

ARTIGO CIENTÍFICO

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Isabelle Gois Avansi¹; Perci Klein²

¹Acadêmica do Curso de Psicologia, Centro Universitário Unicuritiba, Rua Chile, 238, CEP 82.010-330, Curitiba, PR. ²Professor, Mestre, Psicólogo, Centro Universitário Unicuritiba, Rua Chile, CEP, Curitiba, PR.

RESUMO

O objetivo geral do estudo foi discutir as contribuições da TCC para o tratamento do TPB e como objetivos específicos, caracterizar a TPB e a TCC, evidenciar as principais técnicas da TCC para o manejo da TPB. Para alcançar os objetivos, realizou-se um estudo narrativo de literatura, assim, foram consultadas as bases da LILACS e MedLine (por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS) e *Scientific Electronic Library On Line - SciELO*, Google Academic, bem como livros relacionados ao tema. Foram utilizados os seguintes descritores isolados ou combinados: *Borderline*, Transtorno e Terapia Cognitivo-Comportamental. Foram inclusos artigos dos últimos 10 anos, no idioma português. Além disso, foram utilizados livros de obras clássicas sem limite temporal. Verificou-se que a TCC é uma das formas de tratamento e de alívio dos sintomas no caso de pacientes com TPB, tendo em vista que as emoções é um fator preponderante para a compreensão dessa condição, pois os pacientes com TPB geralmente têm problemas com subregulação da emoção, uma meta e uma constante da terapia é ensinar habilidades de assertividade. A TCC tem como premissa a alteração crenças do paciente, sendo eficaz no tratamento. Ademais, observou-se que outras terapias fundamentadas na abordagem Cognitiva-Comportamental também são muito eficazes, como a Terapia comportamental-dialética (TCD), a Terapia Focada nos Esquemas (TFE) sendo aprimoradas especificamente para o TPB.

Palavras-chave: Sofrimento. Intervenção. Psicologia.

ABSTRACT

The general objective of the study was to discuss the contributions of CBT to the treatment of BPD and as specific objectives, to characterize BPD and CBT, to highlight the main CBT techniques for the management of BPD. To achieve the objectives, a narrative literature study was carried out, thus, the databases of LILACS and MedLine (through the Virtual Health Library portal - VHL) and Scientific Electronic Library On Line - SciELO, Google Academic, as well as books related to the topic. The following descriptors were used alone or in combination: Borderline, Disorder and Cognitive-Behavioral Therapy. Articles from the last 10 years were included, in Portuguese. Furthermore, books of classic works were used without time limits. It was found that CBT is one of the forms of treatment and relief of symptoms in the case of patients with BPD, considering that emotions are a preponderant factor in understanding this condition, as patients with BPD generally have problems with underregulation of emotion, a goal and constant of therapy is to teach assertiveness skills. CBT's premise is to change the patient's beliefs, being effective in treatment. Furthermore, it was observed that other therapies based on the Cognitive-Behavioral approach are also very effective, such as Dialectical-Behavioral Therapy (DBT), being improved specifically for BPD.

Keywords: Suffering. Intervention. Psychology.

1. Introdução

O artigo faz uma abordagem sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline - TPB. O TPB é caracterizado pela instabilidade emocional, dificuldade de estabelecer vínculos afetivos, impulsividade e insegurança. Além disso, pode ser comórbido com outros transtornos, tais como transtorno de ansiedade, distúrbios de humor e alimentação, bem como o uso de drogas, álcool, comportamentos e pensamentos suicidas e automutilação (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017).

A TCC, por sua vez, é muito utilizada para ajudar o paciente em várias questões do sujeito. A TCC aborda que existem pensamentos automáticos que causam sofrimentos e que não passam por uma análise de validação pelo sujeito, e que são desenvolvidos no decorrer da vida, causando, por exemplo, angústia, e trazendo impactos no enfrentamento dos acontecimentos e possibilitando o surgimento de uma série de transtornos (BECK, 2013).

Considerando essa perspectiva, o artigo foi desenvolvido com base na seguinte problemática de pesquisa: como a TCC pode contribuir para o tratamento da pessoa com TPB? Assim, o objetivo geral do estudo é discutir as contribuições da TCC para o tratamento do TPB e como objetivos específicos, caracterizar a TPB e a TCC, evidenciar as principais técnicas da TCC para o manejo da TPB.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2011), os transtornos mentais representam cerca de 13% das doenças em todo o mundo, afetando aproximadamente 450 milhões de pessoas. Há uma previsão de que essa porcentagem possa aumentar para 15% até o ano de 2030.

No que tange a prevalência especificamente do TPB, de acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 (2014), a taxa de morbidade do TBP é consideravelmente alta. Estima-se que sua ocorrência seja de 1,6% podendo alcançar 5,9% na população em geral.

Portanto, é relevante o estudo de estratégias interventivas para o tratamento desse transtorno à luz da TCC, tendo em vista que a Knapp e Beck (2008) afirmam que a TCC é a abordagem primeira quando se trata de estudos e pesquisas científicas que corroboram a sua eficácia na redução dos sintomas do TBP, bem como a diminuição de

recorrência em diversos transtornos psiquiátricos. Assim, esse estudo visa a ampliação da discussão sobre essa temática.

2 Referencial teórico

2.1 Caracterização do Transtorno de Personalidade Borderline

A palavra *borderline* trata-se um substantivo masculino que significa distúrbio psicopatológico caracterizado pelas constantes alterações de humor e pelos surtos psicóticos que se intercalam com os períodos de estabilidade emocional. A expressão *borderline* faz menção a algo que está limite, na fronteira ou é incerto. Na psicologia, o termo Transtorno de Personalidade Borderline - TPB foi utilizado pela primeira vez em 1938, pelo psicanalista Stern (MARINHO; SILVA, 2023).

No decorrer dos anos, passou por vários conceitos. Foi em 1980, que esse transtorno passa a integrar a classificação norte-americana das doenças mentais. Nesse manual, a síndrome não é mais um significado vago de um estado intermediário entre a neurose e a psicose, mas sim um distúrbio de personalidade específico, no qual predominam a intensidade, impulsividade, o comportamento autodestrutivo, assim como os sentimentos de vazio interior (MARINHO; SILVA, 2023).

O DSM-5 (2014) define atualmente que pessoas com TPB apresentam um padrão difuso de afetividade, de autoimagem, instabilidade das relações interpessoais e de impulsividade acentuada que tem surgimento no início da vida adulta e está presente em diversos contextos. Para considerar o diagnóstico a ser realizado, as pessoas devem apresentar, minimamente, cinco dos seguintes critérios, conforme a Tabela 1:

Tabela 1. Critério de Diagnóstico para Transtorno de Personalidade Borderline

Critério Diagnóstico

1. Esforços desesperado para evitar um abandono real ou imaginário;
 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 autodestrutiva à própria pessoa (p.ex. Gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar);
 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
 6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do 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-5 (2014).

Em virtude de vários sintomas e formas de se apresentar, é relevante distinguir o TPB de outras psicopatologias. Quando as suas caracterizações do quadro clínico se baseiam na presença de fenômenos mais próximos da psicose para o diagnóstico diferencial – como ideias de referência, isolamento social, comportamento bizarro, dificuldade em estabelecer laços afetivos e hipersensibilidade a críticas. Nesse caso, o diagnóstico psiquiátrico deve descartar o TPB, passando a considerar o transtorno esquizotípico da personalidade (MELO *et al.*, 2021).

Conforme Guimarães, Simões e Santos (2020, p. 03) “Indivíduos com diagnóstico de TPB comumente possuem relacionamentos amorosos instáveis. Não raro, apresentam ciúme patológico acompanhado de medo acentuado de abandono e rejeição, podendo cometer agressões físicas e verbais”. Sendo assim, pode-se dizer que é essencial identificar neste estudo, as emoções vivenciadas nos pacientes que possibilita recursos para tratamento.

As causas do TPB podem ser consideradas multideterminadas, que englobam desde uma estruturação familiar disfuncional, marcada por abuso psicológicos, físicos e sexuais. A privação das emoções e falta de afetividade causam severo impacto na saúde emocional da criança e em decorrência da vulnerabilidade biológica à sensibilidade emocional e instável (MELO *et al.*, 2021).

Guimarães, Simões e Santos (2020) discutem que a causa também pode estar atrelada aos componentes genéticos, vivências traumáticas na infância, como o abuso sexual e a negligência, fatores esses que podem desregular o emocional e a impulsividade, levando o indivíduo aos comportamentos disfuncionais, déficits e também conflitos psicossociais.

Ainda corroboram que pesquisas com tomografia, demonstraram que o córtex cingulado anterior, região mediadora do controle afetivo, assim como demais áreas do córtex pré-frontal, demonstraram um metabolismo basal alterado. Outras pesquisas evidenciaram a redução no volume da amígdala e do hipocampo em pacientes com personalidade *borderline* (GUIMARÃES; SIMÕES; SANTOS, 2020).

De acordo com Young (2015) o TPB pode ser pensada a partir de três fatores: a) genética e temperamento, b) infância experiências na família e no mundo exterior; e (3)

a interação entre os temperamentos da criança e o estilo parental e as reações dos cuidadores. Os pressupostos das origens genéticas e temperamentais estão centrados na propensão a um emocionalmente intenso, temperamento lábil.

Especificamente sobre o contexto familiar, fatores contribuem que para o desenvolvimento do distúrbio: 1. O ambiente familiar onde é inseguro e instável; 2. O ambiente familiar que priva a criança nos aspectos emocionais; 3. O ambiente familiar demasiadamente punitivo; 4. O ambiente familiar que subjuga; Esses quatro fatores caracterizam um ambiente familiar marcado por abusos e negligência e um número expressivo de pacientes com TPB relatam experiências de abuso sexual, físico e ou emocional (YOUNG, 2015).

Desse modo, Souza e Corrêa (2019) afirmam que uma criança mais sensível emocionalmente dentro um ambiente excessivamente rígidos ou autoritários ou incapazes de lidar com afetos, tendem a levar aos padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais resultantes de raiva, frustração ou desconexão, refletindo diretamente nas crianças. Portanto, a etiologia do transtorno é complexa e multideterminada podendo ser a combinação dos fatores discutidos emergindo assim como estratégias mais consolidadas para lidar com esses problemas. Marinho e Silva (2023, p. 25) discorrem ainda que,

O desconforto insuportável é tipicamente expresso por indivíduos com esta personalidade, frequentemente, relatam sentir-se vazio devido a múltiplas necessidades não atendidas, esse desejo crônico pode levar a pensamentos ou ameaças suicidas. Sem aprender a lidar com a condição, a pessoa torna-se insensível aos riscos e consequências dolorosas como da automutilação, é fundamental que estejam cientes dessas condições e dos efeitos que elas possuem, pois podem ocasionar danos físicos e psicológicos.

Um dos aspectos mais expressivos no que tange ao TPB, trata-se da desregulação emocional, e essa se origina nas interações do sujeito com o ambiente e a sua vulnerabilidade biológica. Nesse sentido, um ambiente social invalidante é compreendido como um lugar onde há uma falha na modelação das expressões, do afeto, e as emoções do sujeito são anuladas.

Sujeitos que sofrem de perturbações emocionais são incapazes de alterar ou modular os fatores desencadeantes de emoções e outros aspectos associados à experiência, como respostas verbais, ações e outros. A desregulação emocional

generalizada acontece quando essa incapacidade se manifesta em uma diversidade de emoções e em contextos distintos (GONÇALVES, 2022).

Portanto, Beck *et al.*, (2017) discorrem que o a pessoa com TPB apresenta uma grande dificuldade em gerenciar suas demandas emocionais e interpretar contextos interpessoais, sugerindo assim terapia para que essa pessoa possa ter uma vida mais funcional. Considerando esse contexto, a psicoterapia é muito relevante e uma das abordagens mais utilizadas para esse caso, trata-se da Terapia Cognitivo-Comportamental.

2.2 A Terapia Cognitiva-Comportamental

Historicamente, os fundamentos cognitivos já eram estudados na filosofia, Epíteto, Cícero, Sêneca, entre outros, 2 mil anos antes da fundação dos postulados da TCC (BECK *et al.*, 1979). Contudo, foi nas décadas de 50 e 60, que Beck analisou os conteúdos dos sonhos de pacientes deprimidos e evidenciou que eram similares aos pensamentos estavam acordados (BECK, 1997). Ademais, ele observou em seus pacientes que havia pensamentos automáticos negativos, e que isso tinha correlação com as emoções e os pensamentos. A partir disso, deu início ao desenvolvimento da Terapia Cognitiva - TC.

De acordo com Knapp e Beck (2008, p. 55),

Os termos terapia cognitivos (TC) e o termo genérico terapia cognitivo-comportamental (TCC) são usados com frequência como sinônimos para descrever psicoterapias baseadas no modelo cognitivo. O termo TCC também é utilizado para um grupo de técnicas nas quais há uma combinação de uma abordagem cognitiva e de um conjunto de procedimentos comportamentais. A TCC é usada como um termo mais amplo que inclui tanto a TC padrão quanto combinações atóricas de estratégias cognitivas e comportamentais.

Inicialmente a TC, era uma abordagem mais voltada aos pacientes com depressão a solucionarem os problemas, por meio da real identificação e avaliação dos pensamentos. Contudo, na década de 70, Beck e seus colegas começaram a ampliar as suas investigações, possibilitando que a TC pudesse ser usada para outros transtornos e, e observaram que a intervenção em TC era eficaz, mas deveria ser diferenciada conforme cada caso. Nesse sentido, Beck (2013, p. 23) afirma que,

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura. Beck lançou mão de inúmeras e diferentes fontes quando desenvolveu essa forma de psicoterapia, incluindo os primeiros filósofos, como epíteto, e teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus e Albert Bandura. O trabalho de Beck, por sua vez, foi ampliado por pesquisadores e teóricos atuais dos Estados Unidos e do exterior, numerosos demais para serem aqui mencionados.

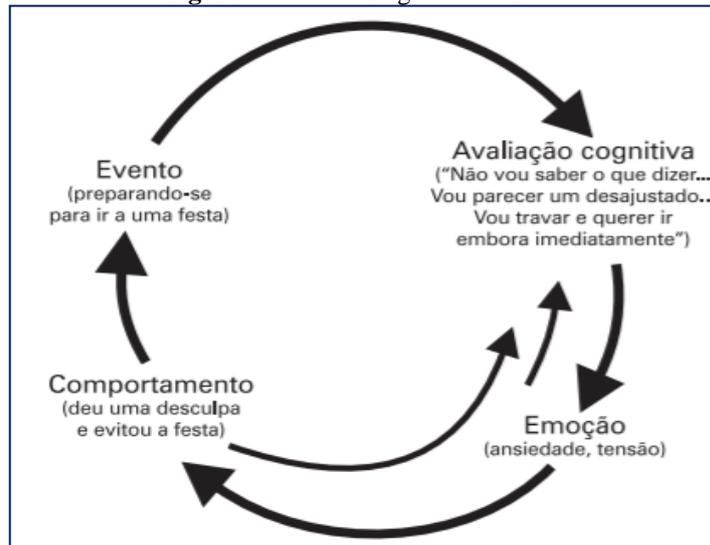
A TCC vem se demonstrando muito eficaz dentre as várias possibilidades de psicoterapia. Wright *et al.*, (2018) que por meio dos seus pressupostos, é possível um tratamento da pessoa, tendo em vista o foco dessa abordagem ser voltada para as crenças que a pessoa constrói ao longo da vida. Essas crenças, muitas vezes, disfuncionais servem com gatilho para ativar pensamentos e emoções também disfuncionais.

Knapp (2004) aborda que as crenças são conceituações acerca do mundo, das pessoas, e de nós. Essas crenças não dependem de uma situação, ou seja, um indivíduo vai pensar conforme o seu sistema de crenças. Muitas vezes um indivíduo pensa que é um incompetente ou que sempre fracassa, esses são exemplos de crenças que podem ser falsas ou parcialmente verdadeira. O trabalho da TCC é exatamente identificar efetivamente os eventos, o mais despercebido possível das crenças disfuncionais.

Desse modo, Beck (2013), dispõe de uma propositura do modelo cognitivo que se fundamenta na centralidade do papel do pensamento na evocação, bem como na manutenção dos transtornos. As cognições do sujeito influenciam em relação a percepção, aos eventos negativos, de forma que as perdas, as frustrações, as dificuldades da vida, tendem a ser entendidas de maneira catastrófica.

O modelo cognitivo de Beck aborda que há níveis da avaliação cognitiva. À princípio, se têm respostas automáticas através dos pensamentos, quando o sujeito se depara com o evento e depois há a avaliação cognitiva, na sequência, a manifestação do sentimento ou emoção e por consequência o comportamento. Na figura 1, é possível observar o modelo cognitivo de Beck.

Figura 1: Modelo Cognitivo de Beck



Fonte: Wright, Bosco e Thase (2000, p. 18)

O modelo cognitivo da TCC compreende que as emoções e os comportamentos são impactados diretamente pela forma como os indivíduos avaliam e interpretam os eventos, ou seja, a maneira como se interpreta as situações, exercendo impactos relevantes nos comportamentos, assim como nos sentimentos. Assim, se pode inferir que as emoções e comportamentos sofrem impactos do pensamento. As distorções cognitivas afetam os comportamentos, tornando-os desadaptativos (BECK, 2013).

Para Rangé (2011) a TCC é uma abordagem muito aplicada nas situações de regulação emocional. Dois princípios são fundamentais para a compreensão da TCC: o primeiro é que a cognição influencia as emoções e os comportamentos; e a segunda é que a forma como o indivíduo responde e se comporta diante dos eventos vai afetar os padrões cognitivos, bem como os pensamentos e emoções.

Beck (2013, p. 22) complementa que,

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. Embora o tratamento descrito neste livro esteja focado nas sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão da medicação.

Portanto, de acordo com Leahy, Tirsch e Napolitano (2013) as intervenções em TCC foram aperfeiçoadas também para os transtornos de ansiedade, depressivos, assim como para outros transtornos como por exemplo o Borderline, pânico, alimentares, ratificando a sua relevância.

2.2.1 Modelo Cognitivo do Transtorno de Personalidade Borderline

O modelo cognitivo do TPB, pressupõe que sujeitos com esse transtorno de modo geral apresentam crenças nucleares negativas acerca de si mesmo, assim costumam acreditar nas seguintes percepções "Eu sou incontrolável", " Eu sou ruim". Essas crenças alteram a sua forma de enxergar a si e o mundo.

Além disso, pacientes com TPB apresentam muitas distorções cognitivas em função das suas crenças, como a catastrofização, visão de tudo ou nada, avaliação inadequada das situações, filtragem mental e leitura da mente. Essas distorções impactam significativamente para a intensidade das emoções negativas, bem como do comportamento impulsivo do TPB (PASTORE; LISBOA, 2015).

As distorções cognitivas são erros cognitivos que impactam de forma equivocada o julgamento da realidade. A catastrofização refere-se à ampliação de um evento de forma negativa e a antecipação do futuro, na qual o indivíduo acredita que vai acontecer algo muito danoso e insuportável, entretanto não têm evidências o suficiente. A pessoa é negativa e pessimista tanto em relação aos eventos passados quanto aos eventos futuros, sem considerar ainda outros desfechos (BECK, 2013).

Distorção de “tudo ou nada” refere-se à polarização, a pessoa interpreta as situações em somente duas exclusivas categorias. Por exemplo, em um relacionamento, uma pessoa pode acreditar que seu parceiro é totalmente bom ou ruim, sem compreender que as pessoas apresentam falhas e qualidades, e que relacionamentos englobam altos e baixos (PASTORE; LISBOA, 2015).

Filtragem mental, por exemplo, suponha-se que o gestor de uma empresa onde a pessoa trabalha deu um *feedback* positivo e negativo, ressaltou as competências positivas e evidenciou o que a pessoa precisa melhorar, mas ela pensa que “Meu desempenho foi péssimo”, “Fiz tudo errado”. Assim, o indivíduo não consegue avaliar uma situação dentro de uma gradação. Assim, a pessoa concentra-se apenas no aspecto

“negativo” de modo a confirmar a sua crença que é incapaz (PASTORE; LISBOA, 2015).

A leitura mental refere-se aos sujeitos que acreditam que sabem o que os outros estão sentindo ou pensando acerca deles, assumem frequentemente que os outros têm percepções negativas, mesmo sem claras evidências (PASTORE; LISBOA, 2015).

Para gerenciar a intensidade das emoções negativas, bem como das crenças disfuncionais. Os pacientes com TPB apresentam comportamentos de evitação e autossabotagem. Assim, tendem a evitar situações desafiadoras e recorrem à utilização de substâncias ou a automutilação.

Isso auxilia a pessoa a aliviar o sofrimento de forma temporária, perpetuando o ciclo de problema à longo prazo. Esses pacientes apresentam ainda dificuldades na regulação emocional. Portanto, tendem a ter dificuldades de identificar, bem como expressar as suas emoções de modo funcional, o que leva a explosões emocionais intensas, bem como a impulsividade.

Além disso, Marinho e Silva (2023, p. 1664) discorrem que,

Confusão de identidade pode estar presente, caracterizado por instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou percepção. Há mudanças repentinas e drásticas em termos de autoimagem, caracterizada pela mudança de objetivos, valores e aspirações de carreira, essas pessoas podem mudar repentinamente da função de suplicante desprovido para justos vingadores de abusos passados. Embora muitas vezes tenham uma autoimagem ruim, as pessoas com o distúrbio às vezes têm a sensação de que não existem, essas experiências geralmente ocorrem onde o indivíduo perde relacionamentos significativos, cuidado e apoio, desempenhando um papel ruim em ambientes de trabalho ou estudo.

Na TCC, o TPB se beneficia dessa terapia, tendo em vista que o terapeuta ajuda o paciente na identificação e no desafiar das crenças disfuncionais, ensinando as estratégias de regulação emocional para a promoção da mudança dos comportamentos desadaptativos, auxiliando o paciente no desenvolvimento de habilidades, bem como no enfrentamento mais eficaz, para melhorar sim a sua qualidade de vida.

2.3 Principais técnicas e abordagens da Terapia Cognitiva-Comportamental para o manejo da Transtorno de Personalidade Borderline

A TCC apresenta uma diversidade de técnicas que comprovadamente são eficazes. Nesse sentido, inicialmente é necessário que se realize a avaliação da emoção deve realizada ao decorrer do processo terapêutico para examinar a forma de processamento emocional do paciente. Assim, o primeiro passo é compreender o histórico de vida do paciente com TPB, explorar de forma empática os problemas atuais e passados e compreender o funcionamento, os relacionamentos, o apego e o histórico de identidade desse (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

É relevante que haja um vínculo terapêutico para o favorecimento de um ambiente que dê subsídio para êxito no tratamento, o estabelecimento das estratégias terapêuticas é fundamental, é com a aliança terapêutica que será possível atuar no conteúdo emocional do paciente com TPB, isso facilita os acordos entre o mesmo e o terapeuta acerca dos objetivos da psicoterapia e as tarefas que poderão ser realizadas.

Assim, é necessário um ambiente que proporcione segurança para o paciente com TPB, tendo em vista que eles precisam de um ambiente que proporcione segurança tanto física quanto emocional (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017).

Estabelecer um bom vínculo terapêutico é de grande relevância, especialmente quando se considera o paciente com TPB, isso está associado ao fato que muitas vezes esse apresenta grandes dificuldades em se relacionar, tendo em vista que pode apresentar instabilidade emocional, um medo excessivo de abandono e uma tendência em valorizar demasiadamente ou desvalorizar o outro.

Nesse sentido, é relevante que o terapeuta assegure um ambiente estável para que o paciente se sinta seguro no tratamento. No que tange ao medo do abandono, o terapeuta precisa demonstrar confiabilidade e consistência para auxiliar na redução desse medo.

Assim, o relacionamento terapêutico fomenta um vínculo regulador por meio da empatia/validação emocional, tendo em vista que essas são essenciais para dar um suporte e facilitar o processo de regulação emocional de forma que possibilite ao paciente, desenvolver a sua capacidade de afeto e autorregulação levando ao fortalecimento da sua personalidade.

Nesse sentido, Pires (2014, p. 356) afirma que validar as emoções “está relacionado com percebê-las e aceitá-las e, por isso, está associado com questões como empatia e olhar positivo incondicional, tanto por parte do terapeuta com seu cliente[...], como do cliente com suas próprias vivências e emoções”.

A regulação da emoção é relevante e deve ser contínuo ao decorrer do processo terapêutico, nesse sentido Leahy, Tirsch e Napolitano (2013) complementam que é por meio da regulação emocional que o paciente desenvolve a habilidade de lidar e manejar situações consideradas estressantes ao paciente.

A regulação acontece quando consegue-se perceber, classificar, manejar, controlar e compreender a natureza das emoções, descartando interpretações negativas sobre elas, adquirindo habilidades necessárias para tomar decisões e esclarecer valores e metas para a vida (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Já a desregulação emocional - comum em pacientes com TPB - é a incapacidade de lidar com as emoções e processá-las, tanto em termos de intensidade das manifestações nas quais as emoções são sentidas como opressoras, problemáticas, e em que a esquiva atua como um modo de enfrentamento. Geralmente, a desregulação resulta de estratégias de apoio disfuncionais.

Muitos se sentem incapazes de lidar com as emoções, mas é importante ressaltar que tanto as emoções positivas quanto as negativas ou desagradáveis são importantes e úteis no cotidiano, pois enquanto a primeira serve de guia, facilitando as escolhas em momentos de satisfação e bem-estar, a segunda alerta o indivíduo, indicando que algo pode não estar bem e por esse motivo merece atenção. A tomada de consciência das emoções prepara o sujeito para adotar comportamentos adaptativos, informando sobre o que é importante para nós e assim estabelecendo prioridades em nossas decisões (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

A psicoeducação sobre processos emocionais é um componente fundamental da terapia; é por meio desta que o paciente é orientado sobre o processo terapêutico, bem como compreender melhor seu diagnóstico e aprender a separar quais características são suas e quais são do diagnóstico (LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Além disso, a psicoeducação está relacionada à orientação do paciente com dados tanto sobre o seu diagnóstico, quanto sobre como se dará as atividades e as estratégias que serão utilizadas ao decorrer das sessões psicoterapêuticas. Assim, Wright, Basco e Thase (2008, p. 21) discutem que,

Uma das metas importantes da TCC é ajudar os pacientes a aprenderem o suficiente sobre essa abordagem para que possam se tornar seus próprios terapeutas. [...] Assim, os clínicos que utilizam esta forma de TCC precisam aprender a inserir recursos educacionais que possam ser usados fora das

sessões, leituras, sites de internet, vídeos, gravações em áudio para ajudar os pacientes a construir e o seu.

Os autores complementam ainda que a psicoeducação é uma técnica muito eficaz, tendo em vista que ela traz questões relevantes para o tratamento do paciente, deve ser realizada de forma simples e didática conforme cada caso.

Outra eficaz estratégia é o treino da assertividade, pois deve-se capacitar o indivíduo a defesa das suas ideias com clareza de forma responsável, assim o paciente desenvolve as habilidades de se posicionar na sua conjuntura familiar, afetiva, profissional, modificando assim, o seu estilo de vida. O treinamento de assertividade pode ser utilizado por meio da dramatização, experimentos comportamentais, exposição e resolução de problemas (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017).

Vagos (2016, p. 03) afirma que a assertividade,

implica que o indivíduo se respeite e valorize a si próprio e também ao outro, estabelecendo relações horizontais, pautadas pela cooperação, negociação, equilíbrio, compromisso e busca de benefícios mútuos. A assertividade parece surgir, assim, como uma atitude de mutualidade entre o eu e o tu, adquirida por princípios de aprendizagem social, que se operacionaliza em determinados comportamentos, sendo os mesmos o alvo preferencial das conceptualizações na área.

O treinamento de assertividade pode auxiliar o paciente com TPB, tendo em vista que esse pode se comunicar de forma mais saudável, pois esse transtorno impacta na forma das pessoas se posicionarem. Por meio da assertividade, esse pode se comunicar de forma clara e respeitosa, pontuando os seus limites e sentimentos.

Coadunada com essa perspectiva, a assertividade está dentro das habilidades sociais. Del Prette e Del Prette (2018) discorrem sobre a relevâncias do desenvolvimento das habilidades sociais, muitos pacientes buscam o processo terapêutico em virtude de dificuldades em interagir nas relações sociais, essas dificuldades podem impactar na vida do paciente, trazendo diversos tipos de consequências, como por exemplo, na vida profissional, o terapeuta cognitivo comportamental auxilia por meio de treino das habilidades sociais que podem ser realizadas de forma individual ou grupal.

O paciente pode ser treinando dentro de uma situação simulativa, e de forma com que ele possa desenvolver a expressão das competências sociais. Além disso, essa

técnica auxilia o paciente a falar em público e a concluir diálogos. Assim, o treinamento de habilidades sociais, “pode ajudar o paciente a corrigir quaisquer déficits de habilidades interpessoais” (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008, p. 199). Portanto, considerando que o paciente com TPB apresenta grandes dificuldades nas relações interpessoais, ele pode ter muitos ganhos terapêuticos.

Mululo et al., (2019, p. 223) ainda coadunam que essa estratégia,

Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal por meio de modelação, ensaio comportamental, feedback de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição.

Portanto, considerando que o paciente com TPB tem uma grande sensibilidade emocional, seu relacionamento com outras pessoas é prejudicado, pois é altamente sensível às respostas emocionais e negativas, é uma característica basilar no TPB. Portanto, as habilidades sociais auxiliam na construção de relacionamentos que sejam gratificantes, construção de laços de amizade, ter a sensação de segurança e o pertencimento (LINEHAN, 2010).

Nesse aspecto, Marinho e Silva (2023, p. 1671), as habilidades sociais referem-se à também “capacidade de mostrar interesse e perceber os outros por meio da empatia, compreensão de seus sentimentos e necessidades, cooperação e valorização de suas virtudes.” Portanto, essa habilidade é expressa por meio da gentileza, perdão, empatia, altruísmo, solidariedade, compaixão e integridade.

Outra técnica, trata-se da régua do humor, e tem como principal objetivo possibilitar ao paciente que consiga verificar as suas modificações de humor, fomentando também identificar os gatilhos que levam às alterações. O terapeuta deve orientar o paciente acerca dos objetivos da técnica e auxiliá-lo no preenchimento da régua. Dessa forma, o paciente deve diariamente preencher essa régua de acordo com as orientações do terapeuta, devendo trazê-las para as sessões para ser analisada para que o paciente consiga compreender, bem como identificar os gatilhos que causam as reações desproporcionais (PIRES, 2014).

A técnica de enfrentamento do estresse é muito aplicável para o paciente com TPB, tendo em vista que esse ao ser exposto às situações que são estressantes não consegue analisar a situação com clareza para lidar com esses contextos. Nesse

momento, portanto, é necessário construir junto ao paciente, as possibilidades de enfrentamento. Pode ser voltada as emoções com vistas a desenvolver o controle de respostas negativas frente aos contextos que não podem ser modificados (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Paciente com TPB pode dispor de dificuldade em superar suas problemáticas, em virtude se não conseguirem analisar de forma adequada uma situação, e quando o indivíduo está dentro de uma situação complicada a solução pode parecer algo inalcançável. Comumente, as pessoas que estão de fora do problema vivenciado, podem ter uma visão diferenciada, auxiliando assim a ampliação das possibilidades para os caminhos de superação diante de uma dificuldade. Nesse sentido, a técnica do espectador ou observador distante é eficaz pois refere-se a estimular o cliente a observação dos problemas a partir de uma perspectiva, como se estivesse em um teatro assistindo a uma representação ou peça acerca de seus comportamentos (FIUZA; LHULLIER, 2018).

A troca de papéis é uma técnica pode ser utilizada pelo uso da imaginação ou visualização criativa que possibilita que o paciente com TPB tenha uma melhor tomada de consciência acerca de si, especialmente sobre os conflitos interpessoais na troca de papéis. O terapeuta deve incentivar o paciente a ser colocado no lugar de uma outra pessoa (em atrito) fazendo com que o mesmo avalie o contexto sob outras perspectivas (FIUZA; LHULLIER, 2018).

Assim, papel do terapeuta deve ser de trabalhar melhor as emoções de forma a intervir conforme o avanço do paciente, de forma gradativa, e o principal mecanismo de mudança na TCC é transformar as crenças de forma que o paciente possa lidar com suas vulnerabilidades e possa ter uma vida mais funcional. Além das contribuições da TCC, Marques, Barrocas e Rijo (2017, p. 308), abordam que

Entre as várias intervenções psicológicas que demonstraram ser eficazes no tratamento da TPB e que estão enraizadas ou representam desenvolvimentos da abordagem cognitiva-comportamental, além da TCC, destacam-se as seguintes: • Terapia comportamental-dialética (TCD); • Terapia focada nos esquemas (TFE);

Considerando essa perspectiva, cada uma delas merece uma discussão de como podem ser contributivas para o tratamento do TPB.

2.3.1 Terapia comportamental-dialética (TCD)

A TCD foi desenvolvida para compreender o desenvolvimento do TPB e a sua relação com o processo de desregulação emocional nos pacientes. Dentro dessa perspectiva, entende-se que esses sintomas se devem à vulnerabilidade emocional, bem como a um ambiente invalidante. Nesse sentido, Marinho e Silva (2023, p. 1671) evidenciam que,

A relação entre esses dois fatores é transacional na medida em que cria um ciclo em que um responde ao outro e vice-versa, tornando assim a pessoa vulnerável emocionalmente, isto é, envolve alta sensibilidade a estímulos emocionais, intensidade emocional e retorno lento aos níveis emocionais basal.

A dificuldade em regular as emoções pode ser estendida à adversidade em regular todas as esferas da vida. Assim, a maior parte do que realizamos e quem somos está atrelada da regulação emocional adequada e da estabilidade emocional (SANTOS, MADALENA, 2022).

A característica inicial da TCD é que era uma psicoterapia voltada somente aos pacientes TPB com de alto riscos, que tinha ideação suicida. Foi desenvolvida por Marsha M. Linehan em 1970. A nomenclatura dialética está relacionada à uma perspectiva dialética, na qual essa terapia tem como base.

Nesse aspecto, compreende-se que os eventos estão relacionados seguindo uma lógica, ou seja, um comportamento acontece em virtude de um contexto. Assim, o comportamento não pode ser analisado de forma isolada, mas sim compreendido dentro do ambiente e cultura em que o sujeito vive. A dialética trata-se de uma filosofia em que se há uma tese, uma antítese, e uma síntese. Quando o sujeito age de forma extrema, como no caso de pacientes impulsivos e suicidas, pode-se inferir que houve uma falha dialética, tendo em vista que o sujeito não conseguiu desenvolver uma síntese adequada dessas forças internas.

Atualmente, essa terapia não abarca somente uma terapia para os pacientes que estão em riscos. Na TCD, as terapias são realizadas com base em treino de habilidades em grupos, por meio da terapia individual e até por telefone. Uma das técnicas mais expressivas dentro do TCD, trata-se do treino que acontece tanto em grupo quanto de modo individual. Essas habilidades estão seccionadas em quatro categorias:

Habilidades de *mindfulness*: essa é uma habilidade que geralmente é a primeira a ser treinada, tendo em vista que é muito relevante para a aprendizagem, bem como treinamento das outras habilidades (LINEHAN, 2018).

Kabat-Zinn (1990) conceitua a *mindfulness* como uma maneira específica de atenção plena, em que há a concentração no presente momento, de maneira intencional e sem julgamentos, produz mudança significativa na forma de processar as informações e de perceber a realidade. Há vários tipos de meditação, dentre as quais a *mindfulness* é a mais utilizada nos estudos e pesquisas, em decorrência de ser uma abordagem sistemática e centralizada no cliente.

Uma ideia central na literatura sobre *mindfulness* é que viver sob o comando do piloto automático não permite à pessoa lidar de maneira flexível com os eventos do momento. Confiar no piloto automático promove modos rígidos e altamente limitados de reagir ao ambiente. Na vida urbana moderna, agimos muitas vezes sem estar emocionalmente envolvidos em nossas ações, ou fazemos várias coisas ao mesmo tempo, às vezes sem percebermos que as diferentes atividades têm diferentes objetivos e atrapalham entre si. (LUC VANDENBERGHE; SOUZA, 2006, p. 71).

Se concentrar no presente momento, implica estar em contato consigo e com o presente e não ficar preso às lembranças recorrentes do passado e nem se ater ao futuro. Kabat-Zinn (1994 p.4), versa que “[...] a consciência que emerge ao se prestar atenção propositadamente no presente e, de forma não julgadora, à experiência que se desdobra momento a momento.”

De acordo com Williams e Pennan (2014), o ser humano tem o seu *modus operandis* de estar no piloto automático, ou seja, as pessoas funcionam dando respostas automáticas às situações e o *mindfulness* se baseia em trazer a atenção da pessoa para o momento atual, de maneira intencional, tendo em vista que aquele que pratica o *mindfulness* faz essa escolha de forma consciente e faz um esforço para alcançar essa meta.

Habilidade de tolerância ao mal-estar: essa habilidade está relacionada à capacidade de identificar o mal-estar e aceitá-lo, de forma a manejar uma crise sem causar maiores danos. Algumas das técnicas da tolerância ao mal-estar estão associadas à distração, por meio de buscar formas alternativas para melhorar o momento e se acalmar (LINEHAN, 2018).

Por exemplo, o paciente pode colocar uma música e dançar para liberar a raiva, realizar atividades físicas para minimizar a ansiedade. É relevante colocar o corpo para lidar com a emoção, enquanto o sujeito se distrai, permitindo assim que o organismo processe essas informações intensas, de modo natural (LINEHAN, 2018).

As habilidades de efetividade interpessoal: essa habilidade é relevante na manutenção das relações saudáveis, independentemente do tipo de relacionamento. As emoções, frequentemente, podem fazer com que o sujeito se expresse de forma que prejudique os outros (LINEHAN, 2018).

As habilidades de efetividade interpessoal auxiliam na manutenção dos bons relacionamentos, na capacidade de dizer não, impor limites, expressar desejos, evitar julgamento e a culpabilização. Essas habilidades podem estar associadas a demonstrar interesse no que os outros estão falando, a validar as emoções e os sentimentos das outras pessoas e ter uma postura relaxada e tranquila contribuindo para uma relação mais saudável (LINEHAN, 2018).

Habilidade de regulação emocional: se trata de identificar o que o sujeito está sentindo, de modo que ele possa melhorar lidar com suas emoções (LINEHAN, 2018).

2.3.2 Terapia focada nos esquemas (TFE)

A TFE é uma abordagem integrativa, pautada nos princípios da TCC, que foi expandida, abrangendo técnicas e conceitos de outras psicoterapias. Os terapeutas de esquema visam auxiliar os pacientes a mudarem os seus padrões de vida problemáticos, disfuncionais e autodestrutivos - ou esquemas - usando técnicas cognitivas, comportamentais e focadas na emoção. Por esse motivo que as intervenções nas emoções são relevantes para a compreensão dessa dinâmica nos pacientes com TPB. O tratamento concentra-se no relacionamento com o terapeuta, na vida cotidiana fora da terapia e nas experiências traumáticas da infância, comuns no transtorno de personalidade limítrofe (OLIVEIRA; BALZ, 2017).

A primeira evidência da TFE no tratamento da TPB se originou de uma série de seis casos clínicos que foi realizado nas sessões semanais de 60 minutos terapeuta durante um período entre 18 a 36 meses. O estudo teve como resultado uma expressiva melhoria clínica em cinco dos seis pacientes, onde houve uma redução da psicopatologia bem como ansiedade depressão e esquemas mal adaptativos e agregados

mais 12 meses de tratamento, mais três pacientes deixaram de cumprir os critérios do TPB (MARQUES; BARROCA; RIJO, 2017).

O terapeuta durante um período de três anos, por meio de sessões a cada duas vezes na semana de 50 minutos, durante o período de três anos obteve como resultado melhorias expressivas na redução dos sintomas do transtorno de personalidade bem como uma melhor qualidade de vida por meio da TFE. Os benefícios foram relevantes posteriormente ao primeiro ano de tratamento (MARQUES; BARROCAS; RIJO, 2017). Várias pesquisas vêm apontando como a TFE é uma abordagem relevante no tratamento de pacientes com TPB (MARQUES; BARROCAS; RIJO, 2017).

É visando compreender, bem como tratar dos transtornos de personalidades que foram realizadas algumas modificações e desenvolvimentos da Terapia Cognitiva de Beck, a TFE, essa se constituiu como a mais expressiva, desenvolvida pela abordagem cognitiva, abarcando e contribuindo tanto na intervenção, estratégias e técnicas advindas de outras escolas de psicoterapia.

Nesse aspecto, Marques, Barroca e Rijo (2017) abordam sobre as vantagens da utilização da TFE pois a mesma tem como característica integrar várias técnicas não só na conceitualização, mas também nas intervenções fatores emocionais, relacionais e comportamentais que, apesar de estarem presentes nas conceitualizações iniciais de Beck, não haviam sido completamente desenvolvidas no modelo terapêutico. Esse aspecto integrador que confere uma maior habilidade de entendimento clínica dos transtornos de personalidade e possibilita intervenções mais completas e eficazes.

A TFE tem como princípio quatro conceitos basilares: esquemas precoces mal adaptativos (EPM), processos de manutenção do esquema, processos de evitamento do esquema e, por último, processos de compensação do esquema (WAINER *et al.*, 2016).

Conforme Wainer *et al.*, (2016) o modelo de TFE, se foca na relação parental entre os indivíduos e os pais que foram desadaptativos adquiridos ao decorrer da vida do paciente, seja na infância ou adolescência. A TFE visa a alteração afetiva e a construção de uma relação terapêutica através da confrontação empática, onde o terapeuta se empatiza com o sofrimento e o compreende pelas diversas motivações as quais levam ao comportamento. E visa também o enfraquecimento dos esquemas iniciais desadaptativos (EID), que foram desenvolvidos acerca das vinculações disfuncionais com as interações afetivas primeiras, como figuras paternas, por exemplo,

em que as necessidades emocionais mais básicas da criança não foram acolhidas (WAINER *et al.*, 2016).

Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) são conjuntos de crenças nucleares referentes a temas centrais do desenvolvimento emocional. Eles estabelecem padrões comportamentais, cognitivos e emocionais para lidar com tais temas quando estiverem em pauta na vida do indivíduo. A TE afirma que alguns EIDs, em especial aqueles desenvolvidos na infância inicial e decorrentes de experiências negativas, são centrais no aparecimento de transtornos da personalidade e em outras condições mentais (WAINER *et al.*, 2016, p. 29).

Os esquemas são desenvolvidos a partir do histórico de vida do paciente e são conceituados como estruturas cognitivas que orientam e processam as informações recebidas pelo indivíduo, são as representações de padrões de pensamentos que são adquiridos logo no início do desenvolvimento dos indivíduos, os esquemas iniciais desadaptativos são considerados um conjunto de crenças nucleares associadas aos aspectos centrais do curso emocional do indivíduo, que orienta os padrões comportamentais emocionais cognitivos quando o indivíduo vivencia e responde ao temas do cotidiano (WAINER *et al.*, 2016).

A TFE discorre que alguns EDI's, em especial aqueles que são desenvolvidos na primeira infância e que são oriundas de vivências negativas, são basilares no aparecimento do transtorno de personalidade, e outras condições patológicas (YOUNG, 2015). E Silva *et al.*, (2012, p. 200) afirma que “Uma vez identificados, os EID podem ser objetivamente trabalhados com intervenções específicas desenvolvidas para as distorções cognitivas e redução dos sintomas relatados”

A terapia tem como objetivo auxiliar o paciente com TPB a ter as suas necessidades emocionais supridas por meio de um posicionamento ativo, por meio das modificações dos seus EID's, e na sua forma de enfrentamento. O paciente aprende a lidar com seu senso de urgência tendo em vista que foi criança negligenciada de alguma forma, e tende a viver de uma maneira intensa o presente sem compreender o conceito de passado e futuro potencializando uma sensação de impulsividade e urgência.

3. Conclusões

Observou-se que o TPB pode trazer expressivo sofrimento ao paciente. Considerando essa perspectiva, a TCC é de muita relevância no tratamento do TPB, pois conta com um conjunto de técnicas que ajuda o paciente na sua regulação emocional. Assim, a partir do exposto até o momento, existe uma relação entre a emoção e a constituição da personalidade, na qual precisa ser trabalho de modo que o paciente seja mais funcional.

A TCC é uma das formas de tratamento e de alívio dos sintomas no caso de pacientes com TPB, tendo em vista que as emoções é um fator preponderante para a compreensão dessa condição, pois os pacientes com TPB geralmente têm problemas com subregulação da emoção, uma meta e uma constante da terapia é ensinar habilidades de assertividade.

A TCC tem como premissa a alteração crenças do paciente, sendo eficaz no tratamento. Ademais, observou-se que outras terapias fundamentadas na abordagem Cognitiva-Comportamental também são muito eficazes, como a Terapia comportamental-dialética (TCD), sendo aprimoradas especificamente para o TPB.

Foi possível, portanto, o alcance dos objetivos da pesquisa. As abordagens em TCC têm sido cada vez mais ampliadas e aprimoradas, de modo a dispor de ferramentas estratégicas para que a psicoterapia ofereça os benefícios para os pacientes com TPB.

Estudos futuros podem ampliar e melhorar as intervenções nos casos de TPB, essa que tem uma etiologia multideterminada e causa sofrimento ao indivíduo. Portanto, é de consenso entre os autores a eficácia da das abordagens em TCC para o tratamento desses pacientes.

Referências

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5**. 5th.ed. Washington: APA, 2014.

BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F.; EMERY, G. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: Teoria e prática** (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

DEL PRETTE, Zilda AP; DEL PRETTE, Almir. **Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático**. Editora Vozes Limitada, 2018.
file:///C:/Users/User/Downloads/amp,+307-319%20(1).pdf Acesso em 03 de nov. 2023.

FINKLER, Débora Cassiane; SCHÄFER, Julia Luiza; WESNER, Ana Cristina. Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 19, n. 3, p. 274-292, 2017. Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/1068> Acesso em 01 de abr. de 2023.

FIUZA, William Macedo; LHULLIER, Cristina. Possíveis aplicações da técnica de role-play no atendimento a famílias adotantes. **Pensando famílias**, v. 22, n. 2, p. 20-36, 2018.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GONÇALVES, Camila da Silva. **Treinamento de habilidades em DBT para o transtorno de personalidade borderline e sintomas compatíveis em adultos: uma revisão sistemática**. 2022. 22 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Psicologia) - Universidade La Salle, Canoas, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11690/3400> Acesso em: 30/04/2023

GUIMARÃES, Leonardo da Cunha; SIMÕES, Jenifer Nunes; SANTOS, Leandro Alencastro. Efetividade da Terapia Comportamental Dialética para o Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: Uma Revisão da Literatura. **Revista Universo Psi**, v. 1, n. 2, p. 1-16, 2020. Disponível em <http://seer.faccat.br/index.php/psi/article/view/1769> Acesso em 01 de abr. de 2023.

KABAT-ZINN J. **Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center**. New York: Delta, 1990.

KABAT-ZINN J. **Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life**. New York: Hyperion. 1994.

KNAPP, P. Principais técnicas. In: KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre, Artmed, 2004. p. 134-158.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s54-s64, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRJwtn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 01 de abr. de 2023.

LEAHY, Robert L.; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

LINEHAN, M. M. **Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta** [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

MARINHO, Danilo Damata; DA SILVA, Diego. A atuação do psicólogo (a) cognitivo-comportamental no manejo clínico do transtorno da personalidade borderline. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 6, p. 1656-1676, 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10097/4192> Acesso em 06 de ago. de 2023.

MARQUES, Sofia; BARROCAS, Daniel; RIJO, Daniel. Intervenções psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental. **Acta Médica Portuguesa**, v. 30, n. 4, p. 307-319, 2017. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10097/4192> Acesso em 03 de nov. 2023.

MELO, H.P.; BALDOINO, FRR.; MELO, H.P.; ALVES, KR de B.; BALDOINO, LKR.; CUNHA, TBL. Caracterização dos transtornos de personalidade Borderline: Revisão da literatura. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 3, pág. e52510312619, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12619>. Acesso em: 1 abr. 2023

MULULO, Sara Costa Cabral et al. Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 36, n. 6, p. 221-228, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n6/v36n6a02.pdf> Acesso em 03 de nov. 2023.

OLIVEIRA, Letycia Teodoro; BALZ, Mariângela. Terapia Focada em Esquemas no Tratamento do Transtorno Borderline. *In: XXI Semana Universitária e XI Encontro de Iniciação científica*, Unifimes 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/terapia%20focada%20em%20esquemas%20no%20tratamento%20do%20transtorno%20borderline.pdf> Acesso em 03 de nov. 2023.

PASTORE, Edilson; LISBOA, Carolina. Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 139-159, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000200008&lng=pt&nrm=iso. acessos em 06 set. 2023.

PIRES, Jeferson. Regulação Emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 2, p. 355-357, Aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000200017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de nov. 2023.

SANTOS, Sara Martins, MADALENA Tatiana da Silveira Aspectos da Clínica Comportamental Dialética No Tratamento do Transtorno da Personalidade Borderline: Uma Discussão Sobre A Importância Da Autoimagem. **cadernos de psicologia**, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.224-246, jul./dez. 2022 Disponível em: <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/3413/2407> Acesso em 03 de nov. 2023.

SILVA, Jaqueline Garcia da *et al.* Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 199-205, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03 de nov. 2023.

SOUZA, Suellen Santos Coelho; CORRÊA, Andriza Saraiva. Da terapia cognitiva comportamental à terapia de esquemas para o transtorno da Personalidade Borderline. **Disciplinarum Scientiae| Saúde**, v. 20, n. 2, p. 439-446, 2019. Disponível em: <https://pergamum.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2828> Acesso em 06 de set. de 2023.

VAGOS, P. Assertividade e Comportamento Assertivo: a Gestão do Eu, Tu, Nós. **Departamentos de Ciências de Educação, Universidade de Aveiro. Acedido novembro**, v. 12, p. 2013, 2006. Disponível em: https://elearning.iefp.pt/pluginfile.php/49585/mod_scorm/content/0/graphics/assertividade_Paula_Vagos.pdf Acesso em 06 de set. de 2023.

VANDENBERGHE, Luc; SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 35-44, jun. 2006.

WAINER, R. [et. Al]. **Terapia Cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia.** Porto Alegre: Artmed, 2016

WILLIAMS, Mark; PENNAN, Danny. **Atenção plena.** Rio de Janeiro: Sextante, 2015.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado**, p. 15-32, 2018.

YOUNG, Jeffrey E. **Terapia de esquemas.** Desclée De Brouwer, 2015.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. Schema therapy. **New York: Guilford**, v. 254, p. 653-658, 2008.