

Uma análise acerca das características do transtorno de personalidade borderline: revisão de literatura

An analysis of the characteristics of borderline personality disorder: literature review

Un análisis de las características del trastorno límite de la personalidad: revisión de la literatura

Pedro Henrique Almeida Warol^{1*}, João Pedro Franco Cerqueira¹, Tarcila Silveira de Paula Fonseca¹, Derek Sousa Gomes¹, Marianna Ramalho de Sousa¹, Emílio Conceição de Siqueira¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características do transtorno de personalidade borderline. **Revisão bibliográfica:** Os portadores do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) manifestam inespecíficas ausência de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação, graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos crônicos e múltiplos. A ocorrência do transtorno é de 2% na população, sendo mais comum em mulheres, aproximadamente 75% dos casos, porém quando ocorre em homens sintomas como agressividade são agravados. Os portadores do TPB possuem gestos ou ameaças suicidas, e comportamentos de automutilação, e cerca de 75% dos pacientes limítrofes tentam pelo menos uma vez o suicídio ao longo da vida, acometendo diretamente a qualidade de vida desses indivíduos e dos que estão ao seu redor. **Considerações finais:** O TPB é um transtorno comum na sociedade, porém pouco difundido que se caracteriza por uma instabilidade difusa nas relações interpessoais, na autoimagem e nas relações afetivas, com acentuada impulsividade em diferentes contextos, o que acarreta em dificuldades no convívio. Nesse contexto, é essencial a difusão de informações acerca da doença a fim de propiciar um maior número de diagnósticos e, assim, com o diagnóstico e correto tratamento multiprofissional melhorar o convívio em sociedade do portador.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline, Saúde mental, Psiquiatria.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of borderline personality disorder. **Bibliographic review:** Borderline Personality Disorder (BPD) carriers have nonspecific manifestations of lack of tolerance to anxiety, impulse control and sublimation capacity, severe disturbances in object relations, and chronic and multiple neurotic symptoms. The occurrence of the disorder is 2% in the population, being more common in women, approximately 75% two cases, because when it occurs in men, symptoms such as aggressiveness are aggravated. TPB carriers have suicidal gestures or threats, and self-mutilation behaviors, and about 75% of two borderline patients have at least once attempted suicide or committed suicide throughout their lives, directly affecting the quality of life of the individuals and two who are around them. **Final considerations:** The TPB is a common disorder in society, but not widely spread, characterized by a diffuse instability in interpersonal relationships, in self-image and in affective relationships, with marked impulsiveness in different contexts, or that leads to non-coexistence difficulties. In this context, it is essential to disseminate information about the disease in order to promote a greater number of diagnoses and, as well, as a diagnosis and correct multiprofessional treatment, improve or coexistence in the carrier's society.

Keywords: Borderline personality disorder, Mental health, Psychiatry.

¹ Universidade de Vassouras (UV), Vassouras - RJ. *E-mail: ph.warol@outlook.com

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características del trastorno límite de la personalidad. **Revisión bibliográfica:** Los pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP) manifiestan falta inespecífica de tolerancia a la ansiedad, control de impulsos y capacidad de sublimación, alteraciones severas en las relaciones objetales y síntomas neuróticos crónicos y múltiples. La aparición del trastorno es del 2% en la población, siendo más frecuente en mujeres, aproximadamente el 75% de los casos, pero cuando se presenta en hombres se agravan síntomas como la agresividad. Los pacientes con TLP tienen gestos o amenazas suicidas y conductas de automutilación, y alrededor del 75% de los pacientes borderline intentan suicidarse al menos una vez en la vida, afectando directamente la calidad de vida de estos individuos y de su entorno. **Consideraciones finales:** El TLP es un trastorno común en la sociedad, pero poco extendido, caracterizado por una inestabilidad generalizada en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las relaciones afectivas, con marcada impulsividad en diferentes contextos, lo que conduce a dificultades en la convivencia. En este contexto, es fundamental difundir información sobre la enfermedad para brindar un mayor número de diagnósticos y, así, con el diagnóstico y correcto tratamiento multiprofesional, mejorar la convivencia del paciente en sociedad.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Salud mental, Psiquiatría.

INTRODUÇÃO

Transtornos de Personalidade (TP) são condições extremamente custosas para o ambiente de saúde, considerando a dificuldade de manejo destes pacientes dentro das instituições, causadas pela instabilidade de relações interpessoais pelo paciente e pela falha de capacitação dos profissionais os atendem (REINECKE G, et al., 2020; SHIOZAWA P, 2020).

Dentre os transtornos de personalidade, um dos principais distúrbios mentais que acarretam uma bagagem de manejo clínico difícil, é o Transtorno de Personalidade Boderline (TPB), que é caracterizado por um padrão difuso de instabilidade interpessoal, na autoimagem, e nos afetos, e que por vezes vem acompanhado de impulsividade acentuada em muitos contextos (REINECKE G, et al., 2020; NASCIMENTO RB, et al., 2021).

Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos: o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) está dentro do grupo B, caracterizados como dramáticos, emotivos ou erráticos (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019).

O TPB se caracteriza por um alto padrão de instabilidade nos aspectos de relações interpessoais, afetos, autoimagem e uma impulsividade intensa. Surge no fim da adolescência/início da vida adulta e geralmente é tratado através de psicofarmacologia e psicoterapia, tendo esta última uma gama de abordagens teóricas diferentes (SILVA NF e BEZERRA EM, 2020). Estima-se que aproximadamente 2% da população geral é atingida pelo transtorno, sendo que as maiores vítimas pertencem ao sexo feminino que, geralmente, estão em relacionamentos conflituosos (REINECKE G, et al., 2020). No homem, a agressão (ou agressividade) aparece em um nível exacerbado e é destaque ao falar dessa patologia nessa gama de indivíduos (BAYES Ae PARKER G., 2017; NASCIMENTO RB, et al., 2021).

Os elementos desencadeantes da psicopatologia borderline são diversos, tais quais abuso sexual e físico, negligência, conflito hostil e perda parental prematura são comuns na história da infância. O TPB é uma psicodinâmica que responde a uma instabilidade estável das emoções, relacionamento com outras pessoas, funções do ego e identidade (POLLIS AA, et al., 2019).

Os pacientes com transtorno borderline são sensíveis às condições ambientais, vulneráveis a um sinal de perda ou sentimento de rejeição e abandono, possuem padrão instável, alteração afetiva e de humor, tendem a ser impulsivos por situações que causem uma satisfação momentânea (gastar dinheiro, apostar, utilizar substâncias ilícitas, dentre outras), e podem apresentar um alto grau de agressividade (POLLIS AA, et al., 2019; SHIOZAWA P, 2020).

Quanto ao tratamento as duas formas são: a farmacoterapia e a psicoterapia. O tratamento farmacológico consiste no controle de características específicas da personalidade: controle da raiva, da hostilidade; nos episódios de psicose utiliza-se anti-psicóticos; a fim de melhorar a depressão do humor utilizam-se antidepressivos; para a ansiedade e a depressão usam-se benzodiazepínicos e; para melhorar o funcionamento global do paciente prescrevem-se anticonvulsivantes. A psicoterapia é baseada na Psicanálise e a Teoria Cognitivo Comportamental (TCC) (MATIOLI MR, et al., 2018).

Em decorrência de suas condições estruturais e falta de integração psíquica o TPB acarreta diversas dificuldades pessoais e de relacionamento na vida dos sujeitos acometidos. Estes, devido o desconhecimento acerca da doença e da dificuldade diagnóstica acabam ficando sem o diagnóstico e tratamento adequado o que agrava ainda mais suas vidas em sociedade. Assim sendo, é essencial o estudo dessa patologia a fim de propiciar qualidade de vida aos portadores. O objetivo do estudo foi analisar as características do transtorno de personalidade borderline.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e epidemiologia

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) caracteriza um Transtorno de Personalidade como uma experiência interna e comportamentos que se afastam de forma acentuada das expectativas da cultura do indivíduo, cujo início ocorre no começo da adolescência ou fase adulta. Além disso, é estável e mal adaptativo, podendo causar um mal-estar subjetivo e prejuízos funcionais significativos para o indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2014; CALDEIRA CL e FRANÇOIA CR, 2017).

Conforme o DSM-V, os transtornos de personalidade se subdividem em três grupos, alinhados conforme suas semelhanças descritivas, sendo o grupo A para os transtornos de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica; o grupo B composto pelo TP antissocial, borderline, histriônica e narcisista; e os pertencentes ao grupo C, que engloba os TP evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva (POLLIS AA, et al., 2019).

Os transtornos de personalidade apresentam curso geralmente crônico e prejuízos consideráveis em todas as áreas da vida do sujeito além de implicarem em padrões disfuncionais na percepção, na relação e no pensamento sobre si mesmo e sobre os outros, e são expressos em âmbitos sociais e interpessoais. Nesse contexto, um transtorno de personalidade que é pouco difundido e cuja detecção é bem dificultada pelo quadro clínico semelhante a outros transtornos de personalidade e pelo desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, é o Transtorno de Personalidade Borderline (MELO HP, et al., 2021).

O TPB tem sido considerado um dos transtornos mais complexos de serem diagnosticados e tratados que se caracteriza por um padrão generalizado envolvendo distúrbios de autoimagem, instabilidade emocional, flutuações de humor, instabilidade e hipersensibilidade perante relações interpessoais e impulsividade (MELO HP, et al., 2021; HONÓRIO LGF, et al., 2021).

Os portadores da TPB manifestações inespecíficas ausência de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação, graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos crônicos e múltiplos. Isso denota uma fragilidade de acerto diagnóstico em crianças e adolescentes que, de doentes psíquicos, não é raro ganharem o título de meliantes ou perversos (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019; RIBEIRO A, et al., 2016).

A taxa de morbidade desta doença é alta. A ocorrência do transtorno borderline de personalidade é de 2% na população, 10% em clínicas ambulatoriais de saúde mental e 20% entre pacientes psiquiátricos que foram internados (MELO HP, et al., 2021). O transtorno acomete mais mulheres, correspondendo a aproximadamente 75% dos casos (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019). Os sintomas geralmente aparecem no final da adolescência e parecem ter pico no início da idade adulta, antes de melhorar com a idade (FINKLER DC, et al., 2017).

Além disso, a condição tem um elevado custo econômico, já que as medicações e o tratamento tem um alto custo. Em torno de 10% das pessoas em tratamento ambulatorial de saúde mental e cerca de 20% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos têm Borderline (FINKLER DC, et al., 2017; ALMEIDA GC, 2019). A prevalência do transtorno pode diminuir nas faixas etárias mais altas (MELO HP, et al., 2021).

Estudos da APA denotam que os indivíduos com TPB possuem gestos ou ameaças suicidas, e comportamentos de automutilação, e que cerca de 75% dos pacientes limítrofes tentam pelo menos uma vez o suicídio ao longo da vida, e que destas tentativas, cerca de 8 a 10% deles obtêm sucesso (APA, 2014). Estes traços de comportamento suicida se relacionam à gravidade da doença e ao diminuído nível socioeconômico, além de instabilidade afetiva e comportamento agressivo, que são características a comportamentos suicidas (LIMA SCA, et al., 2021).

Causas para o desenvolvimento do transtorno

Os gatilhos para o desenvolvimento do TPB não são completamente elucidados, mas há teorias de que a história familiar, mudanças estruturais e funcionais no cérebro, fatores sociais, culturais e ambientais, podem influenciar o risco de um indivíduo desenvolver o transtorno. No entanto, o fato de o risco ser aumentado, não implica, necessariamente, no desenvolvimento do TPB. Da mesma forma, indivíduos que não apresentam tais fatores de risco podem desenvolver a patologia em algum período da vida (LIMA SCA, et al., 2021).

Em comparação com a população geral, o TPB é apresentado mais frequentemente em indivíduos que tenham parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno (LIMA SCA, et al., 2021). Um estudo com gêmeos encontrou taxas de concordância de 35% em gêmeos univitelinos e 7% em bivitelinos, sugerindo forte efeito genético no desenvolvimento do transtorno (PATON C, et al., 2015). A herdabilidade para o TPB é estimada em 40%, porém não houve um gene específico ainda foi identificado como causa da TPB. Há indícios de interações e correlações gene-ambiente no desenvolvimento do TPB, dessa forma, indivíduos com genótipo mais “susceptível” possuem mais risco de desenvolver o transtorno na presença de ambiente predisponente (SIMONI LB, et al., 2018).

Além disso, estudos com neuroimagem demonstraram uma rede de regiões cerebrais disfuncionais que parecem estar relacionadas à sintomatologia do TPB. Há registros de alterações no hipocampo, na amígdala, a qual, além de apresentar diminuição, fica mais ativa devido ao fato de estar associada às emoções negativas, como raiva, medo, tristeza, que são sentimentos comumente apresentados em pacientes com TPB (HONÓRIO LGF, et al., 2021; NUNES FL, et al., 2015).

Além dessas estruturas cerebrais, o córtex pré-frontal responsável pela excitação emocional apresenta-se reduzido, dessa forma, o paciente não consegue regular suas emoções. Pode-se citar, ainda, o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, o qual regula a produção do cortisol, demonstra uma certa hiperatividade, ou seja, em decorrência de uma maior produção de cortisol, o paciente manifesta maior resposta ao estresse (HONÓRIO LGF, et al., 2021; NUNES FL, et al., 2015).

Há diversas causas e fatores de risco que podem influenciar o indivíduo a desenvolver negligência, conflito hostil e perdas de entes da família, a perda de emprego, interrupção dos estudos, abuso físico e sexual (APA, 2014). O trauma na infância é o principal fator ambiental envolvido na gênese da TPB, no qual há evidência da relação entre as adversidades precoces com a expressão do transtorno e sua gravidade. Os principais tipos de traumas infantis são o abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência emocional e física, os quais compreendem juntos entre 30 a 90% dos casos. Mulheres TPB com frequência relatam ambientes familiares na infância altamente patogênicos, além disso, elas configuram 85% dos casos do TPB diagnosticados, fato que não se acredita ser por uma questão de gênero, mas sim social, na qual as mulheres apresentam maiores cuidados com a saúde e são mais vítimas de abuso dentro do seu ambiente domiciliar (HONÓRIO LGF, et al., 2021).

Quadro Clínico

O transtorno da Personalidade Borderline é caracterizado pela impulsividade constantes, oscilações de humor, problemas nos relacionamentos interpessoais e intrapessoais sem estabelecer vínculos de

confiança, falta de controle da raiva, sentimento de não pertencimento a nenhum grupo ou local, muitas vezes até pensamentos suicidas ou ideação suicida, sentimento de vazio e inutilidade, inflexibilidade psicológica (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019; FINKLER DC, et al., 2017).

Em decorrência desse desequilíbrio emocional e comportamental, os pacientes se envolvem em situações perigosas, em relacionamentos abusivos, comportamentos masoquistas, uso e abuso de álcool e drogas (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019). A pessoa desorganiza-se frente a situações que evidenciam o sentimento de perda e abandono, o que a faz procurar constantemente por afeto e não suportar solidão. As relações interpessoais são marcadas por diversos conflitos e fragilidades nos vínculos, demonstrando assim uma não possibilidade de empatia (RIBEIRO A, et al., 2016).

Na interação social, o indivíduo, de forma frequente, se envolve em relações intensas e sem estabilidade, que normalmente terminam em crises sentimentais intensas. Estas crises podem desencadear um comportamento agressivo, no qual além de ameaças constantes, atos de automutilação e autoagressão. As intensas relações são ocasionadas por extrema idealização da pessoa que, logo após, sofrerá uma grande desvalorização. A idealização ocorre por uma forte atração, por um grande sentimento, algo intenso e, após a desvalorização por sentimentos de ódio, repulsa, aversão e antipatia, mesmo que seu companheiro (a) não tenha alterações em seu modo comum de convivência (MELO HP, et al., 2021; HONÓRIO LGF, et al., 2021; SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019).

A tradução literal da palavra *borderline* do inglês para o português significa “limítrofe” e é justamente essa personalidade fronteira que caracteriza o portador de TPB. Esses indivíduos vivem no limite de seus sentimentos e sentem as emoções com mais intensidade que a maioria das pessoas. A emoção vem com maior agilidade, causa maior dor e tem uma duração de tempo maior. Dessa forma, a pessoa com o transtorno reage de maneira mais agressiva e impulsiva. Ataques de fúria, de ansiedade e de choro são frequentes. Por ser um transtorno pouco conhecido, essas ações afetam não somente a pessoa com distúrbio, mas aqueles que estão ao seu redor, acarretando prejuízos para as suas relações consigo e com os demais (FINKLER DC, et al., 2017).

Os indivíduos com esse diagnóstico podem ter um padrão de auto sabotagem quando estão próximos de atingir metas, quando exposto a stress excessivo podem desenvolver sintomas semelhantes a psicose e, sentem-se mais seguros junto a objetos transicionais. Em sua vida social é comum a perda de emprego, interrupção da educação e separação ou divórcio (RIBEIRO A, et al., 2016).

Quanto as características de personalidade a agressividade são comumente observadas nesses pacientes e costuma ser denotada como algo que não pode ser contido, com reações de ódio muito intensas. Outro elemento observável a respeito da agressividade é aquela voltada para o próprio sujeito: risco de suicídio e às ameaças de suicídio (SANTOS GG e NETO GARM, 2018; SENGUTTA M, et al., 2019). Conforme os pacientes desenvolvem o transtorno vivem de maneira intensa expressiva, esses indivíduos portadores de TPB de forma freqüente sofrem de excessiva ansiedade e com crises, o que afeta suas vidas e de todos que estão ao seu redor (CASSIANO AP, et al., 2016).

Os homens com TPB são minoria, mas apresentam maior gravidade do transtorno: maior nível de agressão, comportamento impulsivo, comportamento de autodestruição e hostilidade. Quanto à mudança de humor observa-se uma desregulação emocional e perda de interesse ou prazer nas atividades diárias. As principais alterações neuropsicológicas têm-se: alterações na região da amígdala, nas regiões do córtex, no hipocampo e nos níveis de cortisol o que determina mudanças na atenção e memória (NASCIMENTO RB, et al., 2021).

Diagnóstico

Para diagnóstico de TPB é necessário que o paciente apresente cinco ou mais das seguintes características: padrão de não estabilidade de relacionamento afetivo, interpessoal e autoimagem, grande impulsividade de início no começo da idade adulta e que se apresenta em variados contextos; os indivíduos se esforçam de maneira exagerada para não serem abandonados real ou imaginariamente, pois são sensíveis às circunstâncias ambientais e temem abandono (MATIOLI MR, et al., 2018; ALMEIDA GC, 2019).

Além disso, apresentam raiva com alta intensidade ou dificuldade em controlá-la, mesmo em separações reais por tempos limitados; padrão de relacionamento interpessoal instável e intenso, variando da idealização à desvalorização; distúrbio de identidade que se caracteriza por autoimagem ou sentimento de self acentuado e instável de forma persistente; impulsividade em ao menos duas das seguintes áreas, por exemplo, gastos financeiros, abuso de substâncias, sexo não seguro, direção perigosa e comer de forma compulsiva; comportamentos suicidas ou de auto agressão; não estabilidade afetiva causada pela reatividade do humor; sentimento crônico de vazio e; ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou à sintomas graves de dissociação (MATIOLI MR, et al., 2018; ALMEIDA GC, 2019).

O diagnóstico classifica a TPB em dois subtipos: o tipo impulsivo que se caracteriza pela presença de instabilidade emocional e descontrole de impulsos e o tipo borderline composto por distúrbios da autoimagem, perturbações de escolhas internas como a sexualidade, relações ou paixões intensas e instáveis e comportamentos auto agressivos. No geral, o TPB se correlaciona com comorbidades como transtornos de humor, transtornos de ansiedade e ainda uso de substâncias psicoativas (REINECKE G, et al., 2020; AGNOL ECD, et al., 2019; SIMONI LB, et al., 2018).

Pode-se apontar algumas características que podem auxiliar na diferenciação do TPB de outros tipos de transtornos, como: em relação à esquizofrenia, o transtorno tem oscilação de episódios psicóticos de curta duração e imprevisível; em referência ao transtorno de personalidade esquizotípica, não há ideias estranhas e ideias recorrentes de referência; e em relação aos indivíduos paranoides ou narcisista há ausência da desconfiança extrema, impulsividade e preocupações com abandono (SOUZA SSC e CORRÊA AS, 2019; REZENDE LT, 2017).

Depressão e borderline

O transtorno de personalidade borderline é um comportamento de tensão, raiva, irritabilidade, “depressão excitada” ou “depressão durante a mania”, marcado por sintomas depressivos relacionados à agitação psicomotora. A depressão “vazia” de pacientes com TPB consiste em um sentimento de solidão, vazio e desespero, no que conerne às pessoas pelas quais são apegados, associados a uma afetividade lábil, e centraliza-se em preocupações de rejeição e abandono (SIMONI LB, et al., 2018).

Tratamento

A psicoterapia consiste no principal tratamento para pessoas com TPB. Nesse caso, alguns procedimentos psicoterápicos são essenciais para a intervir nas crises de desespero e ansiedade. A terapia baseada no tratamento psicológico auxilia o paciente com TPB a se entender e se encontrar dentro de uma perspectiva psicodinâmica. Além disso, ajuda esses indivíduos no enfrentamento de seus conflitos e dilemas emocionais e no campo comportamental visando ações mais equilibradas, frente a um distúrbio que ocasiona grandes instabilidades, comorbidades e além de recaídas constantes (LOPEZ ACP e FERRAZ RCSN, 2021; CASTRO FCA, et al., 2020).

Diferentes classes de fármacos psicoativos, tais quais antipsicóticos, estabilizadores de humor, antidepressivos além da suplementação dietética são utilizadas no tratamento de pacientes com TPB. Estabilizadores do humor (topiramato, valproato e lamotrigina), antipsicóticos de segunda geração (olanzapina e aripiprazol) e ácidos graxos ômega-3 são úteis no tratamento de sintomas afetivos e do descontrole impulsivo-comportamental dos portadores do transtorno. Quanto aos antidepressivos, há discreta evidência de que os ISRSs (inibidor seletivo de recaptção de serotonina) possam ter algum papel na diminuição da gravidade de sintomas de humor e ansiosos, principalmente em indivíduos com um transtorno afetivo concomitante. No entanto o real efeito dos antidepressivos nos comportamentos impulsivos ainda não está completamente elucidado (SHIOZAWA P, 2020).

Em estudos realizados o divalproato de sódio demonstrou efeito significativo para dificuldades de relacionamento interpessoal, raiva e sintomas de depressão. A lamotrigina mostrou efeito para raiva e impulsividade. Da mesma forma, o topiramato apresentou efeito significativo para impulsividade, ansiedade e na avaliação global desses pacientes (SENGUTTA M, et al., 2019).

Um estudo realizado por 12 semanas com doses diárias de 60 mg do antidepressivo Duloxetina para um grupo de 18 pacientes ambulatoriais diagnosticados com TPB demonstrou melhora significativa para sintomas como impulsividade, explosões de raiva e instabilidade afetiva sendo uma estratégia segura e bem tolerada, com apenas leves efeitos colaterais relatados, como dor de cabeça e náusea (SHIOZAWA P, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TPB é um transtorno comum na sociedade, porém pouco difundido que se caracteriza por uma instabilidade difusa nas relações interpessoais, na autoimagem e nas relações afetivas, com acentuada impulsividade em diferentes contextos, o que acarreta em dificuldades no convívio como agressividade e relações intensas na qual há uma supervalorização da parceira(o) e que terminam em uma superdesvalorização. Nesse contexto, é essencial a difusão de informações acerca da doença a fim de propiciar um maior número de diagnósticos e, assim, com o diagnóstico e correto tratamento multiprofissional melhorar o convívio em sociedade do portador.

REFERÊNCIAS

1. AGNOL ECD, et al. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtorno de personalidade borderline na perspectiva freireana. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019; 40: e20180084.
2. ALMEIDA GC. As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Revista Ciência (In) Cena*, 2019; 1(8): 17- 32.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014; 992p.
4. BAYES A, PARKER G. Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry research*, 2017; 257: 197–202.
5. CALDEIRA CL, FRANÇOIA CR. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e os critérios do Transtorno de Personalidade Borderline. *PsicolArgum*, 2017; 35(90): 1- 15.
6. CASSIANO AP, et al. Percepção dos enfermeiros frente ao atendimento a portadores de transtorno de borderline. *Nursing*, 2016; 19(220): 1381-1385.
7. CASTRO FCA, et al. O uso de métodos empíricos para formulação de caso: a contribuição do CCRT na avaliação de uma paciente borderline. *Rev. bras. psicoter.*, 2020; 22(3): 63-79
8. FINKLER DC, et al. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2017; 19(3): 274-292.
9. HONÓRIO LGF, et al. Teorias Etiológicas do Transtorno de Personalidade Borderline: da neurobiologia à epigenética. *Research, Society and Development*, 2021; 10(3): e0610312929.
10. 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.
11. LOPEZ ACP, FERRAZ RGSN. Transtorno de personalidade borderline: narrativa de uma vivência acadêmica no ensino superior. *Revista de Estudos em Educação e Diversidade*, 2021; 2(5): 1-20.
12. MATIOLI MR, et al. O tratamento do transtorno de personalidade borderline em diferentes perspectivas. *Cad. de Pesq. Interdisc. em Psicologia: Fund. teóricos, históricos e epistemológicos do pensamento psicológico*, 2018; 2: 72-87.
13. MELO HP, et al. Caracterização do transtorno de personalidade Borderline: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 2021; 10(3): e52510312619.
14. NASCIMENTO RB, et al. Transtorno de personalidade borderline em homens: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 2021; 10(3): 541-558.
15. NUNES FL, et al. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Rev. Bras. Ter. Cogn*, 2015; 11(2): 68-76.
16. REINECKE G, et al. Transtorno de personalidade borderline e o manejo qualificado da assistência de enfermagem. *Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE)*, 2020; 23(1): 1-6.
17. REZENDE 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): 512.
18. PATON C, et al. The Use of Psychotropic Medication in Patients With Emotionally Unstable Personality Disorder Under the Care of UK Mental Health Services. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2015: 512–518.
19. 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.
20. 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.
21. SANTOS GG, NETO GARM. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline, 2018; 29(2): 285-293.
22. SENGUTTA M, et al. The mediating role of borderline personality features in the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in a sample of help-seeking non-psychotic adolescents and young adults. *Elsevier*, 2019; 56: 54-90.
23. SILVA NF, BEZERRA EM. Terapia cognitivo-comportamental dialética no tratamento do transtorno da personalidade borderline. *HumanÆ. Questões controversas do mundo contemporâneo*, 2021; 15(1): 1-20.
24. SHIOZAWA P. Transtorno de personalidade borderline: a duloxetina é uma estratégia eficaz e tolerável? *Med Int Méx*, 2020; 36(1):1-2.
25. SIMONI LB, et al. Intervenções do Terapeuta Psicanalítico no Processo Psicoterapêutico de uma Paciente com Transtorno de Personalidade Borderline. *Trends in Psychology*, 2018; 26(3): 1499-1512.
26. SOUZA SSC, CORRÊA AS. Da Terapia cognitiva comportamental à terapia de esquemas para o transtorno da personalidade borderline. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 2019; 20(2): 439-446.