

Transtorno de personalidade Borderline: apresentações clínicas e tratamentos

Borderline personality disorder: clinical presentations and treatments

DOI:10.34119/bjhrv5n2-104

Recebimento dos originais: 15/02/2022

Aceitação para publicação: 25/03/2022

Milena da Costa Araujo Pereira de Andrade

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Iguazu - UNIG

Endereço: Avenida Abílio Augusto Távora, 2134, Luz - Nova Iguazu - RJ,

CEP:26260-045

E-mail: milenaandrade2410@gmail.com

Felipe de Assis Pereira Gonzalez

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Lavras - UFLA

Endereço: Avenida Bueno da Fonseca, 543, Aqueanta Sol - Lavras, MG, CEP:37200-900

E-mail: gonzalezdeassisfelipe@gmail.com

Giovanna Gabrieli Aparecida Sousa Fazzolari

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Santo Amaro

Endereço: Rua Isabel Schmidt, 349, Santo Amaro - São Paulo - SP, CEP: 04743-030

E-mail: giovannagfazzolari@icloud.com

Isabela Carvalho Simões Coelho

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte - UNIBH

Endereço: Avenida Professor Mário Werneck, 1685, Buritis - Belo Horizonte, MG

CEP: 30575-180

E-mail: isa.csc@gmail.com

Lara Pimentel de Oliveira Netto

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro universitário UNIFAMINAS

Endereço: Avenida Cristiano Ferreira Varela, 655 - Muriaé, MG, CEP: 36880-000

E-mail: laranetto2907@gmail.com

Larissa Gonçalves Araujo

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Lavras - UFLA

Endereço: Avenida Bueno da Fonseca, 543, Aqueanta Sol - Lavras, MG, CEP:37200-900

E-mail: a.goncalveslarissa@gmail.com

Stéfany Vasconcelos Santos

Graduanda em Medicina

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Emescam

Endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luíza – Vitória, ES

CEP: 29045-402

E-mail: stefanyvs25@gmail.com

Gustavo Fonseca Genelhu Soares

Médico e professor titular do Centro Universitário de Caratinga - UNEC

Endereço: Rua Niterói, s/n, bairro Nossa Senhora das Graças - Caratinga, MG

CEP:35300-345

E-mail: gufmed@hotmail.com

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar, através de uma revisão narrativa de literatura, o comportamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) através da identificação de suas características clínicas, curso e principais intervenções terapêuticas disponíveis atualmente. Indivíduos com TPB costumam apresentar oscilações do humor e impulsividade, além de uma ampla gama de transtornos associados e sintomas transitórios. Os estudos analisados evidenciaram que a presença de TPB é mais prevalente no sexo feminino e corresponde a 20% das internações psiquiátricas. Foi observado a presença de disfunções neuroendócrinas, elevações exacerbadas nos níveis de cortisol e distúrbio neurobiológico da função executiva. A terapêutica deve ser individualizada, uma vez que as manifestações dos pacientes com TPB podem variar bastante. A primeira linha de tratamento é baseada na psicoterapia, entretanto, o acréscimo da farmacoterapia à terapêutica pode gerar resultados mais satisfatórios ao tratamento. Por fim, reforça-se a necessidade de mais investigações científicas acerca do tema, dada a importância e complexidade desse problema de saúde pública, de forma a melhorar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa patologia.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, transtorno da personalidade limítrofe, transtorno da personalidade esquizotípica.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze, through a narrative literature review, the behavior of Borderline Personality Disorder (BPD) through the identification of its clinical characteristics, course and main therapeutic interventions currently available. Individuals with BPD often experience mood swings and impulsivity, in addition to a wide range of associated disorders and transient symptoms. The analyzed studies showed that the presence of BPD is more prevalent in females and corresponds to 20% of psychiatric hospitalizations. The presence of neuroendocrine dysfunctions, exacerbated elevations in cortisol levels and neurobiological disturbance of executive function were observed. Therapy should be individualized, since the manifestations of patients with BPD can vary greatly. The first line of treatment is based on psychotherapy, however, the addition of pharmacotherapy to therapy can generate more satisfactory results to the treatment. Finally, it reinforces need for more scientific investigations on the subject, given the importance and complexity of this public health problem, in order to improve the quality of life of patients affected by this pathology.

Keywords: borderline personality disorder, boundary personality disorder, schizotypal personality disorder.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é compreendido como uma desordem multifuncional de personalidade que engloba ampla variedade de sintomas, como o descontrole emocional, a impulsividade, atos de auto sabotagem, hipersensibilidade à rejeição, relações interpessoais problemáticas e tendências suicidas, com parcela significativa dos casos demandando de intervenções psiquiátricas (CHAPMAN; JAMIL; FLEISHER, 2021).

Esse transtorno pode ser precedido ou desenvolver-se em conjunto com quadros de internalização como depressão e ansiedade ou com sintomas de externalização como hiperatividade, problemas de conduta, ou ainda com ambas as modalidades presentes (VIDELER et al., 2019). De acordo com a *American Psychiatric Association - APA* (2014), o diagnóstico é exclusivamente clínico e a presença desse padrão, de instabilidade das relações e de impulsividade acentuada, em diversos contextos, constituem os critérios diagnósticos.

Acredita-se que o TPB seja resultante do desenvolvimento anormal das funções neurocognitivas, o que está associado a uma complexa interação entre fatores genéticos e fatores ambientais advindos desde a infância combinados com uma disfunção neurobiológica. Como resultado, foram constatadas disfunções na área límbica e na área pré-frontal do córtex cerebral, o que acaba por modificar circuitos cerebrais relacionados com o controle emocional, cognitivo, impulsivo, dentre outros (GUNDERSON et al, 2018).

Epidemiologicamente, o TPB apresenta-se como um dos transtornos de personalidade mais comuns e é majoritariamente diagnosticado no sexo feminino, correspondendo a aproximadamente 75% dos casos (APA, 2014). Frente a esse contexto epidemiológico associado a outros fatores, ressalta-se a intrínseca vinculação desse transtorno com comportamentos suicidas e autolesivos, no qual cerca de 60 a 80% dos pacientes praticam tentativas de autoextermínio, em torno de 10% são vítimas do suicídio consumado e por volta de 90% exercem autolesão em algum momento da vida (DOERING, 2019).

Por muito tempo acreditava-se que o TPB não era passível de tratamento, visto que o estabelecimento de critérios diagnósticos próprios é consideravelmente complexo. Diferentemente de outros transtornos de personalidade, as manifestações dos pacientes com TPB podem variar bastante, tendo-se em vista seu amplo espectro de sintomas. Com isso, um paciente Borderline com distúrbios de humor não pode ser tratado da mesma maneira que um indivíduo com impulsividade comportamental e tendências suicidas. Tais aspectos ressaltam a complexidade inerente ao tratamento desse transtorno, seja ela via psicoterapia ou via administração de fármacos, o que se reflete na amplitude de discussões na literatura científica acerca deste tópico (STONE, 2019).

A primeira linha de tratamento para o TPB é a psicoterapia (ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020). Entretanto, o acréscimo da farmacoterapia à terapêutica produz resultados ainda mais satisfatórios ao tratamento (SADOCK B.; SADOCK V.; RUIZ, 2017).

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo consistiu em descrever o comportamento do Transtorno de Personalidade Borderline através da identificação de suas características clínicas e a descrição de seus principais tratamentos vigentes, enfatizando suas indicações farmacológicas e psicoterápicas, por meio da análise de atuais produções científicas acerca do tema e de tais perspectivas estabelecidas.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O TPB trata-se uma doença de alta complexidade em âmbitos psicopatológicos e, conseqüentemente, em definição, diagnóstico e tratamento pela grande diversidade de características clínicas, fisiológicas, cognitivas e comportamentais que compõem esse distúrbio. Geralmente é identificado na adolescência e início da idade adulta, reconhecido por distúrbios comportamentais e cognitivos que afetam vários segmentos da vida cotidiana dos pacientes (ZAGARRA-VALDIVIA; CHINO VILCA, 2019).

O TPB tem sua prevalência na população mundial estimada em 1,6%, podendo alcançar até 5,9%. Sendo essa prevalência de 6% em contextos de atenção primária, 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e 20% em internações psiquiátricas (APA, 2014). Além disso, é um transtorno três vezes mais prevalente em mulheres do que em homens, sendo que as mulheres mais afetadas possuem comorbidades, como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) e Transtornos alimentares, e homens, por abuso de substância (APA, 2013).

Os estudos epidemiológicos ainda possuem limitações para avaliar o início do TPB em diferentes idades. Entretanto, teorias clínicas e investigações empíricas associam experiências como: separação traumática na infância e negligência maternal ao medo de abandono, abuso físico e sexual a instabilidades afetivas, auto perceptivas e interpessoais. Essas experiências são concebidas como fatores patogênicos do início precoce do TPB. O nível socioeconômico reduzido também parece influenciar no aumento da prevalência deste transtorno (GESELOWITZ; WHALEN; TILLMAN, 2021; TOMKO et al., 2013).

A fisiopatologia do TPB relaciona-se com modificações neurobiológicas de diversas áreas cerebrais como resultado da interação entre a genética e fatores biológicos, além do meio externo e fatores ambientais. Verifica-se, ainda, alterações estruturais e funcionais cerebrais nas regiões parietais, temporais e, principalmente, no córtex pré-frontal (GUNDERSON; WEINBERG; CHOI-KAIN, 2013). Essas disfunções neurobiológicas causam, a partir de

conexões neuronais anormais, alterações cognitivas e executivas por meio da ação de hormônios e neuropeptídeos (GUNDERSON et al., 2018).

São observadas, também, alterações neuroendócrinas que levam a distúrbios psicossomáticos e somáticos (DOERING, 2019). A elevação exagerada do cortisol a partir do estresse psicossocial a que esses pacientes são expostos, evidencia um prejuízo fisiológico no controle do estresse. Além disso, o sistema neuropeptídico, através dos opioides e oxitocinas, também afeta o processamento do estresse (GUNDERSON; WEINBERG; CHOI-KAIN, 2013).

Constata-se, ainda, que há uma resposta neuronal anormal entre o córtex pré-frontal, região determinante na regulação emocional, e os córtices de associação visual, que ocasiona uma maior sensibilidade a estímulos emocionais nesses pacientes (DE LA PEÑA-ARTEAGA et al., 2021). Além disso, exames de neuroimagem de pacientes com TPB apontam uma elevada atividade da amígdala e baixas atividades pré-frontais dorsolaterais, evidenciando a desregulação emocional desses indivíduos (KRAUSE-UTZ et al., 2014; SCHULZE; SCHMAHL; NIEDTFELD, 2016).

A extrema sentimentalidade e emotividade dos pacientes acometidos pelo transtorno interferem na capacidade destes de reconhecerem e interpretarem intenções, sentimentos e emoções próprias e de outras pessoas. Ademais, pela interpretação incorreta do estado mental e emocional, essa sensibilidade alterada elucida a ocorrência de estados dissociativos e sintomas psicóticos em pacientes com TPB. Assim, o grau de comprometimento do sistema neurocognitivo de cada indivíduo determinará o padrão de funcionamento comportamental, clínico e geral desses pacientes (ZAGARRA-VALDIVIA; CHINO VILCA, 2019; KAPLAN et al., 2020).

A capacidade de tomada de decisões, outra função cognitiva, também se encontra afetada. Estudos apontaram que pacientes com TPB têm dificuldade em avaliar consequências e tendem a tomar decisões desvantajosas e impulsivas. Esse fato pode ser explicado pelo distúrbio neurobiológico da função executiva, onde enquadra-se a aptidão da memória, atenção e do planejamento (ZAGARRA-VALDIVIA; CHINO VILCA, 2019).

Devido à grande variação e oscilação dos processos cognitivos, o TPB apresenta alta heterogeneidade clínica e comportamental dos pacientes e é imprescindível que o profissional de saúde saiba reconhecer a psicopatologia de cada paciente para direcionar as condutas terapêuticas e prognosticar o curso da doença (GUNDERSON; WEINBERG; CHOI-KAIN, 2013; GUNDERSON et al., 2018; KAPLAN et al., 2020).

Além da manifestação padrão do TPB, também foram identificados traços psicóticos nesses indivíduos, como delírios e alucinações. Além disso, tais manifestações, em sua grande maioria, são intermitentes ou persistentes. Aqueles que apresentam alucinações persistentes, geralmente, têm maior gravidade desses sintomas psicóticos e das doenças mentais concomitantes. Dito isso, a avaliação da presença de alucinações e delírios no TPB deve ser considerada para o posterior tratamento do transtorno e desses fenômenos (NIEMANTSVERDIET et al., 2022).

Por ser frequentemente acompanhado por outros transtornos mentais, a procura por ajuda profissional, e o consequente diagnóstico do TPB, normalmente é ocasionada pelos distúrbios concomitantes, por exemplo, episódios depressivos, crises pessoais, comportamentos autodestrutivos, estresse pós-traumáticos e transtornos por uso de substâncias (GUNDERSON et al., 2018; KAPLAN et al., 2020).

A ideiação suicida tem um importante papel no rastreamento desse transtorno. Apesar de não ser preditor específico do TPB, esse fenômeno é um importante fator que leva os pacientes a procurarem apoio profissional. A intenção de autoextermínio tem se mostrado mais comum nas faixas etárias mais baixas, jovens e adultos jovens, e tendem a diminuir conforme o avanço da idade. Além disso, a sensação de vazio emocional também foi identificada como um fator predisponente de tentativas de suicídio nesse grupo de indivíduos (REICHL; KAESS, 2020; GRILO; UDO, 2021). As hospitalizações psiquiátricas nos pacientes com TPB, portanto, são frequentemente associadas à tentativa e ou consumação do suicídio, sintomas psicóticos e distúrbios alimentares, como anorexia, e não com sintomas genuinamente depressivos (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013).

Na clínica psiquiátrica existem poucos sintomas patognomônicos, uma vez que a maioria deles são comuns a vários transtornos psiquiátricos (BRUNONI, 2017). Entretanto, é possível que um paciente preencha critérios de um ou mais de um transtorno da personalidade. Nesse caso, todos os transtornos podem ser diagnosticados. Portanto, alguns diagnósticos diferenciais do TPB são: transtornos depressivo e bipolar, outros transtornos da personalidade (histriônica, narcisista, esquizotípica, antissocial, paranoide, dependente), transtorno por uso de substância, problemas de identidade, alteração da personalidade secundária a outra condição médica. Vale ressaltar que, quando a mudança de personalidade do paciente não é explicada por outra patologia, ou seja, não é explicada por outra condição médica, o diagnóstico de TPB também é feito e o tratamento iniciado (APA, 2014).

A análise cuidadosa do perfil comportamental e clínico do paciente pode indicar a evolução do TPB e as intervenções que serão fundamentais para a qualidade de vida do

paciente. Assim como os sintomas desse transtorno, o curso da doença é instável, apresentando períodos de crises e agudização das manifestações, com durações variáveis, e fases amenas da doença. Essas transições normalmente são marcadas por um aumento dos níveis de estresse ou por experiências impactantes, como traumas (ZAGARRA-VALDIVIA; CHINO VILCA, 2019).

A *American Psychiatric Association* (APA) propõe, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os critérios para facilitar e aumentar a assertividade no estabelecimento dos diagnósticos. Esse manual não oferece de forma completa as patologias, mas contém uma descrição detalhada das apresentações clínicas, o que torna o diagnóstico mais preciso e o tratamento mais direcionado. Os critérios diagnósticos do TPB são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios diagnósticos do TPB

Um padrão heterogêneo de inconstância das relações interpessoais, de como enxerga a si mesmo, dos afetos, e acentuada impulsividade, que se desenvolve no início da vida adulta, e mostra-se presente em muitos contextos. Deve-se enquadrar em cinco ou mais dos seguintes tópicos:

1. Esforços desmedidos para evitar abandono imaginado ou real (Não incluir comportamentos suicidas ou lesões autoprovocadas).
2. Padrão instável e intenso nas interações interpessoais marcado pela oscilação entre idealização e desvalorização.
3. Distúrbio da identidade, caracterizado pela inconstância acentuada e incessante da autoimagem ou da percepção do Eu.
4. Precipitação em pelo menos duas áreas com grande potencial autodestrutivo, por exemplo, gastos, sexo, uso excessivo de substância, direção imprudente, distúrbios alimentares (Não incluir comportamentos suicidas ou lesão autoprovocada).
5. Repetição comportamental, gestual ou ameaças suicidas ou de atitudes automutilantes.
6. Inconstância afetiva em razão de acentuada responsividade de humor, como disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e, raramente, de alguns dias.
7. Sentimentos permanentes de vazio.
8. Raiva intensa e desproporcional ou dificuldade em controlá-la, como em irritação frequente, raiva constante e violência física recorrente.
9. Ideação paranoide transitória relacionada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: adaptado de Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA (2014).

Ainda de acordo com o DSM-5, a classificação dos transtornos da personalidade em grupos é baseada em características comportamentais e são úteis em algumas pesquisas e situações educacionais. Os transtornos de personalidade estão agrupados em conjuntos de sintomas (A, B e C). O TPB é categorizado no Grupo B, englobando sintomas como: impulsividade, abuso, agressividade, egocentrismo, automutilação, drama, manipulação, medo de abandono e outros (APA, 2014).

2.1 MANEJO DO TPB

A psicoterapia é considerada a primeira linha de tratamento. Entretanto, a utilização de drogas psicotrópicas, como antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor atuam de forma adjuvante e, se tornam um desafio médico no tratamento de transtorno de personalidade por se tratar de sintomas heterogêneos, flutuantes e muitas vezes o paciente possuir outra comorbidade (TIMAUS et al., 2019).

Há diversos tipos de psicoterapia que, apesar de compartilharem elementos em comum, possuem diferentes focos em suas abordagens. Entre as mais comumente utilizadas como tratamento de primeira linha estão a terapia comportamental dialética (DBT), terapia baseada em mentalização, terapia focada na transferência e terapia cognitivo-comportamental (TCC) (CRISTEA, 2017).

A terapia comportamental dialética (TCD) ou *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) utiliza como base a terapia cognitiva comportamental (TCC) e possui maior enfoque em comportamento suicida/perigoso e comportamento que interfere no tratamento e na qualidade de vida, reações essas que são características destacantes nos indivíduos com TPB. Essa psicoterapia pode ser realizada de forma individual semanal com um terapeuta especializado em TCD e, também, em reuniões em grupo para treinamento de habilidades emocionais e sociais, o que é um diferencial nesse tipo de terapia (SKODOL, 2021).

A terapia baseada em mentalização e a terapia focada na transferência têm maior ênfase nos relacionamentos e no entendimento do significado das relações interpessoais. A primeira ensina os pacientes a mentalizar seus pensamentos e sentimentos para que consigam ter diferentes perspectivas e com elas se compreender e compreender os outros também. E a segunda, tem um papel importante para pacientes com transtorno de personalidade limítrofe, já que durante o confronto na psicoterapia o terapeuta faz com que o paciente interprete suas emoções e reações e diante dessa transferência entre os dois, o paciente consiga perceber e corrigir suas visões distorcidas das pessoas e dos acontecimentos (SKODOL, 2021).

Por fim, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) auxilia o paciente a identificar os pensamentos e emoções que surgem de forma espontânea para ter a capacidade de melhor reagir a eles e, assim, conseguir modular seu comportamento. Além disso, outro aspecto importante é a modificação de crenças disfuncionais em crenças fortalecedoras em relação ao próprio paciente e às demais pessoas (MARQUES; BARROCAS; RIJO, 2017).

O tratamento farmacológico do paciente com transtorno de personalidade limítrofe, por sua vez, é baseado no risco-benefício, ou seja, é preciso avaliar a eficácia do medicamento, os efeitos adversos e o grau de comprometimento do paciente com o tratamento. Outra dificuldade

encontrada no tratamento farmacológico é que pacientes com TPB, em geral, têm menor resposta à medicação em relação a pacientes com transtornos de humor, ansiedade ou transtornos psicóticos (NELSON, 2021).

A farmacoterapia quando direcionada a domínios de sintomas específicos compartilhados por transtornos de personalidade, de forma geral, mostrou-se mais efetiva se comparado ao direcionamento do tratamento a determinado transtorno de personalidade. Nesse sentido, os domínios de sintomas dos transtornos de personalidade podem ser divididos em sintomas cognitivo-perceptivos, descontrole impulsivo-comportamental e desregulação afetiva (INGENHOVEN, 2010).

Nos distúrbios cognitivo-perceptivos como alucinações e ideação paranóide geralmente, usa-se baixa dose de antipsicóticos, como aripiprazol, risperidona e quetiapina, para tratar forma grave de distúrbio de personalidade (NELSON, 2021). Ingenhoven et al. (2010), em metanálise que avaliou ensaios clínicos controlados por placebo, concluíram que para o tratamento dos sintomas descritos anteriormente, as drogas antipsicóticas de baixa dose foram mais eficazes em comparação aos estabilizadores de humor e antidepressivos.

No descontrole impulsivo-comportamental normalmente é prescrito uso de estabilizadores de humor, como lítio e lamotrigina para tratar comportamentos como automutilação e conflito interpessoal. O ômega-3 tem sido adicionado como adjuvante a um estabilizador de humor devido a suas ações benignas para pacientes com automutilação recorrente (NELSON, 2021). Em uma recente metanálise, Karaszewska, Ingenhoven e Mocking (2021) encontraram evidências de benefício clínico no uso de ácidos graxos ômega-3 marinhos para tratamento de domínios de impulsividade e sintomas afetivos.

Na desregulação afetiva, em que pode haver humor deprimido, labilidade emocional, ansiedade e raiva, geralmente, para o tratamento do transtorno de personalidade faz-se uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor de baixa dose para o tratamento. Ressalta-se que estudos com os antidepressivos como tranilcipromina, amitriptilina, desipramina, fenelzina, fluoxetina e fluvoxamina não encontraram nenhum efeito para humor deprimido, porém encontrou-se pequeno efeito na ansiedade e na raiva (NELSON, 2021). No entanto, cabe ao médico psiquiatra fazer a avaliação de cada caso e, assim, definir a melhor conduta.

2.2 NÍVEL DE CUIDADO PARA TPB

A determinação do nível de cuidado demandado para um paciente com TPB é uma importante questão para todos os profissionais envolvidos com saúde mental. É necessário promover uma estrutura capaz de manter o paciente seguro, controlando crises e ao mesmo

tempo com exposição suficiente para que este permaneça exposto e engajado em situações que permitam a evolução dos alvos de tratamento (GUNDERSON et al., 2008).

O quadro 2 apresenta uma orientação para determinação entre o nível de cuidado com base na necessidade de vigilância, tempo de tratamento e objetivos clínicos. Deve ser executado de forma multidisciplinar com o médico psiquiatra, psicólogo e outros profissionais da saúde envolvidos na execução do tratamento. Gunderson et al. (2008) sugerem que os pacientes se movimentem sequencialmente entre os níveis de cuidado, e afirma que todos os níveis oferecem benefícios quando estabelecidos de forma condizente às necessidades individuais.

Quadro 2: Níveis de Cuidado Para Pacientes Com Transtorno de Personalidade Borderline

Nível de Cuidado	Tipo de Cuidado	Meta	Tempo	Objetivos Clínicos
I	Ambulatorial < 4horas(h)/semana	Possibilitar crescimento interpessoal	O quanto for necessário	Melhorar habilidades sociais gerais, melhorar relações psicossociais.
II	Ambulatorial Intensivo 4-10h/semana	Possibilitar mudança comportamental	3 - 12 meses	Aumentar nível de socialização, controle de impulsos.
III	Residencial ou semi-hospitalar 10-20h/semana	Possibilitar níveis básicos de socialização	1 - 6 semanas	Melhorar habilidades sociais do dia a dia , controle de impulsividade, melhorar relações sociais
IV	Hospitalar 24h/dia; 7dias/semana	Possibilitar todo tratamento necessário	1 - 2 semanas	Segurança, controle de crises e planejamento do tratamento.

Fonte: Adaptado de Gunderson et al. (2008).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos achados da literatura, buscou-se elucidar as características do TPB no que tange às manifestações neuropsicológicas associadas a essa patologia e estabelecimento de um raciocínio clínico adequado. Para tanto, faz-se necessária uma análise criteriosa visando a individualização das estratégias de tratamento, avaliando o estilo cognitivo e sobreposições sintomáticas, evitando o super ou subdiagnóstico. Deve-se considerar, ainda, que se trata de uma patologia de curso variável, com sintomas transitórios que podem dificultar o correto diagnóstico e intervenções psicoterapêuticas. Dessa forma, há necessidade de mais investigações científicas acerca do tema, de forma a otimizar e diversificar as propostas terapêuticas para essa alteração psiquiátrica, dada a importância e complexidade desse problema de saúde pública, melhorando a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa patologia.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, A.; PORTELLA, M.; DIAS, L. Psicoterapia para pacientes borderline, engajamento e prognóstico: a perspectiva de psiquiatras e psicólogos. **Revista Perspectiva em Psicologia**, v.24, n.2: p.1-24, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRUNONI, A. R. Beyond the DSM: trends in psychiatry diagnoses. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.44, n.6: p.154-158, 2017.
- CRISTEA, I. A. et al. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v.74, n.4: p.319-328, 2017.
- CHAPMAN, J; JAMIL, R.T; FLEISHER, C. **Borderline Personality Disorder**. StatPearls. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883>. Acesso em: 9 de fev. 2022.
- DE LA PEÑA-ARTEAGA, V. et al. An fMRI study of cognitive reappraisal in major depressive disorder and borderline personality disorder. **European Psychiatry**, v.64, n.1, 2021.
- DOERING, Stephan. Borderline personality disorder in patients with medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. **Psychosomatic medicine**, v. 81, n. 7: p. 584-594, 2019.
- GESELOWITZ, B.; WHALEN, D. J.; TILLMAN, R. et al. Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 60: p.612, 2021.
- GRILO, C. M.; UDO, T. Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts among US adults. **JAMA**, v. 4, n. 5: p. e219389-e219389, 2021.
- GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.31, n.2: p.213-222, 2013.
- GUNDERSON, J. G. et al. Borderline personality disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 4, n. 1: p.1-20, 2018.
- GUNDERSON, J. G.; WEINBERG, I.; CHOI-KAIN, L. Borderline personality disorder. **Focus**, v. 11, n. 2: p. 129-145, 2013.
- GUNDERSON, J. G. et al. Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide Second Edition. Chapter 5: p: 113-137, 2008.
- INGENHOVEN, T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.71, n.1, 2010.
- KAPLAN, B. et al. The association between neurocognitive functioning and clinical features of borderline personality disorder. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.42, n.5: p. 503-509, 2020.

KARASZEWSKA, D. M; INGENHOVEM, T.; MOCKING, R. J. M. Tarine Omega-3 Fatty Acid Supplementation for Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. **Journal of Clinical Psychiatry**. v.82, n.3, 2021.

KRAUSE-UTZ, A. et al. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. **Current psychiatry reports**, v16, n3: p. 1-13, 2014.

MARQUES, S.; BARROCAS, D.; RIJO, D. Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**. v.30, n.4: p.307-319, 2017.

NELSON, K. J. **Pharmacotherapy for personality disorders**. Uptodate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-personality-disorders?search=borderline%20tratamento&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3962975522>. Acesso em:18 de fev. 2022.

NIEMANTSVERDRIET, M. B. et al. Characteristics and stability of hallucinations and delusions in patients with borderline personality disorder. **Comprehensive psychiatry**, v. 113: p. 152290, 2022.

REICHL, C.; KAESS, M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. **Current opinion in psychology**, v. 37: p. 139-144, 2021.

SADOCK, B; SADOCK, V; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: ARTMED, 2017. 1490p.

SCHULZE, L.; SCHMAHL, C.; NIEDTFELD, I. Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. **Biological psychiatry**, v 79, n. 2: p. 97–106, 2016.

SKODOL, A. **Psychotherapy for borderline personality disorder**. Uptodate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-borderline-personality-disorder?search=DBT&source=search_result&selectedTitle=1~33&usage_type=default&display_rank=1#H1051571019>. Acesso em: 16 de fev. 2022.

STONE, M. H. Borderline personality disorder: clinical guidelines for treatment. **Psychodynamic Psychiatry**, v 47, n 1: p. 5-26, 2019.

TIMÃUS, C. et al. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. **BMC Psychiatry**. v.19, n.393, 2019.

TOMKO, R. L. et al. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. **Journal of Personality Disorders**. v.28, n.5: p.734-750, 2014.

VIDELER, A. C. et al. A Life span perspective on borderline disorder. **Current Psychiatry Reports**. v 21, n 51: p.1-8, 2019.

ZEGARRA-VALDIVIA, J. A.; CHINO VILCA, B. N. Social cognition and executive function in borderline personality disorder: evidence of altered cognitive processes. **Salud Mental**. v.42, n.1: p. 33-42, 2019.