



**FACULDADE FASIPE CUIABÁ  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**MARIA LÚCIA VIEIRA**

**A TERAPIA DIALÉTICA COMPORTAMENTAL PARA  
PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE**

**Cuiabá - MT**

**2023**

**MARIA LÚCIA VIEIRA**

**A TERAPIA DIALÉTICA COMPORTAMENTAL PARA  
PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE**

Projeto de Monografia apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia - FASIPE Cuiabá, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Prof. Me. Leonço Álvaro Costa Filho

**Cuiabá - MT  
2023**

**MARIA LÚCIA VIEIRA**

**A TERAPIA DIALÉTICA COMPORTAMENTAL PARA  
PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia – FASIPE Cuiabá, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

---

**LEONÇO ÁLVARO COSTA FILHO**

Professor Orientador

Departamento de Psicologia – FASIPE CUIABÁ.

---

**DIEGO ANIZIO DA SILVA**

Professor (a) Avaliador (a)

Departamento de Psicologia – FASIPE CUIABÁ.

---

**ANA SOPHIA HAAGSMA SIMM**

Professor (a) Avaliador (a)

Departamento de Psicologia – FASIP CUIABÁ.

VIEIRA, Maria Lúcia. **A Terapia Dialética Comportamental para Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline**. 40 p. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE Cuiabá.

## RESUMO

A Terapia Dialética Comportamental (TDC) é um tratamento eficaz para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A TDC combina abordagens cognitivo-comportamentais e elementos de *mindfulness* para ajudar os indivíduos a lidar com as dificuldades emocionais e comportamentais associadas ao TPB. O objetivo geral do trabalho foi avaliar a efetividade da Terapia Comportamental Dialética para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. A metodologia utilizada será a partir de uma revisão de literatura através de pesquisa básica do tipo bibliográfica descritiva, em sites de busca, com materiais que abordam a temática selecionada neste trabalho. A DBT se mostrou superior a outras formas de psicoterapia, reduzindo sintomas psicopatológicos, ideação suicida e automutilação. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) revela uma capacidade notável no cuidado de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), oferecendo estabilidade do self e melhorias significativas na regulação emocional, relacionamentos interpessoais e prevenção de comportamentos autodestrutivos. Além disso, a DBT aborda de forma abrangente as dificuldades enfrentadas pelos pacientes, visando à melhoria da qualidade de vida e ao manejo clínico do TPB. Estudos destacaram a relevância da DBT como uma intervenção terapêutica holística, promovendo a resiliência emocional e fornecendo ferramentas práticas para lidar com as emoções intensas. Pesquisas futuras devem explorar a eficácia da DBT em diferentes contextos e populações para obter uma compreensão mais abrangente de seus resultados.

**Palavras-chave:** Dialética Comportamental, Personalidade Borderline.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>2.REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>7</b>
<b>2.10 Transtorno de Personalidade Borderline</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2 Causas e Sintomas do TPB</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Diagnóstico</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4 A Terapia Dialética Comportamental</b> .....	<b>18</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
<b>4.APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1 Transtorno de Personalidade Borderline</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2 Terapia Comportamental Dialética</b> .....	<b>30</b>
<b>4.3 Regulação emocional</b> .....	<b>31</b>
<b>5.CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>37</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A expressão "Borderline" foi inicialmente mencionada em 1938 pelo Psicanalista americano Adolf Stern que o observou durante sessões de psicoterapia. Mais tarde, o Psicanalista Robert Knight também reconheceu as características do transtorno em pacientes hospitalizados (LINEHAN, 2010). Em 1980, o DSM-III estabeleceu o conceito atual de diagnóstico de pacientes com transtorno borderline. Anteriormente, havia uma definição imprecisa que abrangia estados intermediários de neurose/psicose, mas agora o transtorno é considerado um distúrbio específico da personalidade (VIDAL; LOWENKRON, 2010).

Desse modo, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um distúrbio mental grave caracterizado por instabilidade em relações interpessoais, autoimagem, afeto e impulsividade. É classificado por nove critérios diagnósticos, mas apenas cinco são necessários para o diagnóstico. O TPB é um dos transtornos de personalidade mais graves e problemáticos conhecidos (APA, 2014).

O TPB é uma condição mental extremamente complicada e grave, e é o transtorno de personalidade mais comum no contexto clínico, afetando cerca de 10% dos pacientes internados (SCHESTATSKY, 2005). Esse transtorno tem um grande impacto social, com uma taxa de mortalidade alta devido aos grandes números de suicídio dos pacientes. Apesar do tratamento medicamentoso e psicossocial, a maioria dos pacientes continua apresentando desajustes graves no trabalho, nas relações sociais, na satisfação geral e no funcionamento global. Por isso, a melhor forma de controlar pacientes com TPB é através de programas de psicoterapia, como a terapia dialética comportamental, que tem um papel relevante na abordagem cognitivo-comportamental do transtorno (CARNEIRO, 2004).

Indivíduos que atendem aos critérios para o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) têm procurado cada vez mais clínicos e profissionais de saúde mental. Isso ocorre porque, mesmo quando se utiliza uma abordagem farmacológica potencialmente eficaz, geralmente é necessário algum tipo de terapia psicológica para tratar pacientes com esse transtorno. A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é uma forma ampla de terapia cognitivo-comportamental que foi desenvolvida especificamente para tratar o TPB (LINEHAN, 2010).

Diante desses aspectos, o presente trabalho tem como problema a seguinte indagação: Qual é a eficácia da Terapia Dialética Comportamental (TDC) no tratamento de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?

Hipoteticamente, acredita-se que a TDC pode ser eficaz na redução de sintomas do TPB, melhorando o funcionamento social e emocional dos pacientes, reduzindo a

impulsividade e a recorrência de comportamentos autodestrutivos, e levando a uma melhoria na qualidade de vida geral dos pacientes. Segundo Pereira e Penido (2010), a TDC é uma abordagem terapêutica que leva em consideração uma visão holística do indivíduo, considerando fatores biopsicossociais que influenciam o comportamento humano. Seu principal objetivo é intervir em comportamentos, internos ou externos, a fim de melhorar a funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes, tem se mostrado eficaz no tratamento de transtornos de personalidade, como TPB.

Conforme Wagner (2018), o TPB é caracterizado por instabilidade emocional, impulsividade, dificuldade de regulação emocional, comportamentos suicidas e de automutilação, além de instabilidade nos relacionamentos interpessoais. Sendo um transtorno complexo e desafiador para profissionais de saúde mental, pois os pacientes muitas vezes apresentam dificuldade em manter um tratamento a longo prazo. Desse modo, o presente trabalho justifica-se pela relevância de realizar estudos que busquem averiguar a eficácia em seu tratamento.

A relevância o estudo para a sociedade é que o TPB é um transtorno mental que afeta uma parcela significativa da população, e pode causar prejuízos significativos na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares; assim essa pode fornecer informações importantes para pessoas que sofrem de TPB, seus familiares e amigos, ajudando-os a entender melhor o transtorno e a identificar opções de tratamento mais adequadas e eficazes.

Já a relevância para os acadêmicos, é pelo fato de que o TPB é um transtorno complexo e desafiador para os profissionais de saúde mental, e há uma necessidade de se discutir abordagens terapêuticas específicas para o seu tratamento. Então, o trabalho pode contribuir para a literatura científica ao reunir informações e pesquisas relevantes sobre a TDC para o tratamento do TPB, e pode servir como base para futuras pesquisas e desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas.

O objetivo geral do trabalho foi avaliar a efetividade da Terapia Comportamental Dialética para pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. Os objetivos específicos são: caracterizar os sintomas do TPB; apresentar as causas e fatores de risco em pacientes com o TPB; e, descrever os conceitos e princípios da TCD.

A metodologia utilizada foi a partir de uma revisão de literatura através de pesquisa básica do tipo bibliográfica descritiva, realizada em sites oficiais, em estudos que abordam sobre a presente temática desse trabalho.

## **2.REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo foi abordado sobre as características, as prováveis causas, os fatores de risco do Transtorno de Personalidade Borderline e a efetividade da Terapia Dialética Comportamental.

### **2.10 Transtorno de Personalidade Borderline**

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5), um distúrbio de personalidade é caracterizado por um padrão persistente, generalizado e inflexível de pensamento, comportamento e sentimentos que se inicia na adolescência ou no início da idade adulta e que causa prejuízos significativos na vida das pessoas, devido ao sofrimento constante ao longo do tempo. Existem dez tipos distintos de transtornos de personalidade, todos eles apresentando um padrão consistente de experiências internas que se manifestam através da cognição, ou seja, a forma como o indivíduo percebe e interpreta a si mesmo, aos outros e aos eventos; da afetividade, que se expressa por meio da variação, intensidade, labilidade e adequação das respostas emocionais do indivíduo; e do funcionamento interpessoal e controle dos impulsos (DSM-5, 2014).

A percepção borderline se constituiu primeiramente como uma entidade indefinida e imprecisa que inclui sintomas que se estendiam desde “espectro neurótico” seguindo o “distúrbio de personalidade” até o “espectro psicótico”. Mas o termo borderline só começou a se fortalecer e ter mais espaço na literatura psiquiátrica e psicanalítica em 1953, através do trabalho de Robert Knight, nominado “Estados Borderline” (VILELA, DALGALARRONDO 1999).

Conforme Chagas et al (2022), o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) pode ser definido como um padrão de instabilidade que afeta as relações interpessoais, a formação de crenças, os afetos e os comportamentos, resultando em impulsividade exacerbada. Esse transtorno costuma surgir no início da vida adulta e pode gerar prejuízos em diversos contextos. A desregulação emocional e a impulsividade são traços de personalidade fundamentais para entender a sintomatologia do TPB. Esses sintomas estão intimamente ligados a eventos traumáticos na infância, que aumentam as chances de desenvolvimento do transtorno na fase adulta.

Os pacientes geralmente encontrados na área psiquiátrica que não tinham como ser classificados como neuróticos ou psicóticos, Knight usava o termo borderline. Mesmo após a influência do artigo de Knight (1953) o qual elevou a popularidade ao termo borderline, o

desacordo à sua definição teve continuidade. Surgiram dúvidas depois da sua utilização como exemplo de considerar o borderline como um estado transitório ou como um tipo de paciente, como uma entidade nosológica de direito ou um tipo atenuado de psicose, como uma forma grave de neurose ou uma organização de personalidade ou ainda se tratava apenas de uma rubrica para quadros clínicos os quais psicanalistas e clínicos não tinham o conhecimento necessário para enquadrar nas categorias clássicas diagnósticas já familiarizadas (VILELA, DALGALARRONDO, 1999).

Com a possibilidade do diagnóstico, o transtorno borderline, passou de uma aceção indefinida em estados intermediários neurose-psicose para uma especificidade de distúrbio de personalidade, em que comportamentos autolesivos, impulsivos, defesas egóicas muito primitivas, sentimento de vazio interno, eram predominantes (VILELA, DALGALARRONDO, 1999). No DSM-III, os pacientes com quadro borderline definitivamente são desvinculados do espectro da esquizofrenia e direcionados para distúrbios da personalidade. Com isso a esquizofrenia ou borderline, de fato darão origem aos distúrbios de personalidade: Distúrbio de Personalidade Esquizotípico e Distúrbio de Personalidade Borderline (VILELA, DALGALARRONDO, 1999). Conforme Hegenberg (2013), às classificações internacionais das doenças mentais, como o DSM e o CID, são apenas para descrição e não estão preocupadas com a explicação do sintoma ou com o sentido, ficando assim afastado da Psicanálise. Essa proposta descritiva fica aliada a compreensão médica da psicologia, com isso a psiquiatria atual está se permitindo a alienar com mais frequência com a psicopatologia e se contentando com a simples descrição de sintomas, precipitando assim o diagnóstico e a medicação. O medicamento é útil e fundamental, porém, o que deve ser questionado é com referência ao seu uso banal e indiscriminado; em contrapartida, assim como a descrição do DSM e do CID permite essa falha, pode também possibilitar uma comunicação mais comum e fundamental que possibilita pesquisa e orientação sobre o paciente propriamente dito.

De acordo com Linehan (2010), houve certa controvérsia em torno da escolha da palavra "borderline" para nomear oficialmente o transtorno. Originalmente utilizada por Adolf Stem, em 1938, para descrever pacientes que não se encaixavam nas categorias psiquiátricas "neurótica" e "psicótica", o termo foi adotado pelos psicanalistas como uma forma coloquial de se referir a pacientes com dificuldades de tratamento com métodos analíticos convencionais ou que não se enquadrarem em outras categorias diagnósticas, assim diferentes teóricos descreviam esses pacientes como estando no limite entre a neurose e a psicose.

É mais comum os sintomas aparecerem no final da adolescência e apresentam o pico no início da idade adulta, antes de melhorar com a idade. A personalidade borderline é um transtorno mental muito grave com um modelo característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. O TPB acontece na sua maioria em mulheres, fazendo fragilizar emocionalmente, desestabilizando a sua socialização com o mundo (FINKLER *et al.*, 2017).

De acordo com Romaro (2002), o TPB é caracterizado principalmente pela instabilidade do indivíduo, que age de forma exagerada e adota comportamentos extremos. Essa condição causa grande sofrimento tanto para o próprio paciente quanto para sua família, devido à expressão patológica de diversos comportamentos inadequados. A visão psicodinâmica sugere que pacientes com TPB têm uma história de desenvolvimento do ego marcada por condições desfavoráveis para um crescimento mental saudável e produtivo.

Dal' Pizol *et al* (2003) descreveu que os fatores genéticos inespecíficos e problemas de desenvolvimento associados à negligência emocional e abuso na infância podem estar relacionados ao transtorno borderline. Algumas vivências traumáticas, como abuso sexual e abandono, também foram relacionadas ao transtorno, embora não haja uma relação direta com o desenvolvimento da doença. O ambiente familiar é importante para a formação dos vínculos do indivíduo, e a história de vida dos pacientes com TPB geralmente é marcada por um funcionamento familiar instável e inseguro.

O TPB pode ser confundido por diversos outros distúrbios, causando muita dor para o indivíduo. Ele pode ser confundido com: transtorno de ansiedade, estresse pós-traumático, transtorno de personalidade antissocial e psicopatia, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, bipolaridade, ciclotimia, depressão, de modo que o seu diagnóstico é bem difícil de ser realizado (NASCIMENTO; FERRAZ, 2021).

Percebe-se que realmente, o diagnóstico do TPB é bastante desafiador, já que seus sintomas se sobrepõem a muitos outros distúrbios. Essa confusão pode gerar muita dor para o indivíduo, uma vez que o tratamento adequado depende de um diagnóstico preciso. Sendo assim, é fundamental que os profissionais de saúde mental tenham um olhar atento e criterioso na hora de avaliar o paciente, considerando o histórico de vida, sintomas apresentados e sua evolução ao longo do tempo.

## **2.2 Causas e Sintomas do TPB**

Embora não se tenha conhecimento pleno dos motivos que desencadeiam o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), há hipóteses de que a história familiar,

alterações estruturais e funcionais do cérebro, fatores socioculturais e ambientais, possam afetar a probabilidade de um indivíduo desenvolver a condição. Entretanto, é importante destacar que o aumento do risco não é sinônimo de desenvolvimento do TPB. Além disso, mesmo pessoas que não apresentam esses fatores de risco podem, em algum momento de suas vidas, manifestar a doença (LIMA *et al.*, 2021).

O TPB é mais comum em pessoas que possuem parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno, em comparação com a população em geral (LIMA SCA, *et al.*, 2021). A herdabilidade do TPB é estimada em 40%, mas até o momento não foi identificado um gene específico como a causa do transtorno. Existem evidências de que as interações e correlações entre genes e ambiente podem influenciar no desenvolvimento do TPB, de modo que os indivíduos com genótipo mais "suscetível" têm maior risco de manifestar o transtorno na presença de um ambiente propício (SIMONI *et al.*, 2018).

Segundo Nunes *et al* (2015), há regiões cerebrais disfuncionais que estão associadas à sintomatologia do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). O córtex pré-frontal, responsável pela regulação emocional, parece estar reduzido, dificultando a capacidade do paciente de regular suas emoções. Também é importante mencionar o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, que regula a produção do cortisol e demonstra uma certa hiperatividade, o que significa que o paciente pode apresentar maior resposta ao estresse devido ao aumento da produção de cortisol (NUNES *et al.*, 2015).

Existem várias causas e fatores de risco que podem influenciar o desenvolvimento do TPB, incluindo experiências de negligência, conflito hostil e perda de entes queridos, perda de emprego, interrupção dos estudos, abuso físico e sexual (APA, 2014). O trauma na infância é considerado o principal fator ambiental envolvido no surgimento do TPB, e há evidências da relação entre adversidades precoces e a manifestação e gravidade do transtorno (NUNES *et al.*, 2015).

Os principais tipos de traumas infantis incluem abuso físico, emocional e sexual, negligência emocional e física, que ocorrem em 30 a 90% dos casos. Mulheres com TPB frequentemente relatam ambientes familiares altamente disfuncionais na infância, e elas representam 85% dos casos diagnosticados com TPB, o que é considerado um fator social e não de gênero, já que as mulheres têm maior probabilidade de cuidar da saúde e são mais vulneráveis a abusos dentro de seus ambientes familiares (HONÓRIO *et al.*, 2021).

### 2.3 Diagnóstico

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-5), os traços de personalidade são características persistentes e duradouras que influenciam a forma como uma pessoa percebe, interage e pensa sobre o mundo e sobre si mesma. Esses traços podem ser observados em várias situações sociais e pessoais. No entanto, eles só são considerados transtornos de personalidade quando são inflexíveis, desadaptativos e causam desconforto emocional significativo ou prejudicam o funcionamento geral da pessoa.

Conforme Costa (2013), o transtorno de personalidade borderline é classificado como transtorno de personalidade emocionalmente instável tipo borderline (limítrofe) na Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Esse transtorno psiquiátrico é bastante complexo e seu diagnóstico diferencial é desafiador devido às possíveis comorbidades com outros transtornos da personalidade. Sendo definido pelo DSM-IV-TR (2002) como um padrão global de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e nos afetos, acompanhado de impulsividade significativa e que começa no início da idade adulta, afetando uma variedade de contextos.

O diagnóstico do transtorno pelo DSM-IV-TR é feito com base em nove critérios, dos quais cinco são suficientes para sua identificação, incluindo um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginário, perturbação na identidade, impulsividade, ameaças suicidas ou comportamento automutilante, instabilidade afetiva, sentimentos crônicos de vazio, raiva e dificuldade em controlar a raiva, e ideação paranóide transitória. Esse transtorno é uma perturbação psiquiátrica complexa e de difícil diagnóstico diferencial, devido a suas comorbidades com outras perturbações da personalidade (COSTA, 2013).

Em relação aos 9 critérios do DSM-IV-TR, segue que a característica essencial de um transtorno da personalidade é:

Um padrão permanente de comportamento e de experiência interna que se desvia notavelmente das expectativas geradas pela cultura do sujeito e que se manifesta em pelo menos duas ou mais das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle de impulsos (DSM-IV-TR, 2002, p. 686).

Ainda Caballo (2011) afirmou que as principais características que definem um TPB são: a) a sua raiz é profundamente enraizada e inflexível; b) é desadaptativo, principalmente em situações interpessoais; c) tende a ser relativamente constante ao longo do tempo; d)

prejudica significativamente a habilidade da pessoa de funcionar adequadamente; e) causa sofrimento tanto para a própria pessoa quanto para aqueles ao seu redor.

De forma geral, as características e critérios diagnósticos do DSM-IV-TR foram descritas no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Critérios e características diagnósticas/ DSM-IV-TR

<b>Critério Diagnóstico</b>	<b>Característica</b>
1. Relacionamentos Interpessoais Instáveis e Intensos	Relacionamentos caóticos, com extremos de idealização e depreciação; medo de abandono real ou imaginário
2. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginário	Comportamentos impulsivos, como ligações excessivas, pedidos de ajuda urgente, ameaças de suicídio
3. Perturbação na identidade	Autoimagem instável e distorcida; dificuldade em estabelecer objetivos de longo prazo ou em saber quem realmente é
4. Impulsividade	Comportamentos autodestrutivos, como abuso de substâncias, sexo sem proteção, gastar dinheiro compulsivamente
5. Ameaças suicidas ou comportamento automutilante	Tentativas de suicídio, automutilação (por exemplo, cortar ou queimar a própria pele)
6. Instabilidade afetiva	Mudanças intensas e rápidas de humor; reações emocionais desproporcionais ao evento
7. Sentimentos crônicos de vazio	Sensação de estar vazio ou insatisfeito; dificuldade em se sentir satisfeito com algo ou alguém
8. Raiva e dificuldade para controlar a raiva	Explosões de raiva intensas e inapropriadas; dificuldade em controlar a raiva e o temperamento
9. Ideação paranóide transitória	Sintomas paranoides ou dissociativos em situações de estresse

Fonte: adaptado de Caballo (2011).

Em relação ao quadro 1, Caballo (2011) pontuou que para ser diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline, um indivíduo precisa apresentar pelo menos cinco desses nove critérios diagnósticos expostos nesse quadro.

Sobre os critérios diagnósticos na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, Organização Mundial da Saúde – OMS, 1993), o TPB é classificado pelo código F60.3 na CID-10, caracterizado pela presença de comportamentos impulsivos e uma tendência a agir sem levar em conta as consequências, o que frequentemente resulta em conflitos interpessoais. Os indivíduos com TPB também apresentam humor instável e acessos de raiva, além de dificuldades em controlar seus impulsos.

O TPB ou transtorno de personalidade emocionalmente instável, denominado pelo código F60.3 na CID-10, é dividido em dois tipos: o tipo impulsivo, caracterizado pela falta

de controle impulsivo e instabilidade emocional, e o tipo borderline, caracterizado pela perturbação na autoimagem e projetos pessoais, sensação crônica de vazio, relações interpessoais instáveis e intensas, e tendência a comportamentos autodestrutivos, como tentativas de suicídio e automutilação (OMS, 1993).

Conforme Benevenuto (2019), os sintomas do transtorno bipolar e do transtorno de personalidade borderline são tão parecidos que às vezes é difícil diferenciá-los, o que pode levar a tratamentos inadequados. É importante conhecer as características clínicas de cada transtorno antes de entender as diferenças nos critérios de diagnóstico.

O TPB é descrito como um conjunto de instabilidades emocionais, cognitivas e comportamentais que afetam vários aspectos da vida do indivíduo (BARLOW, 2016; LINEHAN, 2010). Para Linehan (2010), a disfunção no sistema de regulação emocional é considerada a patologia fundamental do transtorno, mas não é suficiente para definir sua natureza.

Linehan (2010) pontuou que a desregulação emocional presente no TPB é resultado da interação entre a vulnerabilidade emocional, que se refere à alta sensibilidade aos estímulos emocionais, e as dificuldades em modular as reações emocionais. Essa desregulação emocional se manifesta nos pacientes com TPB através da instabilidade emocional e da dificuldade em lidar com emoções como raiva, frustração e hostilidade.

No TPB, a desregulação interpessoal pode afetar os relacionamentos interpessoais, que podem ser conflituosos e intensos, devido ao medo da rejeição e do abandono. Esses indivíduos geralmente fazem grandes esforços para agradar seus parceiros, mas muitas vezes acabam agindo de forma ciumenta, obsessiva e dependente, o que pode aumentar ainda mais a probabilidade de abandono (BARLOW, 2016).

No aspecto comportamental, esses indivíduos podem apresentar comportamentos impulsivos, como uso abusivo de álcool e drogas, além de comportamentos autoagressivos, como automutilação, e alta incidência de comportamento suicida, incluindo ideação, ameaças e tentativas de suicídio. Estes comportamentos contribuem para o humor negativo diário que muitas vezes é observado nesses pacientes (LINEHAN, 2010).

A desregulação cognitiva no transtorno de personalidade borderline se manifesta por meio de distúrbios cognitivos breves e não psicóticos, como despersonalização, dissociação e delírios que costumam desaparecer quando o estresse diminui. O pensamento apresenta rigidez e dicotomia, ou seja, é visto em preto e branco, sem muitas nuances, o que é uma característica marcante deste transtorno (LINEHAN, 2010).

A pessoa com TPB sofre de desequilíbrio em todas as áreas de sua vida, assim a teoria biossocial enfatiza a instabilidade emocional como a principal fonte de sofrimento

desse indivíduo. As emoções desempenham um papel fundamental no comportamento, pois estão diretamente ligadas às cognições do indivíduo. Ao avaliar os estímulos do ambiente, o indivíduo age de acordo com sua capacidade de regular as emoções, o que pode levar a comportamentos adaptativos ou mal adaptativos (REIS, PALMA, 2021).

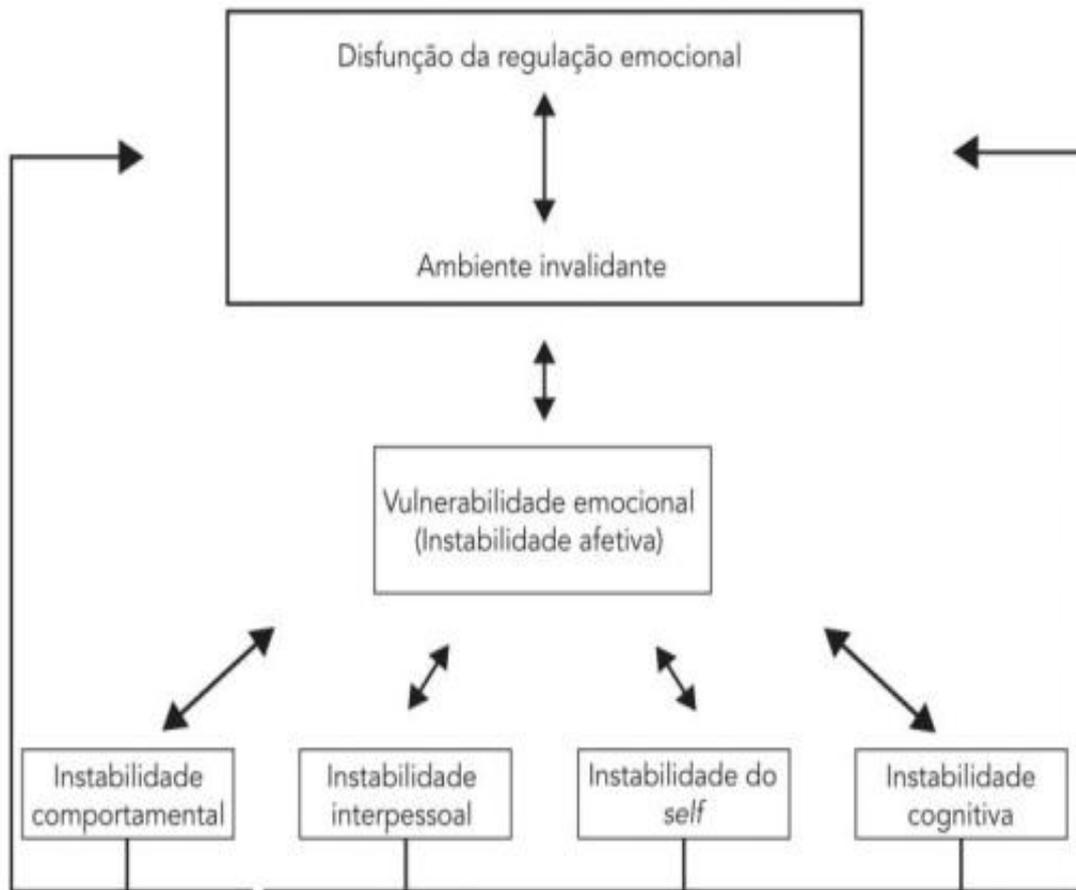
Segundo Reis e Palma (2021), a teoria biossocial, o indivíduo com TPB não possui a habilidade de interpretar esses estímulos de maneira assertiva, devido à falta de validação ao longo da vida ou a eventos traumáticos. Linehan (2010) pontua que para que a pessoa consiga ter eficácia nesse aspecto, é necessário que desenvolva a capacidade de regular suas emoções. A regulação emocional é caracterizada por estratégias de modulação emocional, como reconhecer e nomear as emoções, reduzir estímulos emocionais que podem intensificar emoções negativas ou respostas disfuncionais, utilizar estratégias para lidar com a frustração e expressar-se de maneira funcional. Essa ação é de extrema importância para que o paciente consiga ser eficiente em suas ações, assim a partir da premissa de que o indivíduo com transtorno borderline não consegue modular suas emoções, ele apresenta uma falta de habilidades.

Uma das competências desenvolvidas por meio da TPB é a competência social, que pode ser descrita como um conjunto de comportamentos de um indivíduo que lhe permite se expressar de maneira adequada à situação em questão. Em outras palavras, está intimamente ligada à habilidade do indivíduo de regular-se emocionalmente, o que influencia suas interações, capacidades de solução de problemas, assertividade e desempenho social (WAGNER et al, 2021).

Devido à incapacidade do indivíduo com transtorno borderline de modular suas emoções, juntamente com a falta de habilidades adequadas, várias áreas de sua vida são afetadas, resultando em desregulação no senso de identidade. Os pacientes relatam sentimentos de vazio, desconexão com os outros, falta de autoconhecimento e desprezo por si mesmos, ou seja, falta de senso de identidade (LINEHAN, 2018).

Segundo Linehan (2018), a desregulação interpessoal é evidente, com relacionamentos caóticos, intensos, medo extremo de abandono, problemas com ciúmes, raiva, inveja e vergonha. Todos esses fatores contribuem para a falta de relacionamentos interpessoais funcionais (Figura 1). Além disso, há desregulação emocional, ou seja, dificuldade em reconhecer, nomear e lidar com as emoções, levando os pacientes a evitar enfrentá-las. A instabilidade na regulação do comportamento também é uma característica marcante, como mencionado anteriormente, com comportamentos como abuso de substâncias, tentativas de suicídio ou autolesão, e impulsividade.

Figura 1: Desregulação emocional e os comportamentos borderline



Fonte: LINEHAN, 2010

Deste modo, Linehan (2010) representa a desregulação emocional e os comportamentos borderline através do modelo biossocial, que é a base da TBD. Segundo esse modelo, a desregulação emocional no transtorno borderline é causada por uma interação entre fatores biológicos e ambientais. No aspecto biológico, a pessoa com transtorno borderline é considerada mais emocionalmente sensível e reativa do que indivíduos sem o transtorno. Ela tende a experimentar emoções intensas, rápidas e duradouras, além de ter dificuldade em se recuperar emocionalmente após eventos estressantes.

Já no aspecto ambiental, o modelo destaca a influência de um ambiente invalidante, caracterizado por experiências de invalidação emocional repetidas, negligência emocional e falta de validação dos sentimentos e experiências da pessoa. Essas experiências podem ocorrer na infância e ao longo da vida, contribuindo para a dificuldade da pessoa em regular suas emoções. A desregulação emocional, por sua vez, leva a uma série de comportamentos borderline, que são tentativas de lidar com as emoções intensas e aliviar o sofrimento. Esses comportamentos incluem automutilação, comportamentos suicidas, abuso de substâncias, explosões de raiva, oscilações de humor, instabilidade nos relacionamentos, entre outros (LINEHAN, 2010).

Dessa forma, Linehan (2010) argumenta que a desregulação emocional é uma característica central do transtorno borderline, e os comportamentos borderline são estratégias maladaptativas que surgem como uma tentativa de lidar com essa desregulação emocional. A Terapia Comportamental Dialética, desenvolvida por Linehan, busca ajudar os indivíduos a desenvolverem habilidades de regulação emocional mais saudáveis e a substituírem os comportamentos borderline por comportamentos mais adaptativos.

Segundo Benevenuto (2019), é frequente em indivíduos com TPB o sentimento persistente de vazio e baixa autoestima, que reflete uma autoimagem negativa e instável do *self*<sup>1</sup>. Essas características corroboram a perspectiva de Grotstein (1987), que descreveu um transtorno global da regulação e experiência do *self* nos pacientes borderline. Na prática clínica, é comum os pacientes relatarem a sensação de vazio constante, medo intenso de ficar sozinhos e dificuldades com a identidade pessoal.

O transtorno bipolar é uma condição clínica distinta do TPB, não sendo considerado um transtorno de personalidade. De acordo com o DSM-5, é caracterizado por uma oscilação no estado de humor, que varia entre episódios de depressão maior e episódios de mania e/ou hipomania. Durante um episódio depressivo maior, o paciente pode apresentar uma perda acentuada de interesse e prazer nas atividades, bem como alterações no apetite, sono e nível de energia. Além disso, podem ocorrer sentimento de culpa e desvalia, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte, incluindo ideação e tentativas suicidas (APA, 2014).

Já o transtorno bipolar é caracterizado por oscilações entre o pólo depressivo e o maníaco ou hipomaníaco. No episódio depressivo, o paciente apresenta perda de interesse e prazer, alterações no apetite, sono e energia, pensamentos sobre morte e ideação suicida. Já no episódio maníaco, o paciente apresenta humor elevado, comportamentos excessivos e arriscados, delírios de grandiosidade, pensamentos acelerados e pressão por falar. Em ambos os episódios, o paciente apresenta prejuízos no funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Para refletir sobre o diagnóstico diferencial<sup>2</sup>, é necessário destacar que o TPB é um transtorno que se manifesta desde a infância e está relacionado a padrões de comportamento e pensamento disfuncionais, causando prejuízos significativos na vida da pessoa e de pessoas

---

<sup>1</sup> O termo "self" refere-se à percepção e compreensão que uma pessoa tem de si mesma. É a consciência individual de quem somos, nossas características, identidade, valores, crenças, emoções e experiências pessoais. O self engloba a noção de individualidade e é influenciado por fatores como a personalidade, o ambiente social, as interações sociais e as experiências de vida (LINEHAM, 2010).

<sup>2</sup> O diagnóstico diferencial do transtorno borderline é o processo de descartar outros transtornos mentais que podem apresentar sintomas semelhantes, a fim de determinar com maior precisão se o paciente realmente apresenta transtorno de personalidade borderline. Alguns exemplos de transtornos que podem apresentar sintomas semelhantes incluem transtornos de humor (como o transtorno bipolar), transtornos dissociativos, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares. O diagnóstico diferencial é importante para garantir que o paciente receba o tratamento mais adequado e eficaz para o seu caso específico (BENEVENUTO, 2019).

ao seu redor. Por outro lado, o transtorno bipolar é um transtorno de humor que não afeta a estrutura da personalidade, e é caracterizado pela presença de episódios de humor elevado e baixo, podendo causar prejuízos significativos no funcionamento psicossocial do paciente. Portanto, é importante diferenciar esses dois transtornos para realizar um diagnóstico preciso e efetivo (BENEVENUTO, 2019).

Comumente, o TPB é erroneamente diagnosticado como transtorno bipolar, pois ambos apresentam grandes variações no humor, comportamento e sono. Entretanto, no TPB, as mudanças de humor e comportamento ocorrem rapidamente em resposta a estressores interpessoais, enquanto no transtorno bipolar, o humor é mais sustentado e menos reativo. Outros transtornos de personalidade também podem compartilhar manifestações semelhantes, como o transtorno de personalidade histriônica e narcisista, enquanto alguns pacientes podem atender aos critérios dos transtornos de personalidade antissocial (SKODOL, 2018).

Segundo Skodol (2018), o diagnóstico diferencial do TPB também envolve transtornos do humor e de ansiedade, que podem ser diferenciados pela presença proeminente de autoimagem negativa, instabilidade nos vínculos e sensibilidade à rejeição, características ausentes em pacientes com transtornos de humor ou ansiedade. Além disso, transtornos de dependência química e de estresse pós-traumático também podem fazer parte do diagnóstico diferencial do transtorno de personalidade limítrofe, sendo que muitos desses transtornos podem coexistir.

Ainda Benevenuto (2019) descreveu que no TPB, a instabilidade se manifesta em diversas áreas da vida, enquanto no transtorno bipolar, se limita ao humor, que pode oscilar entre fases de depressão e hipomania. O diagnóstico pode ser mais fácil quando o paciente apresenta fases distintas, mas se torna mais complexo quando em estado de hipomania, já que os sintomas podem se assemelhar aos do transtorno de personalidade borderline. Nesses casos, é importante avaliar a história do paciente e coletar mais informações para realizar um diagnóstico preciso, também questionamentos sobre o comportamento da pessoa ao longo do tempo podem ser úteis nesse processo.

No próximo subtópico será abordado sobre formas de tratamento do TPB, após o diagnóstico, inclusive será descrito sobre a terapia dialética comportamental, uma abordagem terapêutica especialmente indicada para pacientes com transtorno de personalidade borderline, pois se concentra em ajudar o paciente a desenvolver habilidades de regulação emocional, tolerância ao estresse e melhoria nos relacionamentos interpessoais, além de trabalhar a aceitação e a mudança de comportamentos disfuncionais.

## 2.4 A Terapia Dialética Comportamental

Nos dias atuais, é comum encontrar muitas pessoas que preenchem os critérios para o diagnóstico de TPB procurando ajuda em consultórios de profissionais da área clínica e de saúde mental. Embora a farmacoterapia possa ser uma opção potencialmente eficaz, muitas vezes acredita-se que seja necessário algum tipo de tratamento psicossocial para pacientes com TPB, como o treinamento de habilidades psicossociais conhecido como Terapia Dialética Comportamental (TDC) (LINEHAM, 2010).

Conforme Lineham (2010), a TCD é um tratamento cognitivo-comportamental desenvolvido especificamente para o TPB e é considerada a primeira psicoterapia a comprovar eficácia por meio de ensaios clínicos controlados para esse transtorno, conforme estudos realizados por Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon e Heard (1991) e Linehan e Heard (1993).

Uma das intervenções fundamentais da TCD é o treinamento de habilidades psicossociais, que é aplicado em conjunto com a terapia individual e tem se mostrado eficaz no tratamento de pacientes com transtorno de personalidade borderline. A combinação dessas abordagens tem sido amplamente utilizada para ajudar os pacientes a desenvolverem habilidades práticas para gerenciar seus sintomas e melhorar sua qualidade de vida (LINEHAM, 2010).

A TCD visa promover habilidades interpessoais eficazes, regulação emocional, tolerância ao estresse e autocontrole por meio de um tratamento estruturado e planejado com base nas habilidades emocionais e sociais positivas do indivíduo. O terapeuta auxilia o cliente a identificar, aceitar e lidar com suas dificuldades emocionais, validando suas emoções e utilizando técnicas como análise comportamental, meditação e atenção plena para reduzir os efeitos negativos do estresse e estimular a necessidade de mudança (MILLER; RATHUS; LINEHAM, 2007).

Segundo Lineham (2010, p.17):

A TCD, incluindo o treinamento de habilidades, baseia-se em uma teoria dialética e biossocial do TPB. Este capítulo começa com uma breve síntese da visão de mundo dialética e das regras inerentes a essa visão. Em seguida, apresenta a teoria biossocial do TPB e seu desenvolvimento, bem como as características comportamentais e dilemas dialéticos que são previstos a partir dessa teoria. Entender a filosofia de tratamento e as bases teóricas da TCD como um todo é crucial para o uso eficaz deste manual. A filosofia e a teoria são importantes porque determinam a postura dos terapeutas para com o tratamento e seus clientes. Essa postura, por sua vez, é um componente importante da relação dos terapeutas com seus clientes. A relação terapêutica é central para o tratamento eficaz com indivíduos suicidas e borderline.

A afirmativa de Lineham (2010) demonstra a importância de compreender a teoria e a filosofia subjacentes à TCD para o uso eficaz deste manual de treinamento de habilidades psicossociais. Essa se baseia em uma visão de mundo dialética e na teoria biossocial do TPB, o que influencia a postura dos terapeutas e a relação terapêutica com os clientes, esses fatores são cruciais para o tratamento eficaz de indivíduos com TPB.

A TCD é fundamentada em uma abordagem filosófica chamada de visão de mundo dialética, que tem dois significados: a natureza fundamental da realidade e o diálogo e relacionamento persuasivos. Essa visão de mundo é a base da TCD e influencia as estratégias de tratamento que os terapeutas usam para promover a mudança nos clientes, assim o entendimento desses conceitos é crucial para uma aplicação eficaz dessa terapia.

Em termos dialéticos, a natureza da realidade e do comportamento humano é caracterizada por três aspectos principais que são relevantes para a compreensão da TCD. Em primeiro lugar, a dialética enfatiza a interconexão ou integridade fundamental da realidade, de forma semelhante às perspectivas dos sistemas dinâmicos. Isso implica que a análise de partes isoladas de um sistema é limitada em valor, a menos que a relação dessas partes com o todo seja claramente estabelecida (LINEHAM, 2010).

Desse modo:

A dialética direciona nossa atenção para os contextos imediatos e maiores do comportamento, bem como para a interconexão entre padrões individuais de comportamento. Com relação ao treinamento de habilidades, o terapeuta deve primeiro levar em conta a interconexão entre déficits em habilidades. É extremamente difícil aprender um novo grupo de habilidades sem aprender outras habilidades afins simultaneamente – uma tarefa que, por si só, é ainda mais difícil (LINEHAM, 2010, p. 18).

Ainda Lineham (2010) descreveu que a abordagem dialética é congruente com as abordagens contextuais e feministas da psicopatologia, uma vez que reconhece que é difícil aprender habilidades psicossociais quando o ambiente imediato ou a cultura mais ampla não sustentam esse processo de aprendizagem. Desse modo, o indivíduo não somente precisa adquirir habilidades de autorregulação, mas também precisa aprender novas habilidades para influenciar e interagir com o ambiente que o cerca.

A segunda característica principal da visão dialética, segundo Lineham (2010), é que a realidade é vista como algo dinâmico, em constante evolução, composta por forças internas opostas que, ao se unirem, geram novas forças opostas. Isso significa que a ideia de que todas as hipóteses contêm seus próprios opostos é fundamental para a compreensão da TCD. Nesse ponto, Goldberg (1980, p. 295-296) relatou que: “creio que a verdade é paradoxal, que cada fragmento de sabedoria contém em si suas próprias contradições, que verdades andam lado a lado”.

De acordo com a visão dialética, os pensamentos, emoções e comportamentos extremos e dicotômicos que são comuns no TPB são vistos como fracassos na busca pela síntese entre forças opostas. Essa perspectiva é compatível com os modelos psicodinâmicos de conflito na psicopatologia, nos quais os indivíduos tendem a ficar presos em polaridades opostas e têm dificuldade em encontrar um equilíbrio entre elas (LINEHAM, 2010).

No que diz respeito ao desenvolvimento das habilidades psicossociais, existem três polaridades que podem dificultar o progresso do cliente, assim é fundamental que o terapeuta esteja ciente de cada uma delas e auxilie o indivíduo a avançar em direção a uma síntese viável (LINEHAM, 2010).

Conforme Lineham (2010), a primeira polaridade que o terapeuta deve lidar na TCD é a dialética entre a aceitação do cliente em relação a si mesmo no momento presente e a necessidade de mudança para superar as dificuldades emocionais e comportamentais. Esta tensão é fundamental em qualquer abordagem terapêutica e requer habilidade do terapeuta para alcançar a mudança desejada. Outra polaridade importante é a tensão entre o cliente conseguir o que precisa e, ao mesmo tempo, perder o que precisa ao se tornar mais habilidoso em suas relações interpessoais.

Em seu trabalho Lineham (2010) relatou:

Uma vez, tive uma cliente no treinamento de habilidades que, a cada semana, dizia que não tinha feito nenhuma das tarefas comportamentais prescritas para casa e insistia que o tratamento não estava funcionando. Quando, depois de seis meses, sugeri que talvez não fosse o tratamento adequado para ela, ela disse que vinha experimentando as novas habilidades o tempo todo e que elas haviam ajudado. No entanto, ela não havia me contado porque tinha medo de que, se demonstrasse qualquer melhora, eu a liberaria do treinamento de habilidades (p. 19).

A citação de Lineham demonstrou a importância do trabalho em equipe entre o terapeuta e o paciente para o sucesso do tratamento, já que o terapeuta necessita ajudar o paciente a superar seus medos e resistências ao tratamento e incentivá-lo a compartilhar seus sucessos e desafios ao longo do processo de tratamento. Ao fazer isso, o terapeuta pode ajustar o tratamento de acordo com as necessidades do paciente e garantir que o paciente esteja recebendo o tratamento mais eficaz possível.

Sendo assim, uma terceira polaridade essencial na terapia é o equilíbrio entre a manutenção da integridade pessoal do cliente e a abertura para aprender novas habilidades que possam aliviar seu sofrimento. Se o cliente começa a melhorar através da aquisição de novas habilidades, ele pode se sentir validado em sua crença de que o problema sempre esteve dentro dele e que ele é capaz de se ajudar. Por outro lado, o sucesso também pode validar as opiniões dos outros de que o problema era o próprio cliente e não o ambiente. A

dialética, além de trazer atenção para essas polaridades, também sugere possíveis soluções (LINEHAM, 2010).

Já a terceira polaridade da dialética, segundo Lineham (2010), ressalta a natureza em constante mudança da realidade, tanto do indivíduo quanto do ambiente, em oposição à estrutura ou conteúdo fixo. Portanto, a terapia não busca manter um ambiente estável, mas sim ajudar o cliente a se adaptar e se sentir confortável com a mudança, assim dentro do treinamento de habilidades, os terapeutas devem estar cientes de como seus clientes e o tratamento estão evoluindo ao longo do tempo, e não apenas focar na mudança dos clientes. É essencial considerar a mudança como um processo constante e dinâmico, e não como um estado estático.

Dessa forma, Lineham (2010) demonstrou que a TCD visa ajudar o cliente a alcançar metas de tratamento claras e a se tornar mais confortável com a mudança, trabalhando em uma relação de trabalho colaborativa entre terapeuta e cliente. Em última análise, a TCD pode ajudar a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com TPB, oferecendo esperança e soluções práticas para os desafios que enfrentam.

Vale ressaltar que, para Magnavita (2004) e Linehan (2010), o tratamento proposto pela TCD envolve quatro componentes essenciais: desenvolvimento de novas habilidades de enfrentamento (copingskills) para o paciente, incluindo tolerância ao estresse, regulação emocional e assertividade interpessoal. Superar os obstáculos motivacionais do paciente, de modo que ele adote efetivamente as novas habilidades. É comum que os pacientes continuem utilizando estratégias antigas de resolução de problemas, mesmo que essas não sejam mais eficazes, devido a experiências passadas de sofrimento e ambientes onde expressar emoções negativas era punido.

Ainda, promover a generalização das habilidades aprendidas durante a terapia para os diversos contextos da vida do paciente fora do ambiente terapêutico. A inclusão de telefonemas entre as sessões terapêuticas visa facilitar essa generalização, permitindo que o paciente relate situações cotidianas ao terapeuta e discuta como as novas habilidades podem ser aplicadas. O terapeuta desempenha o papel de um coach nesse sentido (MAGNAVITA, 2004; LINEHAN, 2010).

Manter a motivação e utilizar plenamente as habilidades do terapeuta para lidar com pacientes complexos e desafiadores. Dado que os pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline são extremamente sensíveis à rejeição interpessoal, é crucial que o terapeuta receba supervisão sistemática ao atender esse tipo de paciente. Isso pode ajudar o terapeuta a monitorar suas próprias emoções e ativação de esquemas. Os supervisores visam orientar o

terapeuta a manter uma postura de observação e não julgamento, equilibrando aceitação e implementação de estratégias de mudança (MAGNAVITA, 2004; LINEHAN, 2010).

A autoconcepção do indivíduo com transtorno borderline é amplamente afetada pela sua desregulação generalizada. Devido à falta de estabilidade em seus comportamentos e emoções, esses pacientes dependem do ambiente ao seu redor para orientar seu comportamento, pensamento e sentimentos. A Terapia Comportamental Dialética (DBT) considera o self como uma construção social e reconhece que a dificuldade desses indivíduos em se conectar com outras pessoas tem um grande impacto em sua identidade e autoimagem (LINEHAN, 2010).

Além disso, a clivagem borderline é um aspecto que influencia sua personalidade. Esse termo se refere ao comportamento desses indivíduos de se prender a extremos opostos, sem chegar a uma síntese. Em outras palavras, eles tendem a ter pensamentos dicotômicos, generalistas e inflexíveis. Esse padrão de pensamento também os leva a agir de forma disfuncional, prejudicando suas relações e afetando sua percepção do *self* (LINEHAN, 2010).

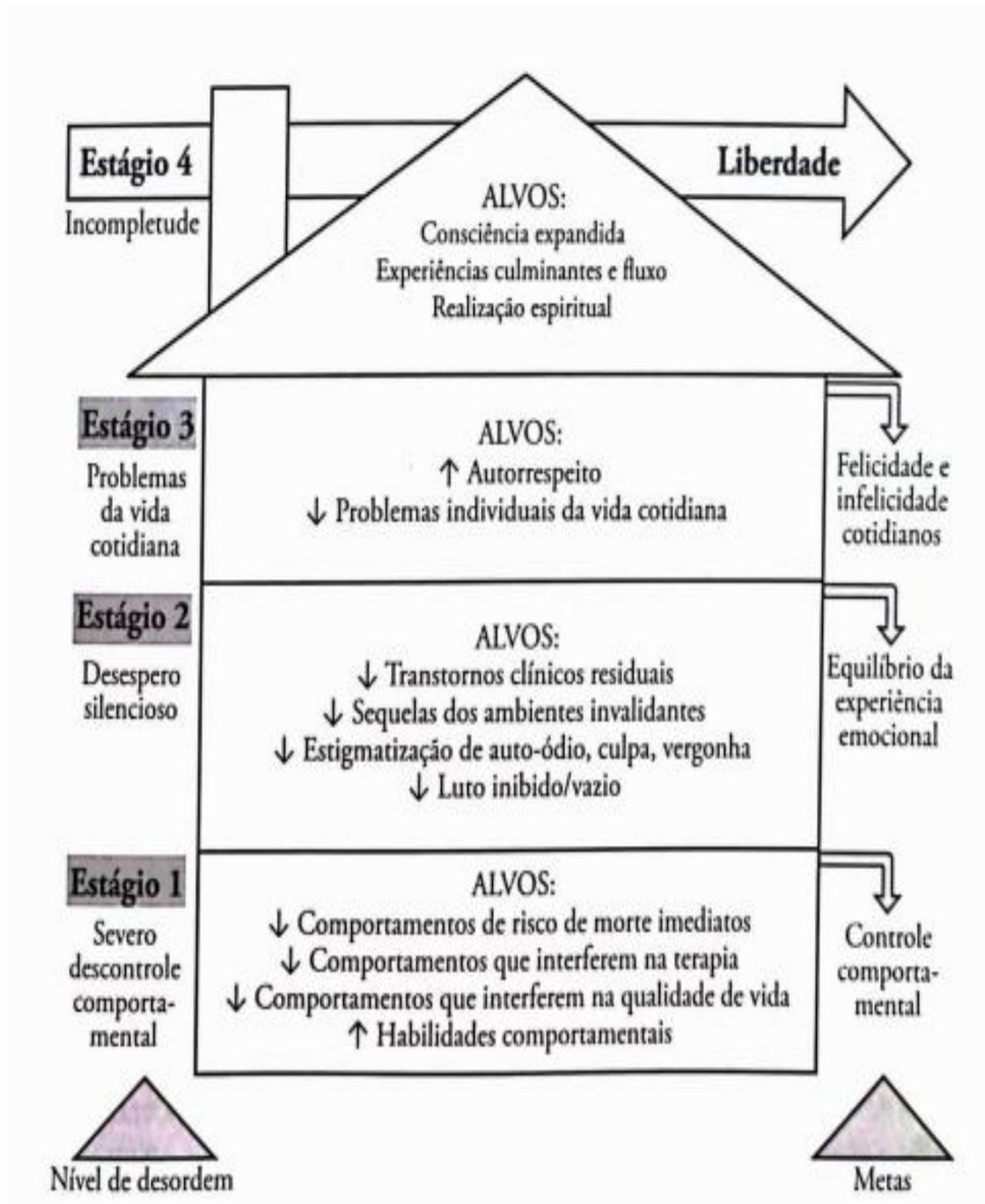
O treinamento de habilidades envolve uma variedade de competências, incluindo as habilidades de atenção plena, que se referem à prática de conscientização do momento presente sem julgamentos ou apegos, em outras palavras, é conduzir o paciente a uma experiência intencional de viver o presente sem julgamentos (LINEHAN, 2018).

Além disso, o treinamento inclui habilidades de efetividade interpessoal, que são divididas em três momentos. O primeiro momento aborda a conquista de objetivos, a manutenção de relacionamentos e o respeito próprio. O segundo momento auxilia no desenvolvimento e na manutenção de relacionamentos saudáveis. Por fim, o terceiro momento busca alcançar um equilíbrio entre aceitação e mudança nos relacionamentos.

Outras habilidades abordadas são as de regulação emocional, que visam compreender, identificar e nomear as emoções, e as habilidades de tolerância ao desconforto, que se concentram na capacidade de suportar e sobreviver às crises, incluindo aquelas desencadeadas por comportamentos aditivos, bem como aceitar a vida como ela é no momento (LINEHAN, 2018).

Swenson (2016) explicou os estágios, objetivos e metas do TCD para pessoas com TBP:

Figura 2: Estágios, alvos e metas da TCD



Fonte: Swenson, 2016.

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) de Swenson (2016) descreve os seguintes estágios, alvos e metas de tratamento:

Estágio 1: Estabilização e Sobrevivência

- Alvos: Comportamentos suicidas, comportamentos que prejudicam o tratamento, déficits nas habilidades comportamentais.
- Metas: Controlar as ações do indivíduo, aumentar a expectativa de vida.

A fase inicial do tratamento é recomendada para pacientes que apresentam sintomas mais graves do transtorno, como comportamentos suicidas e homicidas, condutas que prejudicam o processo terapêutico ou afetam negativamente a qualidade de vida, o objetivo dessa etapa é controlar as ações do indivíduo visando aumentar sua expectativa de vida.

#### Estágio 2: Conectar-se com a Vida

- Alvos: Experiências traumáticas ou disfuncionais, memórias do ambiente invalidante.
- Metas: Conectar-se com experiências não traumáticas, viver uma vida digna de ser vivida.

O estágio dois visa ajudar o paciente a se conectar com experiências saudáveis e funcionais, estabelecendo conexões significativas com o ambiente e trabalhando as memórias de ambientes invalidantes, assim a finalidade é auxiliar o paciente a construir uma vida digna de ser vivida.

#### Estágio 3: Viver uma Vida Real

- Alvos: Respeito pelo self, sentido de viver, conexão com a identidade e aspirações pessoais.
- Metas: Dominar comportamentos e emoções, melhorar a qualidade de vida

No estágio três, o paciente começa a visualizar com mais clareza essa nova vida, concentrando o tratamento em aumentar o respeito pelo seu eu, buscando um sentido de vida, reconectando-se com sua identidade ou aspirações futuras, dominando seus comportamentos e emoções, e melhorando sua qualidade de vida. É importante ressaltar que esses estágios não ocorrem de forma linear, e muitas vezes é necessário retornar a estágios anteriores ao longo da jornada do paciente.

É importante ressaltar que esses estágios não ocorrem necessariamente de forma linear, e pode haver a necessidade de retornar a estágios anteriores durante o curso do tratamento, dependendo dos eventos da vida do paciente. Esses estágios, alvos e metas da TCD ajudam a guiar o tratamento e promover o desenvolvimento do indivíduo em direção a uma vida mais equilibrada e satisfatória.

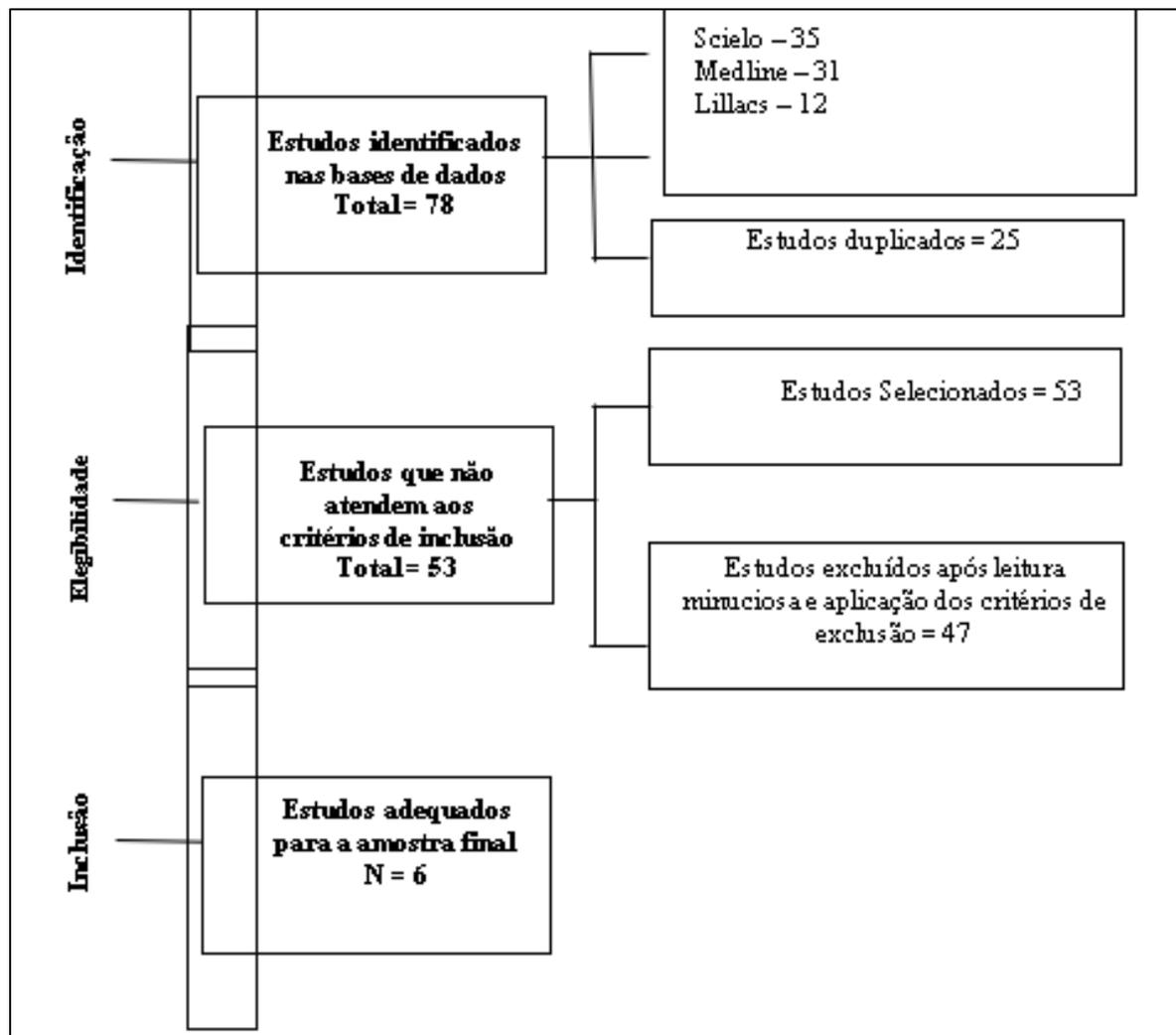
Após analisar a sequência lógica TCD, fica evidente a complexidade do tratamento, assim como a ampla gama de técnicas utilizadas para envolver o paciente em todos os aspectos e habilidades que requerem aprimoramento.

### 3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura, que teve uma abordagem ampla e descritiva que analisou e interpretou a produção científica existente sobre o assunto teórico ou contextual. Esse tipo de revisão favorece a síntese de conhecimentos, permitindo identificar lacunas de conhecimento e orientar a realização de novas pesquisas. Além disso, a revisão de literatura foi realizada com rigor metodológico, proporcionando uma abordagem sistemática para a identificação e análise dos estudos relevantes (BRUM et al, 2015).

No trabalho foi adotada a revisão de literatura, obtendo os seguintes resultados (Figura 3):

**Figura 3:** Fluxograma representando o método das coletas de dados.



Fonte: Autora (2023).

A revisão da literatura foi feita buscando-se nas fontes primárias e na bibliografia secundária, que registram os relatos e resultados das pesquisas efetuadas, as informações relevantes, que foram produzidas e que têm relação com o problema investigado. Essas fontes de consulta podem ser obras publicadas, livros, monografias, periódicos

especializados e documentos e registros existentes em institutos de pesquisa (KÖCHE, 2016).

Para responder à questão norteadora deste estudo foram acessados os seguintes sites de busca: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foi realizada uma busca avançada, com termos específicos para delimitar a pesquisa, como "personalidade borderline", "tratamento" e "terapia dialética comportamental", a fim de levantar dados do período de 2013 a 2023. Esse processo envolveu várias atividades, como busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e análise. A escolha de um recorte temporal de 10 anos se justifica pelo fato de que a sociedade de forma geral vive em constante evolução, inclusive em processos que envolvem conhecimentos sobre saúde.

Posteriormente, foi feita a leitura dos resumos dos artigos encontrados na busca, visto que, apesar da utilização dos termos delimitadores de pesquisa, foram obtidos muitos materiais que não estavam diretamente relacionados com o tema abordado, pois tratavam de aspectos parciais, assim foram descartados.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos artigos analisados neste estudo foram: ser um artigo original, possuir resumo completo na base de dados em língua portuguesa, ter objeto de estudo de interesse para esta revisão, estar disponível gratuitamente na íntegra em formato eletrônico na base de dados e ter sido publicado nos últimos dez anos.

#### 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados busca fornecer uma visão clara e objetiva dos achados obtidos neste estudo, oferecendo subsídios para a reflexão e aprimoramento da prática clínica no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline.

Os resultados se basearam nos seguintes artigos dispostos na tabela 1:

Tabela 1 – artigos incluídos para a revisão de literatura sobre o TPB/ TCD

<b>Autor/ano</b>	<b>Título</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principais resultados</b>
Guimarães et al, 2020	Efetividade da terapia comportamental dialética para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: uma revisão da literatura	Revisão da Literatura, conduzida nas bases de dados Pubmed e SciELO	Avaliar a efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno de Personalidade Borderline.	Os resultados dos estudos apontam que há uma efetividade da DBT para o tratamento do TPB.
Rizvi et al., 2017	Can trainees effectively deliver dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder? Outcomes from a training clinic	Ensaio Clínico Com 50 participantes	Avaliar a eficácia de um curso de 6 meses de terapia comportamental dialética abrangente (DBT) fornecido em uma clínica de treinamento com estudantes de doutorado como terapeutas e avaliadores.	As análises realizadas tanto na amostra completa quanto nos indivíduos que concluíram o tratamento revelaram reduções significativas nos sintomas de saúde mental. Essas reduções foram consideradas confiáveis, clinicamente e estatisticamente significantes, apresentando um tamanho de efeito comparável ao estudo randomizado controlado de referência.
Niedtfeld et al., 2017	Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study	Estudo Longitudinal N= 79 (DBT N= 34; GC N= 35)	Investigar se a regulação do afeto mediada pela dor pode ser alterada no nível neural pela Terapia Comportamental Dialética (DBT) residencial, fornecendo técnicas de regulação emocional adaptativa.	Após um período de 3 meses, os indivíduos diagnosticados com TPB que participaram do tratamento com DBT demonstraram uma redução mais significativa na resposta das amígdalas a estímulos dolorosos em comparação aos outros grupos.
Barnicot et al., 2017	Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals	Ensaio Clínico Randomizado e Controlado N= 70 (DBT N= 37; GC N=33)	Triangular as perspectivas dos pacientes em uma variedade de apresentações de diagnóstico e risco com as experiências da equipe em uma variedade de experiências profissionais e níveis de	O grupo que recebeu o tratamento de DBT demonstrou um maior nível de regulação emocional e habilidades interpessoais aprimoradas.

			senioridade.	
Shirley et al., 2015	Borderline Personality Disorder in Transition Age Youth with Bipolar Disorder.	Ensaio Clínico Randomizado	Determinar o impacto longitudinal do Transtorno de Personalidade Borderline (BPD) no curso e resultado do Transtorno Bipolar (BP) em uma amostra pediátrica de BP.	A presença de um maior número de sintomas de DBP foi encontrada como um fator significativo para o curso clínico desfavorável da PA, além das características próprias da PA. A desregulação afetiva mostrou-se particularmente associada ao curso negativo no nível do fator, enquanto os sintomas individuais mais fortemente relacionados ao curso desfavorável foram dissociação/ideação paranoide relacionada ao estresse, impulsividade e instabilidade afetiva.
Goodman et al., 2014	Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder	Ensaio Clínico Randomizado	Testar a hipótese de que pacientes com TPB exibiriam diminuição da ativação da amígdala e melhor habituação, bem como melhor regulação emocional com DBT padrão de 12 meses.	Os pacientes com DBP apresentaram uma redução na ativação da amígdala após o tratamento, especialmente durante a exposição a imagens emocionais repetidas, com maior destaque no hemisfério esquerdo. Além disso, os pacientes que receberam terapia comportamental dialética (DBT) apresentaram melhorias significativas na regulação emocional, conforme avaliado pelo DERS. A melhora na habituação da amígdala a estímulos desagradáveis repetidos nos pacientes esteve associada a uma melhora global na regulação emocional, evidenciada pela pontuação total no DERS e pelo uso de estratégias de regulação emocional.

Fonte: autora (2023).

O estudo realizado abrangeu uma revisão da literatura com uma análise dos artigos publicados sobre Terapia Comportamental Dialética (TCD) no período entre 2013 e 2023. Ao examinar a seleção de artigos, observou-se que havia uma variedade de estudos disponíveis, com diferentes abordagens metodológicas.

Dos seis artigos selecionados, cinco estavam em inglês, enquanto apenas um estava em português. Isso sugere uma predominância da produção científica em inglês nessa área específica de pesquisa. É importante ressaltar que a inclusão de um artigo em português mostra a relevância da TCD também no contexto nacional, com pesquisadores brasileiros contribuindo para o conhecimento e avanço dessa abordagem terapêutica.

Dos cinco artigos em inglês, quatro eram ensaios clínicos randomizados, um método de pesquisa amplamente utilizado para avaliar a eficácia e a efetividade de intervenções terapêuticas. Esse tipo de estudo fornece evidências científicas mais robustas sobre a eficácia da TCD no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline e ajuda a embasar as práticas clínicas.

Além dos ensaios clínicos randomizados, um dos artigos selecionados era uma revisão da literatura, que tem como objetivo resumir e analisar os estudos existentes sobre um determinado tema. Essa revisão pode fornecer uma visão abrangente das pesquisas anteriores sobre a eficácia da TCD, identificando lacunas de conhecimento ou áreas que necessitam de mais investigação.

Por fim, houve um estudo longitudinal, o que significa que ele acompanhou os participantes ao longo do tempo para avaliar os efeitos da TCD em um período mais prolongado. Estudos longitudinais são importantes para entender os efeitos a longo prazo da terapia e para fornecer insights sobre a manutenção dos resultados obtidos.

No geral, a análise dos artigos selecionados demonstrou a presença de uma base científica consistente sobre a TCD, com diferentes abordagens metodológicas sendo empregadas para investigar sua eficácia e aplicabilidade no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline. Esses estudos contribuem para a compreensão da efetividade da TCD e fornecem subsídios para a prática clínica embasada em evidências.

A Terapia Comportamental Dialética tem demonstrado efetividade no manejo clínico de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline. Rizvi et al. (2017) encontraram uma redução estatisticamente significativa de sintomas psicopatológicos secundários em indivíduos diagnosticados com TPB após receberem tratamento com DBT. Da mesma forma, Linehan et al. (2015) observaram uma diminuição de comportamentos de automutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio em indivíduos com diagnóstico de TPB que foram tratados com DBT, sendo essa intervenção estatisticamente mais eficaz do que outras formas de psicoterapia.

A regulação afetiva emerge como um aspecto central no tratamento desses indivíduos. Ao investigar uma amostra composta por 70 participantes, Barnicot et al. (2017) observaram uma melhora na regulação emocional e na capacidade de estabelecer relações interpessoais assertivas nos pacientes submetidos à DBT. Nessa mesma linha, é relevante mencionar o estudo de Niedtfeld et al. (2017), que evidenciou alterações significativas nos resultados de exames de ressonância magnética funcional (fMRI) relacionados à ativação das amígdalas, além de uma diminuição na resposta à dor, e de Guimarães et al (2020), que aborda sobre a efetividade terapia comportamental para casos de TPB.

Shirley et al. (2015), relatam que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na intensidade das emoções experimentadas pelos pacientes submetidos à intervenção com DBT em comparação ao grupo controle. No entanto, verificou-se que o grupo que recebeu DBT apresentou uma capacidade estatisticamente maior de controlar a raiva, mesmo que a experienciassem com intensidade. Um achado similar foi observado no estudo realizado por Goodman et al. (2014), que descreve uma melhora na capacidade de regular as emoções e uma redução na atividade das amígdalas após as sessões de DBT.

#### **4.1 Transtorno de Personalidade Borderline**

Os distúrbios de personalidade apresentam características que dificultam o tratamento clínico. Muitos pacientes são resistentes à terapia psicoterapêutica e alguns não respondem adequadamente mesmo com o uso de medicação em conjunto com a intervenção psicoterapêutica. A eficácia da DBT no tratamento do TPB supera o tratamento psiquiátrico focado no controle de comportamentos de risco e na estabilização do humor (LINEHAN et al., 2015). Esses achados destacam a importância de investir na disseminação dessa técnica e na capacitação de profissionais para utilizá-la, considerando os bons resultados no manejo clínico de pacientes diagnosticados com TPB.

As observações clínicas realizadas com pacientes diagnosticados com TPB indicam que as consequências desse transtorno tendem a persistir ao longo da vida adulta, afetando diversas áreas da vida do indivíduo (GUIMARÃES et al, 2020). No entanto, o estudo de Rizvi et al. (2017), apresentou resultados promissores ao demonstrar uma redução na frequência e intensidade dos sintomas psicopatológicos característicos do TPB.

A redução na frequência e intensidade dos sintomas psicopatológicos do TPB é particularmente relevante, uma vez que o TPB é conhecido por ser um transtorno complexo e desafiador de tratar. Segundo Guimarães et al (2020), muitos pacientes com TPB enfrentam dificuldades significativas em lidar com suas emoções, regular seu comportamento e estabelecer relacionamentos saudáveis. Portanto, a constatação de uma diminuição nos sintomas psicopatológicos representa um avanço no campo do tratamento do TPB.

#### **4.2 Terapia Comportamental Dialética**

A terapia comportamental dialética (DBT) tem se destacado como uma abordagem terapêutica eficaz para o TPB. Além do estudo mencionado, outros estudos, como o de Linehan et al. (2015), também relataram resultados positivos com o uso da DBT no

tratamento desse transtorno. A DBT enfatiza o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, resolução de conflitos e comunicação assertiva, fornecendo aos pacientes ferramentas práticas para lidar com os desafios enfrentados no dia a dia.

Rizvi et al. (2017), ressalta que a eficácia da DBT vai além do tratamento psiquiátrico convencional, que muitas vezes se concentra no controle dos comportamentos de risco e na estabilização do humor. A DBT aborda de forma abrangente as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com TPB, visando a melhoria geral da qualidade de vida e a redução dos sintomas psicopatológicos.

A terapia comportamental dialética (DBT) é de extrema relevância, pois foi originalmente desenvolvida para abordar tentativas de suicídio, demonstrando efetividade nessa área específica (ABREU; ABREU, 2016). Isso é especialmente importante, uma vez que comportamentos autodestrutivos, incluindo tentativas de suicídio, estão intrinsecamente ligados à fisiopatologia do TPB, especialmente em situações de rejeição social ou quando o indivíduo experimenta sentimentos de abandono, seja real ou imaginário (SOLOFF; CHIAPPETTA, 2018).

Assim, além de ser uma abordagem eficaz no tratamento do TPB, a DBT também se mostra uma intervenção relevante no manejo e prevenção de comportamentos destrutivos em pacientes refratários, com destaque para o suicídio e a automutilação. Ao incorporar estratégias de regulação emocional, habilidades de enfrentamento e resolução de conflitos, a DBT proporciona aos indivíduos com TPB ferramentas para lidar de forma mais saudável com suas emoções intensas e impulsos autodestrutivos (SCHMAHL et al., 2014).

Para Law et al. (2016), a abordagem focada na prevenção de desfechos negativos, como o suicídio e a automutilação, destaca a importância da DBT como uma intervenção terapêutica abrangente e holística. Através do aprendizado de habilidades de enfrentamento saudáveis e da promoção da resiliência emocional, a DBT visa capacitar os pacientes a lidar de forma mais adaptativa com as dificuldades que enfrentam.

### **4.3 Regulação emocional**

A regulação emocional desempenha um papel fundamental na eficácia do tratamento do TPB. Isso ocorre porque os pacientes com esse diagnóstico frequentemente apresentam emoções instáveis (SCHMAHL et al., 2014), alta sensibilidade a estímulos aversivos e respostas desadaptativas diante de mudanças emocionais, especialmente aquelas relacionadas à rejeição social e expressão de seus afetos (LAW et al., 2016).

No estudo conduzido por Barnicot et al. (2017), observou-se que os pacientes submetidos à DBT demonstraram maior facilidade na regulação da expressão de suas emoções em comparação ao grupo controle. Essa capacidade de regulação emocional permitiu que os pacientes apresentassem maior aptidão para estabelecer relacionamentos interpessoais assertivos.

Esses resultados destacam a importância da regulação emocional como um componente central no tratamento do TPB. Através da DBT, os pacientes aprendem estratégias para identificar, compreender e regular suas emoções de forma mais adaptativa. Isso não apenas auxilia na redução dos sintomas característicos do TPB, mas também fortalece suas habilidades interpessoais, facilitando a construção de relacionamentos mais saudáveis e satisfatórios.

Ao fornecer ferramentas eficazes para a regulação emocional, a DBT possibilita aos pacientes com TPB uma maior estabilidade emocional, melhor controle sobre suas respostas afetivas e uma maior capacidade de se engajar em interações interpessoais de forma assertiva. Essa abordagem terapêutica abrangente e centrada na regulação emocional desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade de vida e no bem-estar geral dos indivíduos afetados pelo TPB.

As bases neurais da desregulação emocional em pacientes com diagnóstico de TPB estão primariamente associadas às amígdalas e regiões adjacentes do sistema límbico, com as quais as amígdalas estabelecem conexões sinápticas (BORST; GELDER, 2016). É por meio desses mecanismos neurais que medicamentos utilizados para estabilizar o humor desempenham um papel importante como estratégias terapêuticas para essa condição (WANG et al, 2014).

No entanto, o estudo conduzido por Goodman et al. (2014), que correlacionou dados de ressonância magnética funcional (fMRI) com observações clínicas em pacientes diagnosticados com TPB, encontrou melhorias na regulação emocional e alterações estatisticamente significativas na ativação das amígdalas no grupo que recebeu a intervenção com DBT. Embora a amostra do estudo tenha sido relativamente pequena, é importante destacar que o estudo de Niedtfeld et al. (2017) relatou resultados semelhantes em uma amostra composta por 79 participantes.

Essas evidências neurocientíficas respaldam a eficácia da DBT no tratamento do TPB, uma vez que a terapia se direciona para a regulação emocional e a modificação dos circuitos neurais subjacentes. Esses estudos fornecem informações importantes sobre as alterações neurobiológicas associadas à DBT e destacam a capacidade dessa abordagem terapêutica em modular as respostas emocionais disfuncionais caracterizadas pelo TPB.

Ainda no contexto da regulação emocional, o estudo conduzido por Neacsiu et al. (2014), que examinou uma amostra composta por 101 participantes, não encontrou diferença estatisticamente significativa na intensidade das emoções entre o grupo experimental e o grupo controle. De acordo com os resultados desse estudo, tanto o grupo que recebeu a intervenção com DBT quanto o grupo controle continuaram a manifestar raiva, ódio e ciúmes em níveis patológicos. No entanto, o grupo tratado com DBT, mesmo experimentando raiva e outras emoções negativas, demonstrou ser capaz de adotar respostas mais adaptativas diante dos estímulos que desencadeavam tais emoções (NEACSIU et al., 2014).

Esse achado é de grande relevância do ponto de vista terapêutico, uma vez que é sabido que, devido a fatores genéticos e características individuais relacionadas ao temperamento, alguns indivíduos podem ter uma tendência a expressar suas emoções com maior intensidade (KIM et al., 2014). No entanto, o objetivo da intervenção psicoterapêutica não é inibir as emoções, mas sim promover respostas mais adaptativas diante da manifestação das mesmas, como evidenciado pelos pacientes tratados com DBT no estudo mencionado anteriormente (NEACSIU et al., 2014).

No que diz respeito à eficácia da intervenção, ou seja, à capacidade de produzir efeitos duradouros após o término do tratamento, Linehan et al. (2015) aponta fortes evidências da eficácia da DBT para o tratamento do TPB. Segundo Martínez e Caballero (2017), há desafios encontrados no manejo clínico dessa condição. No entanto, Linehan et al. (2015) destaca que quando comparada aos resultados inconclusivos das intervenções farmacológicas, torna-se evidente que a DBT é uma intervenção eficaz para o tratamento do TPB.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Comportamental Dialética (DBT), como comprovado pelos estudos empíricos que analisam a eficácia de seu tratamento, revela uma capacidade notável no cuidado de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline. Ao longo de seu processo terapêutico, é evidente sua habilidade em conduzir esses pacientes em direção a uma vida com significado. Através de pesquisas, foi ressaltada a importância da autoimagem, especialmente para os indivíduos com TPB. Portanto, como já mencionado, o tratamento proposto pela DBT oferece aos pacientes estabilidade do self ao fornecer uma abordagem clínica voltada para o manejo da desregulação global que esses indivíduos experimentam.

Os resultados e discussões dos estudos selecionados nesse trabalho destacam a eficácia da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no manejo do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A DBT mostrou-se superior a outras formas de psicoterapia no tratamento do TPB, com evidências de redução de sintomas psicopatológicos secundários, comportamentos de automutilação, ideação suicida e tentativas de suicídio.

A regulação emocional emerge como um aspecto central no tratamento do TPB, e a DBT demonstrou melhorias significativas nessa área. Os pacientes submetidos à DBT apresentaram uma maior capacidade de regular suas emoções, o que contribuiu para a melhora na regulação emocional, na capacidade de estabelecer relações interpessoais assertivas e na resposta à dor.

Além disso, a DBT se mostrou eficaz na prevenção de comportamentos autodestrutivos, como suicídio e automutilação. Ao fornecer estratégias de regulação emocional, habilidades de enfrentamento e resolução de conflitos, a DBT capacita os indivíduos com TPB a lidar de forma mais adaptativa com suas emoções intensas e impulsos autodestrutivos.

A efetividade da DBT vai além do tratamento psiquiátrico convencional, que muitas vezes se concentra apenas no controle de comportamentos de risco e na estabilização do humor. A DBT aborda de forma abrangente as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com TPB, visando à melhoria geral da qualidade de vida e à redução dos sintomas psicopatológicos.

Os estudos também apontam para a relevância da DBT como uma intervenção terapêutica abrangente e holística, focada na prevenção de desfechos negativos, como suicídio e automutilação. Através do aprendizado de habilidades de enfrentamento saudáveis e da promoção da resiliência emocional, a DBT capacita os pacientes a lidar de forma mais adaptativa com as dificuldades que enfrentam.

As bases neurais da desregulação emocional no TPB estão associadas principalmente às amígdalas e regiões adjacentes do sistema límbico. Estudos de ressonância magnética funcional (fMRI) destacaram as alterações neurobiológicas relacionadas à DBT, incluindo a modulação da ativação das amígdalas.

Portanto, os resultados e discussões dos estudos revisados enfatizam a eficácia da DBT no tratamento do TPB, destacando sua relevância no manejo clínico desse transtorno complexo. A DBT proporciona aos pacientes ferramentas práticas para lidar com suas emoções intensas, regular seu comportamento e estabelecer relacionamentos saudáveis, resultando em uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar geral dos indivíduos afetados pelo TPB.

Uma recomendação para estudos futuros é a realização de pesquisas que abordem a eficácia da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em diferentes contextos e populações. Isso poderia incluir estudos em amostras mais amplas e diversificadas, como diferentes faixas etárias, gêneros e culturas, a fim de obter uma compreensão mais abrangente da aplicabilidade e dos resultados da DBT.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P., ABREU, J. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 18(1), 45-58.
- APA (2014). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICACANA –APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – **DSM IV-TR**. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BARLOW, D.H. (2016). **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- BARNICOT, K. et al. Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** . 2017 Apr;52(4):473-483.
- BENEVENUTO, N. **Diagnóstico diferencial entre Transtorno Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline**. (2019). Disponível em: <https://casule.com/blog/diagnostico-diferencial-entre-transtorno-bipolar-e-transtorno-de-personalidade-borderline/> Acesso em: 09 Mai. 2023.
- BORST, A. W., & GELDER, B. (2016). Clear signals or mixed messages: inter-individual emotion congruency modulates brain activity underlying affective body perception. **Soc Cogn Affect Neurosci.**, 11(8), 1299-1309.
- CARNEIRO, L. L. F. Borderline - no limite entre a loucura e a razão. **Ciência e cognição**, vol.3 Rio de Janeiro, nov. 2004.
- CAVALHEIRO, C.V.; MELO, W. V. Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. **Psicologia em Revista**, v. 22, n. 3, p. 579-595, 2016.
- CERUTTI, P. S. DUARTE, T. C. Transtorno da Personalidade Borderline sob a perspectiva da Terapia Comportamental Dialética, **Revista Psicologia em Foco**, v. 8, n. 12 (2016).
- CHAGAS, E. M. Identificação de sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline em adolescentes: uma revisão narrativa. **RECISATEC – Revista Científica Saúde e Tecnologia** ISSN 2763-8405. v.2, n.2, 2022.
- DAL’PIZOL, A. *et al.* Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento de personalidade borderline – Relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do hospital Psiquiátrico São Pedro. **Revista Psiquiátrica**, 25. abr. de 2003. suplemento 1. p. 42-51.
- FINKLER, D. C.; SHAFER, J. L.; WESNER, A. C., Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, 2017, Volume XIX no 3, 274-292 | 275

GOODMAN, M. et al. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. **J Psychiatr Res.**, 57(1), 108- 116.

GROTSTEIN, J.S. (1987). The borderline as a disorder of self-regulation. **Hillsdale:** The Analytic Press.

GUIMARÃES, L. C. et al. Efetividade da terapia comportamental dialética para o tratamento de transtorno de personalidade: uma revisão de literatura. **revista universo psi taquara**, 2020, 1(2), 1-16

KIM, Bo-Ram et al. (2014). Infant Emotion Regulation: Relations to Bedtime Emotional Availability, Attachment Security, and Temperament. **Infant Behav Dev.**, 37(4), 480-490.

KÖCHE, Fundamentos de metodologia científica. Editora Vozes, 2016.  
Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5.º Edição, DCM - 5, **American Psychiatric Association**, Artmed 2013-2013

LAW, M. K. et al. (2016). Using negative emotions to trace the experience of borderline personality pathology: Interconnected relationships revealed in an experience sampling study. **J Pers Disord.**, 30(1), 52-70.

LIMA, A. *et al.* Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, ISSN 2178-2091, 2021

LINEHAN, M. **Treinamento de habilidades em DBT: manual do terapeuta.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018

LINEHAN, M. M. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. **JAMA Psychiatry.**, 72(5), 475-82.

LINEHAN, M. (2010). **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta.** Porto Alegre: Artmed.

MARTÍNEZ JS, CABALLERO ARS. Aripiprazol de ação prolongada no transtorno bipolar comórbido e transtorno de personalidade borderline e abuso de substâncias. **J Clin Psychopharmacol**, 2017; 37(2): 266–267.

MATIOLI, M. R.; ROVANI, E. A.; NOCE, M. A. O Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline em Diferentes Perspectivas. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Psicologia: Fund. teóricos, históricos e epistemológicos do pensamento psicológico.** Registro, vol. 2, p. 72-87, ag. 2018. O

MILLER, A. L., RATHUS, J. H., LINEHAN, M. M. (2007). **Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents.** New York: Guilford Press

MOREIRA, N. A. C.; GONÇALVES, R. A. **Perturbação mental e Ideação Suicida Entre Reclusos Preventivos.** ISPA - Instituto Universitário, *Análise Psicológica* (2010), 1 (XXVIII): 133-148.

NASCIMENTO, A. C. P. L.; FERRAZ, R. C. S. N., Transtorno de personalidade borderline: narrativa de uma vivência acadêmica no ensino superior. **Revista de Estudos em Educação e Diversidade - REED**, v. 2, n. 5, p. 1-15, 2021

NEACSIU, A. D. et al. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. **Behav Res Ther.**, 53 (2), 47-54.

NIEDTFELD, I. et al. (2017). Pain-mediated affect regulation is reduced after dialectical behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. **Soc Cogn Affect Neurosci.**, 12 (5), 739-747.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

RIZVI, S. L. et al. (2017). Can trainees effectively deliver dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder? Outcomes from a training clinic. *J Clin Psychol.*, 73 (12), 1599-1611.

ROMARO, R. A. O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. **Revista Mudanças**, v. 10, n. 1, p.62-75, 2002.

SCHMAHL, C. et al. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. **Borderline Personal Disord Emot Dysregul.**, 1 (12), 102-118.

SILVA, G. C.R. F. O método científico na psicologia: abordagem qualitativa e **quantitativa**. Universidade Federal do Amazonas (UFAM), 2010.

SJIRLET, Y. et al. Borderline Personality Disorder in Transition Age Youth with Bipolar Disorder. **Acta Psychiatr Scand.** 2015 Oct; 132(4): 270–280. Published online 2015

SKODOL, A. **Transtorno de personalidade borderline (TPB)**. (2018). Disponível em: <https://helpeace.com/wp-content/uploads/2021/02/Transtorno-de-personalidade-borderline-TPB-Transornos-psiquiatricos-Manuais-MSD-edicao-para-profissionais.pdf> Acesso em: 09 Mai. 2023.

SOLOFF, P. H., CHIAPPETTA, L. (2018). 10-Year Outcome of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. **J Pers Disord.**, 22 (1), 1-19.

SWENSON, C R. **DBT principles in action: acceptance, change, and dialectics**. 1. ed. New York: The Guilford Press, 2016.

VANDENBERGHE, L.; SOUZA, A.C. A., A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental, **Interação em Psicologia**, 2005, 9(2), p. 381-390.

WANDERLEY, M. R., **Avaliação de um treino de habilidades baseadas na terapia comportamental dialética (DBT) para pacientes com transtorno de personalidade bordeline**. 2019 UFP - Curitiba PR

WAROL, *et al.* Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. e 9871-e 9871, 2022.

ZIMMERMAN, M. Transtorno de personalidade borderline. In: **Manual MSD – Versão para profissionais de saúde**, 2022. Disponível em: [https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-borderline-tpb#v25246799\\_pt](https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-borderline-tpb#v25246799_pt) Acesso em 24 Abr. 2023.