

Guia Didático para o Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline: Psicoterapias Especializadas



Júlia Menezes de Oliveira
Márcio Borges Moreira

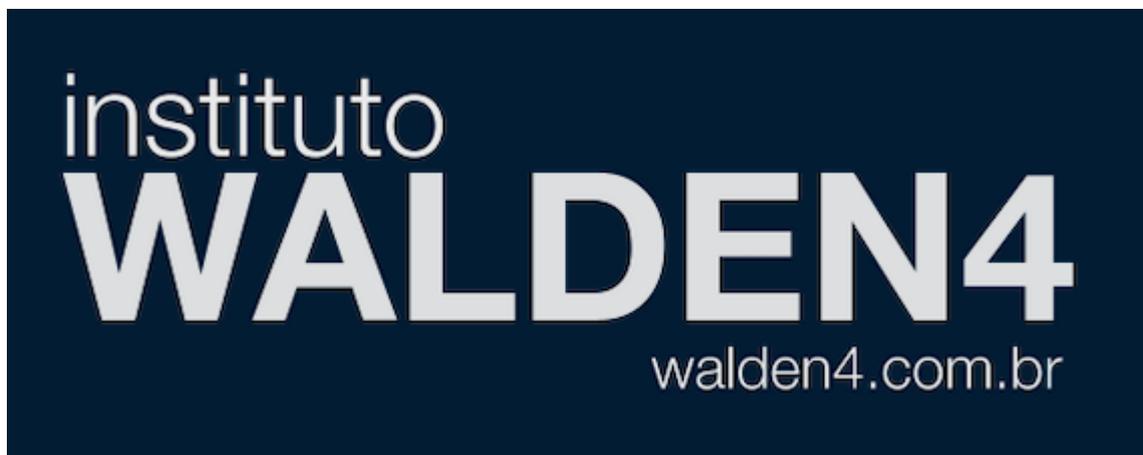
**Guia Didático para o Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline:
Psicoterapias Especializadas**

Júlia Menezes de Oliveira

Márcio Borges Moreira

1ª edição | ISBN 978-85-65721-51-6

Editora do Instituto Walden4, 2025



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Oliveira, Júlia Menezes de

Guia didático para o tratamento do transtorno de personalidade Borderline [livro eletrônico] : psicoterapias especializadas / Júlia Menezes de Oliveira, Márcio Borges Moreira. -- 1. ed. -- Brasília : Instituto Walden4, 2025.

PDF

Bibliografia

ISBN 978-85-65721-51-6

1. Distúrbios da personalidade borderline - Diagnóstico 2. Distúrbios da personalidade borderline - Tratamento 3. Psicoterapia 4. Terapia cognitiva
I. Moreira, Márcio Borges. II. Título.

25-293702.0

CDD-616.85852

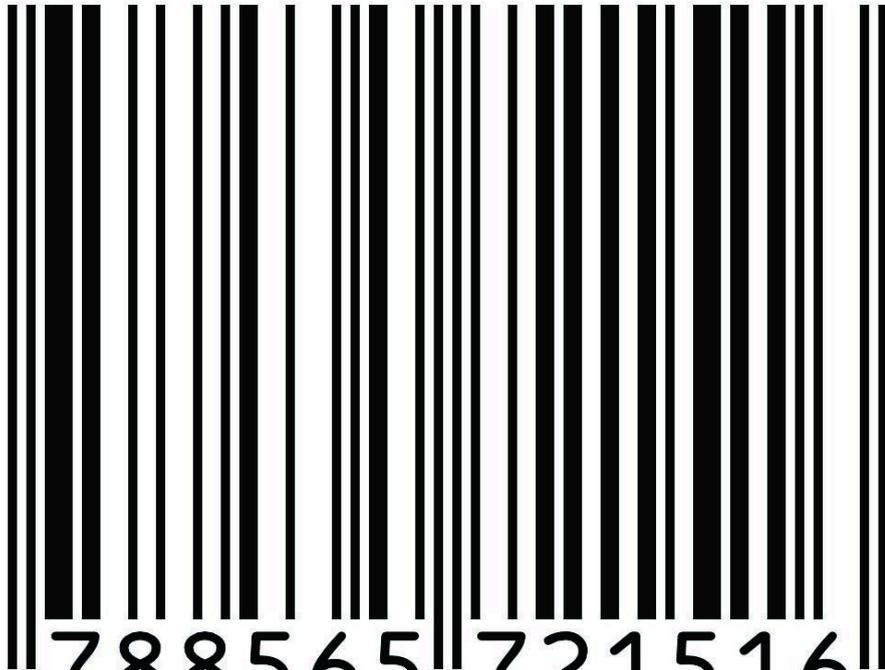
Índices para catálogo sistemático:

1. Borderline : Distúrbio de personalidade :
Medicina 616.85852

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

ISBN: 978-85-65721-51-6

BR



9 788565 721516

Editora do Instituto Walden4

A Editora do Instituto Walden4 se dedica à promoção e difusão de conhecimentos avançados na esfera da Análise do Comportamento, assim como em outras áreas práticas baseadas em evidências, abrangendo tanto aspectos científicos quanto profissionais. Comprometida com a democratização do acesso à informação, oferecemos uma ampla gama de nossos livros de forma gratuita. Além disso, todos os nossos títulos estão acessíveis em formato digital, proporcionando a você a conveniência de iniciar a leitura em segundos. Descubra e explore as publicações do nosso catálogo que mais lhe interessam.

Conselho Editorial

Dr. Gleidson Gabriel da Cruz

Dr. Márcio Borges Moreira

Contato

secretaria@walden4.com.br

@instituto.walden4

<https://www.instagram.com/instituto.walden4>

<https://www.walden4.com.br>

<https://www.facebook.com/iwalden4>

<https://www.youtube.com/user/instwalden4>

Valorização dos Criadores de Conteúdo: Sustentabilidade da Produção Cultural

A distribuição gratuita de conteúdo digital democratiza o acesso ao conhecimento, mas a sustentabilidade da produção cultural depende do apoio financeiro aos profissionais do setor criativo.

A Cadeia Produtiva Editorial

A criação de uma obra literária envolve uma rede especializada de profissionais. Os escritores desenvolvem narrativas e aperfeiçoam técnicas ao longo de períodos extensos. Os designers gráficos criam experiências visuais através de capas e diagramações estratégicas. Os revisores asseguram precisão linguística e fluidez textual. Os ilustradores complementam o conteúdo com elementos visuais que amplificam a experiência do leitor. Os diretores editoriais coordenam todos estes elementos para garantir qualidade e impacto máximos.

Impacto Econômico e Benefícios Estratégicos

A aquisição de obras originais sustenta uma cadeia completa de profissionais e suas famílias, mantendo ativa a economia criativa. O consumidor obtém produtos com qualidade superior, resultado de processos editoriais rigorosos. Esta escolha fortalece a indústria cultural, permite que criadores dediquem recursos adequados ao desenvolvimento de novas obras e incentiva a inovação através do reconhecimento financeiro do trabalho intelectual.

Investimento Cultural

A aquisição de obras originais constitui investimento estratégico no desenvolvimento cultural da sociedade. Esta prática transcende a transação comercial, representando apoio concreto ao progresso intelectual coletivo e participação ativa na manutenção de um ecossistema que produz conhecimento e desenvolvimento cultural.

A sustentabilidade da produção de conteúdo de qualidade depende do equilíbrio entre acessibilidade e viabilidade econômica. O apoio aos criadores através da aquisição de obras originais beneficia tanto o consumidor individual quanto o desenvolvimento cultural da sociedade.

Sumário

Resumo	1
Introdução	2
Justificativa	9
Objetivo	9
Método	10
Seleção dos Artigos	10
Tradução dos Artigos	11
Extração das Informações	11
Tratamento das Informações	12
Elaboração do Texto Didático	12
Regulação Emocional	14
Instrumentos comuns em diferentes intervenções clínicas	17
1. Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline (BPDSI-IV):	17
2. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL):	17
3. Entrevista Clínica Estruturada para DSM (SCID-II):	18
4. Escala de Autoestima Rosenberg (RSES):	18
5. Entrevista de Tentativa de Suicídio e Autolesão (SASII):	18
6. Escala de Avaliação de Zanarini para TPB (ZAN-BPD):	19
7. Escala de Depressão de Hamilton (HDRS-17):	19
8. Entrevista sobre Pensamentos e Comportamentos Autolesivos (SITBI):	19
9. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS):	20
10. Escala de Impulsividade Barratt (BIS-11):	20
11. Inventário de Problemas Pessoais (IIP):	20
12. Inventário de Sintomas Breve (BSI):	20
13. Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS):	21
14. Inventário de Modo de Esquema (SMI):	21
15. Conta-2 Parassuicida tempo de vida (LPC-2):	21
16. Entrevista sobre Histórico de Parassuicídio (PHI-2):	22
17. Questionário Breve de Deficiência (QBD):	22
18. Checklist do Transtorno de Personalidade Borderline (BPD Checklist):	22
19. Escala de discrepância de auto-objetivos (outro) de Miskimins (Miskimins Self-Goal(-Other) Discrepancy Scale):	23
Procedimentos e Formatos Terapêuticos Comuns nas Intervenções Baseadas em Evidências	24
1. Sessões Individuais	24
2. Sessões em Grupo	24
3. Tarefas de Casa	25
4. Relação Terapêutica / Vínculo / Reparação Parental	25
5. Supervisão	26
6. Suporte Telefônico:	27
Mini Manual 1: DBT para Redução de Autolesão e Tentativas de Suicídio em Adultos com Traços Borderline	28
Mini Manual 2: Psicoterapias Especializadas no TPB: Uma Visão Integrada de Quatro Abordagens Clínicas	31
Mini Manual 3: Efetividade da Terapia do Esquema em Grupo e Individual-Grupo no	

Tratamento do TPB	34
Mini Manual 4: Terapia Comportamental Dialética para o Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline	36
Mini Manual 5: Terapia do Esquema no Tratamento Ambulatorial do TPB	38
Discussão	41
Referências	45

Resumo

O objetivo deste trabalho foi descrever de forma didática o modo como são realizadas as intervenções das psicoterapias especializadas — Terapia Comportamental Dialética (DBT), Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e Terapia dos Esquemas (ST) — no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Adicionalmente, buscou-se sintetizar os achados em um manual didático em português para orientar profissionais na escolha do tratamento mais adequado.

Para realizar esse trabalho foram feitas pesquisas de revisões sistemáticas que continham as palavras-chaves: Borderline Personality Disorder; Specialized Psychotherapies; Psychological Interventions; Long-Term Effectiveness; Dialectical Behavior Therapy; Mentalization-Based Treatment; Schema Therapy; Transference-Focused Psychotherapy, e que abordassem os quatro tipos de intervenção para pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline, com busca em bases de dados como PubMed, Scielo e PsycINFO. Foram selecionados artigos que investigam a eficácia da DBT, MBT, TFP e ST no tratamento do TPB. As informações extraídas sobre objetivos, participantes, procedimentos de intervenção, instrumentos de medida e principais achados de cada estudo foram organizadas e adaptadas para a elaboração de mini manuais, visando tornar o conteúdo acessível a profissionais e estudantes.

Os resultados foram consolidados em um manual didático que resume as evidências de eficácia das psicoterapias analisadas. A síntese demonstrou que as intervenções especializadas são eficazes na redução de comportamentos autodestrutivos, desregulação emocional e dificuldades interpessoais. Foi identificado um conjunto de procedimentos (sessões individuais, terapia em grupo, tarefas de casa) e instrumentos de avaliação (BPDSI-IV, WHOQOL, SCID-II) comuns entre as abordagens, reforçando um núcleo de práticas baseadas em evidências.

Conclui-se que a sistematização das evidências em um manual didático é uma ferramenta útil para a prática clínica no tratamento do TPB. O trabalho reforça a eficácia de abordagens estruturadas e de longo prazo, oferecendo diretrizes práticas que podem auxiliar profissionais na escolha e implementação do tratamento, preenchendo uma lacuna na literatura de língua portuguesa e promovendo a difusão de intervenções eficazes.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline, Psicoterapias especializadas, Eficácia do tratamento, Manual didático, Saúde mental.

Introdução

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por padrões marcantes de instabilidade e intensidade nas relações interpessoais, na auto imagem e nos afetos, além de uma impulsividade acentuada (American Psychiatric Association, 2014). Pessoas diagnosticadas com esse transtorno frequentemente apresentam comportamentos, gestos ou ameaças suicidas, bem como automutilação. A ideação suicida é, muitas vezes, o motivo que as leva a buscar ajuda (American Psychiatric Association, 2014).

O TPB pode variar ao longo do tempo. No início da vida adulta, é comum que a pessoa experimente altos níveis de instabilidade emocional, dificuldade em controlar impulsos e precise frequentemente de ajuda médica e psicológica. Embora essas dificuldades possam persistir ao longo da vida, como as emoções intensas e os relacionamentos tumultuados, as pessoas que buscam tratamento geralmente começam a melhorar já no primeiro ano de terapia (American Psychiatric Association, 2014).

Conforme o DSM-5 (2014), para diagnosticar o Transtorno de Personalidade Borderline, o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco dos nove critérios comportamentais descritos no manual. Esses critérios incluem: esforços desesperados para evitar o abandono (real ou imaginado); relacionamentos intensos e instáveis, caracterizados por uma alternância entre idealização e desvalorização do outro; uma autoimagem ou senso de identidade instável; impulsividade em pelo menos duas áreas que podem ser prejudiciais (como sexo inseguro, compulsão alimentar, ou direção imprudente); comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou automutilação; mudanças rápidas e intensas no humor, geralmente durando apenas algumas horas e raramente mais do que alguns dias; sentimentos persistentes de vazio; raiva intensa e inadequada, ou dificuldade em controlar a raiva; e pensamentos paranoides ou sintomas dissociativos graves, desencadeados por estresse.

Apesar da existência de critérios diagnósticos bem estabelecidos, há uma escassez de instrumentos específicos para a avaliação dos transtornos de personalidade no Brasil, conforme apontado por Lucas et al. (2010). A maioria dos instrumentos disponíveis são entrevistas, escalas de auto-relato, checklists, inventários ou técnicas projetivas. Um exemplo de ferramenta validada para o contexto brasileiro é a Borderline Symptom List 23 (BSL-23), desenvolvida por Bohus et al. (2009). Composta por 23 itens avaliados em uma escala Likert, a BSL-23 mede aspectos como labilidade afetiva, impulsividade, dissociação, vazio existencial, sofrimento e estresse interpessoal. A validação do BSL-23 para o contexto brasileiro é um passo importante, mas também evidencia a necessidade de desenvolver e adaptar outras ferramentas para a avaliação de sintomas do TPB no país (Catelan & Faria, 2022).

Embora o TPB mostre certa plasticidade, com períodos de remissão e recidiva, e uma tendência à melhora sintomática ao longo do tempo, adultos com TPB frequentemente sofrem de disfunção psicossocial a longo prazo (Tomás et al., 2019). Essas pessoas

enfrentam um sofrimento intenso, mas o prognóstico pode ser mais positivo do que se imagina, especialmente quando recebem o tratamento adequado (Biskin, 2015).

O tratamento adequado, além da medicação e suporte social, envolve as psicoterapias especializadas, que incluem a Terapia Comportamental Dialética (DBT), o Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e a Terapia dos Esquemas (ST), compartilham características comuns. Segundo Oud et al. (2018), todas são fundamentadas em teorias sobre a origem e os fatores que mantêm o TPB, e possuem protocolos detalhados que abordam técnicas terapêuticas e o manejo da relação entre terapeuta e a pessoa.

A DBT, desenvolvida por Marsha M. Linehan, por exemplo, adota uma perspectiva dialética, buscando equilibrar a aceitação das disfuncionalidades da pessoa com a necessidade de ajudá-lo a modificar seu modo de pensar e agir. Baseada em duas premissas principais, a DBT assume que as pessoas estão fazendo o melhor que podem e, ao mesmo tempo, que eles buscam melhorar e estão motivados a mudar. Embora os a pessoas não tenham causado todos os seus problemas, cabe a eles resolvê-los (Stanley et al., 2021).

A primeira premissa incentiva uma abordagem sem julgamentos, desencorajando pensamentos negativos por parte do terapeuta diante de comportamentos difíceis contínuos da pessoa. A segunda premissa valida a necessidade de mudança, promovendo uma solução eficaz dos problemas sem culpa ou julgamento (Stanley et al., 2021).

A DBT combina sessões individuais e em grupo, minimizando a necessidade de medicação e internação (Gunderson, 2009). As sessões individuais semanais utilizam técnicas para modificar pensamentos e comportamentos, juntamente com abordagens de validação que promovem a auto aceitação. O objetivo é melhorar a regulação emocional e diminuir comportamentos suicidas, autolesivos e outros que afetam negativamente a qualidade de vida (Mehlum, 2021). Além disso, os a pessoas participam de sessões de terapia em grupo, onde desenvolvem habilidades de enfrentamento, incluindo práticas de mindfulness, regulação emocional, tolerância ao estresse e habilidades interpessoais. Entre as sessões, podem contatar seus terapeutas para orientações sobre como aplicar essas técnicas em situações desafiadoras do cotidiano (Mehlum, 2021).

Em seu livro, Linehan (1993/2016) não apenas sintetiza os objetivos e as estratégias básicas do tratamento, mas também apresenta dois ensaios clínicos realizados com mulheres diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que exibiam comportamentos suicidas. Esses estudos tinham como objetivo demonstrar a eficácia da Terapia Comportamental Dialética (DBT). No primeiro ensaio, 24 pessoas foram submetidas à DBT e 23 receberam tratamento usual. Apenas 16,4% das a pessoas em DBT abandonaram o tratamento, em contraste com uma taxa de 50-55% nos tratamentos convencionais. Além disso, as pessoas que participaram da DBT exibiram menos comportamentos suicidas e passaram menos dias internadas em unidades psiquiátricas (8,46 dias em comparação a 38,86 dias), além de apresentarem melhor adaptação global e desempenho em papéis sociais ao final do tratamento. O segundo ensaio, que teve duração de um ano com avaliações periódicas, corroborou a eficácia da DBT em comparação ao

tratamento usual, especialmente na redução dos comportamentos suicidas e na melhora da funcionalidade global das pessoas. Esses resultados evidenciam a DBT como uma intervenção psicossocial eficaz para o tratamento do TPB, promovendo maior adesão ao tratamento e redução dos comportamentos autodestrutivos.

Assim como a DBT, o Tratamento Baseado na Mentalização (MBT) é uma abordagem eficaz para o tratamento do TPB, ele foi desenvolvido para ser aprendido rapidamente e facilmente aplicado por profissionais da área da saúde, incluindo psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e agentes sociais (McLean Hospital, 2022). O MBT define a mentalização como o processo pelo qual damos sentido uns aos outros e a nós mesmos, implícita e explicitamente, em termos de estados subjetivos e processos mentais. É uma construção social profunda, no sentido de que estamos atentos ao estado mental daqueles que estão ao nosso redor, física e mentalmente (Bateman & Fonagy, 2010). O tratamento foca no aumento da capacidade de mentalização dos a pessoas borderline, dando sentido às próprias ações e as dos outros, tendo como base desejos, sentimentos e crenças (Bateman & Fonagy, 2004).

Devido à amplitude da definição de mentalização, a maioria dos transtornos mentais envolve, em algum grau, dificuldades nesse processo. Embora a teoria da mentalização esteja sendo aplicada a outros transtornos, como transtorno de estresse pós-traumático, transtornos alimentares e depressão, bem como em diferentes contextos, como hospitais e ambulatorios, o MBT é mais direcionado como uma terapia para o TPB, sendo nessa condição que ensaios clínicos com suporte empírico estão disponíveis (Bateman & Fonagy, 2010).

O tratamento com MBT é dividido em três fases. A fase inicial envolve uma avaliação da capacidade de mentalização da pessoa, juntamente com a coleta de sua história clínica. Durante essa avaliação, os relacionamentos interpessoais significativos, que exigem maior capacidade de mentalização em situações de intenso afeto, são analisados. A partir dessa análise, é elaborado um mapeamento das relações interpessoais importantes e suas conexões com os principais comportamentos problemáticos da pessoa (Eizirik e Fonagy, 2009).

Essa primeira fase culmina com o diagnóstico, onde são discutidas as possíveis causas do TPB, os objetivos do tratamento e uma descrição detalhada de como ele será conduzido. Um contrato terapêutico limitado é estabelecido, a medicação é revisada, e um plano de crise é desenvolvido. A fase intermediária do tratamento tem início com um foco no fortalecimento da aliança terapêutica, mantendo uma postura mentalizadora constante. Os terapeutas concentram-se no estado mental atual da pessoa, compartilhando suas próprias percepções e adotando uma postura inquisitiva, que reconhece a complexidade dos estados mentais e evita suposições sobre o que a pessoa está pensando. Diferenças de perspectiva entre terapeuta e a pessoa são exploradas e discutidas, destacando-se os diferentes pontos de vista sem julgar qual deles é mais válido (Eizirik e Fonagy, 2009).

A fase final do tratamento começa por volta dos 12 meses de terapia, com foco nas questões interpessoais e aspectos sociais do funcionamento, além da consolidação do

trabalho realizado anteriormente e da consideração das respostas de separação associadas à perda. Nesta fase, um plano de acompanhamento do tratamento é desenvolvido de forma colaborativa entre terapeuta e a pessoa (Eizirik e Fonagy, 2009).

Para avaliar a eficácia da MBT, Bateman e Fonagy (1999) compararam o Tratamento Baseado na Mentalização com o cuidado psiquiátrico padrão em pessoas diagnosticadas com TPB. Os resultados mostraram que a MBT proporcionou melhorias significativas, como a redução de suicídio, automutilação e necessidade de internação, com benefícios observados entre 6 e 12 meses de tratamento, que continuaram a se intensificar até 18 meses após o término. Cinco anos após a alta, o grupo tratado com MBT ainda apresentava resultados clínicos superiores ao grupo de controle, incluindo menos tentativas de suicídio, melhor estado diagnóstico, menor uso de medicamentos e melhor situação profissional (Eizirik e Fonagy, 2009)

A eficácia demonstrada pela MBT no tratamento de pessoas com TPB reforça a importância de abordagens psicoterapêuticas especializadas no manejo desse transtorno complexo. Entre as terapias que têm se mostrado promissoras, a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) também merece visibilidade. A TFP é uma terapia psicodinâmica que normalmente dura de um a três anos, manualizada e baseada em evidências empíricas que, ao longo do tempo, tornou-se mais definida por meio de manuais de tratamento e pesquisas. Esse desenvolvimento permitiu que a TFP se consolidasse como uma ferramenta valiosa na formação de novos terapeutas, proporcionando uma introdução sistemática e estruturada aos princípios da psicoterapia psicodinâmica (Yeomans et al., 2023).

A Psicoterapia Focada na Transferência foi originalmente desenvolvida como um tratamento intensivo para adultos com transtorno de personalidade borderline, mas a medida em que informações foram sendo recolhidas, por meio de pesquisas e experiências, a TFP foi estendida a tratamentos para outros tipos de transtorno de personalidade, com tratamento focado nos problemas comuns relacionados ao auto-funcionamento e ao funcionamento com os outros (Clarkin et al., 2022).

O desenvolvimento empírico de intervenções psicoterapêuticas envolve seis etapas, sendo elas: 1) teoria e pesquisa da natureza da disfunção clínica; 2) especificação do tratamento, preferivelmente escrito em forma de manual; 3) testes preliminares do resultado do tratamento; 4) teoria e pesquisa sobre os processos de mudança ou mecanismos de mudança; 5) testes da influência dos moderadores (como características da pessoa no pré-tratamento) dos quais o resultado depende; 6) avaliação de como o tratamento se generaliza para condições clínicas comuns (Kazdin, 2004 como citado em Yeomans et al., 2015)

O desenvolvimento da TFP, para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), passou por uma evolução significativa. Inicialmente, houve a articulação da patologia limítrofe no contexto clínico, seguida pela análise do tratamento de pessoas com essa patologia por terapeutas experientes, o que levou à formulação de princípios de tratamento e à criação de um manual estruturado. O tratamento foi primeiramente

investigado em um pequeno estudo sem grupo de comparação, mas evoluiu para ensaios clínicos randomizados (RCTs), com foco tanto nos resultados quanto nos mecanismos de mudança envolvidos (Yeomans et al.,2015).

Esses avanços teóricos e empíricos ajudaram a definir a Psicoterapia Focada na Transferência como uma abordagem que trata o TPB por meio da relação entre terapeuta e a pessoa. A transferência, muito ligada à psicanálise tradicional, refere-se aos sentimentos que a pessoa desenvolve em relação ao terapeuta, os quais são influenciados por suas experiências em relacionamentos fora da terapia, especialmente aqueles vividos no início da vida. Embora influenciada pela psicanálise tradicional, a TFP se distingue pelo seu foco no 'aqui e agora', exigindo um manejo diferenciado, com sessões duas vezes por semana e um contrato de tratamento detalhado, além de objetivos pessoais e terapêuticos claramente definidos (McLean Hospital, 2024).

A TFP baseia-se principalmente nas técnicas de esclarecimento, confronto e interpretação dentro da relação de transferência em evolução entre a pessoa e o terapeuta. O foco principal está nos temas dominantes carregados de afeto que surgem no relacionamento entre as pessoas borderline e seus terapeutas no 'aqui e agora' da transferência. Durante o primeiro ano de tratamento, a TFP se concentra em uma hierarquia de questões: a contenção de comportamentos suicidas e autodestrutivos, as diversas formas de sabotagem do tratamento, e a identificação e recapitulação dos padrões relacionais de objeto dominantes, conforme são vivenciados e expressos no contexto da relação transferencial (Clarkin et al., 2001).

Para avaliar a eficiência da TFP foi realizado um estudo (Clarkin et al.,2001) com 23 mulheres diagnosticadas com o transtorno borderline. Essas a pessoas participaram de sessões da TFP duas vezes por semana e foram avaliadas no início e no final de 12 meses de tratamento com instrumentos de diagnóstico, medidas de suicídio, comportamento autolesivo e medidas de utilização de serviços médicos e psiquiátricos. O principal resultado advindo desse estudo foi o tratamento aparentar ser uma promissora técnica psicoterapêutica, visto que os a pessoas que receberam PTF apresentaram melhora considerável em diversas áreas importantes.

As principais taxas e dados apresentados na parte da discussão deste estudo foram: A taxa de abandono que ao longo de um ano foi de 19,1% (4 de 21 a pessoas abandonaram o tratamento); As tentativas de suicídio no ano anterior ao tratamento foi de 53% (9 de 17 a pessoas) e durante o ano de tratamento a proporção caiu para 18% (3 de 17 a pessoas); A redução significativa de 67% no número de hospitalizações psiquiátricas juntamente com a redução no número de dias de internação, que foi de 89%, quase atingindo significância estatística (Clarkin et al.,2001). Esses resultados indicam a eficácia do tratamento na diminuição dos comportamentos autodestrutivos e na estabilização emocional dos a pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

Nesse contexto, a Terapia dos Esquemas (ST) também se mostra promissora para o tratamento do TPB. A ST foi desenvolvida por Jeffrey Young para tratar de pessoas que não estavam tendo “sucesso” com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a pessoas

com transtornos psicológicos crônicos arraigados. A proposta dessa terapia mistura elementos das teorias cognitivo comportamental, de apego, da gestalt, de relações objetais, construtivista e psicanalítica (Young et al.,2003).

A Terapia dos Esquemas foi desenvolvida como uma abordagem sistêmica que amplia a terapia cognitivo comportamental, dando uma ênfase maior à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-a pessoa e aos estilos desadaptativos de enfrentamento. A ST pode ser breve, de médio, ou de longo prazo a depender da pessoa (Young et al.,2003).

Essa terapia ajuda as pessoas e terapeutas a entender problemas crônicos e difusos e a organizá-los de um jeito compreensível. Esse modelo tenta entender os padrões de comportamento atuais da pessoa, olhando para as experiências e aprendizados da infância, com o foco sendo os relacionamentos interpessoais, visto que nossa maneira de lidar com o outro ou com nós mesmos é moldada por experiências precoces. O terapeuta cria uma aliança com os a pessoas para lidar com os esquemas, ele se utiliza de estratégias cognitivas, afetivas comportamentais e interpessoais, e quando os a pessoas continuam tendo comportamentos prejudiciais baseados em seus esquemas, o terapeuta, de forma empática, os confronta, explicando por que é importante mudar esses padrões (Young et al.,2003).

A ST afirma que todos desenvolvem esquemas quando crianças, eles são saudáveis quando as necessidades emocionais das crianças são bem atendidas. Isso ajuda as crianças a terem uma visão positiva de si mesmas, das suas relações com outras pessoas e do mundo ao redor (Fassbinder et al., 2014). Young (1990, 1999, como citado em Young et al., 2003), formulou a hipótese de que os esquemas desenvolvidos a partir de experiências nocivas, podem ter relação com transtornos de personalidade, problemas caracterológicos mais leves entre outros. A partir dessa ideia ele definiu um subconjunto de esquemas : esquemas desadaptativos remotos, que são maneiras de pensar e sentir que nos prejudicam e que começam a se formar na infância. Esses padrões negativos, como pensamentos ruins sobre si mesmo ou medo de ser rejeitado, vão se repetindo ao longo da vida, atrapalhando nosso bem-estar (Young, Klosko, & Weishaar, 2003, p. 33).

Para atestar a eficácia desse tratamento, Jacob e Arntz (2013) integraram os resultados de 5 pesquisas realizadas entre os anos 2005 - 2012. Os autores puderam afirmar, com base nessa meta-análise, que no primeiro ano de tratamento com a TS a média de abandono é baixíssima, principalmente se considerar aqueles que abandonam o tratamento quando a abordagem é tradicional, enquanto que as maiores taxas de abandono na TS ocorrem em tratamentos grupais. A respeito da variação no tamanho dos efeitos que a terapia traz, pode estar associada ao tempo de duração, efeitos menores foram encontrados em tratamentos que duraram menos de 30 sessões ou até 18 meses, já efeitos maiores foram observados entre 18 e 36 meses.

Considerando que a Terapia do Esquema (ST) é um tratamento complexo e prolongado, compreender quais técnicas são essenciais para promover mudanças pode permitir ajustes no tratamento, direcionando o foco para esses aspectos e, assim, potencializando os

efeitos da ST. Nessa meta-análise a TS foi comparada, diretamente, somente com a TFP, dessa forma os autores reforçam a importância de fazer comparações diretas também com a MBT e DBT.

Para estudar o impacto a longo prazo das intervenções psicoterapêuticas nos a pessoas com TPB, no domínio sintomático e funcional, foi realizada uma revisão meta-analítica (Tomás et al.,2019) que sintetizou descobertas de pesquisas sobre o curso de longo prazo do TPB em adultos. Dois estudos se destacaram ao fornecer evidências sobre alguns aspectos relacionados ao curso de tratamento a longo prazo em adultos, foram eles : McLean Study of Adult Development (MSAD) e o Collaborative Longitudinal Personality Study (CLPS). Os dois afirmam ser comum a pessoa apresentar períodos de remissão dos sintomas ao longo do tempo, entre 50% e 70% dos a pessoas alcançam remissão dos sintomas ao longo de cinco a 15 anos; a taxa de suicídio variou de 2% a 5% durante o acompanhamento de longo prazo; os sintomas depressivos reduziram ao longo do tempo, com uma melhora moderada; em relação ao funcionamento psicossocial, apenas cerca de 33% dos a pessoas atingem níveis normais de ajuste social e ocupacional a longo prazo; as variáveis independentes como a idade e o gênero tem efeito nos resultados, a pessoas mais jovens apresentam maior probabilidade de remissão, enquanto as mulheres mostraram menor progresso em termos de melhora funcional. As intervenções controladas, sejam terapias especializadas ou tratamento usual (TAU), tiveram efeitos semelhantes nos resultados a longo prazo, mas tratamentos mais longos parecem contribuir para melhorias no funcionamento. Esses resultados sugerem uma melhora gradual nos sintomas, porém com desafios contínuos em termos de recuperação funcional.

Dada a complexidade do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e a diversidade de intervenções terapêuticas disponíveis, é crucial que os profissionais baseiem suas escolhas em evidências de eficácia comprovada, a fim de tomar a melhor decisão para cada pessoa. Lago e Moreira (2022) realizaram um estudo relevante sobre os tratamentos para transtornos alimentares (TA), analisando quatro abordagens psicoterapêuticas distintas: Análise do Comportamento, Gestalt-terapia, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Psicanálise. Cada uma dessas abordagens oferece uma perspectiva única sobre a natureza e o tratamento do transtorno, e a avaliação de sua eficácia é essencial para que os profissionais de saúde mental possam tomar decisões embasadas.

Da mesma forma, na escolha do tratamento para TPB, é fundamental contar com dados empíricos robustos, como os apresentados mais acima, e uma compreensão aprofundada das modalidades terapêuticas disponíveis, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Terapia Baseada na Mentalização (MBT), a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e a Terapia do Esquema (ST), que são amplamente reconhecidas e eficazes.

Além de apresentarem evidências sobre a eficácia dos tratamentos para o Transtorno de Ansiedade (TA), Lago e Moreira (2022) também buscaram formas de tornar o conteúdo de seu trabalho mais acessível. Isso se deve ao fato de que a maioria dos artigos encontrados está em inglês, o que muitas vezes representa uma barreira no acesso a esses temas. Os autores, portanto, traduziram as pesquisas que abordaram as evidências

científicas da eficiência dos tratamentos. Outros autores que buscaram superar algumas barreiras na difusão do conhecimento foram Braga e Moreira (2022), eles notaram que não havia artigos disponíveis em português; as literaturas científicas que abordam o tema terapia e depressão não tinham o foco específico na abordagem familiar; os textos eram de difícil acesso por cobrarem taxas para serem visualizados; as pesquisas quantitativas não possuíam a base teórica bem explícita; artigos com poucas páginas de pesquisas, sem muitas explicações.

Os autores deste estudo buscaram facilitar o acesso de psicólogos recém-formados às técnicas e estratégias de intervenção voltadas para a terapia familiar e o tratamento da depressão. Para isso, foi realizada uma sistematização das estratégias de intervenção, utilizando artigos científicos e metanálises que discutem o tema e apresentam intervenções aplicadas pela terapia familiar, o que acabou resultando em uma espécie de manual. Essas intervenções visam auxiliar profissionais de saúde no manejo de casos de depressão, com base em técnicas fundamentadas em evidências científicas.

Sobre o TPB, embora existam protocolos disponíveis em português, eles são menos numerosos e frequentemente não incluem as versões mais recentes. Isso ocorre porque há um certo atraso na tradução e adaptação dos textos originalmente escritos em inglês. Algumas terapias, como a DBT, contam com mais estudos e recursos em português devido à sua popularidade no Brasil, enquanto outras possuem menos materiais disponíveis. O presente trabalho, considerando a necessidade de intervenções eficazes no tratamento referente a TPB e o pouco material disponível em nossa língua, compartilha do mesmo objetivo de Braga e Moreira (2022) de desenvolver um manual didático, em português, para analistas do comportamento e outros profissionais da área, auxiliando-os na escolha do tratamento psicológico mais adequado para cada a pessoa com Transtorno de Personalidade Borderline.

Justificativa

Nos últimos anos, as psicoterapias especializadas, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), o Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e a Terapia dos Esquemas (ST), têm se destacado no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) devido à sua eficácia comprovada na redução de sintomas e na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Oud et al., 2018). Embora essas abordagens compartilhem protocolos detalhados e enfoquem a relação terapeuta-pessoa, ainda há lacunas na literatura quanto à eficácia comparativa dessas intervenções e à adaptação de seus protocolos para o contexto brasileiro. O desenvolvimento de um manual didático em português visa preencher essa lacuna, oferecendo suporte prático e acessível para analistas do comportamento e profissionais de saúde mental na escolha do tratamento mais adequado para cada pessoa com TPB.

Objetivo

Diante desse cenário, este estudo busca descrever de forma didática o modo como são realizadas as intervenções das psicoterapias especializadas — Terapia Comportamental

Dialética (DBT), Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e Terapia dos Esquemas (ST) — no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Além disso, investiga-se o impacto dessas abordagens na redução dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida a longo prazo. Os achados poderão contribuir para o desenvolvimento de um manual didático em português, oferecendo diretrizes práticas e baseadas em evidências para analistas do comportamento e outros profissionais da saúde mental na escolha do tratamento mais adequado para cada pessoa.

Método

Seleção dos Artigos

A seleção dos artigos a serem incorporados ao guia didático foi realizada por meio de uma pesquisa em literatura científica que examinou intervenções voltadas para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), com o objetivo de descrever de forma didática os procedimentos das psicoterapias especializadas. As buscas foram realizadas nas bases de dados **Google Acadêmico, PubMed, Scielo e PsycINFO**, abrangendo publicações disponíveis de 1993 até o ano de 2024. As palavras-chave utilizadas incluíram: *“Borderline Personality Disorder”, “Specialized Psychotherapies”, “Psychological Interventions”, “Long-Term Effectiveness”, “Dialectical Behavior Therapy”, “Mentalization-Based Treatment”, “Schema Therapy” e “Transference-Focused Psychotherapy”*.

Após a realização das buscas, foram selecionados cinco estudos clínicos, que posteriormente foram traduzidos, adaptados e organizados em forma de Mini Manuais, com o intuito de contribuir para a elaboração do guia didático. A forma como cada intervenção foi conduzida, o foco terapêutico adotado e os resultados obtidos foram descritos de maneira padronizada.

Os critérios de inclusão adotados foram:

- Publicações entre **1993 e 2024**.
- Estudos revisados por pares que abordam **a eficácia das terapias DBT, MBT, TFP e ST**.
- Estudos escritos em inglês ou português.
- Trabalhos que apresentem descrição detalhada dos métodos utilizados.

Foram excluídos artigos que:

- Não apresentavam descrição clara dos procedimentos de intervenção.
- Eram revisões sem análise de intervenções práticas.
- Não apresentavam dados quantitativos ou qualitativos relevantes.

Após a realização das buscas, foram selecionados **5 ensaios clínicos randomizados** que atendiam aos critérios definidos.

Tradução dos Artigos

Para o processo de tradução dos artigos selecionados, foi utilizada a plataforma **Google Tradutor**. Inicialmente, os artigos originais, redigidos em inglês, foram salvos no computador no formato PDF. Posteriormente, foi realizado o acesso ao site do Google Tradutor (<https://translate.google.com>), onde se clicou na aba “Documentos”, localizada na parte superior da página. Em seguida, selecionou-se a opção “Procurar no seu computador”, a fim de localizar os arquivos desejados. Após a escolha de cada artigo, o respectivo documento foi carregado na plataforma. Na etapa seguinte, procedeu-se à definição dos idiomas de tradução: no lado esquerdo da página, foi indicado o idioma original dos documentos (inglês) e, no lado direito, o idioma de destino (português). Concluída essa configuração, foi acionado o comando “Traduzir” para que o Google Tradutor processasse o conteúdo dos PDFs. Finalizada a tradução, o texto foi exibido na própria página da plataforma, permitindo que fosse copiado e colado em um novo documento de texto. Quando necessário, a tradução foi salva em formato PDF, utilizando-se a funcionalidade de impressão do navegador, por meio da opção “Salvar como PDF”.

O processo de tradução seguiu os seguintes passos:

1. Download do artigo original no formato PDF.
2. Upload do documento na aba de tradução de arquivos do Google Tradutor.
3. Revisão manual da tradução, com conferência de termos técnicos por meio de dicionários acadêmicos e literatura especializada.
4. Adaptação da terminologia para o contexto da **Análise do Comportamento/Psicologia Clínica/etc..**

Para garantir fidelidade ao texto original, eventuais inconsistências foram corrigidas comparando a tradução com o artigo em inglês.

Extração das Informações

A extração das informações foi realizada a partir das seções **Método e Resultados** dos artigos selecionados. Foram extraídos os seguintes dados:

1. **Nome do artigo traduzido**
2. **Referência conforme as normas da APA (7ª edição)**
3. **Objetivo do estudo**
4. **Público alvo** (quantidade, perfil e critérios de inclusão/exclusão)
5. **Comportamentos-alvo** (descrição e forma de mensuração)
6. **Topografia do comportamento alvo**
7. **Procedimentos de intervenção**
 - Formato da sessão
 - Frequência e Duração
 - Componentes e técnicas específicas
 - Fases do tratamento

8. **Instrumentos de medida** (questionários, escalas, observações diretas, etc.)
9. **Resultados esperados** (efeitos da psicoterapia especializada)

Tratamento das Informações

Após a coleta das informações extraídas dos estudos clínicos selecionados, iniciou-se o processo de tratamento dos dados com o apoio de ferramentas de Inteligência Artificial (IA). O objetivo foi tornar o material mais claro, acessível e compreensível, especialmente para profissionais da saúde mental que não possuem familiaridade com a leitura direta de estudos científicos em língua inglesa. Foram realizadas adaptações que incluíram a conversão de termos técnicos para uma linguagem mais didática, a reestruturação dos textos em formato corrido ou em tópicos, e a sistematização das informações por meio de mini manuais, facilitando a leitura e a assimilação dos conteúdos. O texto também passou por um processo de simplificação linguística, com a reformulação de sentenças complexas e eliminação de repetições, sempre com o cuidado de manter o rigor conceitual. Todo esse trabalho foi realizado com o compromisso de preservar fielmente os dados, interpretações e conclusões dos estudos originais analisados.

Elaboração do Texto Didático

Após o tratamento e a organização das informações extraídas dos artigos científicos selecionados, teve início a elaboração do texto didático. O principal objetivo desse processo foi transformar o conteúdo técnico e acadêmico em um material acessível, de fácil compreensão e aplicável à prática clínica de profissionais da Psicologia.

A construção do guia seguiu uma estrutura padronizada, dividida em seções claras e organizadas, a fim de facilitar sua leitura e uso por profissionais que atuam com o Transtorno de Personalidade Borderline. Foram priorizadas estratégias como a simplificação da linguagem, o uso de tópicos e a descrição detalhada dos procedimentos terapêuticos, sempre com atenção à precisão conceitual e ao rigor científico.

Durante a redação, buscou-se adaptar os termos técnicos para uma linguagem mais didática, sem comprometer a fidelidade teórica. Além disso, foram incluídas orientações práticas sobre as intervenções abordadas, com base nas evidências apresentadas nos estudos analisados.

Todo esse processo foi conduzido com o cuidado de preservar integralmente os achados, métodos e conclusões das fontes científicas utilizadas. A partir disso, o guia foi estruturado da seguinte forma:

- **Introdução ao tema**
- **Descrição das estratégias de intervenção estudadas**
- **Aplicabilidade prática das técnicas descritas**
- **Recomendações para implementação**
- **Referências bibliográficas para aprofundamento**

Seguindo o processo de extração e tratamento das informações, cada mini manual oferece um resumo estruturado das descobertas essenciais sobre os estudos analisados. Incluem-se detalhes sobre os objetivos das intervenções, o perfil dos participantes, os comportamentos-alvo, a descrição dos procedimentos terapêuticos e os principais resultados obtidos. O objetivo desta abordagem é fornecer um material acessível e de fácil consulta para profissionais da área, facilitando a compreensão das psicoterapias especializadas para o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

Antes da apresentação do material didático, optou-se por incluir um capítulo sobre Regulação Emocional, tema recorrente nos estudos analisados. A criação desse capítulo se deu justamente pela identificação de estratégias e técnicas comuns entre as diferentes intervenções. Ao reunir essas informações em uma única seção, buscou-se oferecer ao leitor uma visão integrada das ferramentas mais utilizadas, além de tornar a leitura do material mais fluida e organizada.

Regulação Emocional

A regulação emocional consiste na capacidade de perceber, classificar, utilizar, compreender e manejar as próprias emoções. Quando esta habilidade está comprometida, ocorre o que chamamos de desregulação emocional, condição frequentemente associada a diversos transtornos psicológicos, com destaque para o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Marsha Linehan (1993) conceitua o TPB como um transtorno caracterizado por uma desregulação emocional generalizada, que resulta da interação entre dois fatores principais: uma vulnerabilidade biológica inata a experiências emocionais intensas e um ambiente invalidante durante o desenvolvimento. Neste ambiente invalidante, os cuidadores respondem de forma crítica, punitiva ou desdenhosa às expressões emocionais da criança, reforçam intermitentemente expressões emocionais extremas, superestimam a facilidade de resolução de problemas emocionais e falham em ensinar habilidades necessárias para regular emoções intensas.

Nesse contexto, a pessoa vulnerável desenvolve o que Linehan descreve como "fobia emocional" - um temor às próprias emoções baseado em avaliações negativas de suas experiências emocionais. Como resultado, frequentemente recorre a estratégias mal-adaptativas para reduzir a intensidade emocional, como automutilação, comportamentos compulsivos ou overdose de medicamentos. A Terapia Comportamental Dialética (DBT), desenvolvida por Linehan, enfoca o ensino de habilidades de regulação emocional e trabalha na desconstrução de "mitos emocionais" - crenças equivocadas sobre as emoções que perpetuam estratégias inadequadas de enfrentamento. O objetivo é auxiliar as pessoas a superar o medo e a esquiva emocional, aumentar a aceitação das experiências emocionais e desenvolver estratégias saudáveis de regulação. Estas estratégias podem incluir reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, ativação comportamental, estabelecimento de metas, aumento da tolerância aos esquemas emocionais e modificação de comportamentos problemáticos de busca de validação.

A atenção plena (mindfulness) tornou-se um componente central em diversas abordagens terapêuticas contemporâneas. Definida como "a consciência que emerge ao prestar atenção deliberadamente ao momento presente, de forma não julgadora à experiência que se desdobra instante a instante", representa um modo particular de direcionar a atenção, distinto do habitual. Originária de práticas meditativas antigas como o Sati do budismo, a atenção plena cultiva uma postura de observação focada e flexível, não julgamento em relação às emoções, aceitação das experiências internas e disposição para vivenciar plenamente os estados emocionais.

Na intervenção clínica utilizando a **Técnica de Atenção Plena Respiratória**, o terapeuta orienta a pessoa a encontrar uma postura confortável, mantendo a coluna ereta e os pés apoiados no chão, utilizar a respiração como "âncora" para a consciência, focar nas sensações físicas do movimento respiratório (abdômen ou passagem do ar), notar pensamentos, sentimentos ou sensações que surjam, sem julgá-los, e retornar gentilmente a atenção à respiração quando a mente divagar. O objetivo não é controlar ou modificar a experiência, mas experimentá-la momento a momento com abertura e aceitação,

auxiliando a superar a esquivas emocional e aumentar a tolerância a estados emocionais desafiadores.

Complementarmente, a **Prática de Observação dos Pensamentos** consiste em sentar-se em um ambiente tranquilo e fechar os olhos, permitir que os pensamentos fluam livremente, sem tentativas de controle, observar os pensamentos sem envolvimento emocional, reconhecendo-os apenas como eventos mentais, e adotar uma postura de observador imparcial, permitindo que os pensamentos surjam e desapareçam naturalmente. O objetivo dessas práticas é que as habilidades de mindfulness sejam gradualmente integradas à vida diária, especialmente em situações emocionalmente desafiadoras. Para facilitar esta transição, muitos programas terapêuticos oferecem suporte entre as sessões, como coaching telefônico, permitindo que a pessoa receba orientação em momentos de dificuldade.

Outra habilidade importante no contexto da regulação emocional é a **tolerância ao estresse**, que permite aos indivíduos gerenciarem a intensidade de suas emoções e o sofrimento associado, evitando o uso de estratégias comportamentais problemáticas como abuso de substâncias, automutilação ou esquivas. O desenvolvimento dessa capacidade é fundamental para que as pessoas ampliem suas opções de resposta diante de experiências emocionais intensas. Quando os pacientes se sentem sobrecarregados pelas emoções, as técnicas de redução de estresse são apontadas como úteis para ajudá-los a lidar com a situação.

Uma **técnica** específica e fundamental para o **manejo do estresse e a tolerância ao sofrimento** é o **Relaxamento Muscular Progressivo**. O terapeuta deve instruir a pessoa a sentar-se confortavelmente ou deitar-se e praticar a contração e o relaxamento sequencial dos principais grupos musculares do corpo. A pessoa é orientada a manter a tensão por cerca de 4 a 8 segundos, trazendo plena consciência para a sensação de aperto, e depois soltar, focando na sensação de relaxamento que surge. O objetivo primário é reduzir a tensão física induzida pelo estresse e, assim, diminuir a excitação autonômica e a intensidade emocional. É enfatizado que o relaxamento é uma habilidade que exige prática, idealmente começando em situações de menor estresse para que se torne eficaz quando as emoções estiverem em níveis mais elevados. Este tipo de intervenção se alinha com abordagens terapêuticas como a DBT. A prática regular destas técnicas permite que o indivíduo progressivamente desenvolva maior consciência sobre seus estados corporais e emocionais, bem como maior controle sobre suas respostas fisiológicas ao estresse. Com o tempo e prática consistente, a pessoa consegue identificar mais precocemente os sinais de tensão e aplicar as técnicas de relaxamento antes que a intensidade emocional se torne avassaladora, ampliando seu repertório de estratégias adaptativas e reduzindo a necessidade de recorrer a comportamentos autodestrutivos como forma de alívio emocional imediato.

Além do manejo fisiológico do estresse, a regulação emocional também está relacionada aos aspectos interpessoais. Pessoas com desregulação emocional podem ter dificuldades com validação e, em algumas situações, recorrer a formas de buscar apoio que envolvem

exigir, reclamar ou não demonstrar reconhecimento, o que pode gerar afastamento e intensificar emoções como raiva, tristeza e desesperança. Diante disso, melhorar a **eficácia interpessoal**, a forma de se relacionar com os outros, faz parte do trabalho terapêutico voltado à regulação emocional. Uma **técnica** que busca esse objetivo é a **Construção de Melhores Amizades**, que analisa os padrões de interação social da pessoa, especialmente no que se refere à busca por validação. O terapeuta orienta a pessoa a reconhecer essas estratégias e a experimentar novas formas de se comunicar e se aproximar dos outros, com foco em tornar suas interações mais funcionais e favoráveis ao estabelecimento de apoio. Esse processo contribui para ampliar a rede de relações da pessoa, fortalecendo seu senso de pertencimento e favorecendo um manejo mais adequado das emoções.

Além das dimensões interpessoais, a forma como a pessoa interpreta os eventos que vivencia também desempenha um papel importante na regulação emocional. A **reestruturação cognitiva** é apresentada como uma estratégia antecedente amplamente utilizada com esse propósito. Sua finalidade principal é modificar a interpretação dos eventos, incluindo a interpretação das próprias emoções, com o intuito de reduzir o impacto emocional associado a eles.

Uma **técnica** fundamental dentro da reestruturação cognitiva é o **Exame das Evidências de um Pensamento**. A intervenção consiste em guiar a pessoa para analisar um pensamento perturbador ou problemático, listando, de forma estruturada, todas as evidências que suportam esse pensamento e, em seguida, todas as evidências que o contradizem, mesmo que pareçam insignificantes no início. O objetivo primário dessa técnica é avaliar a validade e a utilidade do pensamento, permitindo a exploração de perspectivas alternativas e, conseqüentemente, a diminuição da intensidade emocional a ele vinculada. Essa técnica pode ser utilizada para desafiar interpretações problemáticas e crenças que conectam, por exemplo, autocompaixão com autoindulgência.

Outras técnicas relacionadas incluem a **descatastrofização**, colocar eventos em perspectiva, não personalizar e examinar interpretações alternativas. A reestruturação cognitiva pode ser empregada isoladamente ou integrada a outras abordagens, como no Registro de Pensamentos Emocionalmente Inteligentes, que combina a modificação cognitiva com elementos de atenção plena e aceitação para mudar a relação do paciente com seus pensamentos e sentimentos. É importante notar que pessoas muito ansiosas podem ter dificuldade em usar a reestruturação cognitiva, sendo útil iniciar com técnicas de redução de estresse nesses casos.

Instrumentos comuns em diferentes intervenções clínicas

As descrições dos manuais didáticos das psicoterapias especializadas para o TPB evidenciam elementos em comum; muitas usam os mesmos instrumentos para avaliação dos sintomas e monitoramento do progresso. Diante disso, esta seção servirá para descrever os instrumentos mais recorrentes, detalhando sua aplicação e incluindo exemplos de itens.

1. Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline (BPDSI-IV):

O Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline é um instrumento semiestruturado utilizado para avaliar a frequência e gravidade das manifestações do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) nos últimos três meses. É baseado no DSM-IV e consiste em 70 itens, a frequência de cada item é classificada em uma escala de 11 pontos, variando de 0 (nunca) a 10 (diariamente). O instrumento produz uma pontuação de gravidade total que varia de 0 a 90. É utilizado na avaliação inicial para o diagnóstico. Na Terapia do Esquema, uma pontuação inferior a 15 é sugerida como indicativo de remissão clínica, sendo a manutenção dessa pontuação baixa até o final do tratamento um parâmetro para recuperação.

Um exemplo representativo dos itens que compõem o instrumento é: "Você ficou desesperado nos últimos três meses quando pensou que alguém de quem gosta iria te abandonar?".

2. Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL):

A Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde é um questionário que mede o impacto da terapia sobre a qualidade de vida, incluindo o nível de satisfação da pessoa em diferentes áreas. Foi desenvolvido pelo Grupo WHOQOL com o objetivo de fornecer uma avaliação de qualidade de vida que pudesse ser utilizada em diferentes contextos culturais. Uma das versões descritas nos manuais conta com 100 itens, e utiliza uma escala de 1 a 5 para que a pessoa indique como se sente em relação à sua qualidade de vida, saúde e outros aspectos da vida cotidiana.

Outra forma de aplicação mencionada inclui o uso do Termômetro EuroQol, que é uma escala visual analógica de 0 a 100 pontos. Essa escala busca representar o estado de saúde percebido pela pessoa, variando entre o melhor e o pior estado de saúde que ela consegue imaginar. O Termômetro EuroQol é parte do questionário EQ-5D, que avalia cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor ou desconforto e ansiedade ou depressão. Cada uma dessas dimensões é classificada em cinco níveis de gravidade.

Exemplos de itens da versão de 100 perguntas incluem: "O quanto você aproveita a vida?", "Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia a dia?" e "Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?"

Na versão que utiliza o Termômetro EuroQol, alguns itens são: “Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?”, “O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?” e “Quão sozinho você se sente em sua vida?”

3. Entrevista Clínica Estruturada para DSM (SCID-II):

A Entrevista Clínica Estruturada para DSM é utilizada por profissionais para diagnosticar transtornos mentais com base nos critérios do DSM, sendo aplicada para o diagnóstico clínico conforme o DSM-IV. Sua aplicação começa com uma conversa geral conduzida por um especialista experiente. A entrevista é dividida em partes que correspondem a diferentes tipos de diagnósticos e já inclui os critérios definidos para cada um deles. Quando a pessoa não preenche determinados critérios básicos, algumas perguntas podem ser omitidas, com o objetivo de tornar o processo mais direto.

Mesmo com a padronização das perguntas, a decisão final sobre o diagnóstico é feita pelo profissional, com base em sua análise clínica, e não apenas nas respostas fornecidas pela pessoa.

Exemplos de itens incluem: “Você evita se envolver com pessoas a não ser que tenha certeza de que gostarão de você?” e “Muitas coisas parecem perigosas ou difíceis para você e não parecem assim para a maioria das outras pessoas?”

4. Escala de Autoestima Rosenberg (RSES):

A Escala de Autoestima Rosenberg é utilizada para avaliar a autoestima global de uma pessoa. Mede a percepção de valor próprio e autoconfiança, considerando sentimentos de aceitação e respeito por si mesmo. A estrutura da escala é composta por 10 itens, divididos entre afirmações positivas e negativas sobre o autoconceito. Esses itens geram uma pontuação que representa o nível geral de autoestima do respondente. As respostas seguem um formato de escala Likert de 4 pontos, com as opções variando de "concordo totalmente" a "discordo totalmente".

Na Terapia do Esquema, a avaliação de mudanças na autoestima é um parâmetro utilizado para acompanhar a evolução terapêutica.

Exemplos de itens incluem: “No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)”; “Às vezes, penso que não sou bom/boa em nada”; “Sinto que tenho várias qualidades positivas”; “Sinto que tenho uma série de boas qualidades.”

5. Entrevista de Tentativa de Suicídio e Autolesão (SASII):

A Entrevista de Tentativa de Suicídio e Autolesão é utilizada para avaliar detalhadamente se as pessoas se machucaram intencionalmente (Autolesão Não Suicida – NSSI) e/ou tentaram cometer suicídio, incluindo o método utilizado e a intenção real de morrer. Durante a entrevista, são registrados o número de episódios de autolesão e tentativas de suicídio, o tipo de autolesão (como cortes, queimaduras, envenenamento, entre outros),

assim como a frequência e a gravidade desses comportamentos. Este instrumento é utilizado para avaliar os comportamentos-alvo de Autolesão e Tentativas de Suicídio.

6. Escala de Avaliação de Zanarini para TPB (ZAN-BPD):

A Escala de Avaliação de Zanarini mede a gravidade dos sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) ao longo do tempo. A escala avalia nove domínios principais, alinhados aos critérios diagnósticos do DSM, por meio de respostas "sim" ou "não". Os domínios incluem instabilidade emocional, impulsividade, medo de abandono, instabilidade de identidade, comportamentos suicidas ou autolesivos, entre outros. Cada domínio é pontuado com base na frequência e na intensidade dos sintomas nas últimas semanas. Para que o diagnóstico de TPB seja indicado, é necessário que 8 ou mais respostas sejam "sim".

Exemplos de itens incluem: “Alguns dos seus relacionamentos mais próximos foram marcados por muitas discussões ou término repetidos?” e “Você já se machucou fisicamente de forma intencional (por exemplo, se socou, se cortou, se queimou)? E quanto a tentativas de suicídio?”

7. Escala de Depressão de Hamilton (HDRS-17):

A Escala de Depressão de Hamilton identifica a gravidade dos sintomas depressivos por meio de uma entrevista. É administrada por clínicos bem treinados e experientes, muitas vezes em parceria, em que um conduz a entrevista e o outro faz perguntas adicionais. A versão mais utilizada é composta por 17 itens, com tempo de aplicação entre 15 e 30 minutos. Para cada item, o clínico seleciona o "indicador" que melhor caracteriza o paciente, em uma escala de 0 a 4.

Um exemplo de item relacionado a suicídio apresenta os seguintes indicadores: 0 – Ausente; 1 – Pensamentos sobre a vida não valer a pena; 2 – Desejo de estar morto ou pensamentos sobre morte; 3 – Ideias ou gestos suicidas; 4 – Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria deve ser classificada como 4).

8. Entrevista sobre Pensamentos e Comportamentos Autolesivos (SITBI):

A Entrevista sobre Pensamentos e Comportamentos Autolesivos é uma medida baseada em entrevistas utilizada para avaliar de forma uniforme a presença, frequência e características de ideação suicida, planos de suicídio, gestos suicidas, tentativas de suicídio e Autolesão Não Suicida (NSSI).

Exemplos de itens incluem: “Você já teve pensamentos de se matar?”, “Você já chegou a fazer um plano para se matar?” e “Você já fez algo para levar alguém a acreditar que queria se matar, mesmo sem ter essa intenção de verdade?”

9. Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS):

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional avalia os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios: não aceitação das emoções negativas, dificuldade em agir de forma objetiva quando sente emoções negativas, impulsividade nessas situações, poucas estratégias eficazes para lidar com as emoções, além de baixa percepção e compreensão dos próprios sentimentos. Contém 36 itens em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (quase nunca se aplica a mim) a 5 (aplica-se quase sempre a mim).

Exemplos de itens incluem: "Eu sei exatamente como estou me sentindo", "Quando estou chateado(a), tenho dificuldade para realizar meu trabalho" e "Quando estou chateado(a), tenho dificuldade para controlar meus comportamentos".

10. Escala de Impulsividade Barratt (BIS-11):

A Escala de Impulsividade Barratt é uma escala de autopreenchimento composta por 30 itens relacionados às manifestações da impulsividade. A pessoa classifica cada item em uma escala Likert de quatro pontos (1 = raramente ou nunca; 2 = de vez em quando; 3 = com frequência; 4 = quase sempre/sempre). A pontuação varia de 30 a 120, com escores altos indicando presença de comportamentos impulsivos. Além de um escore global, é possível calcular escores parciais para impulsividade motora, atencional e por não planejamento.

Exemplos de itens incluem: "Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro", "Tenho pensamentos 'acelerados'" e "Eu digo coisas sem pensar".

11. Inventário de Problemas Pessoais (IIP):

O Inventário de Problemas Pessoais mede dificuldades nos relacionamentos interpessoais, considerando tanto comportamentos que a pessoa tem dificuldade em realizar (como participar de grupos) quanto comportamentos que apresenta com frequência (como se irritar com frequência). O questionário é dividido em duas partes: uma com 78 frases que começam com "É difícil para mim..." e outra com 49 frases que começam com "Eu faço isso demais...". Cada item é avaliado em uma escala de 0 a 4, indicando o quanto aquilo incomoda a pessoa (0 = "nada" a 4 = "extremamente").

Exemplos de itens incluem: "Ser assertivo com outra pessoa", "Socializar com outras pessoas" e "Ser firme quando necessito ser".

12. Inventário de Sintomas Breve (BSI):

O Inventário de Sintomas Breve consiste em 53 itens que abrangem nove dimensões de sintomas psicopatológicos: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade fóbica, Ideação paranoide e Psicoticismo. Também inclui três índices globais de sofrimento: Índice de Gravidade Global, Índice de Sofrimento de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos. Esses índices medem o

nível de sintomatologia, a intensidade e o número de sintomas relatados. O tempo estimado para resposta varia entre 8 e 10 minutos.

Exemplos de itens incluem: “Dificuldade de lembrar das coisas”, “Pensamentos de acabar com a vida” e “Se sentir inferior a outras pessoas”.

13. Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (SOFAS):

A Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional é uma escala usada para avaliar como uma pessoa está se relacionando e interagindo com os outros no dia a dia. Pode ser preenchida por profissionais de saúde mental, familiares ou cuidadores que conhecem bem a pessoa, com base no comportamento observado no último mês. Pontuações maiores indicam maior dificuldade no funcionamento social, como manter conversas, participar de atividades em grupo e lidar com outras pessoas.

Suas classificações são baseadas em uma escala de 100–0, refletindo uma faixa de excelente a funcionamento gravemente prejudicado: 100 = funcionamento superior em uma variedade de atividades; 60 = dificuldade moderada no funcionamento social e ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflito com pares e colegas de trabalho); 50 = comprometimento grave no funcionamento social e ocupacional ou escolar (sem amigos, incapaz de manter o emprego); 40 = comprometimento grave em diversas áreas, como trabalho, escola e relações familiares (por exemplo, indivíduo deprimido evita amigos, negligencia a família e não consegue trabalhar); e 0 = incapaz de avaliar devido a informações inadequadas.

14. Inventário de Modo de Esquema (SMI):

O Inventário de Modo de Esquema é um instrumento exploratório desenvolvido para medir os Modos de Esquema mais frequentes presentes na vida de um indivíduo, identificando modos disfuncionais de personalidade e padrões emocionais rígidos. É um questionário utilizado tanto para fins terapêuticos quanto de pesquisa, buscando obter uma visão geral dos Modos de Esquema que determinada pessoa mostra com mais frequência.

Exemplos de itens incluem: "Eu me sinto amado e aceito", "Eu tenho impulso de me punir, me machucando (ex: me cortando)" e "Eu não consigo me perdoar".

15. Conta-2 Parassuicida tempo de vida (LPC-2):

A Conta-2 é uma entrevista estruturada que avalia o histórico de automutilação e tentativas de suicídio de uma pessoa. Avalia a frequência e o grau de comportamentos suicidas e automutilação não suicida, a intenção de morrer, o nível de tratamento médico recebido e detalhes do primeiro, mais recente e mais grave episódio de parassuicídio.

Exemplo de itens incluem: “Você já tentou se matar alguma vez na vida? Se sim: Quantas vezes? Qual foi o método utilizado?, Qual era sua intenção na época? (Ex: realmente morrer, pedir ajuda, parar de sentir dor etc.)”

16. Entrevista sobre Histórico de Parassuicídio (PHI-2):

A Entrevista sobre Histórico de Parassuicídio é uma entrevista estruturada usada para avaliar o histórico de comportamentos parassuicidas, como tentativas de suicídio e outros atos autolesivos sem intenção letal clara. O objetivo é coletar informações sobre a frequência, gravidade, métodos utilizados e contextos em que esses comportamentos ocorreram ao longo da vida da pessoa. Também coleta dados sobre episódios recentes de autolesão nos três meses anteriores à avaliação.

Exemplo de itens incluem: O item 28 do instrumento aborda as razões para a autoagressão (DSH – Deliberate Self-Harm), apresentando uma lista de 31 possíveis motivações construídas a partir das respostas fornecidas pelos próprios participantes em estudos anteriores. Para cada razão apresentada, o participante deve indicar se ela se aplica a ele, respondendo com “sim” ou “não”. Entre os exemplos de razões incluídas estão: “para parar sentimentos ruins”, “para se punir” e “para fazer os outros entenderem o quão desesperado(a) você está”.

17. Questionário Breve de Deficiência (QBD):

O Questionário Breve de Deficiência avalia a incapacidade funcional causada por condições médicas ou psicológicas. Contém perguntas que abordam dificuldades no desempenho de atividades diárias e no ambiente de trabalho. Pode ser administrado por profissionais de saúde ou preenchido pela própria pessoa.

Exemplos de itens incluem: “Seus problemas de saúde limitaram você em alguma das seguintes atividades?”

a. O tipo ou a quantidade de atividade vigorosa que você pode fazer, como levantar objetos pesados, correr ou praticar esportes?

b. Caminhar longas distâncias (ou seja, 1 a 2 km)?

c. O tipo ou a quantidade de atividade moderada que você pode fazer, como mover uma mesa ou carregar compras?

() Não, de forma alguma

() Sim, às vezes ou um pouco

() Sim, moderadamente ou com certeza

18. Checklist do Transtorno de Personalidade Borderline (BPD Checklist):

O Checklist do Transtorno de Personalidade Borderline é um instrumento de autorrelato desenvolvido para avaliar a carga subjetiva dos sintomas específicos do TPB experimentada no mês anterior. É composto por 47 itens, cada um avaliado em uma escala Likert de 5 pontos, indicando o grau em que o respondente foi perturbado pela queixa no último mês (“nem um pouco” a “extremamente”). A pontuação total varia, sendo que

pontuações mais altas indicam maior carga subjetiva dos sintomas. Uma pontuação de 67 é sugerida como ponto de corte para recuperação, e 100 para indicar a presença de TPB em triagem.

Exemplos de itens incluem: “O medo de que as pessoas importantes para você o abandonem ou o deixem.” e “Ter relacionamentos intensos, mas instáveis com outras pessoas (por exemplo, às vezes você acha que uma pessoa é maravilhosa e, em seguida, de repente pensa que ela é horrível).”

19. Escala de discrepância de auto-objetivos (outro) de Miskimins (Miskimins Self-Goal(-Other) Discrepancy Scale):

Avalia as discrepâncias entre a autoimagem, a percepção atribuída por outros e o eu idealizado. O instrumento é composto por 15 pares de características de personalidade opostas, apresentadas em escalas analógicas visuais de 100 mm. O respondente deve classificar-se sob três perspectivas: "Como eu sou?" (self), "Como as outras pessoas me percebem?" (outro) e "Como eu quero ser?" (ideal).

Procedimentos e Formatos Terapêuticos Comuns nas Intervenções Baseadas em Evidências

As terapias mais atuais, principalmente as usadas no tratamento de transtornos de personalidade ou casos mais complexos, costumam ter alguns elementos em comum. Esses elementos servem como base para que o tratamento funcione bem. Embora cada tipo de terapia tenha seu jeito de aplicar essas estratégias, todas têm o mesmo objetivo: ajudar a pessoa a mudar de forma duradoura e a usar o que aprendeu na terapia também fora dela, no dia a dia.

Este capítulo apresenta os principais formatos e procedimentos terapêuticos observados em abordagens como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e a Terapia do Esquema (ST), conforme descrito nos Mini Manuais 1 a 5. São destacados os seguintes elementos: sessões individuais, sessões em grupo, tarefas de casa, relação terapêutica, supervisão clínica e suporte telefônico.

1. Sessões Individuais

As sessões individuais constituem um formato terapêutico central em diversas abordagens utilizadas no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), funcionando como o espaço privilegiado para o aprofundamento de questões pessoais, a análise detalhada de comportamentos e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento personalizadas. Esse tipo de sessão está presente nos procedimentos da Terapia Comportamental Dialética (DBT), do Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), da Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e da Terapia do Esquema (ST), conforme descrito nos Mini Manuais. O foco e a forma de condução das sessões variam de acordo com o modelo teórico adotado: na DBT, o atendimento individual enfatiza o treino de habilidades e a regulação emocional; na MBT, o trabalho gira em torno da compreensão dos próprios estados mentais e dos outros, bem como da construção de vínculos seguros; na TFP, a transferência é usada como ferramenta central de diagnóstico e intervenção; e na Terapia do Esquema, o foco recai sobre a identificação de esquemas disfuncionais, modos esquemáticos e processos de reparação emocional.

2. Sessões em Grupo

As sessões em grupo são um formato terapêutico importante em algumas abordagens utilizadas no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Elas funcionam como um espaço estruturado para que os participantes aprendam novas habilidades, pratiquem comportamentos mais saudáveis e explorem suas relações interpessoais em um ambiente seguro. As sessões em grupo aparecem com destaque na Terapia Comportamental Dialética (DBT) e na Terapia do Esquema em seu formato combinado (individual e grupal). Nos Mini Manuais 1, 2, 3 e 4, esse formato é citado como parte do tratamento. Na DBT, as sessões em grupo são voltadas especialmente para o treinamento de habilidades, com foco em quatro módulos principais: atenção plena, regulação emocional, tolerância ao estresse e eficácia interpessoal. Essas sessões

geralmente ocorrem semanalmente, têm duração média de duas horas e são conduzidas por terapeutas capacitados, incluindo tarefas para casa como parte do processo. Já na Terapia Baseada em Mentalização (MBT), o grupo é usado para ajudar os pacientes a entender melhor seus próprios sentimentos e pensamentos, assim como os dos outros. Na Terapia dos Esquemas, quando o formato grupal é adotado, ele serve para identificar e trabalhar modos esquemáticos disfuncionais, aproveitando a dinâmica entre os membros para promover esse tipo de insight.

3. Tarefas de Casa

As tarefas de casa são um recurso frequentemente utilizado em algumas das terapias desenvolvidas para pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A ideia principal é que a pessoa possa praticar, fora das sessões, o que foi discutido e aprendido durante a terapia. Isso ajuda a fortalecer o que foi trabalhado e a aplicar esses aprendizados na vida real.

Na Terapia Comportamental Dialética (DBT), por exemplo, as tarefas de casa são parte importante do processo e aparecem nos Mini Manuais 1, 2 e 4. Elas são usadas especialmente nas sessões em grupo para reforçar o conteúdo ensinado, como habilidades de regulação emocional, atenção plena ou estratégias para lidar com situações difíceis. Os pacientes são incentivados a aplicar essas habilidades em seu dia a dia e, depois, trazer para a sessão como foi essa experiência.

Já na Terapia do Esquema (ST), como descrito no Mini Manual 5, as tarefas de casa são vistas como uma ferramenta estratégica, com o objetivo de ajudar o paciente a levar para a vida real os avanços feitos na terapia. Elas devem ser adaptadas à realidade da pessoa, de forma simples e clara, e sempre conectadas aos temas que estão sendo trabalhados naquele momento. Alguns exemplos de tarefas de casa na ST incluem: Testar novas formas de agir em situações sociais, como dizer "não" ou expressar sentimentos de forma mais assertiva, e depois refletir sobre isso; Praticar habilidades emocionais aprendidas na sessão, como técnicas de autocompaixão; Usar um diário emocional para observar pensamentos, sentimentos e reações no dia a dia.

4. Relação Terapêutica / Vínculo / Reparação Parental

A Relação Terapêutica (ou Vínculo com o terapeuta) e a ideia de Reparação Parental são partes muito importantes nas terapias modernas para o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Elas não são apenas um "extra", mas sim a base para que o tratamento funcione bem. A Relação Terapêutica é essa conexão, o laço que se forma entre você e o terapeuta. É sobre confiança e segurança.

Para construir essa conexão, o terapeuta precisa ser uma "audiência que não te julga nem pune" (uma audiência não-punitiva). Isso cria um espaço onde momentos de "intimidade" podem acontecer (Vandenberghe & Pereira, 2025). Na terapia, quando você se revela, o terapeuta ouve e "valida" o que você compartilha. Validar não significa concordar com

tudo, mas reconhecer e aceitar seus sentimentos e experiências como reais para você. Essa validação do que você revela ajuda a construir essa relação íntima.

Essa relação segura é usada de formas diferentes nas terapias para TPB:

Na Terapia Baseada na Mentalização (MBT), fortalecer essa conexão (aliança terapêutica) é um foco importante no meio do tratamento. O terapeuta usa a relação "aqui e agora" na sessão para ajudar você a observar e entender suas dificuldades enquanto elas acontecem. A postura é de curiosidade sobre seus estados mentais no momento.

Na Psicoterapia Focada na Transferência (TFP), a terapia trabalha o TPB principalmente através da relação entre você e o terapeuta. Eles usam a "transferência" – os sentimentos que você projeta no terapeuta baseados em relações passadas (especialmente da infância). Isso é trabalhado no "aqui e agora" da sessão para identificar e mudar padrões de relacionamento problemáticos. O terapeuta é mais ativo nessa abordagem.

Na Terapia Comportamental Dialética (DBT), o terapeuta busca uma postura sem julgamentos. A validação nas sessões e o suporte por telefone em momentos de crise são formas de construir um vínculo de apoio e segurança.

A Reparação Parental Limitada é um conceito central da Terapia do Esquema (ST), especialmente importante no tratamento de pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). A ideia parte do reconhecimento de que muitas dessas pessoas não tiveram suas necessidades emocionais básicas atendidas na infância, seja por ausência de afeto, proteção ou validação por parte de seus pais ou cuidadores. Na terapia, o terapeuta assume temporariamente um papel reparador - sempre de forma limitada, ética e profissional - oferecendo acolhimento, presença emocional e firmeza. O objetivo é proporcionar uma experiência emocional corretiva, permitindo que o paciente vivencie, dentro da relação terapêutica, um vínculo mais saudável do que aqueles que teve no passado. Com isso, aprende-se, pouco a pouco, a construir relações mais seguras e equilibradas fora da terapia.

5. Supervisão

A Supervisão Clínica é um componente essencial na formação e prática de psicólogos clínicos, sendo compreendida como um processo de ensino-aprendizagem estruturado, diretamente relacionado à qualidade do atendimento e à ética profissional. Trata-se de uma prática que combina aspectos formativos e éticos e que vai além da orientação técnica: ela prepara o supervisionado para atuar com competência, responsabilidade e segurança.

Entre os principais objetivos da supervisão clínica estão o fortalecimento dos conhecimentos teóricos, a promoção de uma conduta ética, a capacitação para o atendimento clínico e a garantia de que o cliente seja atendido de forma apropriada. Para alcançar esses objetivos, o supervisor deve modelar o repertório do supervisionado, criando um ambiente acolhedor e não punitivo, que favoreça a exposição de dúvidas e dificuldades. Além disso, é importante treinar o repertório verbal clínico por meio do uso

de intraverbais, ou seja, estimular o supervisionado a pensar sobre o caso e a construir raciocínios clínicos semelhantes aos de terapeutas experientes. Simulações, exemplos práticos e reflexões guiadas são estratégias valiosas nesse processo.

Existem diferentes modelos de supervisão. O modelo tradicional enfatiza a relação clínica entre supervisor e supervisionado, enquanto o modelo desenvolvimentista ou pedagógico valoriza a função didática da supervisão. No Brasil, esse segundo modelo tem predominado nas instituições de ensino e prática clínica. Independentemente do modelo adotado, é fundamental que o supervisor possua experiência clínica consolidada, pois é a partir dessa vivência que poderá modelar comportamentos eficazes e éticos no supervisionado.

A supervisão também é reconhecida como um elemento estruturante em abordagens terapêuticas especializadas no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia do Esquema (ST). Na DBT, a supervisão de equipe é um recurso indispensável para garantir a consistência na aplicação do modelo e oferecer apoio entre terapeutas. Já na Terapia do Esquema, os profissionais passam por um processo de treinamento intensivo, com supervisões semanais e avaliações semestrais que monitoram o progresso do terapeuta e asseguram a fidelidade ao modelo. Assim, a supervisão clínica não só forma terapeutas mais qualificados, como também protege o cliente, promove boas práticas e assegura a integridade das abordagens baseadas em evidências.

6. Suporte Telefônico:

Funciona como uma possibilidade de contato com o terapeuta entre as sessões, especialmente em momentos de crise. O objetivo principal é permitir que a pessoa acesse o terapeuta para orientações sobre como aplicar as habilidades aprendidas na terapia em situações desafiadoras do cotidiano. O terapeuta recebe capacitação em um curso intensivo de Terapia Comportamental Dialética (DBT) com duração de 10 dias, distribuído ao longo de 6 meses. Adicionalmente, participa de 2 horas de supervisão e consulta em grupo duas vezes por mês com um instrutor sênior de DBT.

A seguir, são apresentados os Mini Manuais elaborados a partir dos estudos clínicos selecionados. Cada manual sintetiza, de forma didática, os objetivos, procedimentos, instrumentos e resultados das principais psicoterapias especializadas utilizadas no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline.

Mini Manual 1: DBT para Redução de Autolesão e Tentativas de Suicídio em Adultos com Traços Borderline

Título original: [*Eficácia da Terapia Comportamental Dialética versus Avaliação Colaborativa e Gestão da Suicidalidade no Tratamento para Redução de Autolesões em Adultos com Traços e Transtorno de Personalidade Borderline - Um Ensaio Clínico Randomizado e Cegado para Observadores*]

Referência: [*Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). EFFECTIVENESS OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY VERSUS COLLABORATIVE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF SUICIDALITY TREATMENT FOR REDUCTION OF SELF-HARM IN ADULTS WITH BORDERLINE PERSONALITY TRAITS AND DISORDER-A RANDOMIZED OBSERVER-BLINDED CLINICAL TRIAL. *Depression and anxiety*, 33(6), 520–530. <https://doi.org/10.1002/da.22472>]*

Objetivo da intervenção: O objetivo da intervenção é reduzir as autolesões em adultos com traços e transtorno de personalidade borderline. A mudança esperada no comportamento-alvo é a diminuição da frequência de autolesões, tanto aquelas sem intenção suicida quanto as tentativas de suicídio, após o período de tratamento de 16 semanas.

Público alvo: A intervenção é indicada para pessoas que apresentam traços e/ou diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), com dificuldades de regulação emocional — característica central do transtorno —, histórico de autolesão (como lesões autoprovocadas sem intenção suicida) ou tentativas recentes de suicídio. Também são consideradas aquelas com comportamentos autodestrutivos, incluindo autolesão não suicida (NSSI), ideação suicida e condutas de risco. É necessário que a pessoa atenda a pelo menos dois critérios diagnósticos de TPB, conforme o DSM-IV. Como a motivação e o engajamento influenciam diretamente os resultados, é fundamental que haja disposição para participar de sessões semanais de terapia individual e em grupo.

Comportamentos-alvo: Essa intervenção tem como foco dois comportamentos principais: a **Autolesão** (NSSI – Nonsuicidal Self-Injury) e as **Tentativas de Suicídio**. Devem ser registrados o número de episódios de autolesão e tentativas de suicídio, o tipo de autolesão (como cortes, queimaduras, envenenamento, entre outros), bem como a frequência e a gravidade desses comportamentos, a pessoa deve relatar detalhadamente se se machucou intencionalmente (NSSI) e/ou se tentou cometer suicídio, informando o método utilizado e se havia ou não intenção real de morrer.

Para avaliá-las, é utilizada a entrevista de Tentativa de Suicídio e Autolesão (SASII), Escala de Avaliação de Zanarini para TPB (Zanarini Rating Scale for BPD – ZAN-BPD), Escala de Depressão de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale – HDRS-17), Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI-II), Escala de Ideação Suicida de

Beck (Beck Suicide Inventory – BSI), Escala de Desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale – BHS) e Inventário de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES).

Topografia do comportamento-alvo: A autolesão é definida como um comportamento em que a pessoa causa, de forma intencional, dor ou ferimentos ao próprio corpo, sem ter o objetivo de tirar a própria vida. A forma como a autolesão acontece pode variar bastante de pessoa para pessoa. Algumas das topografias mais comuns são: cortar a própria pele com objetos como lâminas, estiletes ou vidros; arranhar-se com força até causar feridas ou sangramento; queimar partes do corpo com cigarros, isqueiros ou superfícies quentes; bater a própria cabeça contra a parede ou objetos duros; socar a si mesmo, geralmente nas pernas, no peito ou no rosto; beliscar-se intensamente, deixando marcas roxas ou feridas; impedir que machucados cicatrizem, reabrindo-os propositalmente; ou puxar os cabelos ou pêlos de forma repetitiva e dolorosa. Já a tentativa de suicídio, envolve um comportamento não habitual que resulte em autolesão ou ingestão excessiva de substâncias, com o propósito de provocar uma mudança desejada pela pessoa.

Procedimentos da Intervenção: A intervenção com a Terapia Comportamental Dialética (DBT) começa com a avaliação inicial. Nessa etapa, converse com a pessoa para entender suas dificuldades emocionais e comportamentais, estabeleça os objetivos da terapia e explique o funcionamento da DBT, destacando que se trata de uma abordagem prática, estruturada e baseada no ensino de habilidades para lidar com emoções difíceis. Apresente também a duração e o formato da terapia. Com essas informações, elabore um plano de tratamento individualizado.

Organize a intervenção com duração média de 16 semanas. Durante esse período, a pessoa deve participar de dois tipos de encontros: sessões individuais semanais, com cerca de uma hora de duração, e aulas em grupo, também semanais, com duração aproximada de duas horas.

Nos encontros em grupo, ensine e pratique quatro conjuntos de habilidades fundamentais. Comece com a Atenção Plena (Mindfulness), ajudando a pessoa a focar no presente, observar pensamentos e emoções sem julgamento. Depois, trabalhe a Regulação Emocional, ensinando formas de entender, nomear e equilibrar emoções intensas. Em seguida, desenvolva a Tolerância ao Estresse, orientando como enfrentar situações difíceis sem piorar o problema. Por fim, aborde as Habilidades Interpessoais, mostrando como se comunicar melhor, dizer "não" com firmeza e pedir o que precisa de maneira respeitosa.

Nas sessões individuais, revise as dificuldades da semana e analise, junto com a pessoa, situações desafiadoras vividas no cotidiano. Ensine como aplicar na prática as habilidades aprendidas nos encontros em grupo, oferecendo estratégias para lidar com impulsos e comportamentos desadaptativos.

Quando necessário, especialmente em momentos de crise, permita o contato por telefone. Esse suporte deve ser breve e focado, com o objetivo de orientar o uso das habilidades para prevenir comportamentos prejudiciais.

Ao longo do processo, avalie o progresso da pessoa, celebre as conquistas e faça ajustes no plano de tratamento sempre que necessário. No final das 16 semanas, reavalie a

necessidade de continuar, encerrar ou modificar a terapia conforme os resultados alcançados.

Resultados esperados: É esperado que tenha redução na autolesão ou tentativas de suicídio, que a pessoa se sinta menos deprimido ou mais esperançoso e consiga aplicar o que aprendeu no dia a dia.

Mini Manual 2: Psicoterapias Especializadas no TPB: Uma Visão Integrada de Quatro Abordagens Clínicas

Título original: *Psicoterapia para Transtorno de Personalidade Borderline: O Tipo de Tratamento Faz Diferença?*

Referência: Ellison, W. D. (2020). *PSYCHOTHERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: DOES THE TYPE OF TREATMENT MAKE A DIFFERENCE? CURRENT TREATMENT OPTIONS IN PSYCHIATRY*, 7(3), 416–428. doi:10.1007/s40501-020-00224-w.

Objetivo da intervenção: O objetivo é reduzir os sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) por meio de psicoterapias baseadas em evidências.

Público alvo: A intervenção é destinada a adultos com diagnóstico ou traços significativos de TPB. As pessoas que podem se beneficiar apresentam intensas oscilações de humor, impulsividade, comportamentos autodestrutivos (como autolesão e tentativas de suicídio), relações instáveis, medo de abandono e autoimagem inconsistente. Também podem ter histórico de tratamento psiquiátrico ou necessidade de um cuidado terapêutico especializado

Comportamentos-alvo: Essa intervenção dá ênfase à Autolesão e tentativas de suicídio, Desregulação emocional, Impulsividade, Dificuldades interpessoais, Identidade instável e pensamento polarizado. Esses comportamentos são mensurados pelos seguintes instrumentos: SITBI, DERS, BIS-11, IIP, SCID-II.

Topografia do comportamento-alvo: A **desregulação emocional** foi definida como dificuldades persistentes em modular emoções intensas, resultando em explosões de raiva, mudanças bruscas de humor, sentimentos de vazio e impulsividade. Esse comportamento inclui reações desproporcionais a eventos do cotidiano, dificuldade em acalmar-se após estados emocionais negativos e forte sensibilidade ao abandono percebido. A **impulsividade** foi caracterizada como a tendência a agir precipitadamente sem considerar consequências, manifestando-se em comportamentos como abuso de substâncias, compulsão alimentar, gastos excessivos, direção imprudente e comportamentos sexuais de risco. As **dificuldades interpessoais** foram definidas como padrões de relacionamento instáveis e intensos, com flutuações entre idealização e desvalorização de outras pessoas. Esse comportamento inclui medo excessivo de abandono, necessidade de confirmação constante e conflitos frequentes com parceiros, amigos ou familiares. A **identidade instável** foi descrita como uma autoimagem inconsistente e difusa, levando a mudanças abruptas em objetivos, valores, imagem corporal e percepção de si mesmo. Esse comportamento pode se manifestar na alternância entre estados de grandiosidade e inadequação extrema.

Procedimentos da Intervenção: O artigo não descreve um único conjunto de procedimentos de intervenção, mas sim uma revisão das principais psicoterapias baseadas em evidências para o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

A **DBT** é estruturada com sessões individuais semanais de uma hora, nas quais o terapeuta e a pessoa atendida trabalham dificuldades recentes, aplicam técnicas de resolução de problemas e estratégias de validação. Além disso, há o treinamento em habilidades em grupo, com encontros semanais de duas horas, voltados para o desenvolvimento de quatro módulos principais: Atenção Plena, Regulação Emocional, Tolerância ao Estresse e Eficácia Interpessoal. Durante o tratamento, também é oferecido apoio telefônico para momentos de crise, permitindo que a pessoa entre em contato com o terapeuta para aplicar as habilidades aprendidas. Para garantir a consistência da abordagem, a equipe terapêutica realiza supervisões regulares. A duração total da intervenção varia de 16 semanas a um ano, conforme a gravidade do caso.

A **MBT** é conduzida por meio de sessões individuais e em grupo, nas quais o terapeuta adota uma postura de curiosidade e evita interpretações diretas, incentivando a pessoa a refletir sobre seus pensamentos e emoções. A relação terapêutica é utilizada como ferramenta essencial do tratamento, permitindo ao terapeuta observar em tempo real como as dificuldades da pessoa se manifestam durante a sessão e discuti-las com ela. A MBT tem como foco o desenvolvimento da capacidade de mentalizar, a regulação emocional e o fortalecimento da identidade. Diferente de abordagens como a Terapia Focada na Transferência (TFP), a MBT não realiza interpretações profundas sobre a transferência, concentrando-se na exploração dos estados mentais no momento presente. O tratamento geralmente dura cerca de 18 meses, podendo ser estendido conforme a resposta da pessoa.

A **TFP** tem como objetivo organizar as imagens internas que a pessoa tem de si mesma e dos outros, que costumam ser confusas ou divididas em extremos em pessoas com TPB. A terapia é estruturada e ocorre em sessões individuais semanais. Desde o início, faça um contrato terapêutico claro, no qual são combinadas as responsabilidades de cada um — por exemplo, manter um nível mínimo de funcionamento, como frequentar a escola ou o trabalho.

Durante as sessões, observe como os padrões de relacionamento da pessoa aparecem dentro da própria terapia — por exemplo, como ela se relaciona com o terapeuta — e fala sobre isso no momento em que acontece. Essa observação ajuda a identificar percepções distorcidas e a trabalhar para equilibrá-las, diminuindo os extremos entre idealizar ou desvalorizar a si mesmo e aos outros.

Atue de forma ativa, questionando gentilmente esses pensamentos distorcidos e apoiando a construção de uma visão mais equilibrada e estável sobre si e suas relações. O tratamento costuma durar entre um e três anos e é mais indicado para pessoas que conseguem lidar com abordagens mais intensas

Durante o tratamento da **ST**, que pode ser feito em sessões individuais e, em alguns casos, também em grupo, o foco é ajudar a pessoa a identificar esses modos e aprender a lidar com eles de forma mais saudável. Por exemplo, o modo “Criança Abandonada” envolve sentimentos fortes de rejeição e medo de ser deixado de lado. O modo “Pai Crítico” aparece como uma voz interna que julga e critica a pessoa com dureza. Já o “Protetor

Distante” funciona como uma defesa, fazendo com que a pessoa se feche emocionalmente e evite vínculos com os outros.

Para modificar esquemas desadaptativos, utilize técnicas experienciais e cognitivas, são elas:

- **Diálogo entre Modos** - ajuda a pessoa a reconhecer e diferenciar as vozes internas que influenciam seu comportamento, como o Crítico Punitivo (que julga e culpa), a Criança Vulnerável (que se sente desamparada) e o Adulto Saudável (que cuida e traz equilíbrio). Para aplicá-la, peça a pessoa que imagine uma conversa entre essas partes, podendo utilizar cadeiras diferentes para simbolizar cada uma ou simplesmente verbalizar o diálogo. Por exemplo, se alguém tem um esquema de defectividade, pode haver uma voz interna severa dizendo: “Você nunca faz nada certo”. Incentive a pessoa a responder com o Adulto Saudável, algo como: “Isso não é verdade. Eu cometi erros, mas sou capaz de aprender e melhorar”. Esse processo ajuda a enfraquecer padrões autodestrutivos e fortalecer uma visão mais equilibrada de si mesmo.
- **Reestruturação Cognitiva** - identificar e questionar crenças negativas formadas pelos esquemas. A pessoa aprende a reconhecer pensamentos automáticos disfuncionais e substituí-los por alternativas mais realistas. Faça perguntas como: Quais são as evidências de que esse pensamento é verdadeiro?; Como você avaliaria essa situação se estivesse falando com um amigo? ; Que outro significado essa experiência pode ter? Por exemplo, se alguém tem um esquema de abandono, pode pensar: “As pessoas sempre vão me deixar”. O terapeuta ajuda a analisar essa crença, identificando momentos em que a pessoa manteve relações estáveis ou reconhecendo que nem todas as despedidas significam abandono. Esse exercício reduz a rigidez dos esquemas e abre espaço para percepções mais saudáveis.
- **Técnica da Imaginação Guiada** - a pessoa é conduzida a uma experiência emocional profunda, onde visualiza situações da infância em que o esquema foi formado. Peça para a pessoa fechar os olhos e imaginar uma cena significativa, permitindo que a pessoa entre em contato com a criança que foi naquela época. Se o esquema for de privação emocional, por exemplo, a pessoa pode visualizar um momento em que se sentiu sozinho e sem apoio. Durante a experiência, incentive o Adulto Saudável a intervir na cena, oferecendo à criança conforto e segurança. A pessoa pode dizer a si mesmo o que precisava ouvir na época, como: “Eu estou aqui para você. Você não está sozinho”. Isso ajuda a modificar a memória emocional associada ao esquema, reduzindo seu impacto no presente.

A duração do tratamento pode variar, mas geralmente se estende por pelo menos 1 ano.

Resultados esperados: Os resultados esperados dessa intervenção incluem redução dos sintomas principais do transtorno, melhora na qualidade de vida e maior estabilidade emocional e interpessoal.

Mini Manual 3: Efetividade da Terapia do Esquema em Grupo e Individual-Grupo no Tratamento do TPB

Título original: *Efetividade da Terapia do Esquema Predominantemente em Grupo e da Terapia do Esquema Combinada Individual e em Grupo para Transtorno de Personalidade Borderline: Um Ensaio Clínico Randomizado*

Referência: Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Sham, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). EFFECTIVENESS OF PREDOMINANTLY GROUP SCHEMA THERAPY AND COMBINED INDIVIDUAL AND GROUP SCHEMA THERAPY FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *JAMA PSYCHIATRY*, 79(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>

Objetivo da intervenção: O objetivo dessa intervenção é reduzir a gravidade dos sintomas do TPB, avaliar a retenção das pessoas no tratamento e investigar o impacto da terapia na qualidade de vida e funcionamento geral das pessoas, incluindo aspectos emocionais, sociais e ocupacionais.

Público alvo: É uma intervenção voltada para adultos, entre 18 e 65 anos, que apresentam diagnóstico primário de TPB, conforme critérios do DSM-IV e avaliação pelo Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline (BPDSI-IV).

Comportamentos-alvo: Desregulação Emocional, Impulsividade e Comportamentos Autodestrutivos, Relacionamentos Instáveis e Medo de Abandono, Identidade Instável e Sentimento Crônico de Vazio e Comprometimento da Qualidade de Vida e Funcionamento Geral.

Utilize os seguintes instrumentos para medir os comportamentos-alvo:

BPDSI-IV, BSI (Inventário de Sintomas Breve), YSQ (Questionário de Esquemas de Young), SMI (Inventário de Modos Esquemáticos), SOFAS, WHOQOL.

Topografia do comportamento-alvo: A **desregulação emocional** é caracterizada por oscilações de humor intensas e imprevisíveis, explosões de raiva desproporcionais e dificuldade em regular emoções negativas. A **impulsividade e comportamentos autodestrutivos** são definidos por automutilação e comportamento suicida, uso impulsivo de substâncias, gastos excessivos ou direção imprudente e reações impulsivas a situações emocionais intensas. Os **relacionamentos instáveis e medo de abandono** são padrões de relacionamentos instáveis (idealização seguida de desvalorização), medo intenso e irracional de abandono e dificuldade em manter vínculos interpessoais saudáveis. A **identidade instável e o sentimento crônico de vazio** se caracterizam pela autoimagem instável e contraditória, dificuldade em definir objetivos e valores de longo prazo e sensação constante de vazio e falta de propósito. A **qualidade de vida e funcionamento**

geral são definidos pela capacidade de manter o emprego ou estudar regularmente e pelo nível de satisfação com a vida e bem-estar emocional.

Procedimentos da Intervenção: A intervenção tem início com a avaliação inicial. Nessa etapa, realize a triagem e o diagnóstico completo da pessoa, aplique os instrumentos BPDSI-IV e SCID-II, verifique comorbidades psiquiátricas e apresente o protocolo da intervenção, solicitando o consentimento informado. Em seguida, passe ao planejamento do tratamento, no qual os participantes são divididos aleatoriamente em três grupos: PGST (Terapia do Esquema Predominantemente em Grupo), IGST (Terapia do Esquema Combinada - Individual e Grupo) e TAU (grupo controle – Tratamento Usual Otimizado). O cronograma é estruturado para ter duração de dois anos.

Na fase de implementação da Terapia do Esquema (ST), os procedimentos variam de acordo com o formato. No grupo PGST, realizam-se duas sessões em grupo por semana durante o primeiro ano, com a possibilidade de até 12 sessões individuais opcionais. No segundo ano, as sessões passam a ser semanais entre os meses 13 e 18, quinzenais entre os meses 19 e 21 e mensais entre os meses 22 e 24, com até 5 sessões individuais adicionais. No formato IGST, durante o primeiro ano a pessoa participa de uma sessão individual e uma em grupo por semana. No segundo ano, as sessões passam a ser quinzenais entre os meses 13 e 18 e mensais entre os meses 19 e 24.

Em ambos os formatos, a intervenção segue o protocolo estruturado da Terapia do Esquema, que inclui a reestruturação de esquemas, com foco na identificação e modificação de crenças disfuncionais; o trabalho com modos esquemáticos, para reduzir padrões automáticos de comportamento; o uso de técnicas experienciais, como imaginação guiada, cadeira vazia e dramatizações; além do fortalecimento do vínculo terapêutico, utilizando a relação como ferramenta ativa de mudança.

A etapa seguinte consiste na supervisão e no monitoramento da equipe. Os profissionais devem ser devidamente treinados em Terapia do Esquema e, nos seis primeiros meses, participe de supervisões semanais. Após esse período, as supervisões podem ocorrer quinzenal ou mensalmente. Realize avaliações semestrais para acompanhar o progresso das pessoas atendidas e ajustar o plano terapêutico conforme necessário.

Por fim, conclui-se a intervenção com o acompanhamento pós-tratamento. Avalie os resultados obtidos, planeje o encerramento gradual da terapia como forma de prevenção de recaídas e registre a adesão ao tratamento e o impacto na qualidade de vida da pessoa atendida.

Resultados esperados: Espera-se redução significativa da gravidade dos sintomas, melhora da regulação emocional, diminuição da impulsividade e dos comportamentos autodestrutivos, mais estabilidade nos relacionamentos, maior engajamento no tratamento e melhora da qualidade de vida e do funcionamento diário.

Mini Manual 4: Terapia Comportamental Dialética para o Tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline

Título original: *Projeto Hunter DBT: ensaio clínico randomizado controlado de terapia comportamental dialética em mulheres com transtorno de personalidade borderline*

Referência: Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). HUNTER DBT PROJECT: RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF DIALECTICAL BEHAVIOUR THERAPY IN WOMEN WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162–173. doi:10.3109/00048670903393621

Objetivo da intervenção: O objetivo dessa intervenção é reduzir a frequência de comportamentos autodestrutivos, como automutilação e tentativas de suicídio, diminuir a necessidade de internações hospitalares relacionadas a crises emocionais intensas, melhorar a funcionalidade e qualidade de vida das participantes, avaliando domínios como bem-estar físico, psicológico e social.

Público alvo: O público dessa intervenção são mulheres adultas, entre 18 e 65 anos, com diagnóstico de TPB e histórico de múltiplos episódios de autolesão deliberada e comportamento suicida.

Comportamentos-alvo: A intervenção foca em autolesão deliberada, hospitalizações, regulação emocional e qualidade de vida. Esses comportamentos são mensurados da seguinte forma: Entrevista LPC-2; a PHI-2; registros hospitalares, analisando as admissões por autolesão em hospitais gerais e psiquiátricos; entrevistas clínicas estruturadas, além dos instrumentos WHOQOL e o Questionário Breve de Deficiência.

Topografia do comportamento-alvo: A **Autolesão Deliberada** (DSH – Deliberate Self-Harm) se caracteriza por automutilação (cortes, queimaduras, arranhões) e tentativas de suicídio e comportamentos suicidas. As **Hospitalizações Psiquiátricas e Gerais** incluem internações devido a crises emocionais e tentativas de suicídio e o tempo de permanência em hospitais gerais e psiquiátricos. A **Regulação Emocional e Impulsividade** são comportamentos impulsivos, como abuso de substâncias e gastos excessivos, explosões de raiva e reatividade emocional elevada e dificuldade em controlar emoções intensas. A **Qualidade de Vida e Funcionamento Geral** se caracterizam pelo tempo gasto em atividades diárias versus tempo perdido por incapacidade psicológica e grau de sofrimento psicológico e impacto na vida social e profissional.

Procedimentos da Intervenção: A intervenção é composta por diferentes componentes. Na Terapia Individual, agende uma sessão por semana, com duração de 1 hora. Estabeleça metas terapêuticas claras junto à pessoa, priorizando os comportamentos que oferecem risco à vida. Aplique a Análise de Cadeia Comportamental para identificar gatilhos e consequências dos comportamentos autodestrutivos, e ensine estratégias para regulação emocional e redução da impulsividade. Solicite que a pessoa registre, diariamente, suas emoções e comportamentos, a fim de monitorar o progresso.

Na Terapia Grupal realize uma sessão semanal de 2 horas, com até 10 participantes por grupo. Durante os encontros, ensine e pratique os quatro módulos da DBT: Atenção Plena (Mindfulness), Regulação Emocional, Tolerância ao Estresse e Eficácia Interpessoal. Para reforçar os aprendizados e incentivar a aplicação das habilidades no dia a dia, proponha tarefas de casa que complementam o conteúdo trabalhado em grupo.

Além disso, há Suporte Telefônico entre as sessões. Permita que as pessoas entrem em contato com o terapeuta entre sessões, exclusivamente em momentos de alto risco. Oriente o uso desse canal para que seja focado na aplicação imediata das habilidades aprendidas, reforçando o manejo de crises emocionais.

A Supervisão da Equipe Terapêutica ocorre por meio de reuniões semanais. Os terapeutas participam dessas supervisões para garantir a aplicação consistente do modelo DBT. Nessas reuniões, são discutidos casos clínicos, dificuldades no tratamento e estratégias para aumentar a adesão das participantes.

A última etapa da intervenção é o monitoramento e avaliação dos resultados. Reúna-se semanalmente com a equipe para discutir casos clínicos, dificuldades no processo terapêutico e estratégias para aumentar a adesão ao tratamento. Utilize essas reuniões para garantir a consistência na aplicação do modelo DBT e promover o alinhamento entre os profissionais. Esse acompanhamento é feito por meio de questionários e entrevistas aplicados a cada três meses para avaliar a evolução dos sintomas e do funcionamento geral. Também são registrados dados sobre a frequência das pessoas nas sessões individuais e de grupo, além da coleta de informações sobre hospitalizações e tentativas de suicídio antes, durante e após o tratamento.

Resultados esperados: É esperado que ao longo de seis meses seja possível observar uma diminuição significativa no número de episódios de automutilação e tentativas de suicídio, na redução da necessidade de internações por crises emocionais severas, um aumento na capacidade de gerenciar emoções intensas e evitar reações impulsivas e na participação das participantes em atividades produtivas e reduzir o impacto do TPB no cotidiano, e, por fim, garantir que as participantes permaneçam no tratamento pelo tempo necessário para obter benefícios.

Mini Manual 5: Terapia do Esquema no Tratamento Ambulatorial do TPB

Título original: *Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade borderline. Ensaio randomizado de terapia focada em esquema vs psicoterapia focada em transferência.*

Referência: Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). *Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Archives of General Psychiatry, 63(6), 649.* <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

Objetivo da intervenção: O objetivo da intervenção é reduzir a severidade dos sintomas do TPB, melhorar a qualidade de vida, reduzir a psicopatologia geral e manter os ganhos terapêuticos ao longo de 3 anos.

Público alvo: O público dessa intervenção são pessoas com um diagnóstico principal de TPB, com idades entre 18 e 60 anos, e com uma pontuação no BPDSI-IV superior a 20.

Comportamentos-alvo: A intervenção foca na severidade geral do TPB, na qualidade de vida e na disfunção psicopatológica geral.

Meça a severidade geral do Transtorno de Personalidade Borderline utilizando o BPDSI-IV. Avalie a qualidade de vida com dois instrumentos principais: o Termômetro EuroQol (parte do questionário EQ-5D), que investiga cinco dimensões da saúde (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão), em cinco níveis de gravidade (sem problemas, leves, moderados, graves e extremos); e o questionário de 100 itens WHOQOL, que permite uma avaliação ampla do bem-estar e satisfação com a vida.

Para mensurar a disfunção psicopatológica geral, aplique medidas de autorrelato. Utilize o BPD Checklist, a SCL-90, a RSES e a Escala de Discrepância de Auto-Objetivos (Self-Goal(-Other) Discrepancy Scale), desenvolvida por Miskimins. Esses instrumentos ajudam a identificar o grau de sofrimento psicológico, a autoestima da pessoa e possíveis discrepâncias entre a percepção de si e os objetivos de vida.

Topografia do comportamento-alvo: A **severidade geral** do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizada pela frequência e intensidade das manifestações do TPB nos últimos três meses, conforme os critérios do DSM-IV. A **qualidade de vida** é definida como o nível de experiência entre o melhor e o pior estado de saúde imaginável, além da satisfação com diversas áreas da vida. A **disfunção psicopatológica geral** é caracterizada por sinais de sofrimento psicológico amplo e difuso, incluindo sintomas de ansiedade, depressão, obsessividade e hostilidade, podendo coexistir sintomas de pânico, insônia, hipervigilância, pensamento obsessivo, desesperança e crises de raiva, com potencial para comprometer o funcionamento global. Por último, a **autoestima rebaixada** manifesta-se por sentimentos persistentes de inadequação, vergonha, inutilidade e desprezo por si mesmo, frequentemente acompanhada por oscilações entre grandiosidade e desvalorização, com dificuldade em reconhecer qualidades

e conquistas de forma estável, influenciando o comportamento interpessoal através de hipersensibilidade à rejeição, dependência de aprovação ou atitude defensiva.

Procedimentos da Intervenção: A intervenção tem duração de 3 anos, com sessões de 50 minutos duas vezes por semana. Essa intervenção utiliza técnicas comportamentais, cognitivas e experiênciais, aplicadas em três focos principais:

Relação Terapêutica - Estabeleça vínculo de reparação parental (do inglês, reparenting). Sendo um dos quatro mecanismos centrais de cura e mudança na Terapia do Esquema para o TPB, a ideia fundamental por trás da reparentalização limitada é que as pessoas com TPB frequentemente não tiveram suas necessidades emocionais básicas atendidas por seus pais ou cuidadores durante a infância, portanto assumam temporariamente um papel reparador. Mostre-se presente, acolhedor e firme, oferecendo à pessoa uma experiência emocional diferente daquela que ela teve na infância. Ajude-a a construir vínculos mais seguros e saudáveis, sem ultrapassar os limites éticos e profissionais da relação terapêutica.

Vida Diária - É fundamental garantir que as mudanças ocorram não apenas dentro do setting terapêutico, mas também na vida cotidiana da pessoa. Para isso, utilize tarefas de casa como ferramenta estratégica, com o objetivo de promover a generalização dos conteúdos trabalhados em sessão. Atribua tarefas claras, objetivas e adaptadas à realidade da pessoa, de acordo com os modos esquemáticos mais ativados e com os focos do momento terapêutico. Por exemplo, peça que registre situações do cotidiano em que identificou a ativação de modos como a “Criança Abandonada” ou o “Protetor Desligado”, ou que escreva um diálogo entre o “Crítico Punitivo” e o “Adulto Saudável”, promovendo a internalização dessa diferenciação de vozes. Oriente também a prática de respostas alternativas em situações sociais, como dizer “não” ou expressar necessidades de maneira mais assertiva, e peça que anote os efeitos dessa nova postura. Incentive a aplicação prática das habilidades emocionais desenvolvidas em sessão. Ensine a pessoa a reconhecer gatilhos emocionais no dia a dia e a interromper padrões automáticos disfuncionais. Isso pode ser feito por meio de autorreflexão guiada (“Que modo foi ativado agora?”), uso de diários emocionais para monitoramento de pensamentos e comportamentos, ou prática de técnicas de autocompaixão, como escrever cartas para si mesma com uma linguagem acolhedora. Além disso, oriente a prática gradual de habilidades sociais e relacionais. Promova, dentro da sessão, o ensaio de comportamentos (role-playing), como fazer pedidos, recusar demandas ou expressar sentimentos de maneira mais clara. Depois, instrua a pessoa a aplicar essas habilidades em contextos reais e, na sessão seguinte, revise os resultados, validando os avanços e reformulando os desafios enfrentados.

Experiências Passadas (traumas) - Comece ajudando a pessoa a identificar os eventos significativos da infância que podem ter contribuído para o desenvolvimento de modos como a Criança Abandonada, o Protetor Desligado ou o Pai Punitivo. Explore, com sensibilidade e cautela, os sentimentos associados a essas vivências, como medo, vergonha, raiva ou solidão. O objetivo não é apenas recordar, mas ressignificar essas memórias com

suporte emocional e correções simbólicas oferecidas na relação terapêutica. Utilize técnicas experienciais para facilitar esse processo:

- **Imaginação Guiada:** conduza a pessoa a uma visualização em que ela retorna mentalmente a uma cena da infância associada a um esquema disfuncional. Peça que descreva o que está acontecendo, como se sente e o que gostaria que tivesse sido diferente. Incentive a presença simbólica do Adulto Saudável, que pode intervir na cena oferecendo acolhimento, proteção ou validação à criança interiorizada. Essa técnica permite reescrever a experiência emocional associada ao esquema, promovendo alívio e integração.
- **Diálogo de Cadeiras:** quando houver conflito entre modos, como o Crítico Punitivo e a Criança Vulnerável, utilize cadeiras diferentes para cada uma dessas partes internas. Peça que a pessoa se movimente fisicamente entre elas e verbalize os pensamentos, emoções e necessidades de cada modo. Em seguida, introduza a voz do Adulto Saudável para mediar o diálogo, oferecer apoio e estabelecer limites ao crítico. Essa técnica ajuda a diferenciar e flexibilizar os estados emocionais, promovendo autocompaixão e regulação interna.
- **Cartas Terapêuticas:** proponha que a pessoa escreva cartas simbólicas para figuras importantes do passado, como pais, cuidadores ou abusadores. Essas cartas podem conter desabaços, pedidos de proteção ou expressões de dor não verbalizadas na infância. Outra possibilidade é escrever uma carta do Adulto Saudável para a Criança Vulnerável, oferecendo o cuidado e a segurança que lhe faltaram. As cartas não precisam ser entregues — o foco está na expressão emocional e na reorganização cognitiva da experiência.

Para determinar se a pessoa alcançou os resultados esperados durante a Terapia do Esquema, utilize esses parâmetros como referência para monitorar a evolução terapêutica de forma sistemática:

Redução da pontuação no BPDSI-IV para abaixo de 15 pontos. Pontuações inferiores a 15 indicam remissão clínica, ou seja, ausência de sintomas significativos do transtorno. Mantenha essa melhora até o final do tratamento. Certifique-se de que a redução dos sintomas não seja pontual. A recuperação clínica, segundo o estudo, exige estabilidade dos ganhos terapêuticos ao longo de todo o processo, com manutenção da pontuação abaixo de 15 até a última avaliação.

Promoção de mudanças significativas na autoestima, nos relacionamentos interpessoais e na qualidade de vida. Avalie esses domínios por meio de instrumentos confiáveis, como a Escala de Autoestima de Rosenberg, o WHOQOL e o Inventário de Problemas Interpessoais. A recuperação plena deve refletir não apenas a remissão dos sintomas, mas também melhorias reais no funcionamento emocional e social da pessoa.

Resultados esperados: É esperado que haja redução na severidade dos sintomas do TPB, melhora na qualidade de vida das pessoas bem como uma diminuição da disfunção psicopatológica geral. Além disso, a TFP visa promover mudanças estruturais em conceitos de personalidade, especialmente por meio da integração de representações positivas e negativas de si mesmo e dos outros.

Discussão

O objetivo deste trabalho foi descrever de forma didática o modo como são realizadas as intervenções das psicoterapias especializadas — Terapia Comportamental Dialética (DBT), Tratamento Baseado na Mentalização (MBT), Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) e Terapia dos Esquemas (ST) — no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Além disso, investigou-se o impacto dessas abordagens na redução dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida a longo prazo.

As psicoterapias especializadas — DBT, MBT, TFP e ST — têm se destacado no tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) devido à sua eficácia comprovada na redução de sintomas e na melhoria da qualidade de vida. Os estudos analisados e os manuais elaborados a partir deles revelam diversos pontos em comum entre as psicoterapias especializadas para o TPB. Todas são fundamentadas em teorias sobre a origem e manutenção do TPB. Possuem protocolos detalhados que orientam as técnicas terapêuticas e o manejo da relação terapeuta-pessoa, e direcionam o tratamento para comportamentos-alvo centrais no TPB, como autolesão e tentativas de suicídio, desregulação emocional, impulsividade e dificuldades interpessoais. Utilizam instrumentos de medida variados para mensurar a gravidade e a mudança nesses comportamentos, como o BPDSI-IV, WHOQOL, SCID-II e SASII, que estão listados como instrumentos comuns em diferentes intervenções.

Compartilham elementos estruturantes importantes para o tratamento de casos complexos, que servem como base para seu funcionamento. Esses elementos incluem sessões individuais, presentes na DBT, MBT, TFP e ST, voltadas ao aprofundamento de questões pessoais, análise de comportamentos e desenvolvimento de estratégias personalizadas. Também incluem sessões em grupo, destacadas na DBT como treinamento de habilidades, e presentes na MBT e ST combinada, voltadas ao aprendizado de habilidades, prática de comportamentos e exploração de relações interpessoais. As tarefas de casa são utilizadas na DBT e ST como recurso estratégico para que a pessoa pratique, fora da sessão, o que foi aprendido, promovendo a generalização dos aprendizados para a vida real. A relação terapêutica ou vínculo é considerada a base para que o tratamento funcione, com ênfase em uma postura não punitiva e na validação por parte do terapeuta como forma de construir confiança e segurança. A supervisão clínica é um componente presente em abordagens como a DBT e a ST, sendo utilizada para garantir a qualidade do atendimento, a ética profissional e a aplicação consistente do modelo terapêutico. O suporte telefônico, mencionado especificamente na DBT, permite o contato com o terapeuta entre as sessões em momentos de crise, com foco na aplicação das habilidades aprendidas.

Apesar de convergirem nesses pontos, as terapias apresentam diferenças em seus focos teóricos, mecanismos de mudança primários, formato de aplicação e duração típica.

A DBT foca na dialética aceitação-mudança e no treino de habilidades comportamentais (mindfulness, regulação emocional, tolerância ao estresse, eficácia interpessoal), enquanto

a MBT foca no aumento da capacidade de mentalização, ajudando a pessoa a entender estados mentais próprios e alheios. A TFP trabalha a organização das representações internas do self e dos outros, focando na análise da transferência no "aqui e agora" da sessão, já a ST foca na identificação e modificação de esquemas desadaptativos precoces e modos esquemáticos, utilizando técnicas experienciais e o conceito de Reparação Parental Limitada.

A respeito do formato e frequência das sessões, a DBT e MBT combinam sessões individuais semanais com treinamento de habilidades em grupo, geralmente com duração de 1 hora (individual) e 2 horas (grupo), enquanto a TFP é tipicamente aplicada em sessões individuais duas vezes por semana e a ST pode ser aplicada em formatos individual, grupal ou combinado. Outro ponto em que as terapias divergem é na duração típica do tratamento, com a DBT pode durar de 16 semanas a um ano, com a MBT dura tipicamente 18 meses, podendo ser estendido. A TFP dura de um a três anos e a ST pode ser breve, de médio ou longo prazo, com evidências indicando maior eficácia em durações entre 18 e 36 meses.

A postura do terapeuta também difere entre as terapias, embora todas valorizem o vínculo, a forma de utilizá-lo varia. O terapeuta de MBT adota uma postura de curiosidade, evitando interpretações profundas sobre transferência, na TFP o terapeuta é mais ativo na análise e interpretação da transferência e no desafio de distorções. O terapeuta de DBT adota uma postura não-punitiva e de validação e o de ST usa a Reparação Parental Limitada e confronta comportamentos prejudiciais de forma empática.

A partir dos resultados analisados, observa-se que as psicoterapias especializadas baseadas em evidências são cruciais para o tratamento eficaz do TPB. As evidências destacam a importância de intervenções estruturadas e, frequentemente, prolongadas para promover mudanças comportamentais duradouras e melhoria na qualidade de vida. A Terapia Comportamental Dialética (DBT), por exemplo, mostrou-se eficaz na redução de episódios de automutilação e impulsividade.

Durante a realização deste trabalho apareceram algumas dificuldades, a principal delas foi encontrar artigos sobre o uso da ST e da TFP no tratamento do TPB. A maioria dos estudos encontrados era voltada à MBT e, principalmente, à DBT. Isso se deve ao fato de a DBT ter sido uma das primeiras intervenções desenvolvidas e rigorosamente testadas especificamente para o tratamento de indivíduos com TPB que apresentavam comportamentos suicidas crônicos, o que atraiu a atenção de pesquisadores e instituições de saúde que buscavam uma abordagem eficaz para essa população. Além disso, a DBT é altamente manualizada, contando com manuais detalhados, fichas de trabalho, diários e uma estrutura de tratamento composta por terapia individual, treino de habilidades em grupo, coaching por telefone e equipe de consultoria, o que facilita sua replicação e avaliação. Por fim, seu treinamento é mais rápido e acessível a um número maior de profissionais.

Outra dificuldade que se apresentou foi relacionada a disponibilidade de materiais e protocolos em português, que é limitada e, em muitos casos, desatualizada, o que

representa uma barreira para o acesso de profissionais. Além disso, a maioria dos estudos revisados foi conduzida em países de língua inglesa, portanto o desafio não é apenas a tradução literal, mas a tradução conceitual. Termos como *reparenting*, *mindfulness*, *transference*, ou *mentalization* carregam uma carga teórica e cultural que não possui um equivalente perfeito e direto em português, o que pode limitar a aplicabilidade direta dos achados ao contexto brasileiro sem adaptações e validações culturais. Visando a facilidade do acesso e promover a clareza de conteúdos científicos, Braga e Moreira (2022), realizaram um material didático de fácil linguagem para apresentar intervenções aplicadas pela terapia familiar. Já Lago e Moreira (2022), realizaram outro material para abordar a eficácia dos tratamentos para o Transtorno de Ansiedade (TA).

Soma-se a isso uma terceira dificuldade enfrentada ainda na etapa de organização do trabalho: definição do escopo e a estrutura do trabalho. O campo do tratamento do TPB é vasto, sendo necessário definir com clareza o que seria incluído e o que ficaria de fora do guia. Questões como quais instrumentos de avaliação descrever, quais procedimentos poderiam ser considerados realmente “comuns” entre as intervenções, e como organizar os Mini Manuais de forma que tivessem uma estrutura paralela, facilitando a comparação entre os modelos abordados, surgiram durante o processo do trabalho.

Para lidar com essas dificuldades, foram utilizadas ferramentas de Inteligência Artificial (IA) generativa, como o ChatGPT, o NotebookLM e o Google AI Studio. Essas plataformas ajudaram a superar a barreira da língua e a necessidade de tradução de conceitos, oferecendo não só traduções literais, mas também explicações e sugestões para adaptar termos técnicos ao contexto. Também foram úteis no momento de organizar o trabalho, ajudando a identificar pontos em comum entre as terapias, reunir informações de diferentes estudos e propor formas claras de apresentar os dados, o que contribuiu para a construção de um guia didático organizado e fácil de comparar.

Outro aspecto relevante refere-se à falta de estudos experimentais que comparem diretamente diferentes abordagens terapêuticas para o TPB de maneira controlada no contexto brasileiro. Embora a meta-análise de Jacob e Arntz (2013) tenha comparado diretamente a ST apenas com a TFP, os autores reforçam a importância de comparações diretas também com a MBT e a DBT, especialmente no Brasil.

Para futuras pesquisas, recomenda-se a realização de ensaios clínicos randomizados que permitam avaliar a eficácia comparativa das intervenções analisadas neste estudo no contexto brasileiro. Além disso, é importante explorar novas formas de adaptação dos protocolos examinados, com o objetivo de ampliar seu alcance e aplicabilidade clínica em diferentes populações e contextos culturais no Brasil. A tradução e adaptação de instrumentos de avaliação para o português também se mostram urgentes, considerando a escassez de ferramentas específicas para transtornos de personalidade no país.

Nesse sentido, este trabalho, ao sistematizar informações sobre as psicoterapias especializadas para o TPB e propor um guia didático em português, contribui para a superação da barreira linguística e para a difusão do conhecimento baseado em evidências entre os profissionais de saúde mental brasileiros. A implementação de tratamentos

eficazes é fundamental para melhorar o prognóstico de indivíduos com TPB, que, apesar do sofrimento, podem ter um curso mais positivo com o tratamento adequado.

Referências

- A Escala de Desesperança de Beck (BHS). (n.d.). www.hogrefe.com.br.
<https://www.hogrefe.com.br/a-escala-de-desesperanca-de-beck-bhs.html>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.). Artmed.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—A randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety, 33*(6), 520–530.
<https://doi.org/10.1002/da.22472>
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 79*(4), 287–299.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *The British Journal of Clinical Psychology, 35*(1), 21–35.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563–1569.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00263.x>
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 301–303. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Bitondi, F. R., & Setem, J. (2007). A importância das habilidades terapêuticas e da supervisão clínica: Uma revisão de conceitos. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 11(1), 203. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/rebram/2007.v11i1.241>
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Niedtfeld, I., Schmahl, C., & Linchan, M. M. (2009). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 42(5), 333–342. <https://doi.org/10.1159/000228253>
- Braga, G. A., & Moreira, M. B. (2022). Psicoterapia familiar para tratamento da depressão: Um guia prático. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 24(1), 99–118. <https://doi.org/10.31505/rbctcc.v24i1.1478>
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: Randomised controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162–173. <https://doi.org/10.3109/00048670903393621>
- Catelan, R. F., & Faria, G. C. de. (2022). Borderline Symptom List-23 (BSL-23): Validação para o contexto brasileiro. [Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário de Brasília].

<http://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/16794>

- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2001). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 924–928. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.924>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Rounzadeh, P., Caruso, J. C., Hurzeler, H., Levine, A., Cain, N. M., & Kernberg, O. F. (2022). Three treatments for borderline personality disorder: Comparison of process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 96, 102175. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102175>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale—Portuguese Version. *PsycTESTS Dataset*. <https://doi.org/10.1037/t65316-000>
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica” traduzida para o português. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23(3), 156–159. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>
- Eizirik, C. L., & Fonagy, P. (2009). Tratamento baseado na mentalização: Fundamentos teóricos e evidências de eficácia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl 1), S67–S74. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500012>
- Escala de Ideação Suicida BECK - BSS. (n.d.). www.hogrefe.com.br. <https://www.hogrefe.com.br/escala-de-ideac-o-suicida-beck.html>
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G. A., Thiel, N., van Vreeswijk, M. F., Zarbock, G., & Arntz, A. (2014). Differential effectiveness of the schema modes technique compared to a cognitive technique in schema therapy for borderline personality disorder: A randomized

controlled trial. *Psychotherapy Research*, 26(3), 317–329.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.997682>

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 361(16), 1547–1562. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp0904089>

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of effectiveness and mechanisms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 349–359. <https://doi.org/10.1037/per0000021>

Kazdin, A. E. (2004). Methods for studying processes of change in psychotherapy: Methodological challenges and opportunities. [Como citado em Yeomans et al., 2015]

Lago, L. F., & Moreira, M. B. (2022). Psicoterapias para transtornos alimentares: Um manual didático. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 24(2), 159–176.

<https://doi.org/10.31505/rbctcc.v24i2.1488>

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). *Regulação emocional em psicoterapia*. Artmed Editora.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (2016). *Terapia Comportamental Dialética: Manual de Treinamento de Habilidades para o Tratamento do Transtorno da Personalidade Borderline* (2ª ed.). Artmed.

- Lucas, G. S., Pavan, C., Souza, S. G. D. N., & Brasil, H. (2010). Instrumentos de avaliação de transtornos de personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 465–474.
- Maddock, G. R., Carter, G. L., Murrell, E. R., Lewin, T. J., & Conrad, A. M. (2010). Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/00048671003610104>
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J. de, Tavares, H., Vasconcelos, A. G., & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99–105. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000200004>
- McLean Hospital. (2022). *Mentalization Based Treatment (MBT)*. <https://www.mcleanhospital.org/treatment/mentalization-based-treatment-mbt>
- McLean Hospital. (2024). *Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*. <https://www.mcleanhospital.org/treatment/transference-focused-psychotherapy>
- Mehlum, L. (2021). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(sup1), S4–S10. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1975156>
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento em habilidades sociais: Análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283–291. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017>
- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Transtornos mentais e do comportamento: Classificação da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. [Como citado em]

- Organização Mundial da Saúde. (2020). *WHOQOL-BREF: Versão em Português*.
<https://www.who.int/tools/whoqol>
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., Kendall, T., Mulder, C. L., & Hutsebaut, J. (2018). Specialized psychotherapies for borderline personality disorder: Symptomatic and interpersonal outcome—A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 102–118.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.001>
- Saraswat, N., Rao, K., Subbakrishna, D. K., & Gangadhar, B. N. (2006). The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): A brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81(2–3), 301–309.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.008>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Skinner, B. F., & Vargas, J. (1991). *Sobre o behaviorismo*. Cultrix.
- Stanley, B., Chu, C., Pradhan, K., Lutz, J., Brodsky, B., Cheavens, J., & Linehan, M. (2021). The effect of dialectical behavior therapy or general psychiatric management on future suicidal and non-suicidal self-injurious thoughts and behaviors among adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(2), 128–137.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000612>
- Tomás, J., Gude, F., Pérez de la Fuente, Y., Ramos, J., & Vázquez, F. L. (2019). Long-term follow-up in borderline personality disorder: A meta-analytic review of symptomatic and functional remission. *Journal of Personality Disorders*, 33(4), 435–460.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.4.435>

- Vandenberghe, L., & Pereira, M. B. (2005). O papel da intimidade na relação terapêutica: Uma revisão teórica à luz da análise clínica do comportamento. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 127–136.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Yeomans, F. E., Delaney, J. C., & Clarkin, J. F. (2023). Transference-focused psychotherapy (TFP). In F. E. Yeomans, J. C. Delaney, & J. F. Clarkin (Eds.), *Essential papers on transference-focused psychotherapy: A selection of papers by the founders and developers of TFP* (pp. 1–30). American Psychiatric Publishing.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.