



Diferenças e similaridades entre o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar

Differences and similarities between borderline personality disorder and bipolar affective disorder

Diferencias y similitudes entre el trastorno límite de la personalidad y el trastorno afectivo bipolar

Maria Eduarda Dias Arouca¹, Maryane Nogueira da Fonseca Brito¹, Kalliny Luiza Dias Arouca², Luciana Sant'Ana de Souza¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever e revisar os conhecimentos acerca do transtorno afetivo bipolar e o transtorno de personalidade Borderline e suas relações e diferenças. **Revisão bibliográfica:** O transtorno de personalidade Borderline e o transtorno bipolar apresentam sintomas semelhantes, como as mudanças de humor, o descontrole emocional, a impulsividade, os relacionamentos instáveis e intensos. Entretanto, a principal diferença são as alterações de humor, onde pacientes Borderline apresentam oscilações dentro de um curto tempo, e pacientes Bipolares possuem mudança de humor em tempo maior. Uma diferença relevante a ser destacada é o tratamento de ambos os transtornos, no qual, o tratamento farmacológico no paciente Bipolar é o principal meio terapêutico, enquanto no indivíduo Borderline, a psicoterapia é a principal modalidade terapêutica. Em decorrência das suas similaridades, nota-se dificuldade na prática clínica para a realização do diagnóstico. **Considerações finais:** Diante do exposto, fica evidente a necessidade de estudos mais aprofundados de tais transtornos, com o intuito de diagnosticar e iniciar o tratamento do paciente de maneira correta.

Palavras-chave: Transtorno bipolar, Borderline, Alteração de humor.

ABSTRACT

Objective: Describe and review the knowledge concerning bipolar affective disorder and Borderline personality disorder, their similarities and differences. **Bibliographic review:** Borderline personality disorder and bipolar affective disorder show similar symptoms, such as mood swings, emotional outbursts, impulsivity and unstable and intense relationships. However, the main difference is the mood swing; while Borderline patients show oscillations within a small interval, Bipolar patients present these mood alterations over a more extended period. A relevant difference to be highlighted is the treatment of both disorders, in which pharmacological treatment in the bipolar patient is the main therapeutic means, while in the borderline individual, psychotherapy is the main therapeutic modality. Due to its similarities, it has been problematic for professionals to close a diagnosis in the practical scenario. **Final considerations:** Thus, the need for more in-depth studies of such disorders becomes evident so the patients can be appropriately diagnosed and treated.

Keywords: Disorder bipolar, Borderline, Mood swings.

¹ Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC), Araguaína - TO.

² Faculdade de Ciências Humanas, Exatas e da Saúde do Piauí do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba (FAHESP/IESVAP), Parnaíba - PI.

RESUMEN

Objetivos: Describir y revisar los conocimientos acerca del trastorno afectivo bipolar y trastorno límite de la personalidad, sus semejanzas y diferencias. **Revisión bibliográfica:** El trastorno límite de personalidad y el trastorno afectivo bipolar presentan sintomatología similar, como: cambio de humor, arrebatos emocionales, impulsividad y relaciones inestables e intensas. No obstante, la principal diferencia es la variación de humor, entretanto los pacientes límite muestran oscilaciones dentro de un corto espacio de tiempo, los pacientes bipolares presentan estas alteraciones por un período más largo. Una diferencia relevante a destacar es el tratamiento de ambos trastornos, en el que el tratamiento farmacológico en el paciente bipolar es el principal medio terapéutico, mientras que en el individuo límite la psicoterapia es la principal modalidad terapéutica. En ese sentido, por manifestarse de manera similar, ha sido problemático para los profesionales definir un diagnóstico y tratar de modo adecuado. **Consideraciones finales:** Dado lo anterior, se hace evidente la necesidad de profundizar en los estudios de este tipo de trastornos, con el objetivo de diagnosticar e iniciar el tratamiento del paciente correctamente.

Palabras clave: Trastorno bipolar, Límite, Cambios de humor.

INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade são padrões de comportamentos inflexíveis e mal adaptativos, causando sofrimento e prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional de certo indivíduo. Inicia-se na adolescência ou no princípio da fase adulta e persiste ao longo de toda sua vida (APA, 2014; HALES RE e YODOFSKY SC, 2006). De maneira geral, os transtornos de personalidade são considerados muito frequentes na epidemiologia psiquiátrica e, dentre eles, destaca-se o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) (NASCIMENTO RB, et al., 2021).

O Transtorno de Personalidade Borderline, ou transtorno de personalidade limítrofe, é definido por uma dificuldade marcante em manter e estabelecer relações com outros indivíduos paralelos a comportamentos impulsivos que normalmente geram sofrimento ao próprio sujeito e aos seus companheiros. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) os dez tipos de transtornos de personalidade são divididos em três grupos (A, B e C), com base em suas características semelhantes. No entanto, observa-se que esse sistema de classificação, embora útil em algumas pesquisas e situações educacionais, apresenta limitações e não foi consistentemente validado. Porém, o TPB se encaixa no grupo B, junto aos transtornos da personalidade antissocial, histriônica e narcisista (APA, 2014).

Os pacientes com tal transtorno apresentam características que incluem as mudanças de humor exacerbado, são vulneráveis às condições ambientais, suscetíveis a sinais de rejeição e abandono. Ainda, podem apresentar elevado grau de agressividade, predisposição a atos impulsivos em situações que causam prazer momentâneo, como realização de apostas, uso de substâncias ilícitas, dentre outras (POLLIS AA, et al., 2019).

Constantemente confundem o transtorno de personalidade borderline com o transtorno bipolar, em virtude de suas sintomatologias semelhantes, como as mudanças de humor, o descontrole emocional, a impulsividade e as complicações em relacionamentos interpessoais, além disso, ambos apresentam elevado grau de suicídio (APA, 2014).

Enquanto isso, o transtorno bipolar do humor é originalmente chamado de “insanidade maníaco-depressiva”, sendo considerado um transtorno mental classificado em dois subgrupos, tipo I e tipo II. De modo geral, caracteriza-se por alterações graves de humor que envolvem períodos de elevação do humor e aumento da energia e da atividade de depressão (polos opostos da experiência afetiva). Estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos (BOSAIPO NB, et al., 2017).

Dessa forma, este transtorno mental é caracterizado como desequilíbrio químico cerebral que pode gerar prejuízos emocionais e físicos bastante significativos na vida do indivíduo. Tais disfunções afetam o comprometimento funcional devido à alteração biológica, social, psicológica ou genética (BORBA LO, et al., 2017).

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo apontar as diferenças e similaridades entre o transtorno bipolar do humor e o Transtorno de Personalidade Borderline, através de uma revisão narrativa, visto que diversas características de ambos os transtornos podem levar a um diagnóstico equivocado. Assim, é essencial o estudo dessas patologias, com intuito de proporcionar melhor qualidade de vida aos portadores.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Transtorno de personalidade borderline

Dentre os 10(dez) tipos de transtorno de personalidade, o TPB é considerado o mais incompreensível para diagnóstico e tratamento. É definido por um padrão em que o paciente apresenta relações interpessoais instáveis de afeições, da autoimagem e de impulsividade acentuada, destacando no início da vida adulta, estando presente no dia a dia do indivíduo. Tal patologia apresenta elevada incidência, afetando 2% da população mundial, onde 10% dos pacientes são diagnosticados em ambulatórios de saúde mental e 20% sendo em internação psiquiátrica, dentre estes dados, há prevalência maior no sexo feminino (MELO HP, et al., 2021; HONÓRIO LGF, et al., 2021; APA, 2014).

Para um indivíduo ser diagnosticado com TPB é necessário apresentar cinco ou mais das características a seguir: histórico de envolvimento em relacionamentos inconstantes; perturbação da percepção de si mesmo, ou seja, o indivíduo não compreende sua identidade; modificações repentinas consideráveis de humor, levando a alterações de planos de carreira, opiniões, imagem de si mesmo, identidade sexual, valores entre outros. Além disso, manifestam em pelo menos duas áreas, eventos impulsivos e eminentemente autodestrutivos, como o abuso de bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas, compulsão alimentar, gastos exagerados. Também apresentam instabilidade afetiva, devido a acentuada reatividade do humor e sentimentos crônicos de vazio (MATIOLI MR, et al., 2018; APA, 2014).

Pacientes com TPB evitam abandono real ou imaginado. Possuem ideia de separação iminente, rejeição ou, até mesmo, a perda de estrutura externa, levando a alterações na sua própria imagem, na percepção e na maneira de lidar com outros indivíduos. São extremamente sensíveis ao meio externo, na qual frequentemente suportam situações de medo, abandono e raiva inapropriada, mesmo diante da realidade de uma separação a curto prazo ou quando os planos mudam inevitavelmente. O medo do abandono está associado à intolerância de ficar sozinho e a necessidade de ter outras pessoas por perto. Como consequência, comportamentos impulsivos como automutilação ou a presença de pensamentos suicidas são frequentes (APA, 2014).

Algumas características associadas podem ajudar no diagnóstico do transtorno, onde alguns pacientes apresentam padrão de sabotagem pessoal no momento em que uma meta está para ser atingida. Quando exposto a estresse exagerado, podem desencadear sintomas similares a psicose, além de apresentarem segurança a objetos transicionais, como animal de estimação ou objeto inanimado, quando comparado aos relacionamentos interpessoais (RIBEIRO A, et al., 2016; APA, 2014).

A base etiológica desta patologia não é completamente elucidada. Há inúmeras causas e fatores de risco capazes de induzir o indivíduo a desenvolver tal transtorno. Estudos apontam que relações de fatores neurobiológicos, epigenéticos e psicossociais, como: modificações anatômicas e funcionais captadas por neuroimagens, traumas familiares como abuso sexual e sentimento de abandono, as alterações estruturais e funcionais no cérebro, as condições sociais, culturais e ambientais, podem motivar um indivíduo a desenvolver tal transtorno (LIMA SCA, et al., 2021; HONÓRIO LGF, et al., 2021).

O tratamento do TPB inclui o uso de fármacos e a psicoterapia. O tratamento farmacológico é utilizado para tratar sintomas específicos e diminuir comportamentos impulsivos, sendo útil para as intervenções psicossociais. Dentre os remédios mais utilizados, têm-se os antidepressivos e estabilizadores de humor, cujo objetivo é regular mudanças repentinas de humor, ansiedade e raiva; e os neurolépticos, que controlam os sintomas cognitivo-perceptuais (CARNEIRO LLF, 2004). O tratamento com melhores resultados aos pacientes com TPB é a realização de programas de psicoterapia, podendo ser citado o relevante papel da

terapia cognitiva comportamental, a terapia dialética comportamental e a psicanálise. Os principais objetivos desses tratamentos é aprimorar as habilidades comportamentais, ensinando táticas específicas para regular as emoções, aumentar a motivação para mudanças, estruturar o ambiente e fortalecer a capacidade e a motivação dos próprios terapeutas. Entretanto, é importante salientar que essa abordagem requer uma assistência contínua (CARNEIRO LLF, 2004).

Transtorno bipolar do humor

O transtorno afetivo bipolar caracteriza-se por um estado de alterações de humor, no qual ocorrem episódios de profunda tristeza e irritação acentuada a episódios de alegria e euforia extrema, levando o indivíduo a episódios de mania e depressão separados por períodos de normalidade. Segundo o DSM-V, o transtorno bipolar divide-se em tipos I e II (BOSAIPO NB, et al., 2017).

Os critérios diagnósticos para o transtorno bipolar tipo I incluem a presença de um episódio maníaco passado ou presente, onde, eventualmente, podem ser seguidos por episódios hipomaniacos ou depressivos maiores. Todavia, não há necessidade de o indivíduo apresentar episódios depressivos e hipomaniacos para definir tal diagnóstico (APA, 2014; HALES RE e YODOFSKY SC, 2006).

O período de mania é descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado ou "sentindo-se no topo do mundo", expansivo ou irritável com duração de pelo menos uma semana e presente diariamente. O episódio maníaco deve ser acompanhado de três sintomas adicionais, incluindo auto estima inflada ou grandiosidade, diminuição do sono, pressão por falar, fuga de ideias, distratibilidade, aumento da atividade dirigida a objetivos e aumento em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas. Um equívoco dessa classificação é não apontar sintomas psicóticos em meio aos critérios, somente especificadores. Além disso, excluir o diagnóstico de mania estimulada por antidepressivos (APA, 2014; MORENO RA, et al., 2005).

O diagnóstico de mania na sua forma mais grave tem grande adversidade na ocorrência de episódios em que há irritabilidade, agitação psicomotora, ideias delirantes paranoides e sintomas depressivos com instabilidade afetiva, podendo ser difícil diferenciar da esquizofrenia. Pensamentos delirantes de superioridade também podem surgir na esquizofrenia, entretanto, sem o humor eufórico notado na mania (BIN LCP, et al., 2014).

A hipomania é uma condição semelhante à mania, porém causa sintomas menos extremos. O dano ao paciente não é tão acentuado quanto o da mania, geralmente envolve um episódio que dura pelo menos quatro dias, não apresenta sintomas psicóticos nem requer hospitalização. Vale ressaltar, que estados de humor como alegria e irritabilidade podem ser confundidos com estado de hipomania, onde sucessivamente um costuma ter causas desencadeantes positivas e negativas como o falecimento de ente próximo, enquanto o outro pode ou não apresentar estas causas (MORENO RA, et al., 2005).

Os episódios de depressão maior devem incluir cinco (ou mais) dos seguintes sintomas: Humor deprimido na maior parte do dia; Diminuição acentuada do interesse ou prazer em atividades durante a maior parte do dia; Perda ponderal de peso ou ganho expressivo; problemas persistentes para dormir; Inquietação; cansaço excessivo ou ausência de energia; sensações de inutilidade; acreditar que só merece coisas ruins; cognição diminuída para raciocínio lógico ou concentração; pensamentos e planejamento suicidas recorrentes; possível autossuicídio. Tais sintomas têm de estar expostos por um período de duas semanas (APA, 2014).

A base do diagnóstico para transtorno bipolar tipo II exige a presença ou o histórico de, no mínimo, um episódio depressivo maior e episódios hipomaniacos. Entretanto, o episódio depressivo maior deve ter duração de pelo menos duas semanas, e o hipomaniaco de, no mínimo, quatro dias. Ainda, o paciente nunca deve ter tido um episódio maníaco ou um episódio misto. Pensamentos suicidas, depressão grave e abuso de substâncias ou relacionamentos caóticos são comuns nesses pacientes (APA, 2014; HALES RE e YODOFSKY SC, 2006). Os pacientes com o transtorno bipolar que não receberam diagnóstico e tratamento corretamente apresentam superior propensão a atos suicidas, visto que as variações de humor têm reflexos negativos em sua vida. Vale salientar que as crises podem variar de intensidade, frequência e duração independentemente do tipo de transtorno (GRILO M, et al., 2016).

A etiologia do transtorno não é totalmente conhecida, não havendo um motivo exato para as alterações de humor. Estudos apontam que o surgimento e a evolução do transtorno bipolar são possivelmente decorrentes de traumas vivenciados na infância ou pelo uso indevido de álcool e drogas. Com isso, o primeiro episódio de mania pode se manifestar no fim da adolescência e se propagar ao longo de toda a vida do indivíduo (BOSAPO NB, et al., 2017; HALES RE e YODOFSKY SC, 2006).

O transtorno afetivo bipolar é uma doença crônica, onde o tratamento requer planejamento a longo prazo. O primeiro passo é o tratamento farmacológico de um episódio maníaco ou depressivo, com o objetivo de atingir a remissão dos sintomas de humor. O segundo passo tem como objetivo estabelecer uma conduta a longo prazo, com a finalidade de prevenir a recorrência de novos episódios. A farmacoterapia é a principal modalidade terapêutica, porém é essencial que o paciente inicie tratamento com psicólogo, a fim de manter o paciente engajado no tratamento, evitando abandono ao tratamento farmacológico (BRASIL, 2016; BIN LCP, et al., 2014).

Uma discussão significativa em relação ao tratamento farmacológico do transtorno afetivo bipolar aborda o uso de antidepressivos no decorrer da fase depressiva e no tratamento de restauração. O ponto chave é que teoricamente o uso de antidepressivos conseguem amenizar os sintomas depressivos, todavia, eleva-se o risco de manifestar sintomas maníacos no paciente e motivar a chamada mania ou hipomania induzida por antidepressivos. Alguns autores consideram como manifestações de bipolaridade, sendo ocorrente na faixa de 20 a 40% dos pacientes bipolares (GOLDBERG JF e TRUMMAN CJ, 2003; AKISKAL HS, et al., 2003).

Alguns autores ressaltam as recomendações da APA à respeito de evitar o uso de antidepressivos no tratamento do paciente bipolar e sustentam essa ideia com as seguintes alegações: antidepressivos induzem a mania e piora o quadro de transtorno bipolar com uso a longo prazo; em casos de prevenção de suicídio e redução de mortalidade os antidepressivos não foram eficazes, portanto, devem ser usados em casos severos de depressão bipolar aguda; após mitigação do episódio depressivo bipolar o antidepressivo deve ser retirado e mantido apenas em casos de constantes recaídas pós retirada (GHAEMI SN, et al., 2003).

Logo, surgem polêmicas devido ao uso de antidepressivos, que podem elevar o risco de episódios maníacos ou até mesmo oscilações de humor repentina, no entanto, tem grande relevância para reverter episódios depressivos graves que resistem ao tratamento com estabilizadores de humor. Portanto, é importante o psiquiatra ser cauteloso em avaliar as particularidades de cada paciente, tendo parâmetros para prescrever antidepressivos na depressão bipolar em casos a qual julgue imprescindível tal indicação.

Similaridades e diferenças entre os transtornos

Frequentemente o TPB é confundido com o Transtorno bipolar do humor. Importantes sintomas, como instabilidade afetiva, impulsividade, momentos psicóticos, oscilações de humor e raiva inapropriada são apresentados tanto por pacientes com transtorno bipolar como por aqueles com TPB. Assim, é importante salientar que existe elevada dificuldade em diagnosticá-los, pois, na maioria das vezes, as características são semelhantes (GRILO M, et al., 2016; ALCANTARA I, et al., 2003).

A principal semelhança entre os dois transtornos são as oscilações de humor, causando instabilidade na vida do indivíduo e impactos significativos na qualidade de vida, uma vez que geram dificuldades em lidar com situações cotidianas e de convívio na sociedade. Pacientes com TPB apresentam altos reflexos negativos das variações de humor, pois os momentos de instabilidade ocorrem, em sua maioria, de forma rápida, levando o paciente a vivenciar momentos de raiva e ira. Estes são direcionados a qualquer pessoa e/ou objetos, o que conseqüentemente traz grandes sofrimentos ao indivíduo. No caso do paciente bipolar, a mudança de uma fase para a outra, como a mania-depressão, pode levar semanas ou meses, porém não diminui o seu sofrimento, uma vez que a fase depressiva é contínua. Além disso, os maiores prejuízos estão presentes no indivíduo com diagnóstico de bipolaridade tipo I, pois possui episódios maníacos (GRILO M, et al., 2016). Pode-se enfatizar que ambos têm alto risco de suicídio, visto que a vida desses indivíduos é marcada pela desordem emocional, por exemplo cerca de 25% dos pacientes bipolares tentam suicídio. Contudo, na fase depressiva esse risco é ainda maior. A depressão vivida por pacientes Borderline é decorrente de uma sensação de rejeição muito forte, fazendo com que o indivíduo se sinta sozinho, querendo

cada vez mais se isolar, levando a pensamentos suicidas, devido a presença de baixa autoestima, falta de confiança e sentimento de abandono (GRILO M, et al., 2016; APA, 2014).

Uma diferença importante a ser destacada é o tempo de oscilação de humor de cada transtorno. O paciente Borderline tem alteração de humor dentro de um curto tempo, o que significa que ele sofre alterações de humor em segundos, minutos ou no máximo em horas. Quanto ao paciente Bipolar, este possui mudança de humor em tempo maior, sofrendo alterações em semanas ou até meses. Percebe-se que automaticamente o tempo de normalidade entre os dois transtornos também é alterado. O paciente Borderline passará menos tempo em seu estado normal, pois seu humor é afetado de forma muito rápida e intensa, quanto o paciente Bipolar, seu tempo de normalidade se estende, visto que o tempo que sofre a alteração de humor também é maior (PASINI TF e DAMETTO J, 2010).

Pacientes com transtorno afetivo bipolar, mesmo diante de todo sofrimento e confusão, conseguem ter uma identidade bem definida, conseguindo defender o que querem e insistir, mesmo que de forma maníaca, até conseguir aquilo. Por outro ângulo, pacientes com TPB possuem uma perturbação da identidade decorrente da instabilidade da percepção de si mesmo, levando esses indivíduos a mudanças súbitas na autoimagem e na opinião (GRILO M, et al., 2016; CARNEIRO LLF, 2004).

A depressão está presente em ambos os transtornos, porém ocorre de modo diferente em cada um. No paciente Bipolar os episódios depressivos são concomitantemente com os episódios maníacos ou hipomaníacos, já no paciente Borderline os sintomas depressivos vão e voltam havendo interrupções, porém de modo descontínuo, diferente da bipolaridade. Importante ressaltar que fatores internos influenciam mais a intensidade dos sintomas em pacientes Borderline, em decorrência da variação de humor do indivíduo, enquanto os fatores externos influenciam com o humor das pessoas com bipolaridade que sofrem com o que está ao seu redor (GRILO M, et al., 2016; APA 2014).

O tratamento de ambos os transtornos têm em comum a necessidade do uso de medicação e o acompanhamento terapêutico. No entanto, o tratamento farmacológico no paciente Bipolar é o principal meio terapêutico, enquanto no indivíduo Borderline, a psicoterapia é a principal modalidade terapêutica. A finalidade do uso da medicação é estabilizar o humor do paciente restaurando suas funções, tornando-se novamente uma pessoa produtiva, lidando primeiramente com os sintomas mais severos do paciente, para que depois possa trabalhar com os outros sintomas específicos de cada transtorno. A psicoterapia tem como finalidade manter o paciente engajado no tratamento, garantir o bem-estar e o equilíbrio psicológico e a regulação das emoções (GRILO M, et al., 2016; PASINI TF, DAMETTO J, 2010; CARNEIRO LLF, 2004).

Em virtude das oscilações bruscas de humor, torna-se uma tarefa desconfortável aos acometidos em ambos os transtornos manter sua vida social e profissional intactas, tendo em vista que os indivíduos ao seu redor não possuem conhecimentos sobre tais doenças, rotulando-os de forma errônea, provocando mais sofrimento a essas pessoas. Sem o apoio familiar necessário, este sofrimento pode agravar o quadro clínico do paciente, levando a família a experimentar diversas emoções em relação ao doente e a doença. Logo, as divergências formadas com os familiares dificultam o tratamento constante, indispensável para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, visto que tanto o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar são distúrbios crônicos (GRILO M, et al., 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, este estudo reforçou as principais similaridades e diferenças entre o TPB e o transtorno afetivo bipolar, evidenciando a urgência em diferenciar tais transtornos, visto que na prática clínica diagnosticar tanto o paciente Borderline quanto o paciente Bipolar é realmente complexo, em decorrência da semelhança sintomatológica. Para isso, são necessários estudos mais aprofundados dos profissionais da área da saúde acerca dos transtornos, no intuito de oferecer uma intervenção psicoterápica e farmacológica de maneira correta, assim evitando um diagnóstico equivocado.

REFERÊNCIAS

1. ALCANTARA I, et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. *Revista de Psiquiatria*, 2003; 25(Supl. 1): 22-32.
2. ALMEIDA GC. As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Revista Ciência (In) Cena*, 2019; 1(8): 17- 32.
3. AKISKAI HS, et al. Validating antidepressant associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord.*, 2003; 73(1-2): 65-74.
4. APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). American Psychiatric Association. 2014. Disponível em: <http://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acessado em: 9 de janeiro de 2023.
5. BIN LCP, et al. Significados dos episódios maníacos para pacientes com transtorno bipolar em remissão: um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2014; 63(2): 142-8.
6. BORBA LO, et al. Perfil do portador de transtorno mental em tratamento no centro de atenção psicossocial (CAPS). *Revista Mineira de Enfermagem*, 2017; 21: 1-8.
7. BOSAIPO NB, et al. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 2017; 50(Supl.1): 72-84.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 315 de 30 de março de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0315_30_03_2016.html. Acessado em: 9 de janeiro de 2023.
9. CARNEIRO LLF. Borderline – no limite entre a loucura e a razão. *Ciências & Cognição*, 2004; 03: 66-68.
10. GHAEMI SN, et al. Antidepressants in bipolar disorder: the case for caution. *Bipolar Disord.*, 2003; 5(6): 421-433.
11. GOLDBERG JF e TRUMAN CJ. Antidepressant-induced mania: an overview of current controversies. *Bipolar Disord*, 2003; 5(6): 407-420.
12. GRILLO M, et al. A correlação entre transtorno de personalidade borderline e transtorno bipolar do humor: diferenças e similaridades. *Revista Ambiente Acadêmico*, 2016; 2(2).
13. HALES RE e YODOFSKY SC. Tratamento de psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2006; 854p.
14. HONÓRIO LGF, et al. Teorias Etiológicas do Transtorno de Personalidade Borderline: da neurobiologia à epigenética. *Research, Society and Development*, 2021; 10(3): e0610312929.
15. LIMA SCA, et al. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4): e7052.
16. MATIOLI MR, et al. O tratamento do transtorno de personalidade borderline em diferentes perspectivas. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Psicologia: Fundamentos teóricos, históricos e epistemológicos do pensamento psicológico*, 2018; 2: 72-87.
17. MELO HP, et al. Caracterização do transtorno de personalidade Borderline: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 2021; 10(3): e52510312619.
18. MORENO RA, et al. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2005; 32: 39-48.
19. MOURA HDS, et al. Transtorno afetivo bipolar: sentimentos, estigmas e limitações. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2019; 13: e241665.
20. NASCIMENTO RB, et al. Características e alterações neuropsicológicas no transtorno de personalidade borderline: uma revisão da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2021; 7(4): 322-347.
21. PASINI TF e DAMETTO J. Abordagem psicodinâmica do paciente Borderline. *Revista Perspectiva, Erechim*, 2010; 34(128): 133-149.
22. PEREIRA LL, et al. Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. *Revista Perspectiva, Erechim*, 2010; 34(128): 151-166.
23. POLLIS AA, et al. Transtorno de personalidade borderline e assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 2019; 20(1): 15-36.
24. RIBEIRO A, et al. Um insuportável vazio: falso self e a organização borderline da personalidade, a partir de um caso clínico. *Rbpsicoterapia: Revista Brasileira de Psicoterapia*, 2016; 3(18): 45-54.
25. WAROL PHA, et al. Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(3): e9871.