

Transtorno de personalidade borderline e comportamentos suicidas e autolesivos: uma correlação teórico-prática

Borderline personality disorder and suicidal and self-injurious behaviors: a theoretical-practical correlation

Trastorno límite de la personalidad y conductas suicidas y autolesivas: una correlación teórico-práctica

Anna Beatriz Lacerda de Paula¹, Carlos Eduardo da Silva Portela¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação existente entre os sintomas do transtorno de personalidade borderline e o autoextermínio e a autolesão a partir de um viés teórico-prático. **Relato de experiência:** Os pacientes fronteiriços apresentam um déficit na constituição de sua subjetividade proveniente de falhas nas suas relações primárias que repercutem na estruturação da sua personalidade por meio de aspectos como a indiferenciação eu-outro; o medo de ser invadido e o medo de ser desamparado por outra pessoa (angústia de aniquilação); a excitabilidade exacerbada e a descarga desta energia excitatória no próprio corpo físico. A partir destes aspectos da personalidade constitui-se o modo de funcionamento psíquico dos casos-limites baseado na instabilidade e na impulsividade em diversas áreas de suas vidas; nos danos em suas relações com o eu interno e com o meio externo e nos sentimentos crônicos de vazio, sendo estes fatores associados ao alto índice de comportamentos suicidas e autolesivos em tais pacientes. **Considerações finais:** Compreende-se que a sintomatologia específica dos casos-limites caracterizada por instabilidade afetiva, na autoimagem e nas relações interpessoais; por impulsividade e agressividade são importantes preditores para o aumento das condutas autodestrutivas frequentes neste tipo de transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline, Suicídio, Automutilação, Psicanálise.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the symptoms of borderline personality disorder and self-extermination and self-injury from a theoretical-practical perspective. **Experience report:** Borderline patients present a deficit in the constitution of their subjectivity resulting from failures in their primary relationships that affect the structuring of their personality through aspects such as the self-other indifferenciation; the fear of being invaded and the fear of being abandoned by another person (annihilation anxiety); the exacerbated excitability and the discharge of this excitatory energy in the physical body itself. Based on these aspects of the personality, the mode of psychic functioning of borderline cases is constituted, based on instability and impulsiveness in different areas of their lives; in damage to their relationships with the internal self and with the external environment and in chronic feelings of emptiness, which are factors associated with the high rate of suicidal and self-injurious behaviors in such patients. **Final considerations:** It is understood that the specific symptomatology of borderline cases is characterized by affective instability, in self-image and in interpersonal relationships; by impulsivity and aggressiveness are important predictors for the increase in self-destructive behaviors that are frequent in this type of disorder.

Key words: Borderline personality disorder, Suicide, Self-mutilation, Psychoanalysis.

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília – DF.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el autoexterminio y las autolesiones desde una perspectiva teórico-práctica. **Informe de experiencia:** Los pacientes borderline presentan un déficit en la constitución de su subjetividad producto de fallas en sus relaciones primarias que afectan la estructuración de su personalidad a través de aspectos como la indiferenciación del yo-otro; el miedo a ser invadido y el miedo a ser abandonado por otra persona (ansiedad de aniquilación); la excitabilidad exacerbada y la descarga de esta energía excitadora en el propio cuerpo físico. A partir de estos aspectos de la personalidad se constituye el modo de funcionamiento psíquico de los casos límite, basado en la inestabilidad e impulsividad en diferentes ámbitos de su vida; en el daño a sus relaciones con el yo interno y con el ambiente externo y en los sentimientos crónicos de vacío, que son factores asociados a la alta tasa de conductas suicidas y autolesivas en estos pacientes. **Consideraciones finales:** Se entiende que la sintomatología específica de los casos límite se caracteriza por inestabilidad afectiva, en la autoimagen y en las relaciones interpersonales; por la impulsividad y la agresividad son importantes predictores del incremento de las conductas autodestructivas que son frecuentes en este tipo de trastorno.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Suicidio, Autolesiones, Psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

Na década de 30, as clínicas psiquiátrica e psicanalítica começaram a receber em seus consultórios pacientes que não se enquadravam ao método clínico psicanalítico cunhado por Freud. Em 1940, Stern denominou-os como “quadros borderlines” (personalidade limítrofe), os quais apresentavam sintomas que se estendiam da estrutura psicótica até a estrutura neurótica, diferenciando-se assim das estruturas de personalidade vigentes na época (LOPES YJ, 2017; DALGALARRONDO P e VILELA WA, 1999)

Para Pereira MEC (1999) a partir do surgimento dos quadros borderlines, os psicanalistas foram instigados a repensar as técnicas que deveriam ser utilizadas para o tratamento destes, o que levou a um processo de desconstrução no âmbito da psicanálise. Desde então, diversos autores têm buscado definir e conceituar melhor o termo “borderline” e os seus sintomas, porém este é um ofício complexo, uma vez que o tema é recente e apresenta divergências teóricas (DALGALARRONDO P e VILELA WA, 1999).

Matioli MR, et al. (2014) expressam a necessidade dos analistas adotarem uma postura flexível na relação com as pessoas fronteiriças com o intuito de enxergar o vínculo com o sujeito para além do aspecto transferencial, fato que torna esta uma tarefa árdua para o psicólogo em vista da inconstância na relação transferencial e dos obstáculos contratransferenciais que o analista precisa manejar.

Desta forma, o presente relato de experiência teve como objetivo compreender o funcionamento dos sujeitos limítrofes associado aos comportamentos autolesivos e suicidas destes, a partir de uma perspectiva a qual une a teoria psicanalítica de Winnicott, Freud e Klein e a prática na Residência Multiprofissional em Saúde Mental com pacientes que receberam o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A prática com pacientes borderlines na Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Ao longo da residência em saúde mental, ocorreu o acompanhamento psicológico, dentro de um contexto multiprofissional, de pacientes que tinham como hipótese diagnóstica o Transtorno de Personalidade Borderline. A partir disto, compreendeu-se que existia uma resistência, de forma geral, dos profissionais em lidar com os casos-limites e, conseqüentemente, estabelecer intervenções resolutivas para estes, visto que tais pacientes eram rotulados, na maioria das vezes, como manipuladores e despertavam sentimentos desconhecidos de contratransferência nos especialistas.

Grande parte dos indivíduos fronteiriços que estavam inseridos nos dispositivos do Sistema Único de Saúde (SUS) vinculados à Residência em questão, apresentava impasses para participar das atividades em

grupo; dificuldade em lidar com as frustrações inerentes às próprias demandas dos serviços como, por exemplo, esperar a vez de ser atendido; e falta de aderência ou descontinuidade do tratamento. Em contrapartida, aqueles que se envolveram no tratamento compareciam aos serviços de saúde diariamente e buscavam serem atendidos pelo profissional de referência.

Notou-se que os sujeitos limítrofes denotavam prejuízos significativos nos seus relacionamentos interpessoais principalmente no aspecto familiar e amoroso, tendo inclusive casos que possuíam vínculos bastante rompidos com a sua rede de apoio, o que pode influenciar negativamente no prognóstico destes pacientes.

No âmbito específico da psicologia, foram realizados atendimentos individuais, por meio da psicoterapia breve, com os casos-limites, nos quais se evidenciou a instabilidade relacionada à autoimagem e às relações interpessoais destes. Alguns, quando questionados sobre como se descreviam e como se sentiam, relatavam não saber quem eram ou quais sentimentos tinham, devido ao vazio intrínseco e à falta de identidade deste tipo de transtorno. Assim, referiam não gostar de si mesmos, ainda que não soubessem identificar as suas características. Quanto às relações interpessoais, sentiam-se na maior parte do tempo desamparados com a sensação de que ninguém os apoiava.

As automutilações e as tentativas de suicídio aconteciam com frequência e estes pacientes mostravam, durante o atendimento, as cicatrizes dos comportamentos autolesivos como forma de corporificar o seu sofrimento, demonstrá-lo aos demais e se sentirem, por algum momento, compreendidos pelas pessoas que os rodeavam.

Foram realizadas intervenções pontuais junto aos sujeitos limítrofes com foco na terapia de suporte, função continente e estímulo à ressocialização através da criação de novos laços afetivos ou reconstrução de vínculos anteriores. Ao observar o tratamento como um todo dos pacientes com transtorno de personalidade borderline, foram constatados movimentos de evolução e regresso, alternados, durante este processo, evidenciando os desafios de se estabelecer bons resultados na relação terapêutica com eles.

DISCUSSÃO

Sintomatologia e funcionamento psíquico de pessoas com TPB a partir da psicanálise

Segundo Mattos LTL (2018) as pessoas com transtorno de personalidade borderline apresentam sintomas brandos característicos de diversos tipos de patologias, mas que não são determinantes o suficiente para fechar o diagnóstico destes outros transtornos. Sendo assim, é necessário considerar a singularidade dos sujeitos fronteiriços ao efetuar a hipótese diagnóstica para o TPB (CARNEIRO LLF, 2004).

A partir dos seus estudos, Kernberg evidenciou três pontos essenciais para se entender a dinâmica psíquica dos casos-limites: a falta do senso de identidade que está vinculada a erros na percepção do sujeito de si mesmo enquanto um ser total e integral; a utilização de mecanismos de defesa primitivos como a cisão do ego, identificações projetivas, atuações; e a preservação do juízo de realidade que é o diferencial em relação à psicose (MATTOS LTL, 2018).

Segundo Winnicott, a falta do sendo de identidade decorre de um ambiente que não foi suficientemente bom para o bebê em suas relações primárias, uma vez que a função materna ofereceu poucos recursos para que o filho suportasse todas as tensões do ambiente. Como herança deste contexto, ocorre a identificação projetiva da personalidade limítrofe com o outro em suas relações, tendo como base uma vinculação onde não é possível diferenciar o que é meu e o que é da outra pessoa. A partir disso, forma-se o falso self dos pacientes borderlines e conseqüentemente surge a principal causa da angústia deles: o medo de ser aniquilado (MATIOLI MR, et al., 2014).

Conforme citam Santos GG e Neto GARM (2018), na angústia de aniquilação o sujeito sente temor de que sua psique seja fragmentada, o que poderia gerar a desintegração do seu ego através da ultrapassagem das suas barreiras internas. Para não serem desintegrados, os casos-limites utilizam o mecanismo de defesa da cisão do ego (MATIOLI MR, et al., 2014).

A primeira forma do ego se cindiracontece quando o sujeito borderline divide o objeto de desejo primário em partes boas e ruins, introjetando as partes boas e projetando as partes ruins no ambiente, o que provoca a ideia de que ele está sendo perseguido pelo meio externo. A segunda forma acontece quando o ego é dividido em duas partes distintas dentro da própria psique, na tentativa de lidar com a angústia de aniquilação, no entanto, resultando em ataque das suas partes agressivas em direção às suas partes libidinais, ambas localizadas no ego (SANTOS GG e NETO GARM, 2018).

Santos GG e Neto GARM (2018) acrescentam que a pessoa com TPB sofre com uma angústia ambivalente de ser deixada de perder ou de separar-se do seu objeto de desejo e, em contrapartida, de ser “engolida” por este mesmo objeto o qual acredita que invadirá seu espaço interno. Neste sentido, para evitar o abandono, o borderline procura estabelecer relações simbióticas com as pessoas das quais é próximo, que são pautadas na instabilidade afetiva de querer estar perto e querer distanciar-se destas ao mesmo tempo (MATIOLI MR, et al., 2014).

Santos GG e Neto GARM (2018) apontam que o sujeito fronteiro age de forma ambígua frente ao objeto de desejo, pois ao observá-lo se afastar, recorre às atuações de manipulação e agressividade por não aguentara dor de se ver separado deste. No sentido contrário, ao observá-lo extremamente próximo, sente medo de ser “engolfado” por ele e recorre, novamente, à agressividade para afastá-lo. Desta maneira, é possível compreender as alternâncias nas relações dos casos-limite, visto que em dados momentos estas são muito intensas e em outros momentos são rasas e vagas.

Santos GG e Neto GARM (2018) apontam que quando os pacientes fronteiros descobrem que são pessoas distintas do seu objeto de desejo sentem-se aflitos, pois acreditam não ter sustentação para encarar sozinhos às suas demandas. Quando não consegue conter esse desespero, a personalidade borderline direciona a tensão da energia acumulada para o seu próprio corpo com o objetivo de se esquivar de um perigo constante, o que gera os comportamentos agressivos e autodestrutivos (LAZZARINI ER e CARVALHO MC, 2020).

Para Matioli MR, et al. (2014) os casos borderlines agem através de instintos irrefreáveis para se defender das exigências do meio externo, o que causa a sobrecarga psíquica neles. Para aliviar esta sobrecarga, o borderline utiliza duas vias de descarga: a primeira via é a projeção da excitação no mundo exterior por meio das atuações, uma vez que estas são um artifício para o indivíduo limítrofe sobreviver e tentar lidar com suas angústias; e a segunda via são os ataques à própria psique, que, muitas vezes, causam sintomas psicossomáticos devido ao corpo ser uma fonte de escape para ele (SANTOS GG e NETO GARM, 2018).

A sensação de estar sendo ameaçado permanentemente faz com que o paciente borderline fique em um estado de alerta ininterrupto, pois ele acredita que a sua existência está sempre em risco. Este receio de ser desintegrado a todo o momento torna-se um gatilho para os casos-limite aderirem a comportamentos suicidas devido ao sofrimento causado por esta intensa instabilidade psíquica (MATTOS TLT, 2018).

Potencialização do risco de suicídio e automutilação em pessoas com transtorno de personalidade borderline

Os comportamentos autolesivos e suicidas são sintomas relevantes para se compreender o sofrimento psíquico próprio dos pacientes que possuem TPB, visto que a maioria dos referenciais teóricos indica o alto índice de suicídio e automutilações nos casos-limite. Carneiro LLF (2004); Pastore E e Lisboa CSM (2014) apontam em seus estudos que 10% dos pacientes fronteiros concretizam o suicídio e estes últimos autores ainda assinalam que as tentativas de autoextermínio prevalecem entre 37% e 73% nos sujeitos limítrofes.

Pastore E e Lisboa CSM (2014) consideram que o afeto instável dos pacientes limítrofes gera momentos frequentes de crise os quais costumam estar vinculados a dificuldades para lidar com a ansiedade frente às situações novas e desconhecidas que o meio externo os coloca, fato que comumente causa as frustrações das suas expectativas. O sujeito borderline, por não apresentar recursos para encarar tais frustrações de forma saudável, comporta-se com intensas explosões emocionais e acessos de raiva, potencializando o risco de automutilações e de suicídio em razão das consequências individuais e sociais decorrentes destas explosões (REZENDE LT, 2017).

Para Almeida JC (2022) a instabilidade afetiva, a labilidade emocional, a alteração rápida de humor e a alternância dos sentimentos de amor e ódio em um curto espaço de tempo desencadeiam condutas disfuncionais dos casos-limites em seus relacionamentos, sobretudo no âmbito familiar. Assim, os conflitos consequentes deste contexto, bem como, o medo de ser abandonado e a possibilidade de ruptura de vínculos contribuem para a ampliação das automutilações e tentativas de autoextermínio nos indivíduos fronteiriços.

Para Santos GG e Neto GARM (2018) a instabilidade caminha em conjunto com a impulsividade e com a agressividade nas pessoas com TPB, pois as emoções instáveis propiciam comportamentos impulsivos, os quais, constantemente, estão associados a atitudes destrutivas tanto contra si mesmos como contra os outros. Carneiro LLF (2004) postula que a impulsividade vinculada aos comportamentos autodestrutivos pode ser vivenciada de duas maneiras distintas nos casos-limite: há alguns pacientes limítrofes que manifestam atos autolesivos e suicidas e há outros que se colocam em situações de perigo para exteriorizar a sua autoagressividade interna.

A agressividade presente nas pessoas borderlines é tão forte que não pode ser controlada e se transforma em um impulso para comportamentos de risco, os quais são entendidos como válvulas de escape para o indivíduo fronteiriço lidar com tamanha hostilidade interna. Por este motivo, recorrem à automutilação e ao suicídio como forma de expressar a sua dor e o seu sofrimento (PASTORE E e LISBOA CSM, 2014).

Tratando-se especificamente da automutilação é consenso na literatura que esta conduta tem suas raízes na vontade inconsciente de se autopunir, uma vez que os pacientes borderlines se sentem extremamente frustrados quando as suas necessidades não são atendidas e não conseguem agüentar esta frustração de uma maneira favorável. Desta forma, a automutilação é uma via para externalizar o auto-ódio que o sujeito limítrofe tem (PASTORE E e LISBOA CSM, 2014).

Para Matioli MR, et al. (2014) o indivíduo limite sente-se ameaçado constantemente, o que pode gerar pensamentos de morte equivalentes ao receio de uma morte psíquica e não uma morte física propriamente dita, contudo, como o corpo é uma via de descarga das tensões internas nos casos-limite, as ideias de morte acabam atravessando para o aspecto físico corporal e criam uma relação hostil do indivíduo com o seu próprio corpo.

Os casos-limite sentem um imenso vazio ligado à sensação de incompletude e falta de identidade, que, conseqüentemente desencadeia o aumento da ansiedade, a redução da autoestima, o autoconceito negativo, a ausência de um sentido para viver e a elevação do nível de desesperança. Todos esses sintomas levam à ampliação dos comportamentos autolesivos e suicidas (ESPINOSA JJ, et al., 2009; MATIOLI MR, et al., 2014; PASTORE E e LISBOA CSM, 2014).

A forma de funcionamento psíquico do paciente limítrofe influencia negativamente nas suas vinculações com as pessoas e nas suas relações com o meio externo, fato que provoca prejuízos sociais significativos em sua vida e intenso sofrimento decorrente disso. Os sintomas do TPB interferem na sua capacidade de planejamento, no seu julgamento da realidade, na sua autorregulação emocional, no controle dos seus impulsos e no gerenciamento da sua vida como um todo (PASTORE E e LISBOA CSM, 2015).

Neste contexto, Lima WLM, et al. (2021) referem que por vezes as condutas autolesivas podem constituir um mecanismo interno dos casos-limites para atenuar o sofrimento psíquico que está no âmago da sua personalidade e para reduzir as chances de se concretizar o autoextermínio de fato, como se fosse uma alternativa para evitá-lo.

Intervenções psicoterapêuticas em casos-limites

O tratamento psicoterápico dos pacientes com transtorno de personalidade borderline requer enfoque e método particulares. Mattos LTL (2018) aponta que os casos-limite apresentam dificuldade em se ajustar ao setting terapêutico, sendo necessário abolir o uso do divã e aderir aos atendimentos cara a cara; assim como, possuem obstáculos para falar através da livre associação de idéias, uma vez que a capacidade de simbolização destes é prejudicada.

Além disso, Tanesi PHV, et al. (2007) informam que a pouca adesão do sujeito borderline ao tratamento psicoterápico é um impasse, o que ocorre pois este possui comportamentos de impulsividade e de

manipulação, além de afetos dissociados, sendo a dissociação um mecanismo de defesa para diminuir o contato com suas emoções intensas. Por este motivo, comumente os indivíduos fronteiriços adotam posturas de ataque contra a aliança terapêutica, contra os progressos na análise e contra os profissionais envolvidos no caso, causando sabotagens à evolução do tratamento e, por conseguinte, abandonando a psicoterapia.

Matioli MR, et al. (2014) indicam que o trabalho do psicoterapeuta nos casos fronteiriços consiste principalmente na atuação deste como ego auxiliar do paciente por meio da contenção de suas angústias e do estabelecimento de limites com o propósito de auxiliar o sujeito na constituição do seu eu interno. Já Mattos LTL (2018) acrescenta que o analista também pode agir relatando ao indivíduo dados sobre a sua conduta, para que este tome consciência da situação, e colaborando para dar sentido às emoções do sujeito, o que amplia o seu autoconhecimento.

O vínculo entre psicólogo e paciente com TPB em algumas vezes é quebradiço e em outras é resistente, o que pode ser explicado pela própria instabilidade do indivíduo borderline associada ao objeto (MATTOS LTL, 2018). Sendo assim, exige-se uma atitude prudente do psicanalista em relação ao manejo terapêutico, pois dependendo das técnicas utilizadas, a pessoa com transtorno de personalidade borderline pode se sentir invadida ou abandonada. (MATIOLI MR, et al., 2014).

Matioli MR, et al. (2014) e Almeida ALR, et al. (2021) completam que ao se sentir invadido ou abandonado o indivíduo limítrofe acredita que o objeto, representado neste caso pelo analista, está atacando-o e, na tentativa de se defender, recorre a atitudes agressivas ou atuações direcionadas ao psicólogo e ao ambiente terapêutico. Ainda, em momentos como esses, os casos-limites tendem a efetuar condutas autoagressivas (automutilações, tentativas de suicídio), cabendo ao psicólogo exercer intervenções de suporte e proteção à vida nesta conjuntura. .

Conforme indica Ausem IC (2020), tais movimentos do paciente geram sentimentos contratransferenciais no analista, pois este passa pela experiência de habitar a pele do sujeito borderline e, a partir disso, pode compreender melhor o funcionamento deste tipo de personalidade. Nestas circunstâncias, o psicoterapeuta precisa aprender a lidar com a contratransferência que o mobiliza para não colocar em risco a relação terapêutica constituída.

De acordo com Simoni L, et al. (2018) pesquisas constataram que a postura de empatia do analista no tratamento dos sujeitos com transtorno de personalidade borderline é uma das técnicas mais eficazes na abordagem psicanalítica, uma vez que esta postura permite a instauração de uma aliança terapêutica mais segura e firme com o paciente.

Mattos LTL (2018) e Matioli MR, et al. (2014) postulam que com os métodos adequados, o paciente limítrofe tem possibilidade de estruturar a sua subjetividade, fortalecer o seu ego, compreender melhor suas emoções e ampliar o conhecimento de si próprio. Para Santos DC e Faccas ISS (2021) ainda pode haver retrocessos na análise quando o sujeito fronteiriço se deparar com uma situação desconhecida potencializadora de crise, no entanto, este terá mais ferramentas para lidar de forma assertiva com as adversidades, diminuindo, assim, os comportamentos autolesivos.

Considerando as informações mencionadas, infere-se que as pessoas com transtorno de personalidade borderline possuem sintomas típicos de instabilidade e impulsividade que causam intenso sofrimento psíquico a eles, além de malefícios na sua esfera pessoal e coletiva. Por este motivo recorrem às condutas autodestrutivas como forma de expressar a sua angústia latente e a não compreensão de si mesmos, descarregando o seu auto-ódio no próprio corpo. Neste sentido, compreende-se que os comportamentos autolesivos e de autoextermínio são frequentemente observados em pessoas com este transtorno.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA ALR, et al. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com comportamentos autodestrutivos e suicídio. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(4): e7052.

2. ALMEIDA JC. As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Revista Ciência (In) Cena*, 2019; 1(8).
3. AUSEM IC e LOPES AMP. Tratamentos psicoterápicos de orientação psicanalítica com pessoas com transtornos de personalidade borderline, a partir de artigos disponibilizados na literatura científica. *Repositório Universitário Anima Educação (RUNA)*, 2020.
4. BENETTI SPC, et al. Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. *Revista Temas em Psicologia*, 2018; 26(3).
5. CARNEIRO LLF. Borderline – no limite entre a loucura e a razão. *Revista Ciência & Cognição*, 2004; 3(7)
6. CARVALHO MC e LAZZARINI ER. Os Casos-Limite e os Limites da Técnica Psicanalítica: Subversão e Cura nos Fundamentos da Psicanálise. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2020; 36: e36nspe5
7. DALGALARRONDO P e VILELA WA. Transtorno Borderline: História e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1999; 11(2).
8. ESPINOSA JJ, et al. Risco de suicídio e fatalidade em pacientes com transtorno de personalidade limítrofe (TPB), em um hospital psiquiátrico. *Saúde Mental, México*, 2009; 32(4).
9. LIMA WLM. Suicídio Imminente no Transtorno de Personalidade Borderline – Relato de Caso. *Revista Científica ITPAC*, 2021; 14(2).
10. LOPES YJ. A Psicopatologia do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e suas características diagnósticas. *Psicologia.PT: O Portal dos Psicólogos*, 2017.
11. MATIOLI MR, et al. O Transtorno de Personalidade Borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise. *Saúde e Transformação Social*, 2014; 5(1).
12. MATTOS LTL. Um território sem fronteiras: os casos-limite. *Jornal de Psicanálise*, 2018; 51(95).
13. PASTORE E e LISBOA CSM. Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio. *Psicologia Clínica*, 2015; 27(2).
14. PASTORE E e LISBOA CSM. Transtorno de personalidade borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. *Psicologia Argumento*, 2014; 32.
15. PEREIRA MEC. A introdução do conceito de “estados-limitrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1999; 2 (2).
16. REZENTE LT. Transtorno de Personalidade Borderline e a família: compreendendo no discurso do paciente os sentimentos de sua relação com o núcleo familiar. *Revista Univap*, 2017; 22(40).
17. SANTOS DC e FACCAS ISS. Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica psicanalítica: uma revisão integrativa. *Repositório Universitário Anima Educação (RUNA)*, 2021.
18. SANTOS GG e NETO GARM. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderlines. *Psicologia USP*, 2018; 29(2).
19. SIMONI L, et al. Intervenções do terapeuta psicanalítico no processo psicoterapêutico de uma paciente com transtorno de personalidade borderline. *Temas em Psicologia*, 2018; 26(3).
20. TANESI PHV, et al. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia*, 2007; 12(1).