

ARTIGO

**TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E SUA RELAÇÃO COM A
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA
DEPENDENCIA QUÍMICA**

**BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND ITS RELATIONSHIP WITH
CHEMICAL DEPENDENCE**

Luã Almeida Gomes Pereira¹

RESUMO:

Este artigo tem a finalidade de nortear pesquisadores e profissionais de saúde quanto ao estado atual e à condição enquanto desencadeador de suicídios do Transtorno de Personalidade Borderline, e pretende fazê-lo por meio de uma revisão bibliográfica, demonstrando sua história conceitual, definição, relação com a dependência química e sugestão de abordagens terapêutica e farmacológica. Encontramos poucas pesquisas em farmacologia, porém temos uma quantidade satisfatória de indícios que corroboram nossa tese de que psicoterapia aliada a terapia farmacológica pode auxiliar na remissão dos sintomas.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de Personalidade Borderline. Dependência Química. Suicídio.

RESUMEN:

Este artículo tiene como objetivo orientar a investigadores y profesionales de la salud sobre el estado actual y la condición como desencadenante de suicidios del Trastorno Límite de la Personalidad, y pretende hacerlo a través de una revisión bibliográfica, demostrando su historia conceptual, definición, relación con la

¹ Psicólogo com atuação na Assistência Social. Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial com ênfase em Álcool e outras Drogas pela Faculdade Ubaense Ozanam Coelho e Graduado pela Universidade Federal Fluminense. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6294920741496902> . Email: lua_agp@hotmail.com

dependencia química y sugerencia de terapéutica. y enfoques farmacológicos. Encontramos poca investigación en farmacología, pero tenemos una cantidad satisfactoria de evidencia que corrobora nuestra tesis de que la psicoterapia combinada con la terapia farmacológica puede ayudar en la remisión de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: Trastorno límite de la personalidad. Dependencia química. Suicidio.

ABSTRACT:

This article aims to guide researchers and health professionals regarding the current status and condition as a trigger for suicides of Borderline Personality Disorder, and intends to do so through a bibliographical review, demonstrating its conceptual history, definition, relationship with chemical dependency and suggestion of therapeutic and pharmacological approaches. We found little research in pharmacology, but we have a satisfactory amount of evidence that corroborates our thesis that psychotherapy combined with pharmacological therapy can help in the remission of symptoms.

KEYWORDS: Borderline Personality Disorder. Chemical Dependence. Suicide.

1 - INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objeto central o estudo dos altos índices de dependentes químicos entre os portadores do Transtorno de Personalidade Borderline, chegando a uma prevalência de 76% dos casos (Hatzitaskos et. al., 1999). A temática abordada surge do incômodo do pesquisador com os altos índices de suicídio e de população ambulatorial proveniente deste transtorno (Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V, 2014). Faz-se necessário primeiramente demonstrar a problemática histórica em conceituar este transtorno, tendo sido em 1890 citado na literatura pela primeira vez, de forma levemente similar ao que temos hoje como o transtorno (Dalgalarondo; Vilela, 1999). Após esta primeira ambientação histórica, cabe uma definição formal e atualizada do mesmo, para lançar luz sobre o ponto chave desta problemática. A seguir, deve-se conceituar Dependência Química e Suicídio e demonstrar a relação entre ambas, tanto dentro quanto fora do transtorno, dadas suas especificidades enquanto condição especialmente impulsiva e resistente ao tratamento, além do conseqüente desafio que é tratar desse transtorno sem a supervisão de um profissional mais experiente, em parte por conta do caráter confrontador do paciente, que exige muito

da saúde mental dos psicólogos, tanto como profissionais, quanto como pessoas segundo Sousa e Vandenberghe (2007);

Estudos indicam que a dependência a determinadas substâncias pode aumentar ainda mais a impulsividade e ideações suicidas em um paciente não portador do transtorno (Almeida; Flores; Scheffer, 2013).

Demonstrada a necessidade de um tratamento especializado e de profissionais aptos ao mesmo, este estudo pretende prover propostas terapêuticas indicadas especialmente para o transtorno utilizando como norte a obra de Linehan *et al* (1999) e em seguida, propostas farmacológicas para lidar com toda a complexa gama sintomatológica do Transtorno de Personalidade Borderline, e talvez assim, minimizar o tamanho impacto que o mesmo tem na vida psíquica dos pacientes e na vida social daqueles em seu entorno.

Dito isto, a presente pesquisa tem como objetivo contribuir para o campo da saúde mental evidenciando as lacunas do conhecimento no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, a dificuldade da adesão ao tratamento por parte dos pacientes e consequente sensação de impotência e visão negativa acerca dos mesmos por parte da equipe da rede, de acordo com Tanesi *et al.* (2007) e sua relação com a dependência química, incentivando a realização de mais pesquisas, políticas públicas específicas e atualização dos profissionais da área para manejo do mesmo e prevenção de suicídio.

Vale frisar que o pesquisador não pretende esgotar a temática pesquisada, apesar de o tema possuir grande relevância acadêmica.

2 – BORDERLINE – HISTÓRIA E DEFINIÇÃO

Desde a primeira menção sobre o transtorno – ou algo topograficamente similar a ele – até sua exposição nosográfica nos dias atuais nos dois principais manuais descritivos de transtornos mentais, o Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID 10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), o mesmo passou por uma trajetória controversa, tendo sido cotado enquanto psicose, neurose, uma situação limite entre ambos – e daí a origem do nome – até enfim conseguir seu lugar dentre os transtornos de personalidade.

2.1 – A trajetória controversa para um conceito

Foi no fim do século XIX que Kahlbaum (1890), em sua obra: “Sobre a hebidofrenia”, que relata sobre jovens que embora não estejam em estados delirantes ou de alienação, possuem uma habilidade deficitária em apreender de forma precisa a natureza, além de acentuada labilidade emocional, podendo transitar de um estado de melancolia a um expansivo e/ou colérico, que tivemos o que possivelmente foi a primeira citação na literatura de parte do que hoje vem a ser considerado Transtorno de Personalidade Borderline.

Já no início do século XX, baseando-se nos estudos de Kahlbaum, Bleuler (1911), relata em sua monografia, a existência de um quadro que denomina “Esquizofrenia latente”, no qual os pacientes possuem comportamento social considerado normal, embora apresentem elementos esquizofrênicos adjacentes, tendo sua tese confirmada por Rorschach dez anos depois, em 1921. E vinte anos depois de Rorschach, em 1941, temos a menção de Zilborg ao que ele chama de “Esquizofrenia Ambulatorial”, sobre formas quase não identificáveis de esquizofrenia, que tendia a ser mais comumente encontrada em ambulatórios, em vez de em hospitais psiquiátricos (Brenas; Ladame, 1985).

Mas é apenas em 1938 que o termo Borderline é utilizado pela primeira vez. Stern (1938 citado por Vaillant; Perry, 1985), num texto de cunho psicanalítico, sobre o que ele chamava “neuroses borderline”, descrevia pacientes que despertavam uma forte contratransferência em seus terapeutas e tendiam a regredir em ambientes pouco organizados. Já em 1942, Deutsch (1942 citado por Vaillant; Perry, 1985) relata um estado intermediário entre neurose e psicose, onde por detrás de uma adequação frágil aos relacionamentos sociais, haveria um grave distúrbio nos relacionamentos interpessoais mais significativos. Nomeou “personalidade como se”. Sete anos depois, Hoch e Polatin (1949 citado por Vaillant; Perry, 1985) cunharam o termo “esquizofrenia pseudoneurótica”, sendo uma condição específica, surgindo da combinação de “pan-neurose”, “pan-ansiedade” e transtornos sexuais difusos, todos associados às formas leves de sintomas esquizofrênicos. Apenas em 1953, com o trabalho de Robert Knight (1953 citado por Vaillant; Perry, 1985), versando sobre o transtorno no contexto de internação psiquiátrica, quando esses pacientes não se encaixavam nos neuróticos nem nos psicóticos, que o termo começa a se firmar nos meios psiquiátricos e psicanalíticos (Vaillant; Perry, 1985).

Ainda depois de ter ganhado certa notoriedade, o termo Borderline levantou certa polêmica e divergências quanto ao que viria a representar de fato. Ainda não havia consenso se era uma organização da personalidade, se era um estado transitório, se ficaria melhor alocado entre as neuroses ou entre as psicoses, ou ainda se era um termo utilizado para qualquer mal psíquico ainda sem classificação. Para se ter uma ideia, até o CID-9 (OMS, 1978) e o DSM-II (APA, 1968), o transtorno ainda estava alocado entre as psicoses, como uma espécie branda de esquizofrenia, ou esquizofrenia latente, da mesma forma como fora categorizado quase um século antes.

Entretanto, em 1980, com o lançamento do DSM-III (APA, 1980), uma revolução se põe em curso. Com toda um rearranjo no que se refere à critérios diagnósticos, o quadro Borderline é retirado definitivamente do espectro da Esquizofrenia. O que era antes conhecido como “Esquizofrenia Latente” dá agora lugar a dois novos quadros: o “Distúrbio Esquizotípico de Personalidade”, o qual não é do interesse deste estudo ser tratado aqui, e o “Distúrbio Borderline de Personalidade”.

2.2 – Borderline: conceito e definição atual

Segundo a mais recente definição do transtorno que temos, proveniente da APA, exposta no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM V, trata-se de um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

Quadro 1: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

- | |
|---|
| 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.) |
| 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. |

3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: DSM V

Os sujeitos descritos neste artigo têm tremenda intolerância em ficarem sozinhos, e por conta desse fator, estão sempre envolvidos em esforços para evitar abandono, mesmo que muitas vezes este abandono seja apenas imaginário ou até mesmo uma separação de curto prazo inevitável, o que pode levá-los à experiência de medo intenso ou até mesmo de uma raiva completamente incompatível com a situação, o que sugere alta sensibilidade aos fatores ambientais.

Somado a isso, vivem um padrão de relacionamentos intenso e pautado na instabilidade, devido à sua tendência a idealizar em demasia os parceiros num primeiro momento, exigindo destes, muita atenção e partilhando detalhes íntimos. O que torna tudo ainda mais confuso é a subsequente desvalorização, fruto da decepção proveniente da previsível não correspondência das expectativas. Tendem a enxergar o outro por um prisma “oito ou oitenta”, tendo mudanças repentinas na forma de enxergar o parceiro.

Comumente experienciam perturbação da autoimagem, tendo mudanças súbitas em relação à vários campos significativos na vida, como identidade sexual, metas profissionais, valores, tendo inclusive episódios de despersonalização, quando lhe faltam relações significativas de cuidado e apoio.

Como já mencionado anteriormente, esses indivíduos possuem acentuada impulsividade, podendo apresentar comportamento autodestrutivo, como por exemplo comer compulsivamente, ou gastar dinheiro excessivamente e se envolver em dívidas, apostar, abusar de substâncias, engajar-se em sexo desprotegido e/ou dirigir de forma imprudente.

Podem apresentar gestos, comportamentos ou ameaças suicidas e de automutilação. Estes são muito comuns neste quadro e geralmente são precedidos de ameaças de separação ou rejeição ou pela iminência de novas e maiores responsabilidades. Além disso, é frequente a automutilação em experiências dissociativas para readquirir a capacidade de sentir, ou para aliviar sentimento de culpa. O suicídio ocorre entre 8 a 10% dos indivíduos com o transtorno.

Como dito anteriormente, possui grande sensibilidade aos fatores ambientais, e devido à essa reatividade do humor, possuem uma grande instabilidade afetiva, geralmente caracterizada por humor disfórico sendo interrompido por períodos de raiva, pânico, e raramente bem-estar.

Esses sujeitos vivem constantemente com um sentimento de vazio e tédio, sempre buscando algo para fazer.

Devido ao medo de abandono, extrema reatividade de humor e dificuldade em controlar a raiva, usualmente expressa à mesma de forma completamente inadequada quando não sentem suas expectativas atendidas pelo parceiro, levando a explosões verbais, sarcasmo e amargura. O que geralmente se segue de sentimento de culpa e vergonha.

Períodos de extremo estresse, geralmente resultado de sentimentos de abandono, podem levar à episódios de ideação paranoide e sintomas dissociativos transitórios, que costumam durar minutos ou horas.

3 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUICÍDIO

Como afirmado anteriormente nesta pesquisa, segundo Hatzitaskos et al. (1999), 76% dos indivíduos com o transtorno fazem uso abusivo ou possuem transtorno por uso de substância. Sabe-se ainda, que entre 8 a 10% dos indivíduos chegam a se suicidar, sendo ameaças suicidas e principalmente a ideação suicida, fatores muito comuns nessa situação (DSM V).

Além disso, segundo Almeida, Flores & Scheffer (2013), em sujeitos que não possuem o transtorno, o uso de determinadas substância, aumenta a impulsividade e o risco de suicídio. Com base nestas informações, cabe-nos conceituar o que define dependência química, quais informações nós temos sobre suicídio hoje e tentar traçar um paralelo entre ambos, para que sirva de subsídio para pesquisas futuras.

3.1 – Dependência química – o que é

Segundo o DSM V (APA, 2014), os critérios para se identificar um portador de transtorno por uso de substância são:

O indivíduo pode consumir a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente (Critério 1). O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso (Critério 2). O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos (Critério 3). Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno da substância. A fissura (Critério 4) se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente. Demonstrou-se também que a fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no cérebro. [...] O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho,

na escola ou no lar (Critério 5). O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos (Critério 6). Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância (Critério 7). O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância. [...] Pode tomar a forma de uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física (Critério 8). O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (Critério 9). A questão fundamental na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em abster-se do uso da substância apesar da dificuldade que ela está causando. [...] A tolerância (Critério 10) é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual. O grau em que a tolerância se desenvolve apresenta grande variação de um indivíduo para outro, assim como de uma substância para outra, e pode envolver uma variedade de efeitos sobre o sistema nervoso central. [...] Abstinência (Critério 11) é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. Após desenvolver sintomas de abstinência, o indivíduo tende a consumir a substância para aliviá-los. Os sintomas de abstinência apresentam grande variação de uma classe de substâncias para outra, e conjuntos distintos de critérios para abstinência são fornecidos para as classes de drogas (APA, 2014,p.483-484).

3.1 – Suicídio – Um mal silencioso

O suicídio é um mal avassalador e silencioso. Por muitos anos foi um tabu, entretanto devido a seus números alarmantes, torna-se cada dia mais necessário discutir sobre o mesmo, e sobre estratégias de combate a esta fatalidade. No mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010), morrem aproximadamente um milhão de pessoas anualmente por conta deste mal. Além disso, este problema de saúde pública mundial é em muitos países uma das três maiores causas de morte de pessoas entre 15 e 44 e a segunda maior causa em indivíduos entre 10 a 24 anos.

No Brasil em 2011, houve 9.852 suicídios registrados oficialmente, descartando casos onde não se tem certeza da natureza da morte. Isso dá uma

média de 27 mortes diárias, um total de 1% das mortes totais no país. Esse número cresce para 4% em pessoas entre 15 e 29 anos de idade (BRASIL, 2013).

Em uma revisão realizada com 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, referindo-se a 15.629 suicídios, foi encontrado que em pelo menos 90% dos casos haveria um diagnóstico de transtorno mental. Os transtornos mentais mais comuns associados seriam depressão, transtorno do humor bipolar, e transtorno por dependência de substância, englobando-se aqui álcool e outras drogas. Além disso, esquizofrenia e alguns transtornos de personalidade são fatores de risco fortes, podendo a situação se agravar ainda mais quando se combinada mais de uma dessas condições, como a dependência química e algum outro transtorno, o que reforça a atenção no tema sob luz no trabalho presente (Bertolote; Fleischmann, 2002).

4- CONTRIBUIÇÕES TERAPÊUTICAS

Estudos demonstram que o tratamento com o sujeito com transtorno de personalidade Borderline pode ser desgastante para os profissionais de saúde que lidam com o mesmo, devido ao caráter severamente crítico e confrontador desse tipo de paciente, que pode atacar a auto-estima do profissional, e até mesmo sua certeza quanto à sua capacidade de lidar com o caso. Devido a isso, entende-se que o profissional que lidar com pacientes dessa espécie deve estar em processo de supervisão, para que não haja o risco de confundir suas próprias questões com as do paciente (Sousa; Vandenberghe 2007).

Segundo estudo de Tanesi et. al. (2007), tendência a regressão, além de tentativas de suicídio, dentre outros fatores interferem na adesão ao tratamento, o que parece colocar a equipe em uma situação de impotência. Uma estratégia social importante, ainda segundo os autores, é a intervenção familiar, com o acompanhamento de familiares saudáveis, o que poderia contribuir na adesão ao tratamento.

De acordo com um estudo de Fleischhaker et al (2011) com adolescentes borderline, o processo terapêutico com Terapia Comportamental Dialética se mostrou altamente recomendado para o quadro, uma vez que, feita uma comparação do quadro dos mesmos antes do tratamento e um ano após o fim do mesmo, houve uma remissão quase que total dos sintomas, uma melhora

significativa no funcionamento social, além de aumento no sentimento de bem estar, medido por auto relato.

A criadora da terapia citada acima, Marsha Linehan, tem uma obra fortemente embasada com um protocolo seguro e didático com passos para inibir primeiramente os sintomas mais graves, como tentativas de suicídio, até os mais comuns. O autor acredita ser uma obra altamente recomendada para profissionais da saúde que pretendam lidar com pacientes com esta patologia tão complexa (Abreu; Abreu, 2016).

5– CONTRIBUIÇÕES FARMACOLÓGICAS

Dentre as contribuições científicas sobre farmacologia encontradas para o transtorno Borderline, Prado-Lima (2009) sugere que o tratamento farmacológico deve ser feito visando sintomas isolados, como impulsividade e agressividade, ao invés de se pensar em diagnósticos, uma vez que esses sintomas coincidem em diversos transtornos, porém têm origem neurobiológica distinta em alguns desses casos. Prado-Lima (2009) ainda sugere o uso de alguns fármacos, são eles:

- Estabilizadores de humor, como o Lítio; ou
- Anticonvulsivantes, como Carbamazepina, oxcarbazepina, Valproato e Topiramato;
- Ácidos graxos ômega-3;
- Beta-bloqueadores;
- Antidepressivos;
- Antipsicóticos atípicos, como Clozapina, Olanzapina e Quetiapina;
- Metilfenidato;
- Buspirona
- Clonidina.

De acordo com Prado-Lima (2009), a melhor escolha para cada caso específico será definida pelo médico psiquiatra.

Foi encontrado também que na última década, estabilizadores de humor e antipsicóticos de segunda geração – talvez devido ao menor grau de efeitos

adversos, em comparação aos de primeira geração – se tornaram o cerne das pesquisas farmacológicas para os sintomas do transtorno (Lieb et al, 2010).

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja uma patologia que já vem sendo citada na literatura há mais de um século, pode-se dizer que pouco avanço foi feito em comparação a outras que tomam os holofotes da mídia e da indústria farmacêutica. O transtorno de personalidade borderline faz vítimas anualmente, não apenas aqueles que são portadores do mesmo, mas todos aqueles que o rodeiam, e sofrem as rebarbas dessa grande desregulação emocional e psicossocial.

Cabe a nós enquanto pesquisadores, empreendermos esforços visando preencher as lacunas do conhecimento desse transtorno, que embora tenha passado um século sendo pouco explorado, avançou em duas décadas muito mais do que havia avançado até então. Cabe também aos serviços públicos de saúde, oferecerem aos seus profissionais, condições para que possam se atualizar e saibam trabalhar com os sujeitos acometidos desse transtorno, além de dar suporte a essas famílias, para que talvez assim possamos diminuir tanto essas taxas de suicídio, quanto esses frequentes acessos e sobrecargas aos ambulatórios de saúde.

Sabe-se até aqui, que o transtorno tem fundo genético, porém boa parte é advinda de histórico traumático na infância, e que a principal fonte de tratamento é a psicoterapia, sendo buscada na psicologia e sua vasta gama de linhas teóricas, embora o pesquisador recomende a Terapia Comportamental Dialética, por possuir um protocolo desenvolvido especificamente para este transtorno. Além disso, como coadjuvante essencial, o tratamento farmacológico para diminuição imediata dos sintomas, evitando o abandono do tratamento por parte dos pacientes. Mesmo o pouco que sabemos e as poucas pesquisas que temos na área, demonstram que estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos podem reduzir as respostas agressivas e impulsivas, o que por sua vez diminui o risco de suicídio e de abandono do tratamento, além de auxiliar na dependência química, dando ao profissional de saúde mais tempo de lidar com esse paciente tão complexo.

Por último e não menos importante, é de suma importância também trabalhar a família desse indivíduo, pois por vezes a mesma é o ambiente adoeceador, e com um trabalho de conscientização e terapêutico feito com planejamento, pode vir dela a principal fonte de motivação ao paciente para seguir com o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Paulo Roberto; ABREU, Juliana Helena dos Santos Silvério. **Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo?**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, s.l.; v. 18, n.1, p. 45 - 58, 2016.

ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; FLORES, Antoniele Carla Stephanus; SCHEFFER, Morgana. **Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas**. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders:(DSM)**. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders:(DSM)**. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V**. São Paulo: Manole, 2014.

BERTOLETE, J. M., & FLEISCHMANN, A. (2002). **Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective**. World Psychiatry, 1, 181-185.

BLEULER, Eugen. **Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien**. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911.

Brasil. Ministério de Saúde. (2013). **Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 29 de setembro de 2018** em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>

BRENAS, E. & LADAME, F. "Lesadolescentsborderline: diagnose et traitement". Psychiatrie de l'enfant, 28 (2): 485-512, 1985.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. **Transtorno borderline: história e atualidade**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 2, n. 2, p. 52-71, June 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200052&lng=en&nrm=iso>. accesson 03 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999002004>.

FLEISCHHAKER, Christian; BÖHME, Renate; SIXT, Barbara; BRÜCK, Christiane; SCHNEIDER, Csilla; SCHULZ, Eberhard. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2011;5:3. doi:10.1186/1753-2000-5-3.

HATZITASKOS, Pavlos; SOLDATOS, Constantin; KOKKEVI, Anna & STEFANIS, Costas. **Substance abuse** patternsandtheirassociationwithpsychopathologyandtypeofhostility in male patientswithborderlineandantisocialpersonalitydisorder. *ComprehensivePsychiatry*. 40, 278-2821999 .Availablefrom<[https://www.comppsyjournal.com/article/S0010-440X\(99\)90128-1/fulltext](https://www.comppsyjournal.com/article/S0010-440X(99)90128-1/fulltext)>acceson 03 May 2018. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90128-1](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90128-1)

KAHLBAUM, Karl Ludwig. "UeberHeboidophrenie". *AllgemeineZeitschriftfuerPsychatrie*, 46:461-474, 1890.

LIEB, K. et al. **Pharmacotherapy for borderline personality disorder**: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, v. 196, n. 01, p. 4–12, jan. 2010.

LINEHAN, Marsha M., SCHMIDT, Henry. , DIMEFF, Linda. A., CRAFT, J. Christopher., KANTER, Jonathan. and COMTOIS, Katherine. **A.DialecticalBehaviorTherapy for PatientswithBorderlinePersonalityDisorderandDrug-Dependence**. *The American JournalonAddictions*, 8: 279-292. 1999 doi:10.1080/105504999305686

Organização Mundial da Saúde. **Manual de classificação internacional de doenças, lesões e morte**. Nona revisão, 1975. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1978.

PRADO-LIMA, Pedro Antônio Schmidt do. **Tratamento farmacológico da impulsividade e do comportamento agressivo**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 31, supl. 2, p. S58-S65, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600004&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600004>.

SOUSA, Ana Carolina Aquino de; VANDENBERGHE, Luc. **Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes borderlines**. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 1-11, jun. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 maio 2018.

TANESI, Patrícia Helena Vaz et al . **Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline**. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal , v. 12, n. 1, p. 71-78,

Apr. 2007 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000100009&lng=en&nrm=iso>. accesson 04 May 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100009>.

VAILANT, George E. & PERRY, J.C. "Personality disorders", in Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*. Baltimore, William & Wilkins, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2010. **Participant manual – IMAI One-day Ori-entation on Adolescents Living with HIV Ge-neva**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em: 01/10/2018.