

## **Transtorno de personalidade borderline: como se estivesse movendo entre areia movediça em quedas de precipícios**

## **Borderline personality disorder: as if you were moving between quicksand on blade falls**

**Angelo Aparecido Ninditi**

*Bacharel em enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira, Campus Belo Horizonte (2016). Pós Graduado em Unidade de Terapia Intensiva - FAECH e Urgência e Emergência – FITEC (2022). OCID: <https://orcid.org/0000-0001-6560-5877>*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.21

## RESUMO

**Introdução:** O transtorno *borderline* surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50. **Revisão Integrativa:** O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez em 1884, por Hughes, para diferenciar pessoas que passavam a vida entre a linha tênue da sanidade e da loucura. Conceitualmente, *borderline* foi descrito por Stern, em 1938, e por Knight, em 1940. **Método:** O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre o conhecimento e atuação de profissionais enfermeiros sobre pessoas vivendo em situação de rua. Foram utilizados artigos de plataformas conceituadas como “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed”. **Resultados:** Para o aprimoramento das psicoterapias em geral, um dos aspectos extensamente investigados em distintos modelos teóricos refere-se ao estudo dos mecanismos de ação terapêutica, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do *Borderline* significa “limítrofe”. Podemos assumir que as palavras do antigo sucesso da Madonna caracterizam perfeitamente a instabilidade, a precária fronteira entre a lucidez e a insanidade em que vivem as pessoas nessa condição. **Considerações Finais:** São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal diagnóstico.

**Palavras-chave:** enfermagem. *borderline*. sofrimento. relação de conflitos

## ABSTRACT

**Introduction:** Borderline disorder emerged as a diagnostic category used more broadly in psychiatric and psychoanalytic clinics in the early 1950s. **Integrative Review:** The term *borderline* was first used in 1884 by Hughes to differentiate people who spent their lives between the fine line of sanity and madness. Conceptually, *borderline* was described by Stern, in 1938, and by Knight, in 1940. **Method:** This article is an integrative review based on bibliographic research formulated through published articles on the knowledge and performance of professional nurses on people living in a street situation. Articles from renowned platforms such as “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed” were used. **Results:** For the improvement of psychotherapies in general, one of the aspects extensively investigated in different theoretical models refers to the study of the mechanisms of therapeutic action, in which the contribution of the therapist, the patient and the interaction in relation to several aspects that affect psychotherapies. **Discussion:** *Borderline* means “borderline”. We can assume that the words of Madonna’s former hit perfectly characterize the instability, the precarious border between lucidity and insanity in which people in this condition live. **Final Considerations:** There are few publications that relate the nursing area to the care provided to people with *borderline* personality disorder. However, there is some evidence of erroneous clinical practices of nursing professionals in caring for the person with such a diagnosis.

**Keywords:** nursing. *borderline*. suffering. conflict relationship

## INTRODUÇÃO

O transtorno *borderline* surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50. A noção de *borderline* constitui-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico” (DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A; 2005).

Desde então, o quadro tem sido frequentemente diagnosticado em adolescentes e adultos jovens com comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas e com problemas sérios de identidade, notando-se um predomínio no gênero feminino (por volta de 75% dos casos). Esses indivíduos mal se encaixam entre as neuroses graves ou entre as psicoses endógenas clássicas. Ao longo das últimas duas décadas o conceito vem ganhando popularidade e também uma maior precisão. Além disso, a síndrome *borderline* tem sido estudada de forma crescente por clínicos e pesquisadores; um levantamento no sistema medline de catalogação computadorizada de artigos médicos, revela, nos últimos 10 anos, mais de 1.500 artigos publicados sobre o tema “transtorno de personalidade *borderline*” (DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A;205).

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) tem sido considerado um dos transtornos psiquiátricos mais difíceis de tratar. Ainda que diversas modalidades de psicoterapia sejam efetivas para o tratamento do TPB, pacientes com esse diagnóstico costumam ser vistos como um desafio ao psicoterapeuta. Os transtornos de personalidade implicam em padrões disfuncionais de percepção, relação e pensamento sobre si mesmo e outros, expressos em contextos sociais e interpessoais (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

Os padrões relacionais mal adaptativos dos pacientes com TPB influenciam o relacionamento terapêutico, resultando, entre outros fatores, em dificuldades no estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica, na adesão ao tratamento e na evocação de intensos sentimentos de contratransferência. Portanto, o modo como o terapeuta responde às dificuldades interpessoais e à desregulação emocional desses pacientes é crucial para determinar o sucesso ou o insucesso do tratamento (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é o mais prevalente dentre os transtornos da personalidade na população geral como primeiro diagnóstico e na população clínica já diagnosticada com algum outro transtorno de personalidade e atinge cerca de 6% dos pacientes em cuidados primários, 10% dos pacientes em ambulatórios psiquiátricos e 20% entre os que se hospitalizaram em unidades psiquiátricas. O TPB é associado a significativo prejuízo físico e mental e, em alguns casos, necessidade de tratamento medicamentoso, atendimento ambulatorial, internação e um alto risco de mortalidade por suicídio, já que, dentre os pacientes, 10% cometem suicídio e 75% já tiveram pelo menos uma tentativa (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S., 2017).

A etiologia do transtorno tem sido investigada e debatida por décadas. Os atuais modelos etiológicos multifatoriais destacam as interações de fatores psicossociais, genéticos e neurobiológicos na gênese do TPB. Entre os fatores psicossociais, experiências traumáticas na infância e apego inseguro têm recebido grande suporte empírico. Pacientes com TPB tendem a reportar mais situações traumáticas do que outros pacientes psiquiátricos e a maioria dessas situações

são de abuso sexual (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S; 2017).

Para diagnosticar transtornos de personalidade, existem modelos prototípicos, híbridos, categóricos, dimensionais, entre outros. No modelo categórico, sintomatologia e diagnóstico são apontados como entidades discretas, ou seja, elas têm caráter de presença/ausência. Já o modelo dimensional aceita uma variedade de dificuldades e decisões ambíguas para cada paciente, permitindo distinções categóricas quando necessário e esclarecendo ao terapeuta o grau no qual um estilo de personalidade não é adaptativo dentro de um continuum ou a extensão no qual cada desordem de personalidade está presente (GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S., 2017).

## REVISÃO INTEGRATIVA

O termo *borderline* foi utilizado pela primeira vez em 1884, por Hughes, para diferenciar pessoas que passavam a vida entre a linha tênue da sanidade e da loucura. Conceitualmente, *borderline* foi descrito por Stern, em 1938, e por Knight, em 1940. Posteriormente, a etiologia *borderline* foi estudada por Kernberg e Masterson, na década de 1960, e por estudos em fenomenologia por Grinker e Gunderson, em 1979. Inicialmente a patologia Borderline era classificada como esquizofrenia, e, posteriormente, a tentativa foi de pensá-la como um transtorno atípico de humor (CONCEIÇÃO, I, K; *et al.*, 2015) .

Para o diagnóstico ser realizado, os sujeitos devem apresentar, no mínimo, cinco dos seguintes critérios (CONCEIÇÃO, I, K; *et al.*, 2015):

- Esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário;
- Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
- Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente de autoimagem ou do sentimento de *self*;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa;
- Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
- Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva; e
- Ideação paranoide transitória ao estresse ou graves sintomas dissociativos.

O TPB está associado a uma ampla gama de psicopatologias, incluindo humor instável, comportamentos impulsivos, bem como relacionamentos interpessoais instáveis. Pacientes com TPB têm uma média de três tentativas de suicídio na vida, principalmente por overdose (PARIS, J; 2019).

Comportamentos de automutilação (ou seja, automutilação não suicida), também são comuns no TPB (PARIS, J., 2019). Há muito se estabeleceu que os que tentam e completam

o suicídio são populações separadas, mas sobrepostas. Em um acompanhamento em larga escala de tentativas atendidas em um pronto-socorro (ER), apenas cerca de 3% morreram por suicídio. A maioria das tentativas repetitivas ocorre em mulheres jovens e diminui com o tempo (PARIS, J., 2019).

Em geral, os suicídios no TPB ocorrem mais tarde no curso da doença e seguem longos cursos de tratamento malsucedido. Um estudo de acompanhamento de 15 anos descobriu que a idade média do suicídio era de 30 anos, enquanto um seguimento de 27 anos relatou idade média de 37 anos, com desvio padrão de 10. Assim, os pacientes não correm maior risco de suicídio quando são jovens e visitantes frequentes do pronto-socorro (PARIS, J., 2019).

Muitos pacientes com TPB têm ciclos de tratamento marcados por múltiplas tentativas fracassadas de suicídio. Esses tratamentos estão associados a vários ensaios de psicoterapia, várias prescrições, visitas repetidas ao pronto-socorro e hospitalização por tentativas e ameaças de suicídio. No entanto, a literatura de pesquisa sobre o manejo do suicídio no TPB não fornece diretrizes baseadas em evidências para prevenção da morte por suicídio (PARIS, J., 2019).

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a proposta inclusiva das pessoas com transtornos mentais prevê o convívio social, a autonomia e o exercício da cidadania. Nessa direção, as terapêuticas empregadas se pautam em tecnologias relacionais, dentre as quais, a comunicação terapêutica e o acolhimento figuram entre as principais. O diálogo, segundo o educador Paulo Freire, é uma necessidade existencial, condição básica para o conhecimento. Ocorre na comunicação entre os sujeitos, a partir de um encontro que se realiza na práxis, na ação com reflexão, o qual se fundamenta no compromisso com a transformação social (AGNOL, E. C. D; *et al.*, 2019).

São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal diagnóstico, somado aos altos índices de suicídio que transformam esse e outros transtornos mentais em problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Assim, considera-se fundamental a realização de pesquisas nessa área (AGNOL, E. C. D; *et al.*, 2019).

Pessoas com TPB tipicamente apresentam um padrão difuso e pervasivo de instabilidade nos relacionamentos, na autoimagem e nos afetos, além de marcada impulsividade, evidenciados em pelo menos cinco dos seguintes indicadores: esforços para evitar o abandono real ou imaginário, sentimentos crônicos de vazio, alternância entre extremos de idealização e desvalorização nos relacionamentos interpessoais, alterações no senso de identidade, comportamento impulsivo, comportamento suicida ou de automutilação, instabilidade do humor, dificuldade para controlar a raiva, ideação paranoide reativa e transitória ou sintomas dissociativos severos. O transtorno é mais frequentemente diagnosticado em mulheres e que possui alta prevalência, entre 1,6% e 5,9%, na população geral. Entre pacientes de consultórios e ambulatórios de saúde mental, a prevalência é de aproximadamente 10%. Entre pacientes internados, a prevalência atinge 20% (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

Ao não conseguirem estabelecer as fronteiras do eu e dos objetos, pacientes *borderlines* lutam para evitar a perda ou o abandono, não tolerando a solidão, e vivenciando angústia intensa, de aniquilamento e morte. Esses pacientes apresentam constante necessidade de utilizar o objeto como uma segunda pele mental, sendo que a perda do objeto é vivida como a perda de

si próprio (Dias, 2004). Ao experienciar frustrações ocasionadas pelo ambiente, sentem raiva desmedida e desespero, não aceitando esses sentimentos como parte de si, e sim percebidos como vindos de fora (MÖLLER, R. L; *et al.*, 2018).

## MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa baseada na pesquisa bibliográfica formulada através de artigos publicados sobre a doença “Borderline”. Foram utilizados artigos de plataformas conceituadas como “Bireme, Lilacs, Scielo, Pubmed”.

Em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa cientificamente embasada, capazes de delimitar etapas metodológicas mais concisas e de propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos. Nesse cenário, a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010).

O método em xeque constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE). (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. Envolve, pois, a definição do problema clínico, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente. (SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R., 2010) A revisão integrativa, nesse âmbito, em virtude de sua abordagem metodológica, permite a inclusão de métodos diversos, que têm o potencial de desempenhar um importante papel na PBE em enfermagem. Dessa forma, é fundamental diferenciá-la das linhas de estudos existentes.

A presente pesquisa baseou-se em artigos publicados no período de 2015 a 2021. Dentre os artigos revisados há publicações anteriores a 2018 que foram utilizadas no corpo do texto para construir a revisão integrativa levando em consideração ao pioneirismo e relevância dos autores sobre o assunto mencionado ao longo do trabalho.

## RESULTADOS

Para o aprimoramento das psicoterapias em geral, um dos aspectos extensamente investigados em distintos modelos teóricos refere-se ao estudo dos mecanismos de ação terapêutica, no qual se destaca a contribuição do terapeuta, do paciente e da interação em relação a diversos aspectos que afetam as psicoterapias. Dentre os mecanismos de ação terapêutica, as variáveis do terapeuta constituem um dos elementos relevantes de investigação, pois podem influenciar o processo de psicoterapia e seus resultados (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

Alguns autores entendem que as características pessoais do terapeuta possuem significado sobre os tratamentos, propõe que dentre as variáveis do terapeuta que podem interferir

nas psicoterapias estão sexo, idade, etnia, experiência, personalidade, bem-estar emocional, valores, crenças, orientação teórica, dentre outras. Outro aspecto considerado relevante dentre as variáveis do terapeuta refere-se às características das intervenções realizadas ao longo do processo psicoterápico. Esse foco de pesquisa permite conhecer os tipos de intervenções associadas à melhoria ou à alteração do processo, identificando, assim, os chamados “ingredientes ativos” da mudança terapêutica (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

A clarificação, confrontação e interpretação são os principais aspectos da técnica interpretativa utilizada na psicoterapia psicanalítica. Com pacientes com psicopatologias sérias, a clarificação e a confrontação ocupam um espaço mais amplo do que a interpretação e as interpretações dos significados inconscientes no “aqui e agora” tem maior espaço do que aquelas no “lá e então”. Somente em estágios mais avançados do tratamento são introduzidas interpretações além do “aqui e agora”, de forma a relacionar o comportamento passado com o presente. Além disso, as interpretações são mais eficazes quando apresentadas a um paciente preparado emocionalmente. Assim, o uso sequencial de clarificação e de confrontação abrem caminho para a interpretação propriamente dita (SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A., 2018).

Há muitas controvérsias no que se refere às definições de “condições psicopatológicas” no período da adolescência, já que é muito sutil a barreira que separa o “normal” e o “patológico” neste momento evolutivo. O adolescente está ainda em processo de formação de sua personalidade, bastante atravessado pelo contexto em que se encontra – portanto torna-se difícil falar em “estrutura” ou “transtorno de personalidade” (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

Enquanto alguns autores são categóricos em caracterizar transtornos de personalidade na infância e adolescência, definem as situações patológicas na adolescência como “estados” ou “organizações” (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

A questão da possibilidade diagnóstica da personalidade *borderline* na adolescência (e suas manifestações) tem sido o foco de alguns estudos. Essas pesquisas sugerem que se deve considerar seriamente o diagnóstico de personalidade *borderline* na adolescência sempre que os pacientes apresentarem as características clássicas desta desordem (JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R., 2010).

## DISCUSSÃO

*Borderline* significa “limítrofe”. Podemos assumir que as palavras do antigo sucesso da Madonna caracterizam perfeitamente a instabilidade, a precária fronteira entre a lucidez e a insanidade em que vivem as pessoas nessa condição. A personalidade *borderline* é um grave transtorno mental com um padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Apesar de não ser tão divulgada quanto outros transtornos psiquiátricos, afeta de 1 a 2% da população geral, 10% de pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que a maior parte das pessoas afetadas (até 70%) corresponde a mulheres (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Identificar uma pessoa com personalidade *borderline* não é difícil, pois os sintomas incomodam todos os que se relacionam com ela, especialmente familiares. O quadro engloba algumas manifestações típicas de vários transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão,

transtorno bipolar, mas em geral os pacientes não saíram totalmente do estado considerado normal para serem enquadrados em tais classificações (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Em relação ao distúrbio afetivo, os pacientes apresentam diversas sensações, por vezes conflitantes, muitas vezes manifestando tensão aversiva, incluindo raiva, tristeza, vergonha, pânico, terror e sentimentos crônicos de vazio e solidão. Outro aspecto é a exagerada reatividade no humor: os pacientes com frequência mudam com grande rapidez de um estado a outro, passando por períodos disfóricos e eufímicos ao longo de um dia (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Além disso, a cognição também se apresenta alterada. A sintomatologia varia, há ideias superestimadas de estar mal, experiências de dissociação – despersonalização e perda da percepção da realidade – outros sintomas são semelhantes aos psicóticos, com episódios transitórios e circunscritos de ilusões e alucinações baseadas na realidade. Acredita-se que o distúrbio de identidade pertença ao domínio cognitivo porque se baseia em uma série de falsas crenças, por exemplo a de que uma pessoa é boa num minuto e má no instante seguinte (CARNEIRO, L. L. F., 2004).

Etiologicamente falando, o transtorno de personalidade *borderline* é multifatorial, logo, sugere-se que tanto uma predisposição genética quanto fatores ambientais podem estar envolvidos em seu desenvolvimento. Sobre o último, os principais fatores que contribuem para seu desenvolvimento envolvem maus tratos na infância, desde físicos, sexuais à negligência, encontrados em aproximadamente 70% das pessoas que possuem o transtorno, assim como em outros casos, por exemplo separação, apego materno deficiente, inadequação com as regras familiares e abuso de substâncias na família.

Ainda sobre sua prevalência, o transtorno da personalidade *borderline* é diagnosticado predominantemente em indivíduos do sexo feminino, atingindo cerca de 75% dos diagnósticos, dado esse corroborado, sobretudo, ao fato de que grande parte desse quantitativo de casos em maior número em mulheres estar estritamente ligado a um número reduzido de amostras resultantes da presença escassa de homens no ambiente clínico. Então, como resultado disso, há um quantificado maior de estudos acerca das características e fatores do *borderline* em mulheres e assim, embora homens apresentem *borderline*, pouco é apresentado sobre suas características e fatores que o envolvem.

O conceito de mentalização foi desenvolvido com base no contexto clínico, especialmente com pacientes com transtorno de personalidade *borderline*, TPB. Os sintomas desses pacientes se concentram em três áreas principais: no campo do afeto, apresentam raiva intensa e inapropriada, instabilidade afetiva e relacionamentos intensos e instáveis; no campo da identidade, suas representações são caóticas, possuem sentimentos de vazio e de abandono, e distorções paranoides; podem apresentar também um comportamento bastante impulsivo, envolvendo automutilações, abuso de substâncias e *actings outs* (RAMIRES, V. R. R., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

São poucas as publicações que relacionam a área de enfermagem com o cuidado realizado às pessoas com transtorno de personalidade *borderline*. No entanto, há algumas evidências de práticas clínicas errôneas de profissionais de enfermagem no cuidado à pessoa com tal

diagnóstico, somado aos altos índices de suicídio que transformam esse e outros transtornos mentais em problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Assim, considera-se fundamental a realização de pesquisas nessa área.

Sobre os cuidados de enfermagem relacionados ao emprego da terapia medicamentosa, os participantes relataram que utilizam tal ferramenta, principalmente, nos primeiros dias de internação, nos quais o paciente pode apresentar agitação psicomotora, heteroagressividade e autoagressividade, colocando em risco os outros e a si mesmo. Nesses casos, as medicações são preparadas e administradas conforme a prescrição médica.

A contenção mecânica é um dos recursos terapêuticos usados pelos profissionais. Esse procedimento é utilizado apenas quando os recursos verbais e a terapia medicamentosa são suficientes para estabilizar os pacientes nos momentos de agitação psicomotora. Recorre-se à contenção mecânica como uma maneira de proteger a integridade física do paciente e terceiros, prevenindo ferimentos, agressões, tentativas de suicídio e até mesmo fuga do hospital.

## REFERÊNCIAS

AGNOL, E. C. D; MEAZZA, S. G; GUIMARÃES, A. N; VENDRUSCOLO, C. e TESTONI, A. K. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180084. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180084>

CARNEIRO, L. L. F. Borderline – no limite entre a loucura e a razão. *Ciências e Cognição.* 2004; V. 03. disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/> Acesso em: 11/03/2022

CONCEIÇÃO, I, K; BELLO, J. R; KRISTENSEN, C. H. e DORNELLES, V. G. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 21, n. 1, p. 87-107 abr. 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N1P87>

DALGALARRONDO. P. e VILELA, W. A. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, II, 2, p.52-71, 2005. Disponível em: [https://www.sinopsyseditora.com.br/produtos\\_pdf](https://www.sinopsyseditora.com.br/produtos_pdf) Acesso em: 12/03/2022

GASPARETTO, L. G. e HUTZ, C. S. Neuroticismo em Pacientes com Transtorno da Personalidade Borderline Hospitalizados. *Avaliação Psicológica*, 2017, 16(4), pp. 444-451. DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1604.12839>

JORDÃO, A. B. e RAMIRES, V. R. R. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. *Paidéia*, set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47, 421-430. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000300014>

NASCIMENTO, R. B; CERQUEIRA, G. D; ARAUJO FILHO, E. S. e CARNEIRO, D. G. Transtorno de personalidade borderline em homens: uma revisão integrativa. *Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador*, 2021 Novembro;10(3):541-558. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3806>

MÖLLER, R. L; SERRALTA, F. B; BITTENCOURT, A. A. e BENETTI, S. P. C. Manifestações Contratransferenciais no Processo Terapêutico de uma Paciente com Personalidade Borderline. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 23, n. 4, p. 705-717, out./dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230410>

PARIS, J. Suicídio no Transtorno de Personalidade Borderline. *Medicina*, 2019,55, 223. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina55060223>

RAMIRES, V. R. R. Mentalizando o eu e os outros: conceito, fundamentos e aplicações clínicas. *Rev. Bras. Psicoter*; Porto Alegre, 22(3), 95-112, 2020. ISSN 2318-0404. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1349393> Acesso em: 11/03/2022.

SIMONI, L; BENETTI, S. P. C. e BITTENCOURT, A. A. Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. *Trends Psychol*; Ribeirão Preto, vol. 26, nº 3, p. 1499-1512 - Setembro/2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.3-13Pt>

SOUZA, M. T; SILVA, M. D. e CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* 8 (1). Jan-Mar 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>