



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

CAROLINA MOYSES MULLER CHAVES

A EFICÁCIA DA TCC CLÁSSICA E DA DBT PARA PESSOAS COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Rio de Janeiro

2025

CAROLINA MOYSES MULLER CHAVES

**A EFICÁCIA DA TCC CLÁSSICA E DA DBT PARA PESSOAS COM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Luciana Brooking Teresa Dias

Rio de Janeiro
2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a todos que caminharam ao meu lado durante essa jornada e tornaram possível a realização deste trabalho. À minha orientadora, cujo apoio e rigor foram essenciais para a construção deste trabalho. Ao meu namorado, Gustavo, por ser um exemplo diário de empenho, determinação e foco, por acreditar em mim, mesmo quando eu duvidava. À minha avó Zenilce, exemplo de bondade e dona do coração mais puro que já tive o privilégio de conhecer. À minha avó Marina, que me ensinou a olhar o mundo com curiosidade, leveza e alegria, mostrando sempre o lado feliz e divertido da vida. À minha dinda, Paula, que sempre me apoiou e incentivou ao longo desta caminhada, além do carinho constante. À minha prima, Luisa, por ser um grande exemplo de perseverança e dedicação, sempre me incentivando a correr atrás dos meus sonhos. Às minhas amigas e colegas de profissão, que tornaram o percurso mais leve e prazeroso; sem vocês, o caminho até aqui não teria sido tão rico, divertido e cheio de aprendizados. À minha psicóloga, Ana Carolina, por despertar em mim a curiosidade e o desejo genuíno de cuidar do outro, da mesma forma profunda e generosa com que cuidou de mim. À minha supervisora, Aline Romani, por me orientar com tanto carinho, segurança e profissionalismo e por fazer com que eu me apaixonasse ainda mais pela clínica. Ao meu irmão, Eduardo, cuja presença divertida torna meus dias mais leves e menos solitários, trazendo sempre a alegria e o apoio que me acompanharam nesta jornada. E, principalmente, aos meus pais, Preta Moyses e Joca Muller, por serem os melhores pais que eu poderia ter. Obrigada por me apoiarem em cada escolha, por estenderem a mão nos momentos mais difíceis, e por todo amor, carinho e paciência. Sou imensamente grata por tudo o que fizeram e fazem por mim. Tenho um orgulho enorme de ser filha de vocês. Por fim, agradeço aos meus pacientes e à Psicologia, que despertam em mim, todos os dias, uma profunda paixão pelo cuidado, pela escuta e pela singularidade de cada pessoa.

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição psiquiátrica grave associada a disfunções emocionais, interpessoais e cognitivas que comprometem o desenvolvimento emocional e aumentam a vulnerabilidade a estressores. Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental surge como uma abordagem favorável para seu tratamento, sobretudo a Terapia Comportamental Dialética, uma vertente da TCC que combina estratégias de mudança com técnicas de aceitação e validação emocional. O objetivo desse estudo foi investigar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) clássica e da Terapia Comportamental Dialética (DBT) na redução de sintomas e na melhora do funcionamento psicológico e social de indivíduos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Por meio de uma revisão integrativa da literatura nas bases Google Acadêmico, MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS, foram selecionados estudos que abordassem a aplicação da TCC de Beck e da DBT em adultos com TPB. Os resultados evidenciaram que ambas as abordagens se mostraram eficazes na promoção de estabilidade emocional, no desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas e na melhora da qualidade de vida. A TCC clássica se destacou por favorecer a reestruturação de crenças disfuncionais e modificação de padrões de pensamento e comportamento, enquanto a DBT integra técnicas de aceitação e mudança, demonstrando resultados superiores em casos de desregulação emocional severa, consolidando-se como tratamento de referência para TPB. Conclui-se que a TCC e a DBT são terapias eficazes e complementares, contribuindo de maneira expressiva para o manejo clínico de TPB. A continuidade de estudos sobre o tema é essencial para o aprimoramento das práticas terapêuticas e para a ampliação do acesso a tratamentos baseados em evidências.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia Comportamental Dialética; Transtorno de Personalidade Borderline.

SUMÁRIO

1 Introdução	5
2. Método	7
3. Referencial Teórico	
3.1 Personalidade	11
3.2 Transtorno de Personalidade Borderline	12
3.3. Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica	17
3.4 Terapia Comportamental Dialética	20
4. Considerações Finais	23
5. Referências Bibliográficas	25

1- INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição psiquiátrica grave que envolve dificuldades marcantes na regulação emocional, nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e no controle de impulsos, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos, sendo associado a altas taxas de comorbidades, tentativas de suicídio e instabilidade emocional. Esse quadro interfere de maneira intensa no cotidiano das pessoas diagnosticadas, refletindo-se nas suas interações sociais e em sua qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2014). Dados estatísticos da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) indicam que aproximadamente 6% da população mundial é afetada pelo TPB e que, no Brasil, 10% dos indivíduos diagnosticados com o transtorno acabam cometendo suicídio, evidenciando a urgência de abordagens de tratamento eficazes (Batista, 2021).

Diante desse cenário, compreender a origem e os fatores de risco associados ao TPB torna-se essencial para a construção de estratégias terapêuticas mais eficazes. Nesse contexto, a infância surge como um período crucial para o desenvolvimento das funções cognitivas, comportamentais e emocionais do indivíduo. Traumas ou eventos significativos nessa fase podem comprometer o desenvolvimento infantil, resultando em alterações neuropsicológicas que aumentam a vulnerabilidade da criança a estressores externos (Rebeschini, 2017). Os autores acrescentam que essas mudanças podem influenciar o desenvolvimento da personalidade e modificar o sistema de respostas ao estresse, contribuindo, assim, para o surgimento de transtornos psiquiátricos na vida adulta, incluindo o TPB.

Diversos estudos sugerem que traumas vividos durante a infância, como abuso físico, sexual, emocional e situações de negligência, estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de personalidade, especialmente o TPB (Ferreira et al., 2018). Além disso, padrões parentais disfuncionais e controladores exercem forte impacto na formação das percepções e crenças do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo ao seu redor, potencializando a vulnerabilidade do transtorno (Schestatsky, 2005).

Considerando o papel central que os padrões de pensamento e crenças disfuncionais desempenham no desenvolvimento e manutenção do TPB, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) surge como uma abordagem promissora para o tratamento deste

transtorno. Desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960 e inspirada no Behaviorismo de John B. Watson, a TCC foi concebida inicialmente como um tratamento breve para depressão, mas evoluiu nas décadas seguintes para se consolidar como um modelo de tratamento eficaz para diversos transtornos mentais, incluindo o TPB. Essa abordagem tem como foco a identificação e modificação de padrões disfuncionais, promovendo mudanças na forma como o indivíduo interpreta e reage às suas experiências, contribuindo para uma melhor regulação emocional e qualidade de vida (Beck, 1997). Na prática clínica, o mesmo ocorrerá na aplicação ao TPB. Para isso, a TCC trabalha com avaliação de crenças centrais e intermediárias, propondo mudanças que favorecem a regulação emocional e diminuem comportamentos autodestrutivos (Linehan, 2019).

Contudo, ao aplicar a TCC tradicional em pacientes com TPB, especialmente aqueles com ideação suicida crônica ou comportamentos parassuicidas, a psicóloga Marsha Linehan percebeu limitações importantes. Muitos desses pacientes não respondiam bem a uma abordagem centrada exclusivamente na mudança, sentindo-se frequentemente invalidados ou julgados, o que comprometia o engajamento terapêutico (Linehan, 2019). Diante disso, Linehan desenvolveu, a partir do final dos anos 1980, a Terapia Comportamental Dialética (DBT), uma vertente da TCC que integra técnicas de aceitação e validação emocional, derivadas de práticas de mindfulness e da filosofia dialética. A DBT se destaca por equilibrar estratégias de mudança com estratégias de aceitação, partindo da premissa de que a transformação psicológica exige tanto reconhecimento da realidade como ela é quanto o compromisso ativo com a mudança.

Essa reformulação teórica e prática foi fundamentada na Teoria Biossocial, também desenvolvida por Linehan, a partir de contribuições da teoria de Beck (Linehan, 2019). Essa teoria serve como base conceitual da DBT e busca explicar o desenvolvimento e a manutenção do TPB por meio da interação entre fatores biológicos e ambientais. De acordo com essa perspectiva, indivíduos com TPB possuem uma vulnerabilidade inata, ou seja, são mais sensíveis a estímulos emocionais, tendem a reagir de forma intensa e demoram mais tempo para recuperar seu equilíbrio emocional após uma ativação. A autora aponta que essa predisposição biológica, que pode ter origens genéticas ou neurobiológicas, não é suficiente, por si só, para causar o transtorno. Ela acrescenta que é necessário um segundo componente: a exposição a um ambiente invalidante, que desvaloriza ou penaliza as expressões emocionais do indivíduo, dificultando o desenvolvimento de habilidades adequadas de autorregulação emocional.

Observa-se relevância social e científica, no entanto existe uma lacuna pela escassez de estudos originais recentes abordando o tema. Torna-se importante compreender e aprimorar as intervenções terapêuticas para esse grupo. Além disso, espera-se que os resultados possam ampliar as formulações teóricas e práticas sobre o TPB e o papel da TCC e da DBT, identificando como essas abordagens podem beneficiar os pacientes, fornecendo uma base para possíveis adaptações terapêuticas.

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e da Terapia Comportamental Dialética (DBT) no tratamento de pacientes diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A partir da revisão da literatura recente, pretende-se analisar em que medida essas abordagens psicoterapêuticas contribuem para a promoção da regulação emocional e a redução dos sintomas do TPB.

2- MÉTODO

Este trabalho é uma revisão integrativa da literatura, conduzida com o objetivo de reunir e analisar criticamente a produção científica disponível sobre a eficácia das Terapias Cognitivo-Comportamentais para o Transtorno de Personalidade Borderline.

A questão norteadora da revisão foi: “A Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Comportamental Dialética são eficazes na redução de sintomas e na melhora do funcionamento psicológico e social para pessoas com Transtorno de personalidade borderline?” elaborada com base na estratégia PICO. As buscas foram realizadas nas bases de dados Google Acadêmico, MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS, além de buscas diretamente nas revistas: Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Terapias Cognitivas-Comportamentais. Também foram utilizadas obras da autora Marsha Linehan. Essa pesquisa foi realizada entre os meses de março e novembro de 2025. Utilizaram-se os seguintes descritores controlados e seus correspondentes em inglês, combinados com operadores booleanos: Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia Comportamental Dialética; Transtorno de Personalidade Borderline.

Foram incluídos artigos originais, disponíveis na íntegra, desde 2019, nos idiomas português BR e inglês, que respondessem à pergunta de pesquisa. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor, estudos duplicados e artigos cujo foco principal não fosse a Terapia Cognitivo-Comportamental, a Terapia Comportamental Dialética e o Transtorno de

Personalidade Borderline. Também foram excluídos estudos sobre comorbidades ao TPB, pesquisa com crianças e adolescentes, e artigos voltados a dependências químicas ou comportamentais. Foram incluídos apenas os estudos que abordassem temas sobre o uso da TCC e a DBT em adultos com TPB tendo ênfase no tratamento, desenvolvimento e curso do transtorno.

A seleção de artigos foi realizada em três etapas: leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura na íntegra. Os dados extraídos foram organizados em um instrumento elaborado pelos autores, contendo: autores, ano, objetivo, metodologia, principais resultados e conclusões.

Autores	País	Tipo de Estudo	Amostra	Considerações finais
Cunha & Vandenberghe (2021)	Brasil	Estudo de caso com observação participante	1 paciente com TPB em acompanhamento psicológico	O estudo analisa dificuldades na relação terapêutica com pacientes Borderline. Mostra que esses conflitos podem ser usados como recurso clínico com ACT, DBT e FAP. Conclui que o manejo cuidadoso da relação melhora a flexibilidade psicológica e os resultados.
Mendez-Miller, Naccarato & Radico (2021)	Estados Unidos	Revisão narrativa	Não aplicável	O artigo apresenta o Transtorno de Personalidade Borderline (prevalência, causas e manejo na atenção primária) e enfatiza que a psicoterapia, especialmente DBT e MBT, é o tratamento mais eficaz. A medicação fica restrita a sintomas específicos, e o texto destaca a importância de boas estratégias de comunicação, como entrevista motivacional e manejo de comportamentos difíceis.
Salgó et al. (2021)	Hungria	Estudo quantitativo, transversal, comparativo	59 pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline e 63 sujeitos de controle (sem diagnóstico	O estudo mostrou que pessoas com TPB têm mais dificuldades de regulação emocional, menor mindfulness e menor autocompaixão que controles saudáveis. Conclui que fortalecer essas habilidades é fundamental para o tratamento do transtorno.

			psiquiátrico)	
Silva & Bezerra (2021)	Brasil	Revisão narrativa	Não aplicável	Avalia a eficácia da TCC e da DBT no TPB, concluindo que a DBT tem sido a principal escolha. Ressalta a importância de uma psicoterapia estruturada, com forte aliança terapêutica e papel ativo do paciente.
Vieira & Costa Filho (2021)	Brasil	Revisão bibliográfica	Não aplicável	Avalia a eficácia da DBT no tratamento do TPB. A terapia mostrou-se eficaz na promoção de estabilidade emocional, melhora dos relacionamentos interpessoais e redução de comportamentos autodestrutivos, sendo considerada tratamento de escolha.
Ferreira, Ré & Silva (2022)	Brasil	Revisão bibliográfica	Não aplicável	Analisa o TPB sob a perspectiva da TCC, abordando causas, sintomas e intervenções. Destaca técnicas como reestruturação cognitiva, enfrentamento e conceitualização colaborativa como essenciais para a regulação emocional e redução de impulsividade no TPB.
Leichsenring et al. (2022)	Alemanha/ Estados Unidos	Revisão narrativa	83 estudos incluídos.	O estudo revisou evidências sobre diagnóstico e tratamento do TPB, concluindo que a psicoterapia é eficaz, enquanto a farmacoterapia não atua sobre os sintomas centrais do transtorno.
Oliveira, Cortezini & Hernandez (2022)	Brasil	Revisão narrativa	Não aplicável	Discute as características do TPB e apresenta as intervenções da TCC, destacando técnicas como reestruturação cognitiva, psicoeducação, enfrentamento de crises e intervenção ativa do terapeuta.
Pimentel (2022)	Brasil	Revisão teórica	Não aplicável	Apresenta uma análise ampla do TPB sob diferentes abordagens teóricas (psicanálise, TCC, DBT e Terapia dos Esquemas), discutindo tanto a compreensão psicopatológica quanto as estratégias de intervenção.

Stoffers-Winterling et al. (2022)	Alemanha, Dinamarca, EUA, Reino Unido, Países Baixos	Revisão sistemática com meta-análise	31 estudos randomizados controlados (RCTs), totalizando mais de 1870 participantes com diagnóstico de TPB	A revisão mostra que psicoterapias, especialmente DBT e MBT, reduzem automutilação, comportamento suicida e melhoram o funcionamento psicossocial em TPB, embora com evidência de baixa a moderada qualidade. Conclui que a psicoterapia é tratamento de escolha e a farmacoterapia é apenas complementar.
Carvalho et al. (2023)	Brasil	Revisão sistemática	Não aplicável	Avalia o uso de estabilizadores de humor no TPB. Conclui que são úteis na redução de instabilidade emocional e impulsividade, porém, devem ser combinados com terapias psicológicas, como DBT e TCC, para melhores resultados.
Lima, Navarro, Santos & Moco (2023)	Brasil	Revisão narrativa	Não aplicável	Analisa a eficácia da TCC no TPB, focando nos esquemas desadaptativos, instabilidade emocional e desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais para manejo dos sintomas.
Freire et al. (2024)	Brasil	Revisão integrativa	Não aplicável	Analisa a relação entre trauma infantil e TPB. Todos os estudos apontam que vivências traumáticas na infância, como abuso físico, sexual e negligência, estão associadas ao desenvolvimento do TPB, sua gravidade e pior prognóstico.
Salomão, Santana & Silva (2024)	Brasil	Revisão qualitativa com entrevistas e análise de relatos	Relatos de pacientes via Instagram e entrevistas com psicólogos	Investigou as dificuldades de indivíduos com TPB nos relacionamentos amorosos. Os principais desafios incluem instabilidade emocional, medo de abandono e dificuldade na regulação afetiva, comprometendo vínculos amorosos. A DBT é apontada como intervenção de maior evidência.

3- REFERENCIAL TEÓRICO

3.1- Personalidade

A personalidade pode ser compreendida como um conjunto relativamente estável de características psicológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais que distinguem os indivíduos entre si e orientam seus modos de perceber, interpretar e interagir com o mundo (Schultz & Schultz, 2017). Os autores apontam que se trata de um constructo que integra predisposições biológicas, influências ambientais e experiências de vida, resultando em formas singulares de adaptação social e emocional.

McCrae e Costa (2008) fizeram um levantamento histórico das principais concepções sobre a personalidade e destacaram que, atualmente, os modelos baseados em traços são os que apresentam maior respaldo empírico. Como citado pelos autores, a Teoria dos Cinco Grandes Fatores (Big Five) descreve a personalidade a partir de cinco dimensões centrais, sendo elas abertura a experiências, conscienciosidade, extroversão, amabilidade e neuroticismo, que se mostraram consistentes em diferentes culturas e contextos. Ainda que essa abordagem seja a mais reconhecida nos estudos contemporâneos, não se pode desconsiderar o papel das perspectivas anteriores, como a teoria psicodinâmica, proposta por Freud e citada pelos autores, na qual o psicanalista enfatizou a importância dos processos inconscientes e dos conflitos intrapsíquicos na constituição da vida psíquica, contribuindo para a compreensão de aspectos subjetivos e afetivos que seguem sendo relevantes para as discussões sobre personalidade.

Sob a perspectiva cognitiva, a personalidade é constituída por crenças centrais e esquemas psíquicos desenvolvidos ao longo da vida, que moldam a forma como o sujeito interpreta a si mesmo, os outros e o futuro. Esses esquemas, associados a processos afetivos, cognitivos e motivacionais aprendidos, orientam padrões de pensamento e comportamento. Quando externalizados, esses traços de personalidade podem ser compreendidos como manifestações observáveis de estruturas internas do indivíduo. Como, por exemplo, uma pessoa com esquemas de desvalor pode interpretar interações neutras como rejeições, reforçando comportamentos de insegurança ou dependência (Beck & Freeman, 2017, *apud* Rebeschini, 2017).

Além disso, de acordo com Rebeschini (2017), a infância desempenha um papel crucial para a formação da personalidade, uma vez que impactos significativos nesse período,

como traumas, podem comprometer o desenvolvimento neuropsicológico, aumentar a reatividade a estressores e alterar o sistema de resposta ao estresse, afetando a organização da personalidade. A construção da personalidade ocorre de forma contínua, sendo intensificada especialmente na adolescência e no começo da vida adulta, fases marcadas por descobertas, transformações cognitivas e emocionais (Rebeschini, 2017). Os autores Silva e Bezerra (2021) complementam falando que o adulto é, em grande medida, consequência da soma de suas experiências desde a infância, moduladas pelas vivências adolescentes que contribuem para consolidar modos de pensar, agir e sentir.

Dessa forma, a personalidade deve ser vista como um sistema dinâmico, em constante interação entre fatores inatos, contextuais e relacionais influenciando diretamente o bem-estar psicológico, os relacionamentos e a saúde mental ao longo da vida (Lima et al., 2023). De acordo com os autores, no CID-10 a personalidade é descrita como um processo de formação que se manifesta desde a infância e a adolescência, fases em que sua estrutura ainda está em consolidação e tende a se perpetuar pelo resto da vida adulta. Quando determinados padrões se tornam exagerados, inflexíveis ou rígidos, comprometendo a adaptação e o funcionamento do indivíduo, podem configurar os chamados Transtornos de Personalidade.

3.2- Transtorno de Personalidade Borderline

No que diz respeito aos transtornos de personalidade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5 diz que: “Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (American Psychiatric Association- APA, 2014).

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), os transtornos de personalidade são organizados em três grupos de acordo com as suas semelhanças: o Cluster A, caracterizado por padrões excêntricos ou esquisitos, que inclui o Transtorno de Personalidade Paranoide, Transtorno de Personalidade Esquizoide e o Transtorno de Personalidade Esquizotípica; o Cluster B, marcado por comportamentos dramáticos, emocionais ou erráticos, no qual estão o Transtorno de Personalidade Antissocial, o Transtorno de Personalidade Histriônica, o Transtorno de Personalidade Narcisística e o Transtorno de Personalidade Borderline; e o Cluster C, associado a características ansiosas ou temerosas, como o Transtorno de

Personalidade Esquiva, o Transtorno de Personalidade Dependente e o Transtorno de Personalidade Obsessivo Compulsivo.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) integra o Cluster B e é considerado um dos mais prevalentes entre os transtornos de personalidade, atingindo entre 0,7% e 5,9% da população geral (American Psychiatric Association, 2014). O termo Borderline, traduzido para o português como “Fronteiriço” ou “Limítrofe”, foi introduzido por Adolf Stern em 1938 para se referir a pacientes que não se beneficiavam plenamente da psicanálise tradicional e que também não se enquadravam nas categorias diagnósticas clássicas de neurose ou psicose (Cunha & Vandenberghe, 2016).

A partir dessa caracterização diagnóstica, torna-se possível compreender o TPB como uma condição multifatorial, que envolve componentes biológicos, genéticos e psicossociais que interagem entre si. Nesse sentido, do ponto de vista genético e biológico, há evidência de que pode ocorrer uma transmissão hereditária moderada, com uma herdabilidade estimada em cerca de 40% conforme discutido por Vieira e Costa Filho (2022). Os autores destacam estudos em que indivíduos com predisposições genéticas suscetíveis tendem a apresentar maior risco de desenvolver o transtorno quando expostos a ambientes traumáticos. Além disso, em seu trabalho, apontam que alterações em regiões cerebrais como o córtex pré-frontal, associado à regulação emocional e disfunções no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, responsável pela resposta ao estresse, reforçam a hipótese de que existe uma base biológica de vulnerabilidade ao TPB. Embora a etiologia do TPB ainda não esteja completamente esclarecida, elementos como histórico familiar, alterações cerebrais e influências socioculturais e ambientais podem aumentar a probabilidade de seu surgimento (Vieira & Costa Filho, 2022). Porém, de acordo com os autores, é fundamental apontar que tais fatores não determinam necessariamente o desenvolvimento do transtorno, já que indivíduos sem essas condições também podem manifestá-la.

Considerando esses aspectos biológicos, é possível observar que eles se entrelaçam com os fatores ambientais e psicossociais, contribuindo para a formação e manutenção do transtorno. Sendo assim, o TPB é compreendido como o resultado de uma interação complexa entre predisposições biológicas e experiências ambientais diversas (Linehan, 2019). Estudos feitos pela autora apontam que a maior parte da população acometida por esse transtorno é do sexo feminino e até 76% das portadoras deste diagnóstico passaram por experiências traumáticas na infância, como negligência, abuso sexual ou abuso físico, sugerindo que tais fatores atuam como gatilhos no processo de desregulação emocional

característico do transtorno. Ainda de acordo com a autora, essa vulnerabilidade é aumentada quando os traumas ocorrem em famílias disfuncionais, com pouco afeto e muito controle.

Nessa perspectiva, a psicóloga Marsha Linehan (2019) desenvolveu a Teoria Biossocial, considerada o modelo com maior poder explicativo para a desregulação emocional característica do TPB. Esse modelo sustenta que o transtorno surge da interação entre fatores biológicos e ambientais. No âmbito biológico, indivíduos com TPB apresentam maior sensibilidade e reatividade emocional, vivenciando estados afetivos intensos e persistentes, além de dificuldades de conseguirem se regular após situações estressoras. No âmbito ambiental, a exposição a contextos invalidantes, caracterizados por negligência emocional ou pela desqualificação constante das experiências internas, compromete a capacidade do indivíduo de desenvolver estratégias adaptativas de autorregulação. Nessas situações, os indivíduos aprendem a considerar suas emoções como “erradas”, ou classificá-las como “aceitáveis” ou “inaceitáveis”, o que contribui para a criação de crenças disfuncionais sobre seu estado afetivo.

Além dos fatores descritos, o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e saudáveis de natureza social e cognitiva dependem da interação adequada que a criança tem com sua rede de apoio (Freire et al., 2024). Os autores ressaltam que, quando esse processo é interrompido por situações traumáticas, como abuso físico, emocional, sexual ou negligência emocional ou física, podem aparecer traumas que comprometem a aprendizagem e reduzem a capacidade de resiliência, que se refere ao potencial do sujeito para se adaptar ou se recuperar diante a eventos estressantes, ampliando a vulnerabilidade para o desenvolvimento do TPB. Conceição et al. (2015) encontraram manifestações típicas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) com TPB, como dificuldades de concentração, tensão ao relembrar eventos, evitação de memórias e pensamentos intrusivos. Esses dados reforçam a compreensão de que o trauma precoce é um fator central na etiologia e na gravidade clínica do TPB (Pimentel, 2022).

Contudo, o TPB é frequentemente negligenciado no diagnóstico clínico. Quando identificado, costuma estar acompanhado de outras condições psiquiátricas (Mendez-Miller et al., 2022). De acordo com os autores, os indivíduos acometidos tendem a apresentar uma extrema sensibilidade emocional, reagindo de forma intensa a situações sociais e interpessoais estressantes. No cotidiano, os autores apontam ser possível observar que esses indivíduos recorrem com frequência aos serviços de saúde e demonstram comportamentos de natureza autodestrutiva, como impulsividade, irritabilidade e preocupações excessivas com o próprio corpo.

As características clínicas do TPB podem ser compreendidas a partir de diferentes domínios de desregulação. Linehan (2019) descreve cinco principais áreas afetadas: a desregulação emocional, marcada por respostas emocionais reativas, episódios de depressão, ansiedade e irritabilidade; a desregulação comportamental, evidenciada por impulsividade extrema e comportamentos autodestrutivos; a desregulação cognitiva, que pode incluir episódios breves e não psicóticos de dissociação, despersonalização e delírios associados a situações estressantes; a desregulação do sentido de self, expressa em sentimentos de vazio e falta de identidade; e por fim, a desregulação interpessoal, que se manifesta em relações intensas, instáveis e caóticas. Esses aspectos frequentemente dificultam o afastamento de vínculos conflituosos e prejudicam a qualidade de vida do indivíduo (Pimentel, 2022).

Há diversos prejuízos que pessoas com esse diagnóstico enfrentam. De acordo com Salgó et al. (2021), pacientes com TPB, quando comparados a um grupo de controle saudável, apresentam déficits significativos em áreas como atenção plena, autocompaixão e estratégias adaptativas de regulação emocional. Esses resultados mostram que a desregulação emocional é um dos atributos centrais do transtorno, envolvendo dificuldades em processar, modular e contextualizar estados afetivos intensos, como abandono, solidão, inveja, vergonha e culpa. Nessa condição, os indivíduos tendem a reagir de maneira desproporcional, o que perpetua a recorrência de emoções negativas, comprometendo o funcionamento interpessoal. Ademais, a pesquisa acrescenta que pessoas com TPB, além de apresentarem níveis mais altos de desregulação emocional também demonstram uma maior utilização de estratégias desadaptativas, como ruminação, autculpa, catastrofização e tendência a culpar os outros, além de índices mais baixos de mindfulness e autocompaixão. Entre as manifestações clínicas associadas a esses padrões desadaptativos encontram-se dependência excessiva, dissociação, sensação de vazio, comportamentos autolesivos, abuso de álcool e drogas, práticas sexuais impulsivas e transtornos alimentares de caráter compulsivo, todos eles associados à vulnerabilidade emocional e as dificuldades em manter comportamentos orientados e metas (Salgó et al., 2021).

A intensidade emocional e os padrões desadaptativos descritos repercutem diretamente nas relações desses indivíduos. De acordo com Ferreira et al. (2022), um dos comportamentos mais marcantes do TPB é a instabilidade nos relacionamentos interpessoais. Indivíduos com esse diagnóstico podem demonstrar empatia e cuidado com os outros, mas frequentemente sob a expectativa de reciprocidade imediata, em uma espécie de troca voltada para satisfazer suas próprias necessidades. Acrescentam que essa dinâmica se associa a mudanças repentinas e intensas na percepção do outro, que pode ser visto alternadamente

como uma figura de apoio benevolente ou como um agente punitivo e cruel. Essas oscilações geralmente refletem desilusões com o relacionamento previamente idealizado ou o medo antecipado de rejeição e abandono. Além disso, os autores apontam que a elevada sensibilidade às circunstâncias ambientais faz com que esses sujeitos experimentem medos intensos de separação, acompanhados de ataques de raiva desproporcionais, mesmo diante de ausências breves. Nesses contextos, o abandono reforça a ideia de que o sujeito é “mau”, o que articula diretamente com sua dificuldade em tolerar a solidão e a necessidade constante da presença de outras pessoas (Ferreira et al., 2022). Ainda que possam manter vínculos estáveis, os relacionamentos de indivíduos com TPB tendem a ser menos satisfatórios, mais hostis e marcados por insegurança e comunicação passiva-agressiva (Pimentel, 2022).

De acordo com Lima et al. (2023), nos relacionamentos amorosos desses indivíduos, é comum a presença de ciúme patológico, medo de abandono, agressões físicas ou verbais, sobretudo no início da vida adulta, fase em que a impulsividade é mais intensa. Ainda de acordo com os autores, essas características comprometem não apenas a vida do indivíduo, mas também suas relações familiares, sociais e profissionais, gerando sofrimento mútuo.

Um aspecto central para compreender o paciente borderline, de acordo com Theodore Millon (1981), refere-se ao uso de um amplo repertório de estratégias extremas e contraditórias que têm como finalidade evitar a rejeição, seja ela real ou imaginária. Essas estratégias, no entanto, acabam por perpetuar suas dificuldades e comprometer seus esforços para obter uma vida mais estável e satisfatória. De acordo com Cunha e Vanderberghe (2016), quando o paciente fracassa em construir vínculos seguros e em obter validação de outras pessoas, o indivíduo tende a intensificar condutas que, de modo intermitente, podem levá-lo a atingir suas metas. Em muitos casos, esses comportamentos se expressam na submissão a relações abusivas, na busca de apoio por meio de posturas autoagressivas ou em ações impulsivas, como pontuam os autores. Complementam ressaltando que tais padrões de enfrentamento, tanto em relação às vivências internas quanto às interações sociais, culminam em uma existência marcada por sentimentos de vazio, conflitos interpessoais e intensas crises emocionais, que tendem a se manifestar como ansiedade, raiva ou depressão.

Em síntese, o Transtorno de Personalidade Borderline apresenta características peculiares em relação aos outros transtornos de personalidade, ocupando um papel de destaque nas discussões teóricas e clínicas em virtude de sua complexidade, heterogeneidade e elevada dificuldade de manejo terapêutico (Pimentel, 2022). O autor aponta que o TPB é considerado um dos transtornos mais graves e problemáticos, estando associado a um intenso sofrimento psíquico e repercussões negativas em diferentes áreas da vida, incluindo o âmbito

familiar, profissional, social e a própria noção de self do sujeito, resultando em intensas dificuldades emocionais e interpessoais que desafiam tanto o indivíduo quanto o seu manejo clínico.

3.3 Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica

Diante da complexidade do Transtorno de Personalidade Borderline, caracterizado por intensa desregulação emocional, impulsividade, instabilidade interpessoal e padrões cognitivos rígidos, torna-se evidente a necessidade de intervenções psicoterapêuticas eficazes para tratar esse transtorno. Considerando a natureza multifatorial do TPB, as estratégias de tratamento devem englobar tanto o fortalecimento da autorregulação emocional quanto o desenvolvimento de habilidades sociais e cognitivas que tenham como o objetivo favorecer a estabilidade e a autonomia do indivíduo.

Nesse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental, proposta por Aaron T. Beck, destaca-se como uma vertente psicoterapêutica amplamente reconhecida por sua eficácia no tratamento do TPB (Pimentel, 2022). De acordo com Judith S. Beck (2013, p. 19), filha do criador da abordagem, a TCC consiste em “uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais”. A autora ressalta que essa abordagem é fundamentada na premissa de que as cognições exercem influência determinante sobre as emoções e os comportamentos, buscando promover uma reestruturação cognitiva a partir da análise das crenças e interpretações que o indivíduo faz sobre si, os outros e o mundo. Em síntese, parte-se do princípio de que os pensamentos e sentimentos exercem um papel central na forma como nos comportamos, e que embora não seja possível controlar todas as situações externas, é viável aprender a gerenciar a maneira como se interpreta e reage aos eventos da vida cotidiana (Beck et al., 1997).

De acordo com Beck (2013), os princípios básicos da TCC envolvem a formulação contínua das demandas do paciente a partir de uma conceitualização cognitiva individual, a construção de uma aliança terapêutica sólida e colaborativa, a definição de metas claras e colocando em destaque as dificuldades atuais do indivíduo. Além disso, a TCC é uma abordagem psicoeducativa e estruturada, que ensina o paciente a identificar, avaliar e responder a pensamentos e crenças disfuncionais, utilizando uma variedade de técnicas (Silva & Bezerra, 2021). O processo terapêutico ocorre de forma colaborativa entre o paciente e o

terapeuta, em que ambos atuam como parceiros de investigação, elaborando hipóteses sobre os padrões cognitivos e comportamentais do paciente, desenvolvendo juntos estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Beck, 2013).

Essa forma de construir juntos a investigação chama-se conceitualização de caso. Beck (2013) orienta que essa prática seja feita com base no modelo cognitivo. Nele é descrito a forma como os pensamentos, as emoções e os comportamentos se relacionam entre si. O modelo cognitivo propõe a existência de três níveis de processamento do pensamento: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais (Beck, 2013). De acordo com a autora, os pensamentos automáticos surgem de forma rápida e espontânea, refletindo interpretações imediatas das situações vividas, quando disfuncionais, influenciam negativamente as emoções e os comportamentos do indivíduo. Já as crenças centrais são consideradas pelo indivíduo como “verdades absolutas”, sendo descritas como o nível mais fundamental das crenças: globais, rígidas e supergeneralizadas. Originam-se na infância, e moldam a forma como a pessoa vê o mundo, outras pessoas e si mesma. Já as crenças intermediárias, compostas por atitudes, regras e suposições, são derivadas das crenças centrais e influenciam diretamente as percepções cotidianas. Essas crenças tendem a se manifestar quando ativadas por situações específicas, desencadeando pensamentos automáticos que evocam estados emocionais compatíveis. Esse processo gera um ciclo de retroalimentação, no qual o humor disfuncional reforça a ativação de pensamentos automáticos negativos e distorcidos, perpetuando o quadro característico de diversos transtornos mentais (Cavalcanti & Nunes, 2016).

Nesse contexto, o papel do terapeuta é ensinar o paciente a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos, promovendo alívio sintomático e reestruturação cognitiva (Beck, 2013). Assim como ressalta a autora, as crenças que estão por trás dos pensamentos disfuncionais tornam-se o foco de tratamento. Crenças de nível intermediário e centrais são avaliadas de diferentes maneiras e subsequentemente modificadas, possibilitando que o paciente revise as conclusões que faz sobre si mesmo e sobre os eventos vivenciados (Beck, 2013).

Salgó et al. (2021) comprovaram em seu estudo que pacientes com TPB apresentam níveis mais altos de desregulação emocional e menor uso de estratégias cognitivas adaptativas, como aceitação e reavaliação positiva. De acordo com os autores, esses indivíduos apresentam escores mais baixos em todas as facetas do mindfulness e menor autocompaixão, com maior resistência a aceitar compaixão própria e dos outros.

Com isso, no contexto específico do TPB, a TCC propõe-se a corrigir os pensamentos dicotômicos e interpretações polarizadas típicas desse transtorno, frequentemente marcadas por percepções absolutas (Linehan, 2010). De acordo com a autora, o tratamento tem como foco demonstrar ao paciente a importância de modificar tais pensamentos, utilizando treinamento de assertividade e reestruturação cognitiva. Esses procedimentos permitem que o indivíduo compreenda melhor seus próprios estados mentais e reações emocionais, favorecendo o controle sobre os impulsos e o desenvolvimento de comportamentos mais equilibrados (Linehan, 2019).

Nesse processo, o terapeuta cognitivo deve dominar a ferramenta da conceitualização cognitiva, pois a compreensão das distorções cognitivas e dos comportamentos mal adaptativos é essencial para o planejamento eficaz da terapia (Beck, 2013). A autora ressalta que a relação terapêutica, nesse sentido, desempenha um papel central, funcionando como espaço de validação emocional e aprendizado interpessoal. O estabelecimento e a manutenção do vínculo terapêutico com pacientes com TPB configura-se como um dos principais desafios da prática clínica (Linehan, 2019). De acordo com a autora, o comportamento instável, a oscilação afetiva e a impulsividade, características do transtorno, frequentemente dificultam a adesão ao tratamento e podem gerar impasses na relação com o terapeuta, como tentativas de manipulação, idealização ou desvalorização da figura do profissional. Diante disso, é ressaltado pela autora que o terapeuta deve adotar uma postura ativa e empática, observando os aspectos não verbais e emocionais da comunicação do paciente, ao mesmo tempo que oferece interpretações sobre as funções dos comportamentos apresentados. Ademais, é comum que clientes borderline despertem relações intensas no terapeuta, portanto, a construção de uma relação colaborativa e validante é essencial, permitindo que o paciente perceba o terapeuta como alguém capaz de aceitá-lo, ouvi-lo e auxiliá-lo genuinamente (Cunha & Vandenberghe, 2016).

Na relação serão utilizadas diversas técnicas. As mais utilizadas na TCC incluem a psicoeducação, o treino de autorregulação da raiva e da ansiedade, o questionamento socrático, o treinamento de habilidades sociais, o uso de registros de pensamentos disfuncionais, técnicas de ativação comportamental, mindfulness, técnicas de respiração e relaxamento, além da reestruturação cognitiva (Beck et al., 2017). Além das técnicas descritas pelos autores, Pimentel (2022) destaca o uso de agendas, que têm como objetivo focar nos objetivos a serem trabalhados pelos pacientes, mantendo em foco sua resolução para evitar possíveis fugas ao processo e menciona o uso de cartões de enfrentamento para relembrar ao paciente o que foi estabelecido durante as sessões, ajudando-o a lutar contra

pensamentos disfuncionais quando for necessário. De acordo com os autores Beck et al. (2017) essas intervenções buscam ensinar o paciente a reconhecer as relações entre cognição, afeto e comportamento, testando a validade de seus pensamentos automáticos e substituindo crenças distorcidas por percepções mais realistas e funcionais. Millon (1981) destaca que o tratamento de pacientes com TPB deve objetivar o desenvolvimento da capacidade de controlar impulsos, tolerar ansiedade, modular afetos, estabelecer relações estáveis e viver a intimidade e o amor de forma saudável.

Durante o processo terapêutico, o manejo de crises é fundamental na TCC aplicada ao TPB. Ferreira et al. (2022) orientam o terapeuta a estar atento a comportamentos de risco e ideação suicida, oferecendo alternativas concretas de enfrentamento, como o uso de estratégias substitutivas seguras, apoio telefônico e acompanhamento próximo. Beck et al. (2017) sugerem que a TCC deve ser conduzida em formato breve, voltada para a redução da impulsividade e de comportamentos autodestrutivos, ou em formato mais prolongado, que visa corrigir esquemas cognitivos formados na infância. Em ambos os casos, os autores ressaltam que o terapeuta assume uma postura diretiva, utiliza a psicoeducação e adota uma comunicação empática e validante, favorecendo a tolerância emocional e o controle de impulsos.

Outro ponto a ressaltar é o término do tratamento. Essa é uma etapa sensível e deve ser cuidadosamente planejada pelo terapeuta (Beck et al., 2017). De acordo com os autores, o término do tratamento pode ser complicado para os pacientes que sofrem com o TPB, e, portanto, sessões de reforço são recomendadas para consolidar as estratégias aprendidas e prevenir recaídas em antigos padrões cognitivos e comportamentais. Nesse processo, o paciente é encorajado a reconhecer seus avanços, desenvolver interesses pessoais e fortalecer sua autonomia, compreendendo que pode retornar à terapia sempre que sentir necessidade.

3.4- Terapia Comportamental Dialética

Percebe-se, portanto, que, embora a TCC ofereça uma base sólida e eficaz para compreender e intervir sobre cognições, emoções e comportamentos no TPB, alguns desafios clínicos, como crises suicidas, oscilações afetivas intensas e padrões relacionais caóticos persistiam, exigindo estratégias terapêuticas mais específicas e focadas no manejo do aqui-e-agora (Linehan, 2019). É justamente nesse ponto que surge a Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Marsha Linehan entre as décadas de 1970 e 1980, como

uma aplicação da TCC voltada para lidar com quadros de desregulação emocional severa. Inicialmente, essa abordagem foi desenvolvida para pacientes parassuicidas, ou seja, pacientes que apresentavam comportamentos autolesivos ou gestos suicidas sem uma intenção clara de morrer, ações essas geralmente compreendidas como formas de aliviar o sofrimento emocional extremo ou de comunicar esse sofrimento ao ambiente (Linehan, 2019). A partir dessa experiência, a autora percebeu que tais comportamentos eram manifestações de intensa dor emocional e dificuldades relacionadas com a regulação de afetos, o que levou à formulação de um tratamento capaz de equilibrar a validação, aceitação radical e mudança comportamental, visando ajudar esses indivíduos.

A DBT mantém as bases da TCC, mas incorpora os princípios da filosofia dialética, conceito que defende que duas ideias aparentemente opostas podem ser verdadeiras ao mesmo tempo (Linehan, 2019). De acordo com a autora, essa perspectiva permite que o terapeuta e o paciente trabalhem simultaneamente a aceitação e a mudança, dois polos que, em equilíbrio, favorecem a transformação emocional e comportamental do indivíduo.

A dialética, nesse contexto, não se restringe a um conceito puramente filosófico, mas se traduz como uma postura clínica que busca constantemente integrar extremos, validando o sofrimento do paciente sem reforçar comportamentos desadaptativos, aceitando a realidade atual ao mesmo tempo que se trabalha para modificá-la (Linehan, 2019). Na perspectiva da autora, essa abordagem é especialmente útil no tratamento de pacientes com TPB, em que há uma predominância de pensamentos dicotômicos e rigidez cognitiva.

A DBT é uma terapia de “terceira onda”, que, de acordo com Carvalheiro e Melo (2016), são abordagens que possuem um caráter de intervenção, tendo como foco o relacionamento terapeuta-paciente, com o intuito de utilizar a própria relação terapêutica como uma ferramenta de reestruturação cognitiva, regulação emocional e modificação de comportamentos. A DBT utiliza estratégias de aceitação, como validação, mindfulness e aceitação radical com estratégias de mudança como análise comportamental, resolução de problemas e treino de habilidades sociais, trabalhando dialeticamente a tensão entre aceitar a realidade atual do cliente e promover mudanças comportamentais afetivas (Linehan, 2019). A autora ressalta que essa estrutura tem como base uma visão dialética que ora enfatiza a responsabilidade pessoal do cliente por seus progressos, ora enfatiza a influência do ambiente invalidante, usando a validação e intervenção ativa para superar impasses típicos do tratamento de pacientes com TPB.

Na prática, a DBT organiza-se predominantemente como uma psicoterapia individual, podendo incluir treinos de habilidades em grupo, além da possibilidade de contato telefônico

entre paciente e terapeuta (Carvalho & Melo, 2016). De acordo com os autores, essa estrutura visa ampliar as capacidades comportamentais, fortalecer a motivação para mudanças, promover a generalização dos ganhos terapêuticos para o cotidiano, organizar o ambiente de tratamento de modo a reforçar comportamentos funcionais e, ao mesmo tempo, oferecer suporte ao terapeuta diante de casos clínicos complexos.

O tratamento é desenvolvido em estágios com alvos hierarquizados, primeiro, busca-se reduzir os comportamentos que ameaçam a vida do paciente ou que comprometam seu tratamento, em seguida, aborda-se a elaboração de traumas e experiências emocionais dolorosas e, por fim, trabalha-se a construção de uma vida que vale a pena ser vivida, marcada por estabilidade emocional e satisfação pessoal (Linehan, 2019). Além disso, o tratamento enfatiza o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante de situações estressoras, a busca do apoio social e a expressão das emoções de maneira mais adaptativa e menos destrutiva (Cunha & Vandenberghe, 2016). Os autores destacam que o processo terapêutico deve favorecer o controle de impulsos, tolerância à ansiedade, modulação dos afetos e o desenvolvimento de relações interpessoais estáveis, livre de extremos e dependências emocionais.

Quanto à sua efetividade, os primeiros ensaios clínicos controlados conduzidos pela equipe de Linehan mostraram benefícios da DBT para pacientes com TPB e histórico de tentativas de suicídio, comprovando assim que o treinamento das habilidades ensinadas na DBT auxilia os pacientes a compreender melhor seus sintomas, e consequentemente, melhorar sua qualidade de vida e seus relacionamentos (Linehan et al., 1991). Em seu estudo de segmento do trabalho de 1991, Linehan et al. (1993), realizaram meta-análises que foram capazes de comprovar que a DBT e tratamentos derivados possuem evidências mais sólidas entre as intervenções psicológicas para o TPB, o que sustenta sua designação atual como “padrão-ouro” para o tratamento desse transtorno.

Além dos ensaios de Linehan, uma revisão sistemática mais recente, realizada por Stoffers-Winterling et al. (2020) avaliou a efetividade das terapias psicológicas voltadas ao tratamento do TPB. O estudo reuniu 75 ensaios clínicos randomizados com 4.507 participantes, comparando diferentes abordagens psicoterápicas com intervenções de controle. Os resultados indicaram que a DBT e seus tratamentos derivados continuam apresentando as evidências mais sólidas de eficácia entre as terapias disponíveis, promovendo reduções significativas em comportamentos suicidas e autolesivos, além de melhorias no funcionamento emocional e interpessoal do paciente.

Embora outras terapias cognitivas, psicodinâmicas e integrativas tenham mostrado benefícios moderados, a consistência e a quantidade de evidências favoráveis a DBT reforçam sua posição como o “padrão-ouro” de referência para o tratamento do TPB (Stoffers-Winterling et al., 2020). Os autores destacam também a ausência de ensaios de longo prazo e maior qualidade metodológica, a fim de avaliar a manutenção dos ganhos terapêuticos e a adaptação cultural dos protocolos de tratamento.

Ademais, é importante ressaltar que, independentemente da linha terapêutica utilizada no tratamento, nos casos em que há um intenso sofrimento afetivo, pode-se incluir o uso de medicações, especialmente estabilizadores de humor e antipsicóticos atípicos. Contudo, os benzodiazepínicos devem ser prescritos com cautela, devido ao risco de dependência e uso inadequado, reforçando a necessidade de acompanhamento médico e psicológico contínuo (Oliveira et al., 2022).

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia da TCC e da DBT na redução de sintomas e na melhora do funcionamento psicológico e social de pessoas com TPB. A partir da análise teórica realizada ao longo desse trabalho, foi possível concluir que esse objetivo foi alcançado, uma vez que ambas as abordagens demonstraram resultados significativos na regulação emocional, na diminuição de comportamentos autodestrutivos e na promoção de maior estabilidade interpessoal e social. A literatura aponta que, embora a TCC clássica seja eficaz na identificação e modificação de crenças e padrões cognitivos disfuncionais, a DBT, por integrar técnicas de aceitação e mudança, mostra-se particularmente eficiente em casos mais graves, nos quais há uma presença de impulsividade, autolesões e intensa instabilidade afetiva. Assim, pode-se considerar que ambas as terapias são eficazes e se complementam, com um grande destaque para a DBT, sendo ela o “padrão-ouro” no tratamento de pessoas com TPB.

Contudo, apesar dos avanços identificados, este estudo apresentou algumas limitações. A principal delas diz respeito à escassez de publicações originais recentes que abordem de forma abrangente e atualizada a aplicação da TCC e da DBT no tratamento de TPB, especialmente no contexto brasileiro. Observou-se que muitos dos estudos disponíveis são revisões de pesquisas internacionais, o que pode limitar a compreensão de variáveis culturais e contextuais que influenciam a prática clínica no cenário brasileiro. Além disso, a

quantidade de revisões encontradas impede uma comparação mais precisa entre as abordagens. Tais limitações indicam a necessidade de estudos originais e acompanhamentos de longo prazo, que permitam avaliar não apenas a eficácia imediata das terapias, mas também sua manutenção.

Diante disso, espera-se que este trabalho contribua para ampliar o interesse acadêmico e científico acerca do tema, incentivando o desenvolvimento de novas pesquisas e a implementação de programas terapêuticos adaptados à realidade brasileira. Também se espera que sirva como um referencial para profissionais da Psicologia que atuam no manejo clínico do TPB, reforçando a importância de uma prática terapêutica baseada em evidências, empática e validante. Assim, este estudo reafirma que, embora o TPB seja uma condição complexa e desafiadora, o progresso das intervenções psicoterapêuticas oferece caminhos promissores para a promoção de uma vida mais estável, digna e significativa para aqueles que convivem com essa condição.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akyunus, M. (2012). *Cognitive aspects of personality disorders: Influences of basic personality traits, cognitive emotion regulation, and interpersonal problems* [Doctoral dissertation, Istanbul Sehir University].
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª ed.). Artmed.
- Batista, A. F. (2021). *A psicopatologia de transtorno de personalidade borderline: Uma visão da terapia cognitivo-comportamental* [Trabalho de conclusão de curso de graduação, Faculdade de Macapá].
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Artmed. (Obra original publicada em 1979).
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Artmed.
- Beck, J. S., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2017). *Cognitive therapy of personality disorders* (3rd ed.). Guilford Press.
- Carvalho, M. G., et al. (2024). Uso de estabilizadores de humor no tratamento de transtorno de personalidade borderline: Resultados e perspectivas. *Revista Científica de Saúde Mental*, 7(14), 33–48.
- Carvalho, C. V., & Melo, W. V. (2016). Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. *Psicologia em Revista*, 22(3), 579–595.
<https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2016V22N3P579>
- Cavalcanti, C. C. P., & Nunes, J. C. (2016). *Interações em terapias cognitivas para transtorno de personalidade borderline* [Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL, Maceió, AL].
- Conceição, I. K., Bortolon, C. B., Kristensen, C. H., & Scherer, L. C. (2015). Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicologia em Revista*, 21(1), 87–107. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a07.pdf>
- Cunha, O. R., & Vandenbergh, L. (2016). O relacionamento terapeuta-cliente e o transtorno de personalidade borderline. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 72–86.
- Davidson, K., et al. (2006). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Rationale for trial, method, and description of sample. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 475–489.

- Falk, K., et al. (2020). Borderline personality disorder: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 765. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00765>
- Ferreira, A. L., Santos, B. A., & Silva, C. M. (2022). *Transtorno de personalidade borderline* [Trabalho de conclusão de curso de graduação, Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH].
- Ferreira, L. F. A., Queiroz, F. H., Pereira, A. M. L. N. B., & Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, 262, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.024>
- Freire, A. B. S., Silva, L. C., Oliveira, J. M., & Nascimento, M. R. (2024). Trauma infantil e transtorno de personalidade borderline: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Psicologia, Diversidade e Saúde*, 13(1), 123–137.
- Lima, C. S., Navarro, A. C., Santos, F. D., & Moco, S. P. (2023). Terapêuticas cognitivistas comportamentais em adultos com transtorno de personalidade borderline. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 2(4), 1–15.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971–974. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007>
- Linehan, M. M., et al. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231–1241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Linehan, M. M. (2019). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Artmed. (Obra original publicada em 1993).
- Martins, L., & Dota, F. (2017). Transtorno de personalidade borderline: A intervenção da terapia cognitivo-comportamental. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 29(1), 3–28. http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/Y6b3Uo8knpOBzzz_2019-3-8-17-16-45.pdf
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 159–181). Guilford Press.

- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. In A. H. D. Sousa & M. I. P. Cunha (Orgs.), *Tradução de conhecimentos na prática de enfermagem* (pp. 115–126). Fundação Editora da UNESP.
- Mendez-Miller, M., Naccarato, M., & Radico, A. (2022). Borderline personality disorder. *American Family Physician*, 105(2), 156–163.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III: Axis II*. Wiley.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Oliveira, T. M., Cortezini, G. F., & Hernandez, F. A. (2022). *O uso da TCC no tratamento de indivíduos com transtorno de personalidade borderline* [Trabalho de conclusão de curso de graduação, Universidade Paulista – UNIP].
- Pimentel, M. C. (2022). *Transtorno de personalidade borderline discutido sob diferentes perspectivas teóricas* [Trabalho de conclusão de curso de graduação, Universidade Paulista – UNIP].
- Rebeschini, C. (2017). Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: Relações e diagnósticos. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 5(2), 67.
- Salgó, E., et al. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *BMC Psychiatry*, 21, Article 306. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03323-4>
- Salomão, J. C., Santana, L. E. A., & Silva, B. C. (2024). Dificuldades enfrentadas por adultos com transtorno de personalidade borderline nos relacionamentos amorosos. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 9(17), 74–89.
- Schesatsky, S. S. (2005). *Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline: Um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileira de pacientes mulheres* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS].
- Silva, C. S., & Bezerra, A. M. (2021). Terapia cognitivo-comportamental e terapia comportamental dialética no tratamento do transtorno da personalidade borderline. *Revista Psicologia em Foco*, 13(19), 37–50.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2017). *Teorias da personalidade* (11ª ed.). Cengage Learning.

Stoffers-Winterling, J., et al. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 439–451.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0287>

Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(5), Article CD012955.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Vieira, J. M., & Costa Filho, M. S. (2022). *A terapia dialética comportamental para pacientes com transtorno de personalidade borderline* [Trabalho de conclusão de curso de graduação, Universidade Estácio de Sá].