

Avaliação Neuropsicológica – Transtorno de Personalidade Borderline com Comportamento de Automutilação

**Evaluación neuropsicológica - Trastorno límite de la personalidad con
comportamiento auto-compulsivo**

**Neuropsychological Assessment - Borderline Personality Disorder with Self-
Compulsive Behavior**

Juliana Corrêa da Silva

Universidade da Beira Interior, Portugal
E-mail: juliana.correa.silva@ubi.pt

Luís Maia

Universidade da Beira Interior, Portugal
E-mail: lmaia@ubi.pt

Avaliação Neuropsicológica – Transtorno de Personalidade Borderline com Comportamento de Automutilação

Evaluación neuropsicológica - Trastorno límite de la personalidad con comportamiento auto-compulsivo

Neuropsychological Assessment - Borderline Personality Disorder with Self-Compulsive Behavior

Silva, Maia

Universidade da Beira Interior, Portugal

Resumo

A perturbação do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é uma perturbação que se caracteriza pela delimitação do estado-límite, onde o paciente navega constantemente entre os campos da neurose e da psicose, apresentando manifestação repetitiva de ansiedades crônicas, fobias, obsessões, compulsões, sintomas de conversão bizarra, dissociações, hipocondria, tendência sexual perversa, tendências constantes a impulsividade, uso abusivo de drogas, álcool e medicação, labilidade emocional, grandes necessidades de exibicionismo, sentimentos crônicos de vazio, dificuldades de desvinculações, dificuldades de sustentação de vínculos, comportamentos auto-lesivos, dentro outros (Pereira, 1999). É importante recolher dados da história de vida do paciente e dos comportamentos atuais repetitivos que são apresentados. Os primeiros sintomas potenciais emergem normalmente na adolescência e no início da fase vida adulta, repercutindo assim por toda a vida, os diagnósticos são mais comuns após os 17 anos de idade (APA, 2014). Os sintomas tendem a diminuir quando ocorre tratamento adequado, com acompanhamento contínuo médico, psicológico e medicamentoso. A importância por parte da avaliação neuropsicológica está associada ao estudo aprofundado das funções cognitivas, das funções emocionais e comportamentais que são apresentadas por esses sujeitos, permitindo assim tratamentos e acompanhamentos adequados. A neuropsicologia pode fazer a utilização de vários testes, o profissional é quem decide quais os mais pertinentes e adequados para cada caso, no entanto, a avaliação não se baseia apenas em testes, cabendo ao profissional buscar outras técnicas de intervenção pertinentes ao diagnóstico (Pastore, Lisboa, 2014). Ao longo do processo, é importante que a família se faça presente, junto o desenvolvimento do trabalho para observação das melhorias e dos comportamentos persistentes que acompanham o paciente.

Palavras-chave: Adolescentes, Adultos, Transtorno, Personalidade Borderline, Impulsividade, Comportamento Auto Lesivo

Abstract

The disturbance of Borderline Personality Disorder (BPD) is a disorder characterized by the delimitation of the state limit where the patient navigate constantly between the fields of neurosis and psychosis, with repetitive manifestation of chronic anxieties, phobias, obsessions, compulsions, symptoms of bizarre conversion, dissociation, hypochondriasis, perverse sexual tendency, constant tendency to impulsivity, drug abuse, alcohol and medication, emotional lability, great needs of exhibitionism, chronic feelings of emptiness, difficulties layoff, links support difficulties, self-injurious behaviors, in others (Pereira, 1999). It is important to collect data from the patient's life history and the current repetitive behaviors that are presented. The first potential symptoms usually emerge in adolescence and early adulthood phase, thus impacting for life, diagnoses are more common after the age of 20 (APA, 2014). Symptoms tend to decrease when appropriate treatment occurs, with continuous medical, psychological and drug monitoring. The importance of neuropsychological assessment is associated with the in-depth study of the cognitive functions, emotional and behavioral functions that are presented by these subjects, thus allowing appropriate treatments and follow-up. Neuropsychology can make use of several tests, the professional is the one who decides what the most relevant and appropriate for each case, however, the assessment is not based solely on testing, health professionals should seek other relevant intervention techniques to the diagnosis (Pastore, Lisbon, 2014). Throughout the process, it is important for the family to be present, along with the development of the work to observe the improvements and the persistent behaviors that accompany the patient.

Keywords: Adolescents, Adults, Disorder, Borderline Personality, Impulsiveness, Auto Lesivo Behavior. .

Resumen

El trastorno de trastorno de personalidad límite (DBP) es un trastorno caracterizado por la delimitación del estado límite, donde el paciente navega constantemente entre los campos de neurosis y psicosis, presentando manifestaciones repetitivas de ansiedades crónicas, fobias, obsesiones, compulsiones. síntomas de conversión extraña, disociaciones, hipocondrias, tendencia sexual perversa, tendencias constantes a la impulsividad, uso abusivo de drogas, alcohol y medicación, labilidad emocional, grandes necesidades de exhibicionismo, sentimientos crónicos de vacío, dificultades de desapego, Conductas autolesivas, en otros (Pereira, 1999). Es importante recopilar datos de la historia de vida del paciente y los comportamientos repetitivos actuales que se presentan. Los primeros síntomas potenciales usualmente surgen en la adolescencia y en la vida adulta temprana, lo que afecta a lo largo de la vida; los diagnósticos son más comunes después de los 17 años (APA, 2014). Los síntomas tienden a disminuir cuando se produce el tratamiento adecuado, con un control médico, psicológico y farmacológico continuo. La importancia de la evaluación neuropsicológica está asociada con el estudio en profundidad de las funciones cognitivas, las funciones emocionales y de comportamiento que presentan estos sujetos, lo que permite tratamientos y seguimientos adecuados. La neuropsicología puede hacer uso de varias pruebas, el profesional es el que decide cuáles son las más pertinentes y adecuadas para cada caso. Sin embargo, la evaluación no solo se basa en las pruebas, sino que también depende del profesional buscar otras técnicas de intervención pertinentes para el diagnóstico (Pastore , Lisboa, 2014). A lo largo del proceso, es importante que la familia esté presente, junto con el desarrollo del trabajo para observar las mejoras y los comportamientos persistentes que acompañan al paciente.

Palabras clave: adolescentes, adultos, trastorno, personalidad límite, impulsividad, comportamiento autolesivo.

A denominação inglesa da palavra “borderline” significa fronteira ou linha que compõe a margem, traçando a delimitação característica de um estado considerado como sendo de caráter limite (estado-limite). A designação de fronteira está associada ao fato de o Transtorno de Personalidade Borderline estar em um constante cruzamento entre os campos de estrutura neurótica e da estrutura psicótica (Scherer, 2016). Alguns traços subjetivos do indivíduo navegam sobre os mares fragmentados da alucinação e do delírio constituintes do campo da psicose, outras vezes, navegam sobre a lucidez e o contato com a realidade concreta no campo das neuroses, sendo assim, fica evidente que o perfil borderline oscila em ambas as estruturas psíquicas.

A patologia de Transtorno de Personalidade Borderline ou mesmo a caracterização do conhecido estado-limite, atravessa nas pesquisas uma temática de conceito bastante controverso e difuso, onde, localiza-se basicamente num terreno intermediário entre dois discursos teóricos. O termo borderline refere-se à inserção do sujeito entre o funcionamento neurótico e também do funcionamento psicótico, com uma perspectiva de alternância contínua, sendo assim, esses pacientes não podem ser classificados em um único campo, flutuando subjetivamente em ambos durante toda a constituição psíquica da vida, é importante ressaltar que uma das maiores marcas da personalidade borderline é a ausência ou a impossibilidade de construir um processo empático para com o outro (Silva, 2014).

A representação do Transtorno de Personalidade Borderline versa sobre a dinâmica limiar entre a esfera da razão e a esfera do completo desespero, onde ocorre a constante oscilação entre a difusão do processo da razão e da loucura. Sendo assim, esses indivíduos em parte são capazes de controlar seus limites e impulsos de ódio e em outros momentos se debruçam sobre a não contenção das pulsões da fragmentação da loucura, em alguns casos se apresentam com frequência, por exemplo, o comportamento auto lesivo (Silva, 2014).

Os transtornos de personalidade são conceitualizados como um padrão persistente de vivências, de experiências, de atitudes e de comportamentos que não são bem aceitos pelo contexto social, visto que, é caracterizada como um padrão de ordem difusa e de caráter inflexível para com o seu mundo exterior. O transtorno possui comumente sua manifestação inicial de desenvolvimento na fase da adolescência ou na passagem para a vida adulta, perpetuando-se assim ao longo da vida, acarretando ao sujeito, grandes sobrecargas de sofrimentos e dificuldades de construção de vínculos afetivos, comportamentos de automutilação, fortalecimento de inserções sociais e sustentação das relações pessoais (APA, 2014).

Segundo as conceptualizações do CID – 10, o transtorno borderline constitui características relacionadas as sucessivas instabilidades emocionais e fragmentadas, sentimentos crônicos constantes de vazio e solidão, grandes tendências a se envolver em relacionamentos com traços de intensidade e instabilidade afetiva, esforços constantes para não se deparar com o abandono do outro, repetidas ideias suicidas, tentativas suicidas e comportamentos auto lesivos (OMS, 1993).

O Diagnóstico de Saúde Mental (DSM) - 5 reporta que o transtorno borderline é caracterizado essencialmente por padrões relacionados a instabilidade interpessoal, instabilidade na representação da autoimagem, nos afetos, e uma marcada impulsividade associada aos comportamentos autodestrutivos. Segundo as descrições do manual diagnóstico de saúde mental, os transtornos de personalidade estão incluídos na denominação do grupo B, juntamente com a categorização dos transtornos da personalidade antissocial, transtornos da personalidade histriônica e também o transtorno narcisista (Scherer, 2016).

Nos critérios diagnósticos do DSM - 5 é possível retratar nove critérios básicos para o diagnóstico de transtorno de Personalidade Borderline, cinco sintomas mínimos devem estar presentes para que seja realizado o diagnóstico médico de transtorno, visto que, possuem pacientes que apresentam todas as sintomatologias associadas ao transtorno (Silva, 2014), sendo elas:

Esforços desesperados para evitar abandono real ou abandono imaginado (p. ex., fins de relacionamentos, perdas de emprego, desvinculações afetivas, perda de um lugar social que se acredita obter).

Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização (p. ex., eu amo muito determinada pessoa e/ou odeio muito determinada pessoa, perspectiva forte do amor/ódio).

Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo (p. ex., identidade sexual, transtornos alimentares associados).

Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos excessivos, sexo sem proteção, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).

Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação. (p. ex., tentativas de suicídio, ideias suicidas, auto perfurações).

Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade muito intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).

Sentimentos crônicos de vazio. (p. ex., sentimento de desesperança, solidão, isolamento, esquivas sociais).

Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la, por questões relacionadas ao impulso (p. ex., mostras frequentes de irritabilidade, sentimentos de raivas constantes, brigas físicas recorrentes).

Ideação paranoide transitória associada ao estresse ou sintomas dissociativos intensos. (p. ex., desconfianças sem motivos aparentes, suspeitas para com os outros, dificuldades em estreitar os vínculos).

Dentre essas características existem três delas que são mais predominantes e comuns para o transtorno Borderline, nomeadamente a impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (suicídio e autolesão), um padrão de relacionamentos interpessoal instável e intenso caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização e também a instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade e mudança constante de humor.

Verifica-se aqui que existe um consenso parcial da conceitualização do Transtorno de Personalidade Borderline, visto que, ainda existem

algumas divergências das caracterizações básicas do desenvolvimento, sintomas e/ou etiologia do transtorno. Ao longo do artigo discutiremos sobre o comportamento auto lesivo em sujeitos que possuem o Transtorno de Personalidade Borderline e quais as repercussões associadas aos comportamentos de automutilação.

Metodologia

Para a realização da meta-análise sobre a avaliação neuropsicológica em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline, foram necessárias pesquisas bibliográficas em artigos periódicos, dissertações e teses. Para a busca do material de estudo foram utilizadas as bases de dados de *Scielo* e *Google Acadêmico*, onde foram realizadas as pesquisas dos conceitos chaves sobre “Avaliação Neuropsicológica do Transtorno Borderline”, “Sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline”, “Comportamento Auto lesivo”, “Borderline Personality Disorder” e “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”. As periodicidades das referências bibliográficas foram limitadas entre o intervalo de 1993 e 2017, e as línguas foram o Português-PT, Português-BRA e Inglesa. Após as revisões bibliográficas foram selecionados os artigos considerados pertinentes para a elaboração da pesquisa.

Para a análise dos dados será realizado uma seletividade de todos os materiais que foram localizados ao longo da pesquisa sobre a avaliação neuropsicológica da personalidade borderline. Em seguida será realizada uma análise qualitativa dos dados que tem como ponto de partida o objetivo secundário da avaliação neuropsicológica em sujeitos que são portadores do transtorno de Personalidade Borderline com comportamentos de automutilação.

Etiologia

Os estudos apontam que existem muitos fatores etiológicos associados a constituição de um Transtorno de Personalidade Borderline em um sujeito, fatores esses que podem ser de ordem biológicas e experienciais. Como por exemplo, existem marcadores associados a genética, a hereditariedade, a experiências de rupturas e separações na infância, experiências de perda, abuso infantil, ambiente familiar agressivo e conturbado, vivências em ambientes caóticos e negligentes (Pastore, Lisboa, 2014). Sendo assim, é comum observar em pacientes que receberam diagnósticos do transtorno de personalidade obtiveram problemáticas muito persistentes e traumáticas no campo infantil, situações essas que comumente são bem precoces e marcadamente sem processo de construção de resiliência. Outros autores reportam que a etiologia do transtorno borderline está fortemente associada aos fatores genéticos, fatores constitucionais, familiares, bioquímicos, psicodinâmicos e psicossociais (Kernberg, 1995). Os autores cruzam muitas informações no que diz respeito as possibilidades etiológicas do transtorno.

Não existe um fator determinante para a concretização do transtorno na vida humana, no entanto, chama-se atenção para o fato de que as

vivências relacionadas ao processo da perda ainda na infância são acontecimentos potencializadores para o surgimento e/ou construção subjetiva do transtorno. Isso não quer dizer que todas as crianças que apresentem processos de perdas vão desenvolver a condição, mas os autores enfatizam que os estudos demarcam que 20% a 40% dos diagnósticos experimentaram situações traumáticas de perda da mãe ou perda do pai e/ou figura de cuidador (Pastore, Lisboa, 2014).

Outro fator marcadamente potencializador é a experiência traumática de abuso sexual infantil, alguns estudos apontam que 80% dos indivíduos que obtiveram diagnóstico do transtorno, retratam em suas experiências de vida o abuso sexual, comumente vinculado ao ambiente familiar (Pastore, Lisboa, 2014). No entanto, foram possivelmente crianças que sofrem de abuso, mas que não recebem nenhum suporte social e familiar para elaborar a situação traumática precoce.

Em outros estudos, pacientes com diagnóstico médico borderline, retratam uma história contínua que desgastes emocionais desde a primeira infância, nomeadamente reportam, a ausência de afeto, amor e carinho maternal, conflitos agressivos com a figura paterna, explosões de raiva dirigidas à criança por parte do pai, separação ou abandono ainda muito precoces, crueldade, hostilidade, agressividade e maus tratos, negligência, constantes ausências da figura materna, brutalidade prolongadas por parte as figuras parentais (Soure, 2011). É importante observar que a etiologia e a origem do transtorno borderline, tendencialmente estão muito relacionadas as vivências de um trauma por maus-tratos na primeira infância, onde, os traumas são apresentados pelas figuras parentais e/ou figuras de segurança e apoio.

A etiologia dos comportamentos auto lesivos é muito complexa e ainda sem uma definição concreta, visto que, o comportamento de automutilação é caracterizado como sendo uma estratégia que o sujeito encontra para lidar com as sensações de vazio e de não realidade exterior. Os comportamentos de automutilação podem estar relacionados com um mecanismo de defesa utilizado pelo sujeito, ou mesmo uma estratégia de caráter muito primitiva, que não tem uma elaboração saudável e/ou positiva (Garreto, 2015).

Prevalência

Segundo o Diagnóstico Saúde Mental (DSM) - 5 a prevalência média social do Transtorno da Personalidade Borderline na população mundial é estimada entre 1,6%, esta média, no entanto, pode chegar até os 5,9%, nos casos em que não ocorre devido diagnóstico prévio. Esta acentuada prevalência está associada a 6% dos pacientes que são da atenção primária, 10% dos pacientes da área ambulatorial de saúde mental e 20% dos pacientes que se hospitalizam nas diversas instituições de saúde (APA, 2014).

O Transtorno da Personalidade Borderline é diagnosticado em cerca de 75% dos casos no sexo feminino, o diagnóstico do transtorno é comumente realizado entre o fim da adolescência e o início da vida

adulta, podendo ser um fator variável (APA, 2014).

Nos comportamentos auto lesivos e/ou de automutilação a prevalência entre os sexos está relacionada com a maior frequência ao gênero feminino, corrobora-se que os comportamentos iniciam na adolescência, em meados dos 17 anos de idade, e se perpetuam para a vida adulta, com comportamentos que geralmente são bastante semelhantes de um sujeito para o outro (Garreto, 2015).

Sintomatologia

Existem alguns sintomas marcadamente relacionados ao Transtorno de Personalidade Borderline, levando em consideração que, possuem pacientes que apresentam poucas sintomatologias associadas e outros apresentam grande parte do quadro borderline sendo eles: 1) O Narcisismo; 2) Sangramento psíquico; 3) Hipersensibilidade desordenada; 4) Rigidez psíquica; 5) Tendência a reações terapêuticas conturbadas/negativas; 6) Sentimentos e/ou complexo de inferioridade; 7) Masoquismo; 8) Insegurança "somática"; 9) Mecanismos de projeção constantes; 10) Dificuldades para testar o processo da realidade (Pereira, 1999).

Os comportamentos de risco são em muitas vezes apresentados também nas sintomatologias da personalidade borderline, risco esses que podem estar relacionados a comportamentos de ideação e tentativa suicida, comportamentos auto lesivos, comportamentos sexuais sem cuidado e/ou preservação e também muitas vezes se colocam em situações de risco social (Gunderson, 2008). Os comportamentos de riscos geram, em algumas situações a pacientes borderline, sentimentos de satisfação e de desejos que são inconscientes, ou seja, ele se depara com a situação adversa perigosa e negativa e não compreender que a situação tem caráter autodestrutivo e perigoso.

A pulsão autodestrutiva relacionada com os comportamentos auto lesivos também se levam em consideração nos comportamentos de risco, onde, o sujeito traça o comportamento de lesão como um instrumento e/ou técnica de livrar-se da tensão e angustia vivenciada. Por exemplo, o sujeito tem um sofrimento existencial por conta da separação de um casamento, e em um determinado dia sente-se só e confuso, ao invés de elaborar o sentimento da perda do parceiro, corta os pulsos como um mecanismo de compensação e punição inconsciente.

Alguns autores defendem a perspectiva de que o paciente com o transtorno de personalidade possui uma mente nomeadamente perturbada e fragmentada, possuindo relações vinculares que são caracterizadas como sendo muito intensas, mas com vinculações marcadamente instáveis. Esses pacientes com frequência apresentam angustia de abandono, variações afetivas bruscas, como por exemplo o amor/ódio, comportamentos muito constantes de agressividade e de raiva, acompanhados quase sempre com o sentimento de impulsividade, fragmentação e ruptura (Gunderson, 2008).

A denominação do termo borderline na contemporaneidade

pressupõe uma possível indefinição ou mesmo uma considerável insegurança em várias fronteiras relativas a mecanismos de regulação e demarcações relativas ao psiquismo do sujeito que sofre com o transtorno (Silva, 2014). Como por exemplo, fragmentações no que diz respeito ao processo da fantasia e da realidade, do corpo e da mente, da ação e aos pensamentos, do real e do imaginário, dentre outras rupturas.

É muito recorrente observar que sujeitos com personalidade borderline possuem uma crença muito forte de que algo ou alguém constantemente o quer ameaçar/prejudicar ou quer romper com as suas relações com o mundo exterior. Por essas e outras crenças apresentadas que os pacientes borderline perdem as fronteiras básicas de relação com o outro, sendo assim, é possível considerar que esses pacientes vivem uma constante relação de proximidade versus uma relação de afastamento contínuo (Silva, 2014). Cruzando assim, a perspectiva de constantes e repetidas relações instáveis e não duradouras com o outro.

O sujeito que desenvolve o transtorno de personalidade possui notoriamente uma agressividade e uma devastadora instabilidade afetiva, visto que, as tendências associadas a ordem das impulsividades são muito presentes e frequentes em sua dinâmica de vida. Existem alguns padrões diagnósticos que são fundamentais para caracterizar a patologia, visto que, não necessariamente o paciente precisa apresentar todos os padrões de comportamentos para possuir diagnóstico. Alguns sintomas são importantes a observação do clínico, como cita Pereira (1999): uma manifestação repetitiva de ansiedade crônica, fobias, obsessões, compulsões, sintomas de conversão bizarra, dissociações, hipocondria, tendência sexuais perversas e com natureza polimórficas, tendências constantes a impulsividade, uso abusivo de drogas e álcool, labilidade emocional, grandes necessidades de exibicionismo, sentimentos crônicos de vazio, comportamentos auto lesivos.

Além da dinâmica constante presente de agressividade, impulsividade e de instabilidade afetiva e emocional, o Transtorno de Personalidade Borderline pode ser acentuado e trazer também sintomatologias de ideação e de tentativas e pulsões relacionadas ao suicídio, o que agrava ainda mais o tratamento e seu posterior prognóstico médico (Scherer, 2016). Visto que, não existe a possibilidade de uma modificação da estrutura da personalidade subjetiva, no entanto, é possível que com tratamento e acompanhamento adequado o sujeito consiga ter uma melhor qualidade de vida e formas mais adaptativas de funcionamento e convívio social, sem maiores prejuízos pessoais e sociais.

Dentre as características sintomatológicas apresentadas, o narcisismo é uma das bases de construção do quadro clínico do paciente borderline, ou seja, via regra geral, pacientes que possuem diagnóstico médico possuem comportamentos de ordem narcísica. A constituição do narcisismo está muito associada a sujeitos que vivenciaram situações muito devastadoras e de ordem traumáticas, como por exemplo, experiências muito primitivas de abandono, violência, agressividade, negligência, brutalidade, maus tratos e

crueidade. Compreende-se que experiências negativas com essa dinâmica, repercutem em profundas lesões narcísicas relacionadas ao amor, ao autoconceito, a segurança e a autoconfiança frente as situações adversas da vida (Scherer, 2016 citado por Stern, 1999).

Segundo os perfis traçados no DSM – 5 (2014), o percurso de desenvolvimento do Transtorno da Personalidade Borderline é muito inconstante e variável, visto que, os padrões iniciais mais comuns em geral são: a constante presença de instabilidade em esfera crônica no início da vida adulta, descontrole dos afetos, perda do auto controle (automutilação), descontrole dos impulsos para com o outro, uso demasiado de medicamentos e psicotrópicos e posteriormente a procura inicial por ajuda de especialistas (APA, 2014).

É comum que dentro das repercussões sintomatológicas os especialistas observem uma tendência muito flutuante para a vivência de emoções bastante intensas, abruptas, marcada por grandes impulsividades, demasiadas intensidades nos relacionamentos externos, alta incongruência e constantes dificuldades de desvinculações (APA, 2014). É muito alta a probabilidade de que os sintomas mais graves se mantenham ao longo de toda a vida, posteriormente, diminuindo sua intensidade com os processos psicoterápicos, uso de psicotrópicos e acompanhamento médico contínuo.

É perceptível quem pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade possuem características com frequência de apresentar sentimentos de insegurança para com o mundo exterior, onde enraizam a conexão de que a pessoas estão lhe oferecendo constante perigo e insegurança. Stern (1999) contextualiza que esses pacientes possuem uma hipersensibilidade que é considerada desmedida, o que acarreta em repetitivas precauções desordenadas para os possíveis perigos que venham a surgir. Ou seja, em situações que esses pacientes se sintam ameaçados ou mesmo em perigo eles podem vim a manifestar ou desenvolver ideias da ordem da paranoia e da psicose.

As dificuldades associadas as ponderações no que diz respeito as relações a dois possuem delimitações disfuncionais, pelo fato de, comumente possuírem poucos mecanismos e recursos para lidar com as questões sentimentais e emocionais que lhe são apresentados (Scherer, 2016). Por exemplo, em uma situação adversa de discordância no relacionamento, o sujeito com transtorno de personalidade borderline pode não conseguir elaborar um diálogo de forma produtiva e assertiva, atravessando suas pulsões para a hostilidade e agressividade.

O comportamento de automutilação é comum nos transtornos de personalidade e o respectivo configura-se como um comportamento do espectro das representações impulsivas e compulsivas, onde existe uma grande dificuldade de controlar e/ou resistir ao impulso do comportamento. Os comportamentos de automutilação podem ser predominantes tanto no percurso da adolescência como também na vida adulta, observa-se que existe uma grande predominância para que esses comportamentos sejam acompanhados com rituais antes e depois de concretizar o ato lesivo. A impulsividade, como já retratada anteriormente, é um grande preditor para compreender o processo

real da prática da automutilação, onde, existe uma resposta muito rápida aos estímulos aversivos que são apresentados, trazendo assim repercussões ao comportamento de risco. (Garreto, 2015).

Os comportamentos de automutilação são caracterizados em três categorias, sendo elas, a categoria leve, a moderada e grave, predominante em ambos os sexos. Os comportamentos leves estão relacionados a morder-se, arranhar-se e fazer-se sentir dor intensa; os comportamentos moderados estão associados a bater, arrancar cabelo, inserção de objeto no corpo e/ou auto tatuagem; e os comportamentos graves são os relacionados ao cortar, sangrar e queimar (Garreto, 2015).

Alguns comportamentos de automutilação comuns a pacientes com personalidade borderline podem ser considerados como, por exemplo, cortes constantes na pele, cutucar e/ou mexer em ferimentos, morder-se, bater-se, cutucar áreas do corpo até sangrar, esfolar a pele, queimar-se, arrancar os pelos de vários hemisférios do corpo, inserir objetos sob a unha, auto tatuagem, cortar o punho, dentre outros (Garreto, 2015). A repetição dos comportamentos irá depender das impulsividades que estão associadas a constituição subjetiva do paciente, podendo assim, o paciente apresentar dos comportamentos mais leves até os comportamentos mais graves.

Alguns autores divergem e outros convergem nas sintomatologias que são apresentadas, mas de forma geral, entram em concordância de como o Transtorno da Personalidade Borderline e os comportamentos de automutilação se manifestam e trazem repercussões de sofrimento e solidão no desenvolvimento e percurso da vida do sujeito.

Avaliação Neuropsicológica

O transtorno de Personalidade Borderline ainda está atravessado a muitas dúvidas e pesquisas relacionadas ao campo, e é de grande interesse tanto dos familiares do sujeito que convive com a doença, como também para a comunidade científica da neuro (psicologia), visto que, é necessário que exista uma avaliação neuropsicológica nos transtornos de personalidade para existir uma melhor compreensão e aprofundamento sobre os comportamentos do sujeito.

A Avaliação Neuropsicológica busca a utilização de estudos comportamentais para investigar como se dar os processos do funcionamento cerebral do sujeito, efetuando assim posteriores diagnósticos diferenciais e determinando as possíveis alterações e/ou disfunções que são apresentadas no quadro clínico do paciente e as formas de intervenção (Melfe, 2017). No caso dos pacientes que sofrem com o Transtorno de Personalidade Borderline e automutilação, a avaliação neuropsicológica é importante para compreender as esferas que estão comprometidas e as formas mais adequadas de intervenção do profissional para prevenir maiores danos.

O foco da Neuropsicologia é investigar os estudos sobre as possíveis áreas comprometedoras das estruturas cognitivas, emocionais e

comportamentais do sujeito. Ela pode utilizar instrumentos como testes, observação, anamnese, avaliação, entrevista, dentre outros, para avaliar aspectos psicológicos relacionados a concentração, a atenção, a memória e as funções executivas do sujeito. Permitindo assim, pôs diagnóstico, que o profissional trace o tratamento mais adequado e as posteriores indicação e encaminhamentos (Melfe, 2017 citado por Maia, 2009).

Verifica-se nos estudos sobre a estrutura cognitiva dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline que existem algumas alterações neurológicas que podem explicar/justificar alguns comportamentos que são apresentados, como por exemplo: 1) Claras alterações no processo do funcionamento dos receptores da atividade serotoninérgica que está totalmente vinculada a repercussão dos comportamentos impulsivos/compulsivos (Silva, 2014 citado por Paris, 1997); 2) Disfunção na atividade colinérgica, que está vinculada com a instabilidade afetiva que o sujeito apresenta (Silva, 2014 citado por Skodol, 2002); 3) A ativação em constante excesso dos sistemas de vigilância, ligados ao processo do funcionamento das glândulas supra-renais, que estão muito vinculadas a estimulação e/ou exposição ainda no período da infância a episódios que ordem traumática, evidenciando assim, consideráveis disfunções orgânicas (Silva, 2014 citado por Gabbard, 2006); 4) Vulnerabilidades de caráter biológico existentes podem contribuir para uma hiperativação da amígdala, repercutindo em sujeitos mais sensíveis a estímulos externos que são relacionais (Silva, 2014). Ou seja, existem disfunções muito potentes nas esferas da impulsividade e da instabilidade afetiva, onde os comportamentos de automutilação serão mais evidenciados no histórico clínico do paciente.

Nos transtornos de personalidade existem alguns fatores neuropsicológicos que estão intrinsecamente associados, como por exemplo, grande vigilância atencional, uma disfunção na modulação afetiva, déficits no controle inibitório, déficits na flexibilidade cognitiva, déficits no processo do planejamento, na inibição adequada de respostas e nas tomadas de decisão (Garreto, 2015).

As representações dos impulsos nos comportamentos de automutilação estão vinculadas a déficits no processo da esfera atencional, com prejuízos muito associados a estrutura do lobo frontal, onde permite-se as manifestações das funções executivas. As funções executivas são responsáveis pela organização das vinculações dos relacionamentos sociais (Garreto, 2015 citado por Goudriann, 2004).

Não existem testes psicológicos que são propriamente ditos para identificar alterações neuropsicológicas das funções de um sujeito com Transtornos de Personalidade Borderline que possui demanda de autolesão/automutilação. Existem alguns testes que auxiliam e direcionam o profissional a identificar potencialidades relacionadas a impulsividade, a raiva, a agressividade, ao processo empático, aos padrões persistentes de instabilidade emocional, a autoimagem, a ideação Paranóide, o pensamento suicida, a instabilidade afetiva, dentre outros pontos de investigação.

A Avaliação Neuropsicológica será sustentada diante do que o

profissional busca investigar e analisar frente a condição patológica do paciente, isto é, o profissional fica responsável por todas as etapas do processo de desenvolvimento da avaliação. É importante que todas as etapas sejam concluídas com sucesso e que ambos, profissional/paciente entejam em constante integração.

Neste direcionamento, a literatura da neuropsicologia em Transtornos Borderline sugere a utilização de algumas técnicas e instrumentos para uma avaliação em pacientes que apresentam transtornos de personalidade e comportamentos auto lesivos, é sempre importante que o profissional domine a aplicação das avaliações para se obter um resultado satisfatório. Para avaliar a personalidade Borderline vamos utilizar: Entrevista aberta; Rorschach; Teste de Apercepção Temática (TAT), A Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III), Escala de Comportamento de Automutilação, Escala de Impulsividade de Barrat, Figura Complexa de Rey e o Problem-Solving Inventory (PSI).

A entrevista aberta e/ou anamnese versam compreender conteúdos associados a dinâmica de vida do paciente, como se dá sua rotina, dados sobre percurso familiar e social, utilização de medicação, conflitos emergenciais, dentre outros. O neuropsicólogo pode observar e avaliar toda a história de vida que o paciente reporta, estando sempre atento as expressões corporais e verbais que são apresentados ao longo da entrevista (Scherer, 2016).

O método de avaliação das pranchas do Rorschach pressupõe a análise da maneira como o sujeito observa e percebe os estímulos que lhes são apresentados, traçando assim a forma como o sujeito lida com as situações adversas em um contexto concreto, percebendo as suas expressões sensoriais e os seus mecanismos utilizados de compensação. Sendo assim, essa avaliação permite ao neuropsicólogo, obter a percepção do processo cognitivo das vivências de contato com o real que o sujeito possui e os seus posteriores elementos de contradição e oposição desafiadora. O teste projetivo do Rorschach remete o sujeito a conteúdos relacionados a fantasia (irrealidade), onde, pode-se ocorrer as projeções sob as reais necessidades e processos impulsivos que o sujeito possui (Cunha, 2008).

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é também um teste de caráter projetivo que tem por finalidade compreender como as pessoas observam e projetam diversas situações pessoais e sociais. A forma como o sujeito elabora a sua experiência diante de uma determinada gravura, denota claramente a estrutura do sujeito frente ao seu contexto real, ou seja, o profissional tem acesso aos conteúdos latentes da personalidade do sujeito pois o respectivo expõe seus sentimentos a partir das confrontações apresentadas (Cunha, 2008). Podem surgir na avaliação conteúdos relacionados a solidão, a agressividade, a negligência, ao desamparo, aos processos de ruptura, dentre outros.

A Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS-III) é direcionada a avaliar/analisar a inteligência e/ou os aspectos intelectuais tanto de adultos como de adolescentes. A avaliação reporta o processo de habilidades cognitivas que foram desenvolvidas pelo sujeito e seus respectivos problemas de foro psiquiátrico,

neurológico e emocional apresentadas (Cunha, 2008). Podem surgir no desenvolvimento da avaliação conteúdos relacionados a dor psíquica, aos sentimentos de angústia/ansiedade, a capacidade do rendimento intelectual, dentre outros.

A Escala de Comportamento de Automutilação traz indicativos das possíveis frequências e/ou razões pelas quais ocorrem os comportamentos da automutilação, as motivações existentes, o uso de drogas e substâncias psicoativas, a intensidade do processo da dor, dentre outros. O instrumento avalia basicamente 11 subtipos de automutilação durante os últimos 12 meses, sendo normalmente direcionado a pacientes com mutilações moderadas e graves (Garreto, 2015).

A Escala de Impulsividade de Barrat é um instrumento utilizado para a avaliação das repercussões relacionadas a impulsividade motora, ao processo da atenção e das falhas existentes no campo do planejamento processual (Garreto, 2015). É uma escala bastante utilizada para identificar impulsividades que o sujeito não consiga controlar, como por exemplo a autolesão.

A Figura Complexa de Rey está baseada em uma figura complexa e com muitos estímulos e formas geométricas que são ilustradas ao paciente. Após a apresentação da figura, é solicitado que o paciente desenhe tudo que ele lembra que está relacionado a figura que acabou de ver. O teste avalia as potencialidades relacionadas a habilidades de organização visuoespacial, o desenvolvimento de estratégias, a delimitação de planejamentos e o processo de sustentação da memória (Garreto, 2015).

Por fim, temos o Problem-Solving Inventory (PSI), que é um inventário caracterizado pela investigação da capacidade de resolução de problemas que o sujeito apresenta. O inventário é composto por três escalas, sendo elas a escala de confiança na solução/resolução de problemas, a escala do estilo aproximação/evitação e a escala do controle subjetivo pessoal. Avalia-se no sujeito as capacidades cognitivas relacionadas a autoconfiança, a elaboração de resolução de problemas, a resiliência e o controle existente nas situações de grande adversidade (Garreto, 2015).

Contudo, apesar das muitas possibilidades de testes que avaliam o transtorno borderline e os comportamentos de automutilação é importante que o neuropsicólogo saiba quais os melhores métodos/técnicas de aplicação, a partir da eventual demanda que está sendo apresentada pelo paciente. Visto que, a neuropsicologia não utiliza apenas testes para a compreensão de um transtorno, ela pode vir a utilizar o processo da observação, da entrevista clínica, da escuta clínica, dentre outros.

Tratamento

O tratamento contínuo dos pacientes com transtorno de Personalidade Borderline e os comportamentos de lesão está associado a muitos fatores e áreas específicas, onde, a psiquiatria, a psicologia e a neuropsicologia trabalham em conjunto para fornecer

as melhores possibilidades e estratégias de tratamento a depender da idiosincrasia apresentada. O cruzamento entre os processos psicoterápicos e os fármacos trazem grandes potencialidades para esses pacientes, trazendo posteriormente equilíbrio emocional, controle dos impulsos, melhorias na comunicação, níveis de stress menos acentuados e autodestrutivos. No entanto, o processo psicoterápico é fundamental concomitante a quaisquer outros tratamentos em que o sujeito se disponibilize a participar.

A literatura refere-se a alguns medicamentos/psicotrópicos que são comumente utilizados no tratamento dos Transtornos de Personalidade Borderline com características auto lesivas, sempre a depender da sintomatologia e da gravidade do caso clínico que é apresentado. Carvalho e Colaboradores (2004) reportam a utilização dos Antipsicóticos típicos, dos Antipsicóticos atípicos, dos Estabilizadores do humor, dos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina, dos Inibidores da monoaminoxidase, da Venlafaxina, dos Ansiolíticos e da Naltrexona e suas posteriores repercussões positivas no tratamento de pacientes borderline.

Os antipsicóticos típicos são importantes pois, pacientes caracterizados limítrofes comumente apresentam episódios de ordem psicótica acentuada, que normalmente são desencadeados por fatores estressores do meio. Alguns antipsicóticos como o tiotixeno, trifluoperazina, haloperidol, fenzina, apontaram melhorias na redução da severidade dos sintomas depressivos, do processo da ideação paranoide, do funcionamento psicótico, da sensibilidade interpessoal, dos sintomas psicóticos, obsessivo-compulsivos e fóbico-ansiosos, e uma considerável melhoria nos sintomas relacionados a hostilidade e a raiva (Carvalho e Colaboradores, 2004).

Os antipsicóticos atípicos por vezes são considerados melhores do que os típicos, pois, apresentam menor índice de sintomatologias extrapiramidais no decorrer do tratamento farmacológico. Os antipsicóticos atípicos mais comuns de utilização nesse público de pacientes são o clozapina, olanzapina, risperidona trazendo repercussões positivas na melhoria dos impulsos de agressividade e melhoria do equilíbrio dos sintomas de ordem afetiva (Carvalho e Colaboradores, 2004).

Os estabilizadores do humor podem ser bastante eficazes para tratar pacientes considerados como limítrofes, principalmente aqueles que apresentam descontrole severo dos impulsos de variação do humor. Os estabilizadores mais utilizados são o Amitriptilina, os antidepressivos tricíclicos, o carbamazepina, o lítio, o desipramina, o divalproato e a lamotrigina. As medicações podem repercutir em melhorias sintomáticas globais no que diz respeito a irritabilidade, a raiva, aos sintomas suicidas, a hostilidade e na sensibilidade interpessoal (Carvalho e Colaboradores, 2004).

Os Inibidores seletivos da recaptação da serotonina podem trazer melhorias em relação à impulsividade e a melhoria dos sintomas de oscilação do humor dos pacientes com transtorno borderline, inibidores seletivos como o Fenfluramina e a fluoxetina, trazem melhorias nos sintomas da depressão e de agressividade. Já os Inibidores da monoaminoxidase demonstram grandes melhorias em

sintomas afetivos, sintomas impulsivos e agressivos, a tranilcipromina e a fenelzina sugerem efetivação no tratamento de sintomas depressivos atípicos, como por exemplo, a raiva e a hostilidade (Carvalho e Colaboradores, 2004).

A Venlafaxina é um conhecido antidepressivo utilizado em casos clínicos de diagnóstico de personalidade borderline, tendo por competência a inibição, a recaptação e o resgate da norepinefrina e da serotonina, ou seja, ela resgata a estabilidade e o equilíbrio dos pacientes que apresentam constantes processos depressivos severos (Carvalho e Colaboradores, 2004).

Os agentes ansiolíticos como o alprazolam, Clonazepam, Buspirona, trazem efeitos antimaniacos que aumentam a neurotransmissão serotoninérgica para o cérebro, pode ser um excelente agente para o tratamento de crises graves de ansiedade em pacientes com transtornos de personalidade (Carvalho e Colaboradores, 2004).

Por fim temos a Naltrexona que é muito indicada em casos que repercutem o processo de automutilação, onde a demanda da automutilação é muito comum em pacientes limítrofes que possuem com frequência pensamentos obsessivos-compulsivos. A Naltrexona é muito potente para aniquilar comportamentos de possíveis insensibilidades à dor devido a uma excessiva atividade que é apresentada pelo cérebro, fazendo assim com que o sujeito obtenha com menos frequência comportamentos de risco, nomeadamente a autolesão/automutilação (Carvalho e Colaboradores, 2004).

A medicação não é demasiadamente excluída do processo por parte da clínica neuropsicológica, porém, compreende-se que a psicoterapia é fundamental para o trabalho de melhoria da qualidade de vida do paciente com Transtorno de Personalidade Borderline concomitante aos comportamentos de automutilação. Ou seja, a medicação correta e adequada também é fundamental para o cruzamento dos tratamentos e posterior sucesso desejado.

Discussão

Fica evidenciado que o Transtorno de Personalidade Borderline tem associações multifatoriais e é necessário que o profissional esteja atento a todo o corpo dos sintomas psicopatológicos que são apresentados, principalmente com os sintomas relacionados as manifestações iniciais, aos aspectos cognitivos, as impulsividades, as pulsões e os constantes riscos de suicídio e/ou automutilação (Scherer, 2016). O clínico precisa estar atento ao longo das avaliações sobre aspectos relacionados a forma de como o sujeito percebe e interpreta os acontecimentos internos e externos, visto que, um sujeito com diagnóstico borderline tem maiores difusões sobre existir e/ou mesmo negar os seus problemas (Pastore, Lisboa, 2014).

Alguns autores reportam que após o diagnóstico neuropsicológico existem identificações de graves falhas cognitivas em sujeitos que apresentam o diagnóstico de personalidade borderline. As falhas estão muito associadas aos comprometimentos nos domínios de esfera cognitiva, como por exemplo, nos processos relacionados a

atenção, a maleabilidade, a flexibilidade, a memória de trabalho e as capacidades cognitivas de planejar e de executar determinada atividade (Pastore, Lisboa, 2014).

Além do diagnóstico da neuropsicologia é necessário também um exame físico específico a nível neurológico, pois, apresentam-se nos estudos evidências muito claras de interrupções e de falhas nos circuitos cerebrais. As chamadas interrupções cerebrais estão, no diagnóstico borderline, muito relacionadas a falhas nos mecanismos intelectuais, falhas na impulsividade da agressividade, falhas nos mecanismos de regulação afetiva, falhas na capacidade de tomadas de decisão, rigidez cognitiva, atitudes equivocadas e interpretações com caráter distorcido (Pastore, Lisboa, 2014).

No que diz respeito aos pensamentos suicidas e aos comportamentos de automutilação, observa-se que as deficiências cognitivas são amplamente comprometidas no transtorno borderline, acarretando assim em falhas no processo das funções executivas. Sendo assim, as funções executivas que também são reguladoras responsáveis pelos aspectos emocionais, tornam-se instáveis, fazendo com que o sujeito tenha comprometimentos para controlar os seus posteriores impulsos comportamentais (Pastore, Lisboa, 2014).

É necessário que o clínico neuropsicólogo obtenha competências e aptidões para compreender os resultados dos testes projetivos e quantificáveis, junções e interpretações da recolha de informações da entrevista aberta, sempre traçando novas hipóteses diagnósticas, quando se fizer necessário (Melfe, 2017). Torna-se útil também que o clínico decida de forma responsável a seleção dos testes e os métodos e técnicas que serão realizadas ao longo do processo da avaliação diagnóstica.

É importante que se possível, a família esteja de certa forma integrada no processo do acompanhamento neuropsicológico e do respectivo tratamento, visto que, é necessário que o paciente e a família compreendam o que se passa diante do diagnóstico, como surgem as sintomatologias associadas, o processo da psicoeducação, o uso das medicações necessárias, dentre outras demandas que podem surgir ao longo do processo de diagnóstico e tratamento.

Conclusão

O Transtorno de Personalidade Borderline é uma patologia psíquica que tem uma variedade muito vasta de sintomas que são apresentados durante o desenvolvimento, os sintomas são muito invasivos, devastadores e aniquiladores, onde, torna-se necessário o acompanhamento para que o sujeito obtenha uma melhor qualidade de vida. Nos casos clínicos de diagnósticos borderline a neuropsicologia trabalha em conjunto com a neurologia e com a psiquiatria, a fim de neutralizar as repercussões negativas e autodestrutivas do transtorno.

É necessário identificar ao longo do processo, se o paciente e/ou a própria família compreendem o diagnóstico, quais os sintomas e comorbidades que estão associados ao transtorno, e suas posteriores

formas de tratamento. O clínico neuropsicólogo, necessariamente, precisa ter domínio e aptidão sobre os testes e técnicas que pretende aplicar durante o processo.

As técnicas projetivas são importantíssimas para a avaliação neuropsicológica de pacientes borderline, visto que, elas permitem acesso aprofundado sobre os contextos exteriores e internos do paciente, compreendendo-se assim os desejos, os medos, os conflitos, as pulsões, os planejamentos, as ideações, as rupturas, a idiosincrasia, os mecanismos de defesa e sua estrutura subjetiva.

A avaliação neuropsicológica em pacientes com transtorno do tipo borderline são muito válidas pois compreendem o diagnóstico em uma perspectiva qualitativa, onde, é investigado várias esferas cognitivas e emocionais da estrutura subjetiva do paciente. No entanto, as escolhas pelos mecanismos de diagnósticos são de total competência do profissional, um manejo clínico de qualidade e com competência repercute em melhorias posteriores na vida do paciente que sofre com o transtorno.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM 5*. M. I. C. Nascimento (Ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Carvalho, A. F. Stracke, C. B. Souza F. G. (2004). *Tratamento farmacológico do transtorno de personalidade limítrofe: revisão crítica da literatura e desenvolvimento de algoritmos*. R. Psiquiatr. RS, 26(2): 176-189.
- Cunha, A. J. (2008). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed.
- Garreto, A. K. (2015). *O Desempenho Executivo em Pacientes que Apresentam Automutilação*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de São Paulo – Brasil.
- Gunderson, J. G. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd Ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos Graves de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed. Brasil.
- Melfe, D. (2017). *Avaliação Neuropsicológica: Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção*. Iberian Journal Of Clinical and Forensic Neuroscience – IJCFN.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *CID -10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre – Artes Médicas, Brasil.
- Pastore, E.; Lisboa, C. S. M. (2014) *Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo*. *Psicologia Argumento*, 32 (79), 9-17.
- Pereira, M. E. C. (1999). *A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”*. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (2), 153-158.
- Silva, A. S. D. (2014). *Patologia Borderline: Representações Relacionais e Vulnerabilidades do Self*. Tese de Doutorado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Scherer, P. F. (2016). *Avaliação psicológica no transtorno de personalidade Borderline: Estudos brasileiros*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia Porto Alegre, Brasil.
- Soure, F. (2011) *Partilhas Clínicas: Reflexões sobre e para a prática clínica*. Oficina de Psicologia, OP – Lisboa.
- Stern, A. (1999). *Investigação psicanalítica e terapia do grupo de neuroses limítrofes*. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (2), 159 – 176.