada com situações de luto em relação a uma figura de vínculo que tenha sido perdida em sua infância ou traumas relacionados a algum tipo de abuso físico ou sexual. Assim, os pais esperam que as crianças os confortem, a criança neste contexto, tem papel de nutrir e oferecer cuidado materno. Mendes e Rocha (2016) reforçam que a criança apresenta padrões de comportamento que podem vir do forte apego, como contato associado com uma demonstração de raiva, movimentos sem sentido e apresentam também uma expressão de apreensão, diante da figura de apego, podendo ser de desorientação ou paralização.

Uma provável causa para a manutenção dos comportamentos com o passar dos anos se dá em razão ao desempenho de cada grupo, no primeiro grupo são seguras, demonstram ser mais cooperativas no tratar aos pais, exigindo assim menos cuidado da parte dos cuidadores, favorecendo uma relação leve para as duas partes. No segundo grupo, as crianças serão mais “resmungonas” e “agarradas”, tornando os cuidados mais complicados, por não terem um bom contato com os pais e no terceiro grupo, as crianças de mostrarão implícitas e distantes, induzindo uma resposta desfavorável dos pais, dando início a um círculo vicioso de ação e reação, perpetuando o processo indefinidamente (ABREU, 2019).

As mães no convívio com seus filhos exercem grande influência na criação do estilo de apego, a ser notado na infância e vida futura. Seja qual for o motivo pelo qual a mãe agir de certa maneira, será primordial para a determinação do modelo que a criança demonstrará em sua vida. Assim, existe uma forte correlação entre o padrão dos vínculos das crianças e o padrão de cuidados que receberam e que segundo Abreu (2019), evidências fortes sugerem que o padrão de vínculo de uma criança para com sua mãe é em alto grau a consequência do padrão que a mãe recebeu durante sua infância.

Fica evidente para Abreu (2019) que quanto maior o grau de satisfação que os pais receberam enquanto crianças, mais solidamente construirão o vínculo com seus filhos. Logo, quanto maior o descontentamento que foram oferecidas aos pais, maior será a tendência de tentar alterá-las na vida de seus filhos. Porém, deve ser ressaltado que essas interações não estão predestinadas a se manterem desta forma para o resto da vida, podendo ir mudando de acordo com novos vínculos que venha a ter durante sua vida. Outro ponto importante vem do fato dos comportamentos se manterem constantes quanto ao seu estilo e forma, uma vez que são estilos resultantes de uma adaptação mútua.

Uma afirmação importante é que, à medida que o amadurecimento acontecer, a criança terá uma disposição em atualizar seus estilos. No modelo seguramente apegado as crianças continuam a ter modelos funcionais de interação disponíveis para a vida, com tendência a ter representações positivas de si. Nos modelos inseguramente apegados evitativos/resistentes a possibilidade de adaptação para modelos mais seguros será impedida de ocorrer, devido a tendência da criança de refutar todo o comportamento que não contemple o estilo habitual, não permitindo uma atualização e nem reformulação de seu padrão (ABREU, 2019).

A conduta de vinculação é procedente de qualquer forma de comportamento, buscando como resultado a manutenção da proximidade de outra figura. Na presença da figura de apego, os comportamentos manifestados pela parte que busca o contato incluem verificação visual e auditiva. A conduta de vinculação se apresenta, inicialmente aos progenitores, porém não se limita apenas à infância, mas sim para toda a vida. Visto como um comportamento de bases biológicas, vindo a ser essencial para o ser humano, assim se torna um erro supor que quando ativo na vida adulta se indique patologia ou regressão (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005; ABREU, 2019).

A formação de um laço ou vínculo manifestam-se em intensas emoções, durante a formação, rompimento ou conservação dos laços. Descrita popularmente como “apaixonar-se”, a conservação desse vínculo deve ser vista como “amar” uma pessoa ou “sofrer” diante da perda. A manutenção dessa relação é experimentada como fonte de segurança e geradora de alegria, as emoções consideradas como um reflexo direto do estado dos laços afetivos da pessoa (BOWLBY, 1990).

A adaptabilidade evolutiva, na visão de Abreu (2019), faz o comportamento de vinculação se converter diante das necessidades, contribuindo diretamente à sobrevivência do indivíduo, conservando-o em contato com aqueles que cuidam e protegem, diminuindo a possibilidade de não sobrevivência. O cuidar é um comportamento complementar manifestado,

geralmente de uma pessoa mais velha para uma mais nova, demonstrado também por idades iguais em momentos de tensão, doenças, velhice e pelo amor.

A habilidade de manter laços emocionais com outras pessoas na infância é considerado um traço de bom funcionamento da personalidade na vida adulta. A identidade adulta por sua vez, é produto das interações com as figuras certas durante o seu desenvolvimento, com a capacidade de estabelecer laços íntimos com outras pessoas, considerado um traço principal do real funcionamento da personalidade e da saúde mental. Adultos que mantiveram relações de proteção e apoio enquanto crianças, tendem a oferecer o mesmo, não conseguindo oferecer menos, assim como acreditaram que ao enfrentar as dificuldades, sempre existirão pessoas honestas para lhe oferecer ajuda e conforto (ABREU, 2019).

Adultos que se desenvolveram sem formar uma boa vinculação não aceitam a ideia de ter ambientes seguros ou dignos de confiança, muito menos pessoas que estarão aptas a prover apoio. Logo, Abreu (2019) destaca que dificilmente conseguirão vincular-se a outras pessoas e se conseguirem uma ligação, desconsiderarão chance de tal laço lhe trazer qualquer aspecto de segurança ou ser inquebrável. Por seus olhos, a vida sempre será repleta de pobreza de valores, e previsível no que diz respeito a infelicidade e a solidão.

Assim, o modelo que os adultos constroem de si mesmos tem a ver com o modelo de vinculação com seus pais, essa representação não somente pela forma com que os pais os trataram durante a infância. Esses modelos reguladores dos sentimentos em relação aos pais que cada adulto traz dentro de si, reguladores também, da forma como ele espera ser tratado e a forma como planeja seu próprio futuro, em relação aos vínculos afetivos que virá a construir, sendo esses modelos também governantes de seus medos, desejos e expectativas diante do futuro (ABREU, 2019).

3. DISCUSSÃO DE DADOS

Este capítulo apresenta os resultados de estudos sobre as contribuições que o tratamento psicológico pode fornecer aos adolescentes borderlines, relacionado à forma de lidar com seu transtorno e seus vínculos, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Resultados do Tratamento Psicoterápico para o Adolescente Borderline

Autores	Ano	Título	Metodologia	Resultados
ZANETTI, S. A. S.; CIANCA, G. M.	2017	Contribuições da psicanálise Winnicottiana à clínica com adolescentes fronteiros: estudo de um caso	Estudo de caso	Melhora da paciente relacionada à obtenção de recursos para reorganização e readaptação à realidade
LONSDALE, J. S. et al.	2021	Manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline: uma revisão integrativa	Revisão integrativa	A psicoterapia foi considerada primordial no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline
SELVAPANDIYAN, J.	2021	Uma abordagem terapêutica pragmática para abordar o atrito de adolescentes e jovens adultos com transtorno de personalidade borderline em programas de terapia comportamental dialética	Estudo de caso	A Terapia Comportamental Dialética apresenta dificuldades em certas técnicas que influenciam a decisão de um adolescente de abortar o tratamento devido a sua imaturidade cognitiva
SANTOS, M. R.	2016	A cisão psíquica e a ampliação dos recursos internos: considerações a respeito do tratamento inicial de uma adolescente	Estudo de caso	A paciente avançou no processo de integração de si mesma, além de localizar si objetos bons, utilizando-se de palavras e não de cortes
SIMONI, L.; BENEDETTI, S. P. C.; BITTENCOURT, A. A.	2018	Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de um paciente com transtorno de personalidade limítrofe.	Estudo de caso	O terapeuta desenvolveu uma aliança terapêutica com sua paciente, apostando em uma postura mais diretiva

Fonte: Dados de estudos compilados pela autora (2021)

O estudo de Zanetti e Cianca (2017) apresentou o caso clínico de uma adolescente de 14 anos, os atendimentos psicológicos tiveram a duração de 1 ano e 11 meses, fundamentados na teoria winnicottiana. Os resultados descritos pelos os autores enfatizaram que a paciente obteve recursos mais abundantes para uma reorganização psíquica gradual e a adaptação à realidade não foi custosa, pois com o tempo ela pode extrair mais recursos internos. O processo terapêutico forneceu controle que permitiram à adolescente mais profundo contato consigo mesma e com seu verdadeiro *self* (tradução livre=eu), além de direcioná-la a buscar integração à sua própria personalidade. O tratamento objetivou-se em remover o isolamento entre os dois mundos da paciente e relacioná-lo às necessidades reais, assim ela passou a lidar melhor com as exigências que precisava fazer à mãe, ocupando o espaço do tratamento para conseguir uma organização mental mais saudável.

O processo que Zanetti e Cianca (2017) abordaram para o tratamento da paciente reforça o que Papalia e Feldman (2013) explicam, que com o desenvolvimento cognitivo em ordem, o adolescente tem a possibilidade de (re) construir seu *self*, que nada mais é do que a busca pela identidade, ele almeja metas, valores e crenças das quais ele se compromete durante a adolescência e a vida adulta. Assim, essa busca faz parte de um processo de autoconhecimento natural e saudável, fundamentado nas realizações passadas, na confiança, autonomia e produtividade.

O entendimento da importância da psicoterapia para o transtorno borderline foi discutida na revisão integrativa de Lonsdale et al. (2021), essa revisão recente, compilou os resultados de 11 artigos. Os autores identificaram que a maior parte dos estudos analisados, ou seja 7 deles, mostraram que a psicoterapia possui eficácia no manejo dos pacientes com TPB. A psicoterapia individual ou em grupo combinada com medicação pareceu ser favorável ao controle do transtorno a longo prazo, pois reduz os sintomas de ansiedade e melhora as habilidades interpessoais do paciente.

Contudo, as limitações de aplicabilidade dos dados encontrados por Lonsdale et al. (2021) referem-se à heterogeneidade da população avaliada, principalmente devido à identificação de diversas comorbidades entre os pacientes avaliados nos estudos, além de não especificar o público adolescente, tema investigado nesta pesquisa.

Outro estudo recente, por sua vez publicado por Selvapandiyan (2021) apresenta um estudo de caso de uma adolescente de 18 anos, com perfil de sintomas e diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline, de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10, com queixas de explosões de raiva, com comportamentos impulsivos destrutivos e múltiplas tentativas de automutilação. A adolescente foi atendida por 8 meses, com a realização de 32

sessões de Terapia Comportamental Dialética, com treinamento de habilidades de tolerância ao estresse, de regulação emocional e de eficácia interpessoal, além de intervenções de consciência metacognitiva.

A abordagem comportamental dialética utilizada na pesquisa clínica de Selvapandiyam (2021) apresentou um modelo hierárquico para facilitar o aprendizado terapêutico da paciente à medida que a adolescente navegava pelas tensões, enfrentadas na implementação de técnicas de atenção plena, eventualmente, levando a um melhor resultado do tratamento. O modelo de tratamento adotado confirmou o exposto por Barlow (2016), de que a Terapia Comportamental Dialética é um tratamento que está ganhando força e tem mostrado uma boa eficácia aos pacientes Borderlines.

Sobre a cisão psíquica e ampliação de recursos internos dos adolescentes, Santos (2016) apresentou a descrição de estudo de caso com uma adolescente de 15 anos, durante o período de 5 meses, portanto, trata-se um estudo inicial. A fundamentação teórica utilizada durante o processo terapêutico foi psicanalítica, com eixos teóricos de Freud, Klein, Bion e Winnicott.

Santos (2016, p. 150) buscou “compreender os significados da automutilação e fantasia de gravidez, articulando esses temas com sua própria história de vida, principalmente em relação à sua mãe”. O DSM-5 confirma que a intolerância a ficar só e não ter outras pessoas ao redor, faz com que o Borderline haja dessa maneira, podendo partir para ações impulsivas como a automutilação (APA, 2014).

No artigo publicado por Simoni, Benedetti e Bittencourt (2018), foram utilizadas 12 sessões com uma jovem de 18 anos, utilizando o instrumento a Classificação Multidimensional de Intervenções Psicoterapêutica Modificada (CMIP-M), desenvolvida por Roussos et al. (2005), no qual apresenta a metodologia para a construção de um esquema classificatório de intervenções psicoterapêuticas psicanalíticas e cognitivo-comportamental, com o objetivo de construir um esquema de compreensão para identificar as melhores intervenções.

As intervenções que tiveram maior aceitação e que de fato, se assemelham ao transtorno foram as intervenções empáticas e as intervenções exploratórias fechadas. Há também uma terceira intervenção utilizada que é denominada como examinativas psicanalíticas. Pode-se observar que o terapeuta desenvolveu uma aliança terapêutica com sua paciente, apostando em uma postura mais diretiva (SIMONI; BENEDETTI; BITTENCOURT, 2018). A partir desse estudo se abre novas oportunidades para pesquisa, importante que mais estudos surjam para confirmar as escolhas de tratamento a serem utilizadas, devido às características e peculiaridades do Transtorno de Personalidade Borderline.

Outros resultados encontrados na pesquisa referem-se a outras formas de tratamento com intervenções que promoveram resultados positivos na redução de algum sintoma relacionado ao Transtorno da Personalidade Borderlien, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Resultados de estudos de casos com redução de sintomas através de outras intervenções

Autor	Ano	Título	Metodologia	Resultados
REYES-LÓPEZ, J. et al.	2018	Melhora clínica em pacientes com transtorno de personalidade limítrofe após tratamento com estimulação magnética transcraniana repetitiva: resultados preliminares	Estudo de caso experimental	Após a aplicação dos protocolos de Estimulação Magnética Transcraniana, ambos os grupos mostraram reduções significativas na pontuação total de todos os instrumentos utilizados na avaliação de sintomas
SILVA, I. H. et al.	2010	Resposta a polimorfismos do transportador de fluoxetina e serotonina no transtorno de personalidade limítrofe	Estudo de caso experimental	Maior redução da impulsividade com a aplicação de fluoxetina

Fonte: Dados de estudos compilados pela autora (2021)

No artigo publicado por Reyes-López et al. (2018), os autores apresentam um ensaio clínico com 29 pacientes, a maioria mulheres, a pesquisa foi conduzida por 12 meses, todos pacientes ambulatoriais com TPB, o estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsinque. Foram utilizadas para avaliação de dados os instrumentos: CGI-BPD, BEST, Escala de Impulsividade de Barratt e a Escala de Ansiedade de Hamilton.

Foram separados dois grupos de estudos, ambos com diferentes protocolos de rTMS (Séries Prolongadas de Estimulação Magnética Transcraniana), recebendo uma intensidade de 100% do limiar motor através de estimulador magnético, o limiar motor determinado no início de cada sessão. Após as aplicações das frequências inibitórias, é possível ver uma redução nas escalas clinimétricas, com diminuição significativa na impulsividade. Foram obtidos os mesmos resultados dos estudos de Arbabi et al. (2013), em que se vê uma grande diminuição nos sintomas afetivos depressivos e no nível de impulsividades. Assim, é possível perceber que os protocolos de estimulação foram eficazes na redução da gravidade dos sintomas em particular, como o medo de abandono, impulsividade, instabilidade emocional e raiva, podendo ter impacto positivo na redução da automutilação, comportamento suicida, assim como, melhorar as relações familiares e interpessoais.

Em outro estudo de Silva et al. (2010) foram selecionados 59 pacientes de ambos os sexos, todos preencheram os requisitos segundo o DSM-V para Transtorno de Personalidade Borderline, este estudo fez parte de outro mais amplo dos polimorfismos genéticos associados ao sistema serotoninérgico, com relação a impulsividade e a predição ao uso de drogas.

A administração de fluoxetina foi realizada aos pacientes por doze semanas consecutivas, todos recebendo 20mg, doses essas, podendo ser aumentadas a partir da segunda semana se a resposta fosse considerada insuficiente. Desta forma, os níveis de fluoxetina são medidos a cada semana, portanto foram utilizadas também a Escala de Agressão Aberta Modificada (OAS-M), para avaliar os níveis de impulsividade, administrada no início dos estudos e no decorrer das semanas. A análise genética também foi utilizada, usando o kit Ultra Clean DNA Blood Spin (Mo Bio Laboratories Inc.), na determinação dos alelos L e S e por último a análise estatística através do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 11.5). Neste trabalho de Silva et al. (2010) foi possível concluir que o principal, foi o genótipo LL, um gene transportador de serotonina, no qual, foi associado a uma maior redução da impulsividade com a aplicação de fluoxetina, assim como no genótipo S não houve grandes respostas, mais pobres. A redução da agressividade e impulsividade é consistente nos estudos, sugeriram que os inibidores da captação de serotonina é um tratamento eficaz nos Transtornos de Personalidade Borderline.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada, nesta revisão de literatura, foi possível perceber que o transtorno de personalidade borderline se inicia na adolescência, um momento de grandes mudanças e estabelecimento da identidade e que muitas vezes o adolescente e as pessoas a sua volta não percebem o início do transtorno. Assim, o TPB se caracteriza, essencialmente pela dificuldade nas relações interpessoais, instabilidade reativa, impulsividade intensa e auto percepção distorcida, desta forma, é essencial o tratamento psicoterapêutico.

Quanto aos objetivos da pesquisa, estes foram alcançados, através da revisão de literatura e pela discussão de resultados de artigos que reforçaram as particularidades do adolescente com transtorno borderline, caracterização de vínculos e diferentes formas de manejo de tratamento psicológico.

Com relação a busca em responder a problematização deste estudo, encontrou-se uma dificuldade, pois quando se trata de tratamento para adolescentes borderlines, ainda há poucas pesquisas, sobretudo recentes e muitas delas ainda não focam diretamente no adolescente. Nesse contexto, se percebe que cada abordagem teórica da Psicologia possui abordagem de tratamento específica e diferenciada, porém ambas com eficácia no tratamento.

A hipótese de que, com o tratamento psicoterápico, os adolescentes borderlines conseguem melhorar sua organização psíquica através do autoconhecimento e regulação emocional foi confirmada, pois de maneira geral, os estudos focaram na confiança, autonomia e produtividade dos pacientes, além de trabalhar com questões relacionadas à família, especificamente com a mãe em dois dos estudos discutidos.

Como pesquisa inicial, acredita-se que foi possível tornar um pouco mais amplo o conhecimento do Transtorno de Personalidade Borderline, contribuindo para que a sociedade saiba como o transtorno se apresenta, entendendo às particularidades e conhecendo os sentimentos que cercam esses sujeitos, especialmente os adolescentes que possuem essa característica em sua personalidade. Além disso, este estudo pode abrir caminho para que psicólogos se inspirem em realizar mais estudos clínicos, a fim de estabelecer e produzir protocolos e instrumentos melhores, direcionados ao público adolescente com início de transtorno da personalidade borderline, com o objetivo de amenizar o sofrimento psíquico e auxiliar na adaptação de suas famílias.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. N. **Teoria do apego: fundamentos, pesquisas e implicações**. 2. ed. Belo Horizonte: Artesão editora, 2019. 238 p.
- ADES, T.; SANTOS, E. F. **Borderline - criança interrompida - adulto Borderline**. 2. ed. São Paulo: Isis, 2020. 128 p.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142 p.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 p.
- APA. American Psychological Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- ARBABI M. *et al.* TMS de alta frequência para o tratamento do transtorno de personalidade limítrofe: um relato de caso. **Asian J Psychiatry**, v. 6, p. 614-617, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24309885/>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- BARLOW, D. H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BARNHILL, J. W. **Casos clínicos do DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015. 372 p.
- BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2021.
- BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BERGER, K S. **O desenvolvimento da pessoa: da infância a terceira idade**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2016.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: apego - a natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. **O que significa ter saúde?** 07 ago. 2020. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-queiro-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 04 maio 2021.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 753 p.

CANDIDO, M. R. *et al.* Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 110-117, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762012000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 maio 2021.

COLE, M.; COLE, R. S. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CORREA, C. R. G. R. A Compreensão na Psicopatologia de Karl Jaspers e na Psicanálise. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 16, p. 303-326, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272011000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2021.

CUNHA, P. J.; AZEVEDO, M. A. S. B. 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=S0102-37722001000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2021.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24, jun. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672005000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 maio 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 438 p.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. 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=S141547141999000200052&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2021.

FEIST, J.; FEIST, G. J.; ROBERTS, T. **Teorias da Personalidade**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 464 p.

FIGUEIREDO FILHO, D. B. *et al.* O que é, para que serve e como se faz uma meta-análise? **Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 205-228, ago. 2014. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/tp.2014.018>. Acesso em: 08 jun. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUNDERSON, J. G. **Borderline personality disorder: a clinical guide**. Washington (DC): American Psychiatric Press, 2001. 329 p.

HEGENBERG, M. **Borderline**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. 135 p.

LIMA, I.; ANDRADE, R. **Higiene Mental e Saúde Social em Tempos de Pandemia**. João Pessoa: Instituto Federal Paraíba, 2020. Disponível em: <https://www.ifpb.edu.br/>. Acesso em: 04 maio 2021.

LINEHAN, M. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 512 p.

LONSDALE, J. S. *et al.* Manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline: Uma revisão integrativa. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 06, ed. 02, v. 10, p. 25-38, fev. 2021. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/personalidade-borderline>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MENDES, L. S. T.; ROCHA, N. S. Teoria do Apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. **Rev. bras. psicoter.** v. 18, n. 3, p. 1-15, 2016. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=209. Acesso em: 25 maio 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993. 351 p.

OUTEIRAL, J. O. **O adolescente borderline**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 312 p.

PAPALIA, E. D.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde mental**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 80 p.

PEREZ, A. J. **Treinamento Corporal Humano: fundamentos para a prática de exercícios e de esportes**. Curitiba: Editora Appris, 2018. 321 p.

PEROSSO, G. R. **Dimensões sociais da psicopatologia: um estudo sobre a influência de práticas culturais**. Bauru: Universidade Estadual Paulista “Júlio De Mesquita Filho”, 2019. 118 p.

PIMENTEL, J.; BITTENCOURT, P. **Saúde plena: equilibre sua alimentação e seus hábitos para uma vida mais feliz**. Ebook: Estante de Saúde, 2018. 320 p.

REGO, S. **Teoria do Desenvolvimento Moral de Jean Piaget e Lawrence Kohlberg**. In: A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 75-102.

REYES-LÓPEZ, J. *et al.* Clinical improvement in patients with borderline personality disorder after treatment with repetitive transcranial magnetic stimulation: preliminary results. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online], v. 40, n. 1, p. 97-104, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2112>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ROUSSOS, A. J. *et al.* Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. **Anuario de Investigaciones**, v. 8, p. 41-48, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v13/v13a05.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2021.

SANTOS, M. R. **A cisão psíquica e a ampliação dos recursos internos: considerações a respeito do tratamento inicial de uma adolescente.** Publicação CEAPIA, n. 25, p. 149-161, 2016. Disponível em: <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2016-25-ceapia-13.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SANTROCK, J. W. **Adolescência.** Rio de Janeiro: LTC, 2003.

SELVAPANDIYAN, J. Uma abordagem terapêutica pragmática para abordar o atrito de adolescentes e jovens adultos com transtorno de personalidade borderline em programas de terapia comportamental dialética. **Prim Care Companion CNS Disord**, v. 23, n. 3, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312471336_Dialectical_behavior_therapy_for_borderline_personality_disorder. Acesso em: 05 nov. 2021.

SILVA, A. B. B. **Corações descontrolados: ciúmes, raiva, impulsividade: o jeito borderline de ser.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2013. 178 p.

_____. **Mentes que amam demais: O jeito Borderline de ser.** 2. ed. São Paulo: Principium, 2018. 240 p.

SILVA, I. H. *et al.* Respuesta a fluoxetina y polimorfismos del transportador de serotonina en trastorno límite de personalidad. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, Santiago, v. 48, n. 1, p. 29-37, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2021.

SIMONI, L.; BENETTI, S. P. C; BITTENCOURT, A. A. Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de um paciente com transtorno de personalidade limítrofe. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p. 1499-1512, conjunto. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2018000300013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 nov. 2021.

VELÔSO, T. M. G.; EULÁLIO, M. C (Orgs.). **Saúde mental: saberes e fazeres.** Campina Grande: EDUEPB, 2016. 352 p.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa.** 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração UFSC, 2013. 134 p.

ZANETTI, S. A. S; CIANCA, G. M. Contribuições da psicanálise Winnicottiana à clínica com adolescentes fronteiriços: estudo de um caso. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 294-304, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202017000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2021.