

Contribuições da terapia comportamental dialética (TCD) no transtorno de personalidade borderline (TPB)

Contributions of dialectical behavior therapy (DBT) to borderline personality disorder (BPD)

Rosana Valinãs Llausas

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Giovanna Cavalcante Bertaglia

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Ligia Perucci Foschine de Oliveira

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Max Ethos Ribeiro Vieira

Universidade Municipal de São Caetano do Sul

RESUMO

Estudos epidemiológicos estimam que entre 10% e 13% da população preenche critérios para transtornos de personalidade. As formas mais severas, como o transtorno de personalidade borderline, marcadas por intensos prejuízos nas relações interpessoais, apresentam prevalência aproximada de 4%. O presente estudo teve como objetivo investigar as contribuições da Terapia Comportamental Dialética (TCD) no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), especialmente no que tange à melhoria da qualidade de vida e eficácia na diminuição dos comportamentos autodestrutivos, impulsividade, instabilidade emocional e melhora das relações interpessoais. Utilizando uma metodologia de revisão bibliográfica, foram analisados artigos científicos no período de 2000 a 2025 de bases de dados como SciELO e periódicos eletrônicos em Psicologia para identificar os efeitos da TCD na regulação emocional e no controle das crises emocionais dos indivíduos que possuem esse tipo de transtorno. Os resultados identificaram melhorias significativas através do desenvolvimento de novas habilidades comportamentais que contribuem para regulação emocional, controle de impulsos, efetividade interpessoal e tolerância ao mal-estar.

Palavras-chave: Desregulação Emocional. Intervenção. Terapia Comportamental Dialética. Transtorno de Personalidade Borderline. Treinamento de Habilidades.

ABSTRACT

Epidemiological studies estimate that between 10% and 13% of the population meets the criteria for personality disorders. The most severe forms, such as borderline personality disorder, marked by intense impairments in interpersonal relationships, have a prevalence of approximately 4%. The present study aimed to investigate the contributions of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in the treatment of Borderline Personality Disorder (BPD), especially with regard to improving quality of life and effectiveness in reducing self-destructive behaviors, impulsivity, emotional instability, and improving interpersonal relationships. Using a literature review methodology, scientific articles from 2000 to 2025 were analyzed from databases such as SciELO and electronic journals in psychology to identify the effects of DBT on emotional regulation and control of emotional crises in individuals with this type of disorder. The results identified significant improvements through the development of new behavioral skills that contribute to emotional regulation, impulse control, interpersonal effectiveness, and tolerance to discomfort.

Keywords: Borderline Personality Disorder. Dialectical Behavior Therapy. Emotional Dysregulation. Intervention. Skills Training.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) se caracteriza por um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais na autoimagem nos afetos, sentimentos crônicos de vazio, medo de abandono e impulsividade acentuada. Essa instabilidade emocional intensa e a dificuldade em regular emoções frequentemente levam os indivíduos a comportamentos autodestrutivos, incluindo automutilação e tentativas de suicídio conforme definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição DSM-5 (*American Psychiatric Association - APA, 2014*).

Sua origem é multifatorial, envolvendo a interação de aspectos genéticos e experiências adversas na infância, como negligência, invalidação e abuso. Os fatores citados contribuem para a desregulação emocional e a impulsividade, desencadeando padrões de desregulação comportamental e dificuldades psicossociais (Lieb *et al.*, 2004). Esse ciclo vicioso reforça ainda mais a instabilidade emocional e a impulsividade, resultando em disfunções cognitivas que afetam as esferas afetiva, comportamental e, conseqüentemente, os relacionamentos interpessoais.

O DSM-5 traz a informação de que os primeiros indícios do TPB geralmente aparecem na adolescência ou início da idade adulta, com os sintomas se manifestando com maior intensidade por volta dos 18 a 25 anos. No entanto, durante a infância, determinados traços de personalidade que podem evoluir para esse transtorno podem ser observados, do mesmo modo que a presença de impulsividade, instabilidade emocional e comportamentos de risco na adolescência pode estar fortemente associada a seu desenvolvimento na vida adulta.

Pesquisas indicam que esses fatores predisponentes estão frequentemente relacionados ao surgimento de sofrimento emocional intenso e comportamentos disfuncionais, impactando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos (ZANARINI *et al.*, 2006; WINOGRAD, COHEN e CHEN, 2008; e JOHNSON *et al.*, 2000). Essas descobertas ressaltam a relevância de intervenções preventivas na juventude, com foco na regulação emocional e no manejo de comportamentos impulsivos.

Estima-se que aproximadamente 10 a 13% da população geral, quando investigada com instrumentos epidemiológicos, preenche os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade. Há uma prevalência de cerca de 4% para as formas mais graves de transtorno de personalidade (incluindo o transtorno borderline, a sociopatia, e outros transtornos de personalidade com intenso distúrbio nas relações interpessoais...) (DALGALARRONDO, 2019, p 281).

A Terapia Comportamental Dialética (TCD), modelo de referência utilizado neste trabalho, baseia-se em uma teoria biossocial e dialética e se utiliza de muitos princípios e procedimentos das terapias cognitivas e comportamentais com práticas de aceitação e mudança. Desenvolvida a partir da década de 1970 pela psicóloga norte-americana Marsha Linehan, inicialmente para tratar pacientes com comportamento suicida crônico, a TCD foca no desenvolvimento e treinamento de habilidades comportamentais, como regulação emocional, controle de impulsos, tolerância ao mal-estar e efetividade interpessoal.

As taxas alarmantes de suicídio e automutilação, junto com a grande instabilidade emocional que os pacientes enfrentam, frequentemente exigem internações. No entanto, essas internações nem sempre garantem melhorias duradouras na saúde dos indivíduos (CHAPMAN e GRATZ, 2007).

Portanto, é essencial investigar como esses sintomas afetam os indivíduos predisponentes ou já diagnosticados com TPB e buscar métodos terapêuticos eficazes, visando aprimorar tanto a prática clínica quanto as aplicações para essa população que enfrenta grandes desafios.

Dada sua complexidade, no que tange aos desafios vivenciados pelos portadores desse transtorno e quanto ao tratamento embasado em evidências, buscou-se investigar como a proficiência da TCD contribui para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, a diminuição dos sintomas e o desenvolvimento de habilidades. A pergunta central que guiou essa pesquisa foi “Quais são as contribuições da TCD no tratamento do TPB e como isso impacta na vida dos pacientes?”

A hipótese principal da pesquisa sugere que a aplicação sistemática da Terapia Comportamental Dialética (TCD) resulta em ajudar os indivíduos na identificação e modificação de padrões desadaptativos comportamentais, instabilidade emocional, relacionamentos interpessoais e na diminuição dos comportamentos autodestrutivos. Com base nas evidências disponíveis, acredita-se na potencial redução dos episódios de crise e melhora nas relações interpessoais dos indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

Como objetivo geral buscou-se analisar as contribuições da TCD no tratamento do TPB e suas implicações na melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes. Alguns dos demais objetivos visados durante a pesquisa foram: observar em artigos científicos quais os resultados alcançados aplicando a TCD na redução dos sintomas de instabilidade emocional; diminuição dos comportamentos autodestrutivos e episódios de crise emocional; desenvolvimento de habilidades de regulação emocional; melhora nas relações interpessoais e redução das comorbidades associadas ao TPB, como ansiedade e depressão.

A justificativa para a realização desta pesquisa está na relevância clínica e social de se aprimorar o tratamento de transtornos complexos como o TPB, ampliando a base de conhecimento sobre abordagens terapêuticas que, comprovadamente, têm impacto positivo na vida dos pacientes.

A relevância da pesquisa no campo da Psicologia se dá pela necessidade de explorar intervenções baseadas em evidências, como a TCD, que contribuam significativamente para a prática clínica e o tratamento de transtornos de personalidade. Esta pesquisa oferece subsídios teóricos e práticos para profissionais que atuam com pacientes de alta complexidade, expandindo o campo de atuação da psicologia clínica.

2 MARCO TEÓRICO

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), os transtornos de personalidade são caracterizados por padrões persistentes de comportamento, cognição e experiência interna que se desviam de forma significativa das expectativas culturais do indivíduo. Esses padrões disfuncionais são inflexíveis, estão presentes em diversas situações e levam a sofrimento ou prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Especificamente, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é classificado no DSM-5 pelo código 301.83 (F60.3), como um transtorno de Personalidade do grupo B. Os indivíduos com TPB são caracterizados por um padrão de instabilidade nas emoções e relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos e impulsividade acentuada. Esse transtorno se manifesta em esforços desesperados para evitar abandonos reais ou imaginários, em uma autoimagem instável, em comportamentos autodestrutivos e em episódios de intensa instabilidade emocional (APA, 2014).

Amplamente reconhecido pela gravidade dos sintomas emocionais e comportamentais, associado a altos índices de suicídio, comportamentos autolesivos e dificuldades crônicas nas relações interpessoais, pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) frequentemente apresentam dificuldades no aprendizado emocional, resultado de ambientes invalidantes vividos durante a infância (LYNCH *et al.*, 2007). Esses ambientes fazem com que os indivíduos ignorem ou distorçam suas próprias emoções e a expressão emocional dos outros (MCMAN *et al.*, 2001).

Frequentemente está associado a comorbidades como depressão maior, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares, o que contribui para a intensificação dos sintomas centrais da desregulação emocional, impulsividade e comportamentos autolesivos. Essas comorbidades não só agravam o sofrimento psíquico como também dificultam o prognóstico e a adesão ao tratamento (BATEMAN e FONAGY, 2016).

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2014), comorbidades associadas como a agorafobia, por exemplo, estão presentes em aproximadamente 50% dos indivíduos diagnosticados com TPB. Além disso, a bulimia nervosa, outro transtorno altamente prevalente, afeta cerca de 25% dos casos, conforme apontado por Sansone e Levitt (2002).

A presença de ansiedade comórbida pode intensificar a instabilidade emocional e a impulsividade, características centrais do TPB, enquanto os transtornos alimentares podem representar um desafio adicional ao tratamento, devido ao elevado risco de comportamentos autolesivos e à possível resistência à intervenção terapêutica. Assim, a coexistência dessas condições demanda abordagens terapêuticas que visem maior eficácia na estabilização emocional e na adesão ao tratamento.

Ademais, o TPB está relacionado a impactos significativos no funcionamento social e ocupacional, levando a dificuldades na manutenção de vínculos interpessoais, baixa estabilidade em empregos e prejuízos acadêmicos, contribuindo para um alto nível de incapacitação social e profissional (LIEB *et al.*, 2004).

Estudos longitudinais sugerem que a presença de impulsividade, instabilidade emocional e comportamentos de risco na adolescência podem estar fortemente associados ao desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) na vida adulta. Pesquisas indicam que esses fatores predisponentes estão frequentemente relacionados ao surgimento de sofrimento emocional intenso e comportamentos autodestrutivos, impactando negativamente a qualidade de vida desses indivíduos (ZANARINI *et al.*, 2006; WINOGRAD, COHEN e CHEN, 2008; e JOHNSON *et al.*, 2000). Essas descobertas ressaltam a relevância de intervenções preventivas na juventude, com foco na regulação emocional e no manejo de comportamentos impulsivos.

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é fundamentada em um modelo biossocial, entendendo que o TPB se desenvolve a partir da interação entre fatores biológicos e fatores ambientais (sociais) ao longo do desenvolvimento da pessoa. A abordagem busca equilibrar aceitação e mudança, oferecendo estratégias de validação emocional enquanto promove habilidades para lidar com crises, regular emoções e melhorar relacionamentos interpessoais integrando a filosofia dialética, a ideia de

que duas verdades aparentemente opostas podem coexistir, como aceitar a si mesmo e mudar. Esse equilíbrio entre aceitação e mudança é fundamental na TCD e visa ajudar os pacientes a reconhecer e lidar com emoções intensas, promovendo tanto a modificação de comportamentos disfuncionais quanto a aceitação de suas experiências e emoções atuais.

O tratamento demanda intervenções estruturadas e de longa duração devido à complexidade do quadro clínico que é marcado por desregulação emocional, impulsividade e comportamentos autodestrutivos (LINEHAN, 1993). A autora enfatiza a necessidade de estabelecer uma aliança terapêutica consistente com definição clara da frequência das sessões e oferta de suporte entre as sessões, como contatos telefônicos em situações de crise. Ademais, destaca a utilização de técnicas específicas de manejo, como a validação emocional, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, estratégias de tolerância ao mal-estar e o treinamento em habilidades interpessoais, elementos centrais no modelo da Terapia Comportamental Dialética, com o objetivo de promover maior estabilidade emocional e prevenir a descontinuidade do tratamento.

A TCD inclui o treinamento em módulos de habilidades que visam proporcionar ao paciente estratégias para lidar com suas emoções e relações interpessoais de forma mais adaptativa. Dentre esses módulos, destaca-se o mindfulness, que ensina os pacientes a se concentrarem no momento presente, identificando, reconhecendo e observando seus pensamentos e emoções sem julgamento. Essa técnica promove uma maior consciência emocional e reduz a reatividade automática aos estímulos externos (LINEHAN, 1993).

Outro módulo essencial da TCD é a validação emocional, que consiste em uma estratégia terapêutica voltada para reconhecer e legitimar as experiências internas do paciente, demonstrando compreensão e aceitação de seus sentimentos e comportamentos no contexto de sua história de vida. Essa abordagem contribui para o fortalecimento da aliança terapêutica, reduz o sofrimento emocional e melhora a receptividade do paciente às intervenções clínicas (LINEHAN, 1993).

O desenvolvimento de habilidades de regulação emocional também é um componente central da TCD. Esse treinamento auxilia o paciente a identificar, compreender e modular suas respostas emocionais, incluindo técnicas para aumentar a consciência emocional, reduzir a vulnerabilidade à emoção intensa e modificar padrões emocionais disfuncionais. Exemplos dessas práticas envolvem o aumento de comportamentos que produzem emoções positivas e a promoção de um estilo de vida equilibrado, minimizando fatores de risco como privação de sono e abuso de substâncias (LINEHAN, 1993).

As estratégias de tolerância ao mal-estar são técnicas voltadas para auxiliar o paciente a enfrentar momentos de sofrimento intenso sem recorrer a comportamentos impulsivos ou autodestrutivos. A TCD ensina habilidades específicas de enfrentamento para situações de crise, promovendo a aceitação e a sobrevivência emocional. Dentre as técnicas empregadas destacam-se o método STOP (Parar, Respirar, Observar e Prosseguir com atenção plena), o uso de distrações saudáveis, acalmar-se por meio dos cinco sentidos e a prática da aceitação (LINEHAN, 1993).

O treinamento em habilidades interpessoais é outro aspecto essencial do tratamento, pois auxilia o paciente a estabelecer e manter relações mais eficazes e saudáveis. A TCD ensina estratégias para assertividade, estabelecimento de limites, resolução de conflitos e preservação da autoestima em interações sociais. Linehan (1993) destaca o protocolo DEAR MAN (Descrever, Expressar, Afirmar, Reforçar, Estar Mindful, Aparecer confiante e Negociar) como um recurso fundamental para a comunicação assertiva, permitindo que os pacientes realizem pedidos e estabeleçam limites de forma respeitosa e eficaz.

Além das técnicas aplicadas em sessão, a TCD também inclui suporte entre sessões, como o contato telefônico estruturado, permitindo que o paciente obtenha orientação em momentos de crise. Esse recurso é essencial para a generalização das habilidades aprendidas na terapia para situações da vida real, prevenindo recaídas e reduzindo comportamentos desadaptativos (LINEHAN, 1993).

No contexto da prática clínica, a TCD se destaca como uma abordagem eficaz para pacientes que apresentam comportamentos autolesivos e crises emocionais frequentes. Essa abordagem possibilita ao paciente aprender a lidar com emoções intensas e desenvolver habilidades de enfrentamento, promovendo uma mudança significativa na qualidade de vida (LINEHAN, 2015). Diante disso, a manutenção do tratamento é essencial para evitar recaídas, pois a descontinuidade terapêutica pode comprometer os avanços conquistados, aumentar o risco de autolesão e reforçar padrões disfuncionais de relação interpessoal (BATEMAN; FONAGY, 2016).

A interrupção do tratamento é um risco significativo para pacientes, visto que muitos apresentam dificuldades na manutenção de vínculos terapêuticos e podem interpretar a descontinuidade como um reforço de suas crenças de rejeição e abandono. A permanência no tratamento é um fator determinante para a melhora clínica, pois permite a consolidação das habilidades adquiridas e a prevenção de recaídas (LIEB *et al.*, 2004).

Dessa forma, a TCD configura-se como uma abordagem terapêutica essencial para o manejo do TPB, promovendo estratégias eficazes para a regulação emocional, aprimoramento das

relações interpessoais e redução dos comportamentos impulsivos e autodestrutivos. A continuidade do tratamento é um fator crítico para o sucesso terapêutico, garantindo que os pacientes desenvolvam habilidades que os auxiliem na construção de uma vida mais estável e funcional.

2. MATERIAL E MÉTODO

Este estudo consistiu-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com delineamento exploratório e abordagem qualitativa e quantitativa. A revisão integrativa permitiu a síntese de múltiplas publicações relevantes sobre um tema específico, oferecendo uma análise sistemática dos resultados obtidos em pesquisas anteriores. O objetivo foi identificar, reunir e analisar produções científicas relacionadas à aplicação da Terapia Comportamental Dialética no tratamento de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline.

A pesquisa foi desenvolvida em etapas sistemáticas, que incluíram: a definição da questão norteadora; o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; a busca e a seleção dos estudos nas bases de dados; a análise e a categorização das informações coletadas; e a apresentação dos resultados. A questão orientadora que guiou a pesquisa foi: “Quais são as evidências científicas sobre o manejo da TCD no tratamento de pacientes com TPB entre os anos de 2000 e 2025?”

A amostra do estudo foi composta por artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares. As fontes de dados foram buscadas em bases eletrônicas reconhecidas pela comunidade científica, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e periódicos específicos da área de Psicologia.

Foram adotados critérios de inclusão bem definidos: incluíram-se publicações entre os anos de 2000 e 2025, redigidas em língua portuguesa, que abordassem diretamente a aplicação da TCD em pacientes com diagnóstico de TPB. Os estudos apresentaram dados empíricos sobre a eficácia, estratégias de manejo e resultados na intervenção. Por outro lado, foram excluídas publicações que não fossem revisadas por pares, estudos que tratassem de outras abordagens terapêuticas sem foco principal na TCD, artigos em outros idiomas, publicações que não fossem estudo de caso e materiais publicados antes do ano 2000.

O processo de coleta dos dados foi realizado entre os meses de janeiro a março de 2025. Inicialmente, utilizaram-se descritores combinados, tais como “Desregulação Emocional”, “Intervenção”, “Terapia Comportamental Dialética”, “Transtorno de Personalidade Borderline”,

“Treinamento de Habilidades”, de acordo com os critérios estabelecidos para pesquisa avançada em cada base de dados.

Após a seleção dos artigos, procedeu-se à leitura exploratória dos resumos para identificação de relevância. Em seguida, foi realizada uma leitura analítica dos textos completos a fim de extrair as informações pertinentes à questão da pesquisa. As informações foram organizadas em quatro sínteses, categorizadas conforme os principais aspectos investigados: estratégias de intervenção, resultados clínicos observados, limitações apontadas nos estudos e direções para pesquisas futuras.

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, mediante a identificação de padrões, convergências e divergências nos achados apresentados. Em alguns casos, quando os estudos apresentaram dados quantitativos, foram destacados resultados estatísticos relevantes, com ênfase na eficácia das estratégias propostas pela TCD no manejo de pacientes com TPB.

O desenvolvimento desta revisão bibliográfica proporcionou um panorama atualizado da produção científica sobre o tema, permitindo a compreensão crítica dos avanços e desafios relacionados à aplicação da TCD em contextos clínicos específicos para o TPB.

O presente trabalho está em conformidade com os princípios éticos, respeitando a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reconhecendo a importância da liberdade de investigação científica e os benefícios decorrentes dos progressos da ciência.

Foram utilizadas fontes bibliográficas que subsidiaram a fundamentação teórica e a contextualização do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), proporcionando uma compreensão abrangente acerca de sua definição, diagnóstico e trajetória histórica. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (APA, 2014) constituiu uma referência central, por apresentar os critérios diagnósticos oficiais do TPB e o enquadramento nos sistemas classificatórios atuais. Ademais, as obras de Marsha Linehan (1993, 2015) sobre a Terapia Comportamental Dialética (TCD) foram fundamentais ao descreverem os princípios e estratégias dessa abordagem no tratamento do TPB. O guia prático elaborado por Bohus e Reicherzer (2017) também se mostrou relevante, por oferecer orientações acessíveis e aplicáveis tanto a pacientes quanto a familiares que convivem com o transtorno.

Os estudos analisados possibilitaram um aprofundamento na compreensão do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e de suas principais abordagens terapêuticas, servindo como base para a construção do referencial teórico e para a formulação das hipóteses deste trabalho. A obra de Cavalheiro e Melo (2016) explora os desafios inerentes à relação terapêutica com pacientes borderline, com ênfase nas estratégias adotadas dentro da Terapia Comportamental Dialética (TCD).

Já Dalgarrondo (2019) contribui com uma descrição detalhada da psicopatologia dos transtornos mentais, incluindo o TPB e suas manifestações clínicas. Esses materiais foram fundamentais para compreender tanto os aspectos psicopatológicos do transtorno quanto às intervenções baseadas em evidências.

Os materiais que foram utilizados incluíram estudos de caso e pesquisas aplicadas que ofereceram dados sobre intervenções de pacientes com TPB, proporcionando uma análise aprofundada sobre os resultados terapêuticos.

Os dados foram coletados, organizados e analisados qualitativamente, com base em critérios como eficácia do tratamento, redução de sintomas e melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Para esta pesquisa foi previsto o uso de materiais como papel, impressão, computadores, tablet, celulares e livros. Esses e outros recursos que se fizeram necessários foram custeados pelos próprios pesquisadores. Inicialmente, a equipe de pesquisa tinha como expectativa o uso de recursos próprios previamente adquiridos.

Tabela 1 – Estudos de Caso

Título	Autor / Ano	Local de Publicação	Site
Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional	Sousa, A.C.A / 2003	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	https://www.rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/76/65
Autolesão e suicibilidade em transtorno de personalidade borderline associado a transtorno de parafilia: um relato de caso	Tavares, T.M.; Orsin, M.; McBenedict, B.; Magnani, M.H.; Araújo, J.C.; Armada L. / 2025	Revista Caribeña de Ciências Sociales	https://www.revistacaribena.com/ojs/index.php/rccs/article/view/4422/3089
O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade borderline	Cunha, O.R.; Vandenberghe L. / 2016	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/download/833/461/3347

Um caso de transtorno de personalidade borderline atendido em terapia comportamental dialética	Gauer, B.F. / 2023	Revista FT	https://revistaft.com.br/um-caso-de-transtorno-de-personalidade-borderline-atendido-em-terapia-comportamental-dialetica/
Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores crônicas	Macedo, B.B.D; Menezes, C.N.B.B.; Gomes, J.M.A; Baes, C.V.W; Juruena, M.F / 2017	Revista de Humanidades	https://ojs.unifor.br/rh/article/view/7476/5547

Fonte: Autores

O procedimento de análise dos artigos selecionados consistiu na compreensão e contextualização do artigo com uma leitura atenta para entender o caso clínico apresentado, identificar o contexto clínico e a relevância do caso na literatura, verificar a justificativa do estudo e sua contribuição para o avanço do conhecimento; avaliar a estrutura e qualidade do relato seguindo critérios de clareza e objetividade, uso de diretrizes apropriadas e apresentação dos dados clínicos; analisar a metodologia utilizada segundo critérios de métodos terapêuticos aplicados e a investigação sobre a presença de vieses ou omissões que poderiam comprometer a interpretação dos dados; considerações éticas como a confirmação da proteção da identidade dos pacientes, cumprimento de normas de privacidade e avaliação do respeito dos princípios éticos e diretrizes de publicações científicas; identificação de implicações clínicas como a reflexão sobre as contribuições dos casos clínicos para a psicologia, a discussão da abordagem terapêutica adotada e a avaliação da aplicabilidade dos achados para outros contextos clínicos; validação e conclusão das reflexões críticas sobre a robustez das evidências apresentadas, análise da coerência entre as conclusões e os dados discutidos nos artigos e a identificação de possíveis limitações e sugestões para pesquisas futuras.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, são expostos os dados obtidos por meio da pesquisa realizada, os quais foram submetidos a análise criteriosa. A interpretação dos resultados foi conduzida com base no referencial teórico previamente estabelecido, possibilitando uma articulação coerente entre os achados empíricos

e as contribuições da literatura científica especializada. A discussão teve como objetivo evidenciar os elementos mais significativos emergentes da investigação, ressaltando suas implicações teóricas e práticas no campo de estudo.

Gênero

Em todos os casos analisados no presente estudo, a totalidade das pacientes apresentava expressão de gênero feminino. Esse achado corrobora os dados epidemiológicos descritos no DSM-5 (APA, 2014), segundo os quais aproximadamente 75% dos indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline são do sexo feminino. Embora o DSM-5 reconheça a possibilidade de diagnóstico em indivíduos de todos os gêneros, os dados sugerem uma prevalência significativamente maior entre mulheres, o que pode refletir fatores psicossociais e biológicos.

Faixa etária

No que se refere à idade, os artigos estudados tiveram como paciente mulheres com idade variando entre 27 a 34 anos. Segundo o DSM-5 (APA, 2014) os primeiros sintomas aparecem na adolescência, apresentando maior intensidade entre os 18 e 25 anos, sendo esse um período crítico para o tratamento. Após os 30 anos, ainda segundo o DSM-5 (APA, 2014), ocorre uma redução na gravidade dos sintomas, devido à maturidade emocional. Em suma, os participantes dos estudos aqui informados estavam no final do período crítico para o diagnóstico e início do tratamento, provavelmente com sintomas mais amenos.

Grau de instrução

Existe menção ao perfil educacional de algumas das participantes dos estudos. Três delas possuem ensino superior como em Sousa (2003), Macedo *et al* (2017) e Gauer (2023). Nos dois primeiros estudos aqui citados as participantes não exercem suas profissões por conta das comorbidades que enfrentam, enquanto no último estudo a participante possui uma formação e exerce sua profissão além de estar cursando sua segunda graduação em psicologia. Nos demais artigos não foram mencionados o grau de instrução das participantes.

Esse dado está em consonância com a literatura, que aponta que, apesar de algumas pessoas com TPB alcançarem altos níveis educacionais, os prejuízos decorrentes do transtorno e de suas comorbidades frequentemente dificultam a manutenção da estabilidade ocupacional e o desenvolvimento profissional, gerando altos índices de incapacitação no âmbito do trabalho e nas relações sociais (LIEB *et al.*, 2004).

Histórico familiar

Em nenhum dos casos estudados houve menção a transtornos psicológicos no histórico familiar. Em todos os casos, exceto em Cunha e Vandenberghe (2016), foi apontado que a família teve, de forma negativa, um papel significativo na vida das participantes, que as fizeram manifestar dificuldades ligadas à autoimagem, necessidade de aceitação e padrões de comportamento dependentes, bem como ausência de suporte emocional e padrões de instabilidade emocional que impactam seus relacionamentos e estão diretamente relacionadas aos sintomas atuais do Transtorno de Personalidade Borderline.

Tal constatação corrobora as evidências apresentadas por LIEB *et al.* (2004), que destacam a influência de experiências adversas na infância — como negligência, invalidação emocional e abuso — como fatores etiológicos relevantes para o desenvolvimento de padrões de desregulação emocional, impulsividade e distorções na percepção de self. Esses comprometimentos psicológicos favorecem a manifestação de comportamentos desadaptativos e acentuam as dificuldades psicossociais, culminando em disfunções cognitivas que comprometem de maneira significativa distintas esferas do funcionamento global do indivíduo.

Sessões por semana, duração do tratamento e características das sessões

Apenas três dos cinco estudos analisados forneceram informações sobre a duração do tratamento psicoterapêutico. No estudo de Sousa (2003), a paciente esteve em acompanhamento por aproximadamente dois anos, com sessões semanais de duas horas, embora o número total de encontros não tenha sido especificado. Cunha e Vandenberghe (2016) relataram a realização de 22 sessões, cada uma com duração de 50 minutos, sem indicar a frequência semanal. Em Macedo *et al.* (2017), o tratamento se estendeu por cerca de 21 meses, com sessões semanais de 45 minutos, mas, assim como nos demais, não foi informado se havia mais de um atendimento por semana. Os outros dois estudos não apresentaram dados sobre o tempo de acompanhamento ou o número de sessões realizadas.

Em todos os casos o atendimento foi individual e ocorreu de forma presencial, exceto em Gauer (2023) o atendimento teve início de forma remota e posteriormente passou para a modalidade presencial. Apenas em Sousa (2003) houve como recurso adicional, a possibilidade da paciente telefonar para a terapeuta entre as sessões. Em Cunha e Vandenberghe (2016) o atendimento ocorreu com um terapeuta e um supervisor clínico, em Macedo *et al.* (2017) o atendimento ocorreu com equipe multidisciplinar que era composta por médico, psicólogo, psiquiatra e neurologista. Nos demais estudos os atendimentos ocorreram com apenas um terapeuta.

A ausência de informações nos estudos de caso quanto à duração do tratamento, à frequência das sessões e à composição das equipes profissionais representa uma limitação relevante, especialmente no contexto da intervenção psicoterapêutica para indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Considerando a complexidade diagnóstica e as particularidades do manejo clínico desse transtorno, torna-se essencial a adoção de protocolos adaptados, estruturados e de longa duração. Conforme destaca Linehan (1993), o TPB é caracterizado por padrões crônicos de desregulação emocional, impulsividade e comportamentos autolesivos, exigindo, portanto, um planejamento terapêutico contínuo e sistematizado.

Sintomas/Queixas iniciais

Nos estudos de Sousa (2003), Gauer (2023) e Macedo *et al.* (2017), as participantes iniciaram o processo terapêutico com queixas clínicas diversas, não diretamente associadas ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), como agorafobia, bulimia, sintomas relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e dores crônicas. Tais manifestações foram identificadas e tratadas ao longo das primeiras sessões, sendo posteriormente compreendidas como comorbidades associadas ao TPB. Por outro lado, nos estudos de Tavares *et al.* (2025) e Cunha e Vandenberghe (2016), o início do acompanhamento psicoterapêutico ocorreu a partir de sintomas diretamente compatíveis com os critérios diagnósticos do TPB, conforme descrito no DSM-5 (APA, 2014), tais como autolesão, ideação suicida, comportamentos sexuais de risco, ansiedade, sensação de vazio e agressividade.

Destaca-se também que o DSM-5 (APA, 2014) menciona que, durante a adolescência, podem surgir sintomas de instabilidade emocional intensa, impulsividade, dificuldade em relacionamentos e sentimentos crônicos de vazio. Já entre os 18 e 25 anos é crescente o risco de comportamentos autodestrutivos, automutilação e tentativas de suicídio. Desta forma os comportamentos descritos podem ser entendidos como sintomas persistentes, visto que a faixa etária estudada foi dos 27 aos 34 anos.

Comorbidades

Nos estudos de Sousa (2003) e Macedo *et al.* (2017), as participantes iniciaram o processo terapêutico com demandas clínicas distintas do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Conforme apontado pela APA (2014), é comum que o TPB ocorra em comorbidade com outros transtornos, o que pode dificultar o diagnóstico e o manejo clínico adequado.

A participante do estudo de Sousa (2003) apresentou, inicialmente, diagnóstico de agorafobia, classificada como um transtorno de ansiedade pela APA (2014) e frequentemente observada em

indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline, com prevalência estimada em aproximadamente 50% dos casos. Além disso, a paciente relatou episódios de bulimia nervosa, outra comorbidade comumente associada ao TPB, afetando cerca de 25% dos pacientes, conforme apontam Sansone e Levitt (2002). A presença de transtornos ansiosos pode intensificar a instabilidade emocional e a impulsividade características do TPB, enquanto os transtornos alimentares tendem a dificultar o curso terapêutico, elevando o risco de comportamentos autolesivos e contribuindo para a resistência ao tratamento.

No estudo de Macedo *et al.* (2017), a participante apresentava como comorbidades fibromialgia e transtorno depressivo maior. Embora não haja evidências consistentes na literatura que estabeleçam uma correlação direta entre fibromialgia e Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), a presença concomitante dessas condições pode intensificar o sofrimento subjetivo e comprometer a adesão ao tratamento. Já a depressão, por sua vez, é amplamente reconhecida como uma comorbidade frequente em indivíduos com TPB, sendo que mais de 80% deles experienciam ao menos um episódio depressivo maior ao longo da vida (Zanarini *et al.*, 1998). A presença de quadros depressivos está frequentemente associada a uma maior gravidade dos sintomas e ao aumento do risco de suicídio, tornando o manejo clínico ainda mais desafiador.

Intervenções

Linehan (1993) destaca determinadas técnicas específicas como elementos centrais da TCD em intervenções clínicas, como a validação emocional, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, estratégias de tolerância ao mal-estar e o treinamento em habilidades interpessoais, com o objetivo de promover maior estabilidade emocional.

As técnicas de regulação emocional com foco no controle de impulsos, regulação de emoções intensas e estratégias para evitar crises em conjunto com mindfulness foram observadas nas participantes de Gauer (2023) e Macedo *et al* (2017), sendo a última, em específico, com um intuito de ajudar na gestão de dores crônicas e na impulsividade advinda do Borderline.

O treinamento de habilidades sociais e assertividade foi mencionado nos casos de Sousa (2003), Cunha e Vandenberghe (2016) e Gauer (2023) com finalidades diferentes: para a primeira participante foi essencial para lidar com a dificuldade dela em dizer "não", para a segunda participante foi utilizado para ajudá-la a estabelecer relações mais estáveis e, para a última, para ajudá-la a se relacionar de forma mais autêntica e a reduzir o medo da rejeição.

A psicoeducação sobre o Transtorno de Personalidade Borderline foi aplicada nos estudos de Sousa (2003), Tavares *et al* (2025), Gauer (2023) e Macedo *et al* (2017) auxiliando na explicação do

transtorno, no entendimento dos sintomas e, em específico para as participantes de Gauer (2023) e Macedo *et al* (2017), foi usada também para discutir o impacto do uso de substâncias e transtornos associados ao TPB, sendo o uso de substâncias ilícitas um fator agravante para os sintomas e tratamento do TPB. Em nenhum caso foi relatado a psicoeducação familiar.

A intervenção farmacológica foi empregada em três dos cinco casos analisados, por meio da administração de diferentes classes de psicofármacos, conforme as necessidades clínicas específicas de cada participante.

No estudo de Tavares *et al.* (2025), a paciente foi submetida a um regime medicamentoso composto por fluoxetina, inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS); quetiapina, antipsicótico atípico com propriedades estabilizadoras do humor; e clonazepam, benzodiazepínico de ação rápida com efeitos ansiolíticos e sedativos. A associação desses fármacos compôs um plano terapêutico direcionado ao manejo de sintomas depressivos e ansiosos, estabilização do humor, redução de sintomas psicóticos e melhora da qualidade do sono.

No estudo de Gauer (2023), a farmacoterapia incluiu lítio, estabilizador clássico do humor com eficácia na prevenção de episódios maníacos e depressivos, em associação ao escitalopram, também classificado como ISRS. Essa combinação teve como objetivo a potencialização dos efeitos antidepressivos, a prevenção de recaídas depressivas e a redução do risco de suicídio, especialmente em contextos marcados por sintomatologia afetiva significativa.

Por sua vez, no estudo de Macedo *et al.* (2017), a paciente foi medicada com fluoxetina, atuando na modulação da neurotransmissão serotoninérgica, e flurazepam, benzodiazepínico hipnótico de longa duração com ação depressora do sistema nervoso central. O esquema terapêutico proposto visava ao manejo da sintomatologia depressiva e da insônia, promovendo também a redução da ansiedade e a melhora no padrão de sono.

Além das intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas, observou-se o monitoramento sistemático e a prevenção de comportamentos de risco em diferentes contextos clínicos. Esses comportamentos incluíram impulsividade e episódios de autolesão (Tavares *et al.*, 2025), manifestações agressivas associadas a dificuldades interpessoais (Cunha & Vandenberghe, 2016) e uso abusivo de substâncias psicoativas, aliado à impulsividade emocional (Gauer, 2023). As estratégias adotadas em cada caso buscaram a contenção de riscos imediatos à integridade física das pacientes, bem como a redução de padrões comportamentais disfuncionais recorrentes.

Adicionalmente, foram identificadas intervenções específicas e direcionadas conforme a complexidade e particularidade dos quadros clínicos. No estudo de Sousa (2003), foi empregada a

técnica de Exposição ao Vivo, com o objetivo de tratar sintomas de agorafobia. Cunha e Vandenberghe (2016) utilizaram o Diagrama da Matrix, ferramenta oriunda da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), como recurso para promover maior consciência sobre padrões comportamentais e valores pessoais. No mesmo estudo, foi aplicada a técnica STOP, uma estratégia de autorregulação utilizada para interromper respostas impulsivas, auxiliando a paciente a agir de forma mais deliberada. No caso analisado por Gauer (2023), recorreu-se à modelagem comportamental como técnica de reforço gradual, incentivando mudanças progressivas no repertório da paciente. Por fim, no estudo de Macedo *et al.* (2017), foram utilizadas técnicas de Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) e escalas clínicas para avaliação da dor, incluindo a Escala Visual Analógica (EVA) e o Índice de Dor Generalizada (WPI), considerando a presença concomitante de sintomas depressivos e quadro de fibromialgia.

Ferramentas terapêuticas utilizadas

Linehan (2015) ressalta que a escolha e aplicação de ferramentas terapêuticas é fundamental para a adaptação do tratamento às necessidades individuais dos pacientes, garantindo maior eficácia na modificação de padrões desadaptativos. A análise das ferramentas terapêuticas utilizadas nos casos clínicos permite compreender a diversidade de abordagens aplicadas para o tratamento de transtornos emocionais e comportamentais.

No estudo de Sousa (2003), destacaram-se estratégias como a autorrevelação da terapeuta, utilizada com o objetivo de evidenciar os impactos emocionais das agressões na relação terapêutica, e a formalização de um contrato terapêutico verbal, que visava ao comprometimento da paciente com o processo. A partir desse acordo, a cliente foi orientada a analisar cadeias comportamentais e implementar novas estratégias para reduzir comportamentos agressivos, tanto direcionados a si quanto a terceiros. Durante o processo, foram enfrentadas resistências, como interrupções de sessões, baixa adesão e reações agressivas, o que demandou adaptações na postura da terapeuta, incluindo explicações mais sistemáticas sobre as intervenções. Buscou-se, ainda, a construção de uma relação terapêutica estável e respeitosa, com foco na validação específica para relações interpessoais. Como resultado, a paciente apresentou avanços na tolerância e na gestão de seus vínculos ao longo do tratamento.

Em Gauer (2023), a terapeuta utilizou estratégias de engajamento em atividades sociais como recurso terapêutico, incentivando a paciente a participar de práticas como yoga, pole dance e roller, com o objetivo de promover maior integração social e senso de pertencimento. Simultaneamente, foi abordada uma crença central disfuncional — "Eu não posso ser quem sou porque sou errada" —

relacionada ao medo de inadequação, característica frequentemente presente em quadros de transtorno de personalidade borderline. Também foram exploradas alternativas comportamentais frente a padrões impulsivos e de isolamento, promovendo substituições por atividades mais adaptativas. Além disso, foi realizado treinamento para identificação e nomeação de emoções, dada a dificuldade relatada pela paciente nesse domínio. Assim como no caso de Sousa (2003), empregou-se o processo de validação emocional com base nos seis níveis propostos por Linehan (2015), incluindo a leitura de sinais não verbais e a promoção de uma relação terapêutica marcada pela equidade e empatia.

No caso de Macedo *et al.* (2017), verificou-se a necessidade de enfrentamento da resistência terapêutica, especialmente intensificada com o início do processo pré-operatório para cirurgia bariátrica. A adesão ao tratamento foi promovida por meio da flexibilização do formato das sessões, visando maior acessibilidade e engajamento da paciente. Considerando o diagnóstico de fibromialgia, foi realizada uma intervenção voltada à percepção da dor crônica, com enfoque psicossocial, buscando promover aceitação e manejo mais funcional da dor no contexto do acompanhamento psicológico.

Relação terapêutica

Linehan (1993) ressalta que a consistência e continuidade do vínculo terapêutico são fundamentais para a promoção de mudanças significativas em pacientes com TPB. A literatura também destaca a necessidade de estabelecer com clareza a frequência das sessões, incluir formas de suporte entre encontros e, quando necessário, adotar equipes multiprofissionais que ampliem os recursos clínicos e previnam descontinuidades no tratamento (Cavalheiro & Melo, 2016).

No estudo de Sousa (2003), quando iniciadas as intervenções com foco em resolução de problemas, a paciente passou a relatar dificuldades interpessoais relacionadas à terapeuta, reconhecendo nela a única relação íntima em sua vida. Relatou medo de incomodar a terapeuta, inclusive quando lhe foi oferecida a possibilidade de contato telefônico entre as sessões. Tal relação evocava antigos sentimentos de perda. Com o encerramento do tratamento devido à mudança de país da terapeuta, a paciente manifestou compreensão da situação e demonstrou disposição para dar continuidade ao processo com outra profissional.

Em Cunha e Vandenberghe (2016), foram identificadas três categorias que impactaram a relação terapêutica: (1) agressões e autoagressão, que geravam tensão na terapeuta; (2) falta de engajamento, manifestada por resistência às intervenções; e (3) polarização, caracterizada por percepções dicotômicas da terapeuta e de si mesma. Essas experiências suscitaram sentimentos de

frustração, fracasso e insegurança na terapeuta, levando à adoção de novas estratégias, como a autorrevelação e a construção de uma imagem integrada do vínculo terapêutico.

No estudo de Gauer (2023), a paciente apresentou distanciamento emocional e hostilidade em sessão, levando a terapeuta a reconhecer reações contratransferências. O suporte em supervisão permitiu o manejo adequado dessas emoções, mantendo a empatia e a continuidade do atendimento.

Em Macedo *et al* (2017), a paciente demonstrou forte resistência, frequentemente justificando ausências com referências à dor crônica. Notou-se um padrão de ambivalência, com piora na percepção da dor em momentos de confronto terapêutico. Posteriormente, reconheceu que sua dor estava relacionada às reações emocionais e valorizou a importância do vínculo terapêutico em sua evolução.

Tavares *et al.* (2025), não forneceram informações detalhadas sobre a relação terapêutica, limitando-se a indicar adesão irregular à TCD. Tal omissão configura uma lacuna relevante, dado que a literatura especializada aponta a qualidade do vínculo como um dos principais preditores de sucesso terapêutico em casos de TPB.

Manutenção após o término do estudo de caso

Linehan (1993) destaca que a continuidade do tratamento é fundamental para a consolidação das habilidades desenvolvidas e para a prevenção de recaídas em pacientes com TPB, especialmente devido à instabilidade emocional que caracteriza o transtorno.

Nos estudos de Sousa (2003) e Gauer (2023), observou-se que as pacientes permaneceram em acompanhamento psicoterapêutico após o encerramento formal dos relatos clínicos. Contudo, não foram fornecidas informações adicionais sobre a evolução terapêutica nesse período, o que limita a avaliação da eficácia a longo prazo.

Em Cunha e Vandenberghe (2016), foi realizada uma sessão de acompanhamento (follow-up) um mês após o término da terapia. A paciente demonstrou manutenção dos ganhos terapêuticos, capacidade de aplicar as estratégias aprendidas a novos desafios e compreensão sobre a possibilidade de recaídas, o que sugere internalização efetiva das habilidades desenvolvidas.

No caso de Tavares *et al.* (2025), não houve menção à continuidade do tratamento após o encerramento do estudo. Zanarini *et al.* (2006) apontam que a ausência de acompanhamento sustentado pode resultar na recorrência dos sintomas e no agravamento das dificuldades interpessoais.

Em Macedo *et al.* (2017), a paciente apresentou baixa adesão ao tratamento, abandonando-o em diversas ocasiões. A descontinuidade foi atribuída à resistência à abordagem terapêutica e a

fatores emocionais ligados ao medo de abandono. A equipe optou pelo encerramento do acompanhamento diante da ausência de comprometimento, o que reforça os desafios de adesão enfrentados por pacientes com TPB (Lieb *et al.*, 2004).

Esses achados reforçam a importância de estratégias de manutenção e seguimento terapêutico, considerando a natureza crônica do TPB e os riscos associados à interrupção prematura do tratamento.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar as contribuições da Terapia Comportamental Dialética (TCD) no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), considerando sua eficácia na redução de sintomas e na melhoria significativa da qualidade de vida dos pacientes. Para tanto, foram investigados diversos aspectos clínicos e terapêuticos, incluindo a eficácia da TCD na redução dos sintomas de instabilidade emocional, a diminuição dos comportamentos autodestrutivos, o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, a melhora nas relações interpessoais e a redução das comorbidades associadas ao TPB, como ansiedade e depressão. Com base nos dados analisados, foi possível verificar que a TCD apresenta resultados positivos e consistentes na estabilização emocional e na promoção de um funcionamento mais adaptativo para os indivíduos diagnosticados com TPB.

No que se refere aos principais achados, observou-se que a maioria dos pacientes analisados era do gênero feminino e apresentava uma faixa etária entre 27 e 34 anos que não se encontravam mais na fase crítica, de acordo com a literatura, que aponta uma maior incidência do TPB em mulheres e uma manifestação mais intensa dos sintomas na fase jovem-adulta entre 18 e 25 anos. Quanto ao grau de instrução, alguns participantes possuíam ensino superior, mas, em determinados casos, enfrentavam dificuldades na manutenção do trabalho devido aos impactos das comorbidades associadas. No que tange ao histórico familiar, constatou-se que, embora não houvesse menção direta a transtornos psicológicos nos familiares, a influência de ambientes invalidantes e experiências adversas na infância teve um papel significativo no desenvolvimento dos sintomas. Com relação ao tratamento, os estudos analisados demonstraram variações na duração e na frequência das sessões, evidenciando a importância da estruturação e da continuidade do atendimento terapêutico. Além disso, verificou-se que a intervenção medicamentosa foi um recurso utilizado em alguns casos, auxiliando na estabilização emocional e no manejo de sintomas depressivos e ansiosos.

As contribuições deste estudo para a Psicologia são notáveis, uma vez que reforçam a relevância da TCD como abordagem baseada em evidências para o tratamento do TPB. A pesquisa proporciona uma compreensão sobre as estratégias terapêuticas eficazes na redução de sintomas e na promoção de um funcionamento mais equilibrado para os indivíduos com TPB. Além disso, os achados contribuem para a prática clínica ao enfatizar a importância de técnicas como a validação emocional, o treinamento em habilidades interpessoais e a tolerância ao mal-estar, permitindo que profissionais da área aprimorem suas intervenções e ampliem as possibilidades terapêuticas no manejo do transtorno.

Durante a realização deste estudo, algumas dificuldades foram encontradas, principalmente no que diz respeito à escassez de informações detalhadas sobre a duração e a estrutura dos tratamentos nos estudos analisados e de estudos que levantem dados sobre outras faixas etária, principalmente na fase mais crítica em que o transtorno de personalidades Borderline se manifesta. A falta de padronização nos relatos clínicos também dificultou a comparação entre os casos, limitando a generalização dos achados. Além disso, a resistência de alguns pacientes ao tratamento e a alta taxa de descontinuidade terapêutica foram fatores que impactaram a obtenção de resultados mais robustos.

Tratando-se da Terapia Comportamental Dialética, deixa-se a crítica referente à falta de estudos independentes, que não estejam ligados à criadora do método e que tenham relevância científica, pesquisas que contemplem os componentes isolados da TCD, que ajudem a estudar melhor sua efetividade terapêutica e que a compare com outras psicoterapias, como por exemplo as terapias de terceira onda da Psicologia Cognitiva Comportamental. Também pode-se contrapor o equilíbrio entre aceitação e mudança na prática clínica da TCD, o fato da terapia ser altamente protocolar, estruturada e intensiva, podendo assim levar a uma prática menos centrada no paciente e, por fim, o fato de ser uma terapia ainda em desenvolvimento e maturação.

Diante dos desafios identificados, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a análise da efetividade da Terapia Comportamental Dialética (TCD) a longo prazo, investigando com maior detalhamento a adesão ao tratamento e os fatores associados à sua interrupção. Além disso, a realização de estudos com amostras mais amplas e diversificadas em termos de faixa etária, especialmente durante períodos críticos do desenvolvimento, permitiria uma compreensão mais abrangente do impacto da TCD em distintos contextos clínicos e culturais.

Adicionalmente, é fundamental que novas pesquisas examinem traços de personalidade observáveis na infância que possam predispor ao desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), uma vez que a identificação precoce desses fatores possibilita intervenções mais

eficazes. Por fim, investigações sobre o papel do suporte familiar no tratamento do TPB podem fornecer subsídios essenciais para a formulação de intervenções mais integradas, favorecendo a eficácia terapêutica e a manutenção dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed.** Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **What is Borderline Personality Disorder?** Disponível em: <https://www.psychiatry.org/News-room/APA-Blogs/What-is-Borderline-Personality-Disorder>. Acesso em: set. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

BATEMAN, A.; FONAGY, P. **Tratamento baseado na mentalização para transtorno de personalidade borderline: manual do terapeuta.** Porto Alegre: Artmed, 2016.

BOHUS, M.; REICHERZER, M. **Como lidar com o transtorno de personalidade borderline: guia prático para familiares e pacientes. 5. ed.** São Paulo: Hogrefe, 2017.

CAVALHEIRO, C. V.; MELO, W. V. **Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 579-595, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P579>. Acesso em: set. 2024.

CHAPMAN, A. L.; GRATZ, K. L. **The borderline personality disorder survival guide: everything you need to know about living with BPD.** Oakland: New Harbinger Publications, 2007. p. 15.

CROWELL, S. E.; BEAUCHAINE, T. P.; LINEHAN, M. M. **A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory.** Psychological Bulletin, v. 135, n. 3, p. 495-510, 2009.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

JOHNSON, J. G. *et al.* **Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood.** Archives of General Psychiatry, v. 56, n. 7, p. 600-606, 2000.

LIEB, K. *et al.* **Borderline personality disorder.** Lancet, v. 364, p. 453-461, 2004.

LINEHAN, M. M. **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.** New York: Guilford Press, 1993.

LINEHAN, M. M. **Tratamento de transtorno de personalidade borderline: a terapia comportamental dialética**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LINEHAN, M. M. **DBT skills training manual**. New York: Guilford Press, 2015.

LYNCH, T. R. *et al.* **Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder**. Annual Review of Clinical Psychology, v. 3, n. 1, p. 181-205, abr. 2007.

MCMAN, S.; KORMAN, L. M.; DIMEFF, L. **Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation**. Journal of Clinical Psychology, v. 57, n. 2, p. 183-196, 2001.

SANSONE, R. A.; LEVITT, J. L. **Prevalence of personality disorders among patients with eating disorders**. Eating Disorders, v. 10, n. 1, p. 16-23, 2002.

WINOGRAD, G.; COHEN, P.; CHEN, H. **Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years**. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 49, n. 9, p. 933-941, set. 2008.

ZANARINI, M. C. *et al.* **Axis I comorbidity of borderline personality disorder**. American Journal of Psychiatry, v. 155, n. 12, p. 1733-1739, dez. 1998.

ZANARINI, M. C. *et al.* **Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder**. American Journal of Psychiatry, v. 163, n. 5, p. 827-832, maio 2006.