

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Carolina Bevilacqua Vedoin

**CARACTERÍSTICAS E EFEITOS DE INTERVENÇÕES
PSICOEDUCATIVAS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Santa Maria, RS
2022

Carolina Bevilacqua Vedoin

**CARACTERÍSTICAS E EFEITOS DE INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS
PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia, área de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Psicóloga**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Clarissa Tochetto de Oliveira

Santa Maria, RS
2022

Carolina Bevilacqua Vedoin

**CARACTERÍSTICAS E EFEITOS DE INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS
PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Psicologia, área de Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Psicóloga**.

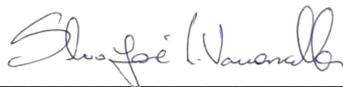
Aprovado em 9 de fevereiro de 2022:



Clarissa Tochetto de Oliveira, Psicóloga e Professora Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Naiana Dapieve Patias, Psicóloga e Professora Dra. (UFSM)



Silvio José Lemos Vasconcellos, Psicólogo e Professor Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2022

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que possuem o Transtorno da Personalidade Borderline. Aos meus pacientes, que confiaram e compartilharam as suas histórias comigo, me permitindo crescer pessoal e profissionalmente. Dedico também à minha família, namorado e amigos, por todo o suporte emocional.

Você não pode alcançar a coragem sem encarar a vulnerabilidade. Abraçe a dificuldade.

(Brené Brown)

RESUMO

CARACTERÍSTICAS E EFEITOS DE INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS PARA O TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

AUTORA: Carolina Bevilacqua Vedoin
ORIENTADORA: Dr^a Clarissa Tochetto de Oliveira

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) caracteriza-se pela instabilidade das emoções, relações interpessoais e autoimagem, afetando todas as áreas da vida do indivíduo. Informações insuficientes ou incorretas, bem como o estigma associado a essa psicopatologia, costumam prejudicar o tratamento. Nesse contexto, a psicoeducação pode contribuir, por meio de ações educacionais e terapêuticas, para a conscientização acerca do transtorno. Diante disso, buscou-se caracterizar a produção científica referente à psicoeducação do TPB, com o objetivo de identificar quais modalidades de psicoeducação estão sendo realizadas, por quem, para qual público-alvo, qual seu foco e com que resultados. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura em nove bases de dados nacionais e internacionais, de artigos publicados em Inglês ou Português. Foram encontrados 1032 trabalhos, sendo 31 selecionados para análise. Os dados foram organizados nas seguintes seções: foco e público-alvo, condução, características e resultados da psicoeducação do TPB. Constatou-se que o principal público-alvo destas intervenções foram os pacientes, seguidos de familiares. A condução foi realizada, em sua maioria, por terapeutas, sem especificação da profissão. Muitos estudos utilizaram a psicoeducação como componente de um tratamento, com temática relacionada a emoções e relacionamentos. A psicoeducação contribuiu para a melhora das relações pessoais, manejo das emoções, engajamento no tratamento e alívio dos sintomas dos indivíduos com TPB. O aumento do conhecimento sobre o transtorno também reduziu a sobrecarga emocional dos familiares. Por fim, foram feitas sugestões para futuras pesquisas, com base nas limitações dos estudos investigados.

Palavras-chave: Psicoeducação. Transtorno de Personalidade Borderline. Revisão de Literatura.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS AND EFFECTS OF PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTIONS FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

AUTHOR: Carolina Bevilacqua Vedoin
ADVISOR: Dr^a Clarissa Tochetto de Oliveira

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by instability of emotions, interpersonal relationship, and self-image, affecting all areas of the individual's life. Insufficient or incorrect information, as well as the stigma associated with this psychopathology, frequently hinder treatment. In this context, psychoeducation can contribute, through educational and therapeutic actions, to raise awareness about the disorder. In view of this, we sought to characterize the scientific production regarding the psychoeducation of BPD, with the objective of identifying which psychoeducation modalities are being carried out, by whom, for which target audience, what their focus, and with what results. A systematic literature review was carried out in nine national and international databases of articles published in English or Portuguese. A total of 1032 papers were found, and 31 were selected for analysis. The data were organized in the following sections: focus and target audience, conduct, characteristics and results of psychoeducation for BPD. It was found that the main target audience of these interventions was the patients, followed by family members. The conduct was mostly carried out by therapists, without specification of the profession. Many studies used psychoeducation as a component of treatment, with themes related to emotions and relationships. Psychoeducation contributed to improved personal relationships, emotion management, engagement in treatment, and symptom relief of the individuals with BPD. Increased knowledge about the disorder also reduced the emotional burden on family members. Finally, suggestions for future research were made based on the limitations of the investigated studies.

Keywords: Psychoeducation. Borderline Personality Disorder. Literature Review.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE.....	9
1.2	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE.....	10
1.3	TRATAMENTO PSICOTERÁPICO.....	12
1.4	PSICOEDUCAÇÃO.....	14
2	MATERIAIS E MÉTODOS	18
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
3.1	PÚBLICO-ALVO E FOCO DA PSICOEDUCAÇÃO.....	21
3.2	CONDUÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	34
3.3	CARACTERÍSTICAS DA INTERVENÇÃO.....	34
3.3.1	Formatos de intervenção	35
3.3.2	Conteúdos da psicoeducação	36
3.4	RESULTADOS DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA.....	37
4	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

A personalidade é um construto complexo e pode ser estudada a partir de diferentes concepções teóricas. Refere-se a um padrão persistente de experiência interna e de comportamento de um indivíduo. Abrange a cognição, ou seja, a forma de interpretar a si mesmo, os outros, e os eventos externos; a afetividade, por exemplo, a variação e a intensidade das respostas emocionais; e o funcionamento interpessoal (APA, 2013). Tais padrões cognitivo, emocional e comportamental constituem os traços de personalidade. Assim, a personalidade designa os traços e características únicas de cada pessoa, compondo a singularidade dos indivíduos (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015; ROBERTS; MROCZEK, 2008).

Além disso, o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) descreve cinco dimensões pelas quais a personalidade pode ser constituída. A Extroversão concerne ao nível de atividade, necessidade de estimulação e de interagir socialmente, e capacidade de alegrar-se. Nível de Socialização indica uma tendência a ser socialmente agradável e gentil. Escrupulosidade designa características da personalidade que levam à responsabilidade e honestidade. Neuroticismo se relaciona à tendência a experienciar sentimentos negativos. Por fim, Abertura para Experiência, como o próprio nome indica, se refere à abertura para novas experiências e interesses culturais, imaginação e flexibilidade de pensamentos (HUTZ et al., 1998; NUNES; HUTZ; GIACOMINI, 2009).

Conforme Beck (2017), a personalidade possui uma base evolutiva importante. As estratégias que foram utilizadas em ambiente primitivo e facilitaram a sobrevivência, como lutar ou fugir em situações de perigo físico; ou participar de uma tribo para obter alimentação e reprodução; foram favorecidas durante a evolução humana. Assim, os padrões de comportamentos que as pessoas assumem atualmente parecem ter origem evolutiva e, em conjunto, constituem a personalidade de cada indivíduo. Além disso, os comportamentos podem ocorrer como consequência da avaliação cognitiva de determinada situação. Essa interpretação é condizente com as crenças subjacentes do sujeito, e pode desencadear diferentes reações emocionais, que então impulsionam os comportamentos. Por exemplo, uma pessoa acredita que os outros não são confiáveis e que o mundo é um lugar perigoso. Ao descobrir uma mentira, pode sentir raiva, medo, ansiedade, tristeza, e então, agir de acordo com essas emoções, como discutir ou se afastar. Ao mesmo tempo, esse padrão comportamental foi selecionado evolutivamente. Sendo assim, a personalidade constitui-se pela relação entre aspectos psicológicos, interpessoais e evolutivos, estabelecendo a individualidade (BECK, 2017).

Os traços de personalidade também são moldados pela interação complexa entre o temperamento, ou seja, tendência genética herdada que delinea o funcionamento do indivíduo, e as experiências de vida (ROBERTS; MROCZEK, 2008; WAINER, 2016). Nesse sentido, os traços são duradouros e consistentes, mas também são construídos e reorganizados no decorrer do desenvolvimento humano, principalmente até o início da adultez. Entretanto, pode haver mudanças também após essa fase do ciclo vital, visto que a dimensão social está em contínua transformação (ROBERTS; MROCZEK, 2008). Ademais, as relações familiares são cruciais para a estruturação da identidade pessoal, com ênfase à infância e adolescência. É esperado que os cuidadores supram demandas psicológicas das crianças e adolescentes, como afeto, segurança emocional, aceitação e orientação em tarefas educacionais e de outras áreas, para que ocorra o desenvolvimento saudável da personalidade (WAINER, 2016).

1.1 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

É possível notar que a personalidade é um padrão de pensamentos, emoções e comportamentos de uma pessoa que é exibido em diferentes contextos sociais. Esses padrões funcionam em algumas ocasiões e, por isso, persistem. Entretanto, quando tornam-se inflexíveis, causam acentuado e persistente prejuízo profissional, social, familiar, financeiro e de saúde, bem como intenso sofrimento, o que constitui um Transtorno de Personalidade (TP). No TP, o padrão deve ser mal-adaptativo, ou seja, abranger a maioria das situações sociais e pessoais do indivíduo, desviando-se nitidamente das expectativas culturais. Também é de longa duração, com surgimento geralmente na adolescência ou início da fase adulta (APA, 2013; BECK, 2017).

O diagnóstico de um TP pode ser um processo difícil de ser realizado, visto que exige avaliação dos padrões de funcionamento de longo prazo da pessoa. É necessário analisar se determinadas características do indivíduo surgiram como resposta específica a um estressor externo, ou se fazem parte de um padrão comportamental de curso prolongado. Avalia-se, ainda, se as atitudes são aceitas culturalmente e condizentes com a situação. Além disso, outros transtornos mentais podem apresentar estados transitórios similares à sintomatologia dos TP, sendo preciso realizar o diagnóstico diferencial. Por fim, o próprio indivíduo pode interpretar as manifestações do TP como egossintônicas, pois não as reconhece como sintomas, mas sim como sua forma de ser (APA, 2013).

1.2 TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Dentre os TP descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua 5ª edição (DSM-V), encontra-se o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB), bastante grave e que afeta negativamente todas as áreas da vida. O TPB é marcado pela instabilidade das relações interpessoais. Isso pode ocorrer porque indivíduos limítrofes costumam idealizar relacionamentos e logo alternar para a desvalorização. Também é comum haver raiva intensa e constante, não condizente com a situação, e medo muito grande de ser abandonado pelas pessoas com as quais convive, gerando esforços desesperados para que isso não ocorra (APA, 2013). Diante disso, há dificuldade para a resolução de problemas interpessoais, bem como a solicitação constante de que os outros encontrem a solução para as suas adversidades (LINEHAN, 1993). Perda de emprego e divórcios são comuns (APA, 2013).

Outro sintoma característico do TPB é a instabilidade de afetos. Há frequentes alterações de estado emocional, geralmente com duração de poucas horas, como ansiedade intensa, sensação de inquietude, humor deprimido ou irritabilidade, sem motivo aparente ou como reação desproporcional a eventos externos ou internos; o que constitui baixo limiar para a reatividade emocional. Sentimento crônico de vazio também pode estar presente (APA, 2013; ARNTZ, 2017; LINEHAN, 1993). Aliado a isso, indivíduos limítrofes tendem a perceber facilmente as expressões faciais negativas em outras pessoas. Por fim, há retorno lento para o humor eutímico, dificultando a regulação das emoções e, conseqüentemente, as relações interpessoais são fragilizadas (LINEHAN, 1993).

Outrossim, é característica do TPB a perturbação da autoimagem. Muitos sentem vergonha, ódio e raiva intensos de si mesmos. Há, ainda, uma instabilidade da percepção de si, marcada por mudanças repentinas de valores, planos para a carreira profissional, relações pessoais, entre outros. Por fim, pode haver sentimentos de que eles mesmos não existem, principalmente em situações de estresse ou em que se sentem sozinhos (APA, 2013; LINEHAN, 1993).

A impulsividade autodestrutiva pode ser um sintoma de TPB, como compulsão alimentar, abuso de substância, gastos excessivos, comportamento sexual de risco, entre outros. O indivíduo borderline costuma ter dificuldade para estabelecer e seguir planos, pois prefere o alívio diante de emoções desagradáveis, ou a satisfação imediata, em detrimento de metas de longo prazo. Assim, não considera os resultados negativos decorrentes de seus comportamentos. Por exemplo, gasto excessivo pode ser uma forma desadaptativa de lidar com

determinado problema, em que não é ponderado o possível prejuízo financeiro. A impulsividade pode levar, ainda, a comportamentos de autoagressão (APA, 2013; KOLBECK et al., 2019).

Comportamentos suicidas ou de automutilação também são recorrentes no TPB. A automutilação não suicida geralmente é feita em situação de intenso estresse para conseguir regular as emoções, ou durante experiências dissociativas, a fim de reafirmar a capacidade de sentir. Entretanto, o comportamento de autolesão não suicida pode estar associado a maiores índices de tentativa de suicídio, principalmente quando ocorre em intervalos irregulares de tempo, devido à impulsividade. Já quando ocorre como padrão habitual, há menor associação com tentativa de suicídio. Desesperança grave e histórico de abuso sexual estão associados à repetição das lesões autoprovocadas e a tentativas de suicídio em jovens. O suicídio ocorre entre 8% a 10% dos indivíduos limítrofes (ANDREWES et al., 2018; APA, 2013; WITT et al., 2019). Tais evidências sinalizam a necessidade de identificar comportamentos de autolesão, tanto devido ao perigo de ferimentos, quanto à associação com a tentativa de suicídio.

Um estudo realizado na Alemanha com 130 indivíduos diagnosticados com TPB investigou quais fatores de personalidade no TPB são preditivos de comportamentos autodestrutivos. Os resultados mostraram que o Neuroticismo é um preditor de comportamentos de autolesão não suicida e de impulsividade (KOLBECK et al., 2019). Isso corrobora que comportamentos autodestrutivos são usados, muitas vezes, como uma estratégia disfuncional para a regulação de emoções desconfortáveis (APA, 2013; KOLBECK et al., 2019). Além disso, a Extroversão também é um fator de personalidade preditor de automutilação, o que pode parecer contraditório. Uma hipótese para esse achado é que a Extroversão se relaciona à necessidade de interações sociais, sendo que essas geralmente são instáveis e insatisfatórias para o indivíduo borderline, causando intenso sofrimento emocional. Isso pode desencadear comportamentos de autolesão como forma de enfrentamento desadaptativo para lidar com os problemas interpessoais. O Nível de Socialização se associa a comportamentos impulsivos, como explosões de raiva e uso de drogas. Novamente, sentimentos negativos decorrentes de conflitos pessoais parecem implicar em impulsividade em pessoas com TPB (KOLBECK et al., 2019).

É importante salientar, ainda, que sintomas psicóticos podem estar presentes no TPB. Em momentos de estresse, alguns indivíduos apresentam ideação paranoide, sintomas dissociativos, como despersonalização ou desrealização, ou até mesmo alucinações (APA, 2013). Há evidências de que as alucinações auditivas são interpretadas, pela maioria das pessoas com TPB que possuem esse sintoma, como malévolas e onipotentes, causando elevado

sofrimento emocional. Além disso, a crença de que as vozes são onipotentes está associada a maiores índices de internação psiquiátrica, tempo mais curto entre as hospitalizações, e planejamento e tentativas de suicídio (SLOTEMA et al., 2017a, 2017b). Devido a essas características, por muito tempo, o TPB foi confundido com a esquizofrenia (LINEHAN, 1993).

O TPB tem origem multifatorial. As interações entre as influências biológicas, sociais e psicológicas parecem estar na etiologia do transtorno. O TPB é cinco vezes mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de pessoas com esse transtorno, do que na população sem o diagnóstico. Também é fator de risco genético ter familiar com transtorno por uso de substância, TP antissocial e transtorno depressivo unipolar ou bipolar. Em relação aos fatores psicossociais, há associação entre adversidades na infância e o TPB, como abuso físico e sexual, perda parental prematura, vivência repetida de conflitos e, principalmente, abuso emocional e negligência por parte dos cuidadores. Inclusive, os indivíduos limítrofes são mais propensos a relatar traumas na infância do que pacientes com outros TP, transtornos psicóticos e transtornos de humor. Devido a isso, e a características psicológicas do indivíduo, pode ocorrer o desenvolvimento de crenças sobre si de que se é mau, defeituoso, estranho, e ainda de que as outras pessoas não são confiáveis, irão lhe abandonar e nunca irão lhe dar afeto (APA, 2013; BARAZANDEH et al., 2016; LINEHAN, 1993; PORTER et al., 2019).

1.3 TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

A psicoterapia é considerada o tratamento de primeira linha para o TPB, e os medicamentos psiquiátricos podem complementar o tratamento (APA, 2001; NHMRC, 2013). Os TP são caracterizados por sintomas profundamente enraizados no funcionamento de uma pessoa, ou seja, são egossintônicos, afetando praticamente todas as esferas da vida. Devido a isso, a terapia cognitiva (TC) clássica não estava obtendo sucesso no tratamento de pessoas com TP, e foi preciso adaptar o modelo cognitivo de Beck para pessoas com dificuldades relacionadas à personalidade (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2017). Em razão disso, atualmente, a TC para TPB é considerada promissora (ARNTZ, 2017), embora seja menos eficiente com os TP do que com os demais transtornos psicológicos (WAINER, 2016).

De acordo com Beck (2017), algumas estratégias selecionadas evolutivamente e que foram benéficas em ambiente primitivo, permitindo a sobrevivência, são excessivamente generalizadas nos TP, causando sofrimento e desadaptação social. Por exemplo, foi essencial ao ser humano integrar-se em tribos, a fim de obter privilégios e gerar descendentes. É saudável

buscar apoio social e vínculos significativos, bem como é comum o sofrimento emocional quando há rejeições. Entretanto, os indivíduos com TPB apresentam crenças sistematizadas de que serão abandonados em todos os relacionamentos importantes, mesmo quando não há evidências disso, o que desencadeia comportamentos disfuncionais que prejudicam as relações (BECK, 2017).

Beck (2019) propõe que cognições, emoções e comportamentos influenciam-se mutuamente. Na TC, busca-se reconhecer os pensamentos automáticos, ou seja, que surgem espontaneamente diante de certo estímulo, e procurar as evidências para esses pensamentos. Caso sejam interpretações exageradas ou errôneas sobre um evento, deve-se realizar a reestruturação cognitiva, pois pensamentos disfuncionais comumente provocam sofrimento emocional e comportamentos desadaptativos. Além disso, entende-se que há crenças subjacentes aos pensamentos automáticos, que guiam a visão do indivíduo sobre si, os outros e o futuro (BECK, 2019; BECK; FLEMING, 2021). Devido às interpretações e crenças disfuncionais serem inflexíveis e integrarem o processamento cognitivo cotidiano no TP (BECK, 2017), é necessário mais tempo e persistência na TC voltada aos TP (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2017). O tratamento deve durar, comumente, mais de um ano (APA, 2001). As técnicas tradicionais da TC são utilizadas, mas repetidamente, com maior precisão e planejamento. Também são imprescindíveis os métodos experienciais e comportamentais, bem como maior ênfase ao vínculo terapêutico, com o objetivo de desenvolver crenças mais adaptativas. Assim, na psicoterapia para o TPB, a flexibilidade e a criatividade são indispensáveis (APA, 2001; BECK; FREEMAN; DAVIS, 2017).

A TC clássica não foi desenvolvida para o tratamento de problemas sérios de personalidade, por isso, carece de pressupostos teóricos que contemplem aspectos característicos desses diagnósticos. Em razão disso, Linehan (1993) formulou a Terapia Comportamental Dialética (TCD) para tratar sintomas relacionados ao TPB, com maior ênfase à aceitação e validação emocional, vínculo terapeuta-paciente e mudança de comportamentos disfuncionais graves, como a automutilação e tentativas de suicídio recorrentes (LINEHAN, 1993, 2010). A TCD foi a mais avaliada em ensaios clínicos randomizados quando comparada a outras psicoterapias, e os resultados apontam que ela é eficaz para o tratamento do TPB (LINEHAN et al., 1991; NHMRC, 2013). Conforme Linehan (1993), o paciente borderline possui grande dificuldade para regular as emoções porque experienciou relações invalidantes, em especial durante a infância no ambiente familiar. Devido a isso, não reconhece e invalida as próprias emoções, por conseguinte, apresenta pensamentos, emoções e comportamentos

extremos e contrastantes (LINEHAN, 1993, 2010). Nesse sentido, a TCD é embasada por uma perspectiva dialética, que visa ajudar o paciente a buscar a mudança que necessita e, ao mesmo tempo, validar e aceitar-se plenamente como é no momento, sendo a relação terapêutica um elemento fundamental para esse processo (LINEHAN, 2010).

Hoje há evidências de que é possível atenuar os sintomas do TPB com psicoterapia, com resultados mais favoráveis do que anteriormente se estipulava, e de forma complementar, com a utilização de medicamentos psiquiátricos. Apesar disso, o TPB continua sendo um grave problema de saúde pública. Supõe-se que parte disso deva-se ao tratamento inadequado, visto que muitas vezes os médicos não reconhecem essa psicopatologia ou optam por não dar esse diagnóstico ao cliente, por considerarem estigmatizante. Inclusive, muitos pacientes são diagnosticados erroneamente com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e, conseqüentemente, o tratamento não alcança os resultados pretendidos. Os pacientes não recebem informações sobre o TPB, o que impede que compreendam a sua sintomatologia e formas de manejo, enquanto para pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos costuma-se oferecer informações sobre os seus quadros clínicos. Nesse sentido, torna-se imprescindível a disseminação de conteúdos sobre saúde mental para os indivíduos borderline, pois ter conhecimento sobre as características do transtorno pode estimular a busca de tratamento eficaz e o manejo das dificuldades relacionadas ao TPB, diminuindo a gravidade dos sintomas (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018; ZANARINI et al., 2018).

1.4 PSICOEDUCAÇÃO

A psicoeducação é uma estratégia que compreende ações educacionais e psicoterapêuticas, com as quais busca-se esclarecer ao paciente sobre sua psicopatologia, etiologia, prognóstico, manejo dos sintomas, formatos e objetivos do tratamento, visando promover a autonomia do sujeito perante seu quadro clínico e, como consequência, a sensação de autoeficácia (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; OLIVEIRA; DIAS, 2018; RIDOLFI; GUNDERSON, 2018). A psicoeducação também é utilizada nas Terapias Cognitivo-Comportamentais para explicar sobre o modelo terapêutico, o que permite maior engajamento do cliente em seu tratamento (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019). Pode ser realizada como técnica única ou em conjunto com outras intervenções, de forma individual ou grupal, e por meio de vídeos, biblioterapia, palestras, panfletos, áudios, entre outros, sendo que a linguagem deve ser adaptada e acessível ao público leigo (CARVALHO; MALAGRIS;

RANGÉ, 2019; LEMES; NETO, 2017; OLIVEIRA; DIAS, 2018; RIDOLFI; GUNDERSON, 2018). Ademais, há evidências de que a psicoeducação é importante e eficaz como um componente no processo de tratamento de transtornos mentais (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

No caso do TPB, por ser caracterizado pela rigidez e cronicidade dos sintomas, é preciso engajamento por parte do paciente às medidas terapêuticas recomendadas. A psicoeducação pode promover o entendimento de que o tratamento, mesmo sendo longo e complexo, é uma oportunidade para a melhoria da qualidade de vida, o que contribui para a adesão à psicoterapia e ao uso dos medicamentos (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; LINEHAN, 2010). O conhecimento sobre as dificuldades do tratamento também propicia o estabelecimento de expectativas realistas para com os resultados esperados, reduzindo as desistências e recaídas (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018). Ademais, no processo psicoterápico, quando o terapeuta demonstra compreensão e cuidado acerca das adversidades vivenciadas pelo paciente, este sente-se validado e adquire confiança no tratamento, fatores que favorecem o desenvolvimento da relação terapêutica (BECK; FREEMAN, DAVIS, 2017; DOBSON; DOBSON, 2010; RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

Outro benefício da psicoeducação do TPB refere-se à diminuição do sentimento de isolamento do paciente. Ao receber informações sobre os sintomas do transtorno, o indivíduo pode entender que os problemas com os quais precisa lidar não são tão incomuns, visto que é um diagnóstico estudado pelos profissionais e outras pessoas também compartilham dessas dificuldades, bem como é possível realizar mudanças. Entretanto, pode ser muito difícil saber que se tem esse diagnóstico, devido às ideias negativas presentes na sociedade acerca do TPB. Por isso, o profissional deve ser gentil e empático ao fornecer as explicações. A opção de não discutir o diagnóstico pode contribuir para perpetuar o estigma da doença (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

A incompreensão do TPB pode obstaculizar o tratamento desse quadro psiquiátrico. Em um estudo de caso, uma paciente com comorbidade de TPB e fibromialgia, em tratamento com TCD, recusou as intervenções psicoeducativas pois não aceitava o diagnóstico de TPB, afirmando ter, na verdade, Transtorno Depressivo Maior (TDM). Isso parece evidenciar uma visão ainda muito negativa sobre o TPB, e que já tem sido diminuída em relação aos outros transtornos psiquiátricos (MACEDO et al., 2017). Pacientes borderline comumente possuem estigma internalizado, que é a introjeção do preconceito existente na sociedade, o que pode causar sofrimento emocional, menor adesão ao tratamento e piora dos sintomas, bem como é

associado ao desemprego e isolamento social. Pessoas borderline apresentam, inclusive, estigma internalizado mais elevado do que indivíduos com TAB e Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (QUENNEVILLE et al., 2020). Em outra pesquisa, 57% dos psiquiatras relataram não divulgar o diagnóstico do TPB aos clientes, e 37% disseram não documentar. O preconceito e a incerteza sobre o diagnóstico foram apontados como os principais motivos para isso, o que sugere conhecimento insuficiente até mesmo entre os profissionais da saúde mental (SISTI et al., 2016). As intervenções psicoeducativas voltadas aos pacientes, familiares e cuidadores, ou profissionais da saúde mental, são úteis para diminuir o julgamento pejorativo acerca do TPB. Portanto, é fundamental a realização de estudos sobre a psicoeducação do TPB (NHMRC, 2013; QUENNEVILLE et al., 2020).

A psicoeducação para familiares, outras pessoas do círculo social próximo ou cuidadores também é necessária para que compreendam a doença e consigam colaborar com o tratamento. Para isso, a família pode demonstrar empatia e interesse diante de experiências emocionais difíceis, e desenvolver novos estilos de comunicação e comportamento para lidar e interagir com o indivíduo borderline (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; NHMRC, 2013). Além disso, ter acesso a informações sobre o transtorno permite melhor comunicação dos familiares com os profissionais da saúde, para que possam avaliar de forma eficaz os formatos de tratamento e tomar decisões de forma autônoma junto com a pessoa borderline. É fundamental, ainda, que os cuidadores ou a família desenvolvam, com auxílio do psicólogo ou psiquiatra, e com consentimento do paciente, um plano de crise, para situações de crise suicida ou automutilação (NHMRC, 2013).

Os membros da família de pessoas com TPB podem apresentar sobrecarga emocional, destacando-se principalmente sentimentos de culpa, vergonha, ansiedade, tristeza e desespero, devido aos problemas interpessoais e aos cuidados despendidos para lidar com as crises características do transtorno (KAY et al., 2018; NHMRC, 2013). Em muitos casos, os familiares não compreendem os comportamentos do parente com diagnóstico de TPB. Por consequência, o manejo utilizado é ineficaz e as relações pessoais tornam-se ainda mais conflituosas. Esse cenário gera sensação de impotência e foi associado à falta de conhecimento sobre o transtorno (KAY et al., 2018). Intervenções psicoeducativas são, portanto, essenciais para oferecer suporte e apoio ao cuidador (LEMES; NETO, 2017).

O TPB é considerado o TP mais grave (ARNTZ, 2017), bem como é o transtorno dessa categoria mais comum na prática clínica (APA, 2001), o que faz com que seu tratamento seja um dos desafios mais relevantes para psicólogos e psiquiatras atualmente (KAY et al., 2018).

Muitos terapeutas possuem dúvidas e dificuldades para tratar pacientes borderline, sentindo-se sobrecarregados no trabalho ou em aspectos emocionais devido às demandas características desse transtorno, ou então, têm a crença errônea de que essas pessoas não podem ser ajudadas (ARNTZ, 2017), os considerando “problemáticos” e “intratáveis” (BECK, 2017). Assim, os profissionais de saúde mental também podem se beneficiar da psicoeducação do TPB, tanto para receber apoio emocional (LEMES; NETO, 2017), quanto para aumentar o conhecimento e melhorar as habilidades clínicas pertinentes ao tratamento dessa doença (KAY et al., 2018; LEMES; NETO, 2017).

Em suma, embora haja benefícios psicológicos de intervenções psicoeducativas do TPB para diferentes públicos-alvo, e o tratamento psicoterápico evidencie resultados mais promissores do que antes se esperava, pacientes borderline e seus familiares permanecem recebendo informações insuficientes. Além disso, identifica-se que o papel da psicoeducação do TPB ainda é pouco explorado na literatura, quando comparado à psicoeducação dos demais transtornos psiquiátricos (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018). É importante realizar estudos que busquem um melhor entendimento, bem como uma compilação abrangente sobre a psicoeducação do TPB, haja vista a complexidade desse transtorno e as diversas possibilidades de emprego da psicoeducação, sendo esta fundamental para aprimorar o tratamento oferecido aos pacientes e promover qualidade de vida. Diante disso, pretende-se sistematizar e caracterizar a produção científica sobre essa estratégia no TPB, com o objetivo de identificar quais os formatos de psicoeducação, por quem estão sendo conduzidos, para qual público-alvo, qual o foco das intervenções e com quais resultados.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

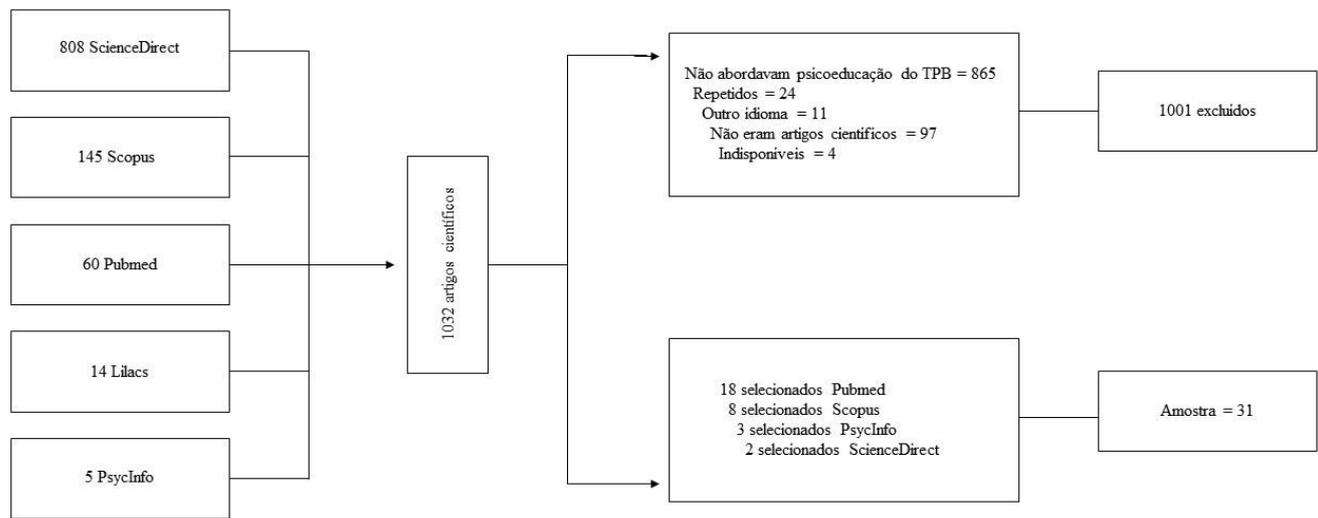
A presente pesquisa consiste numa revisão sistemática da literatura, com abordagem qualitativa, a qual foi guiada pela pergunta: “quais modalidades de psicoeducação do TPB estão sendo realizadas, por quem, para qual público-alvo, qual seu foco e com que resultados?”, a fim de caracterizar a produção científica referente à psicoeducação do TPB. A pergunta de pesquisa foi fundamentada na estratégia PICO, que refere-se à população estudada (*Population*); à intervenção (*Intervention*) avaliada e, caso houver, ao tratamento de comparação (*Comparison*), e enfim, aos resultados obtidos (*Outcome*) (ARAÚJO, 2020). Esse modelo visa recuperar informações em saúde, com foco em evidências, respondendo questões sobre os efeitos de determinada intervenção em uma população ou indivíduos (ARAÚJO, 2020; SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Entretanto, buscou-se não delimitar a população (pacientes, familiares ou profissionais), a fim de realizar uma pesquisa mais abrangente, necessária para o atual estado de arte da literatura sobre psicoeducação do TPB. Justifica-se, ainda, a realização de uma revisão sistemática visto que esse método possibilita obter dados pertinentes para entender o fenômeno sem ocasionar danos aos indivíduos (GIL, 2019).

A busca do material foi feita nas bases de dados eletrônicas internacionais: (a) ScienceDirect, (b) Pubmed, (c) Lilacs, (d) PsycInfo, (e) Medline, (f) Scopus; e nacionais: (g) Scielo Brasil, (h) Index Psi, (i) Pepsic. A escolha dessas bases de dados baseou-se na sua relevância para a área da Psicologia (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014), bem como pelo acesso a textos completos. Para a busca dos artigos, foram usadas palavras-chave consonantes com o objetivo do estudo, sendo descritores definidos por meio do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), juntamente com palavras da linguagem natural, a fim de tornar a busca mais sensível (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Foram combinadas com os operadores *booleanos AND, OR* e parêntese: (“*borderline personality disorder*”) *AND* (“*psychoeducation*” *OR* “*psychoeducative intervention*” *OR* “*bibliotherapy*”) nas bases de dados internacionais, e (“*transtorno da personalidade borderline*” *OR* “*personalidade limítrofe*”) *AND* (“*psicoeducação*” *OR* “*intervenção psicoeducativa*” *OR* “*biblioterapia*”) nas bases de dados nacionais. A busca foi realizada no campo *Article title/Abstract/Keywords* na Scopus, para obter resultados acurados, de maior qualidade e relacionados ao tema, e também na base Lilacs, visto que permite a pesquisa somente nesse campo. Já nas demais plataformas, os resultados foram escassos, sendo necessário selecionar a busca geral/*all index* para ampliá-los e ter uma quantidade de documentos que possibilite estudar o fenômeno (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Não foi

estipulado um período específico de publicação dos artigos, objetivando conseguir mais dados. A busca foi feita durante o mês de setembro de 2021.

Ao todo, foram encontrados 1.032 trabalhos nas bases de dados. Estes estavam indexados em bases internacionais, sendo: 808 na ScienceDirect, 145 na Scopus, 60 na Pubmed, 14 na Lilacs, 5 na PsycInfo e nenhum na Medline. Nas plataformas brasileiras não houve resultados. Os resumos dos 1.032 documentos foram lidos por dois juízes independentes e escolhidos conforme os critérios de inclusão: (a) abordar psicoeducação do TPB, (b) ser artigo original publicado em periódico científico, e (c) ser escrito em Português ou Inglês. Foram excluídas as referências que não abordavam psicoeducação do TPB (865), que estavam repetidas nas bases de dados (24), com redação em idioma diferente de Português ou Inglês (11), monografias, dissertações, teses, capítulos de livros e demais publicações que não são revisadas por pares (97), e que não estavam disponíveis na íntegra (4). O delineamento utilizado nos estudos não foi um critério de inclusão/exclusão, para que pudesse ser avaliada a qualidade da produção científica referente à psicoeducação do TPB (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Revisões de literatura também foram aceitas no presente estudo, a fim de ampliar a investigação sobre esse tema (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Além disso, incluir delineamentos heterogêneos possibilita realizar uma síntese comparando as diferenças e similitudes entre os dados dos artigos (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). O coeficiente kappa de concordância entre juízes foi de 0,99. Um terceiro juiz examinou as discordâncias, reavaliando-as conforme o primeiro critério de inclusão. O processo de seleção dos artigos pelo resumo foi executado conforme sugerido por Costa e Zoltowski (2014), no decurso de setembro e outubro de 2021. A Figura 1 apresenta a triagem realizada com base nos critérios de inclusão e exclusão.

Figura 1 - Triagem para a seleção dos trabalhos



Foram selecionados 31 artigos para compor a amostra da presente pesquisa, os quais foram lidos na íntegra, avaliados e sistematizados de acordo com as etapas propostas por Costa e Zoltowski (2014). Assim, buscou-se nas publicações dados importantes para o objetivo da presente pesquisa, por meio de uma leitura aprofundada das seções do método, resultados e conclusões. Nesse momento, procurou-se elementos que constituíam as intervenções, bem como os seus efeitos (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014). Em seguida, as informações foram classificadas em categorias (COSTA; ZOLTOWSKI, 2014) previamente definidas: 1. Público-alvo e foco da psicoeducação; 2. Condução da intervenção; 3. Características da intervenção, 3.1 Formatos de intervenção, 3.2 Conteúdos da psicoeducação; 4. Resultados da intervenção.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para responder à pergunta “quais modalidades de psicoeducação do TPB estão sendo realizadas, por quem, para qual público-alvo, qual seu foco e com que resultados?”, os dados dos 31 estudos artigos internacionais revisados foram organizados em diferentes seções: o foco e público-alvo da psicoeducação do TPB, por quem foi conduzida a intervenção, o formato e conteúdos da intervenção e, por fim, os resultados alcançados com a intervenção psicoeducativa. Além disso, os dados foram sintetizados nos Quadro 1 e Quadro 2, no qual também constam os autores, o ano de publicação e o país de realização de cada trabalho. Os quadros foram divididos devido à dimensão das páginas, e não ao conteúdo. Os artigos da amostra foram elencados em ordem numérica nos quadros e serão apresentados dessa maneira nesta seção do estudo.

3.1 PÚBLICO-ALVO E FOCO DA PSICOEDUCAÇÃO

O público-alvo mais frequente nas atividades psicoeducativas relacionadas ao TPB foi o paciente com esse transtorno (A1; A3; A5; A6; A7; A16; A17; A18; A19; A21; A23; A26; A27; A28; A29; A30; A31). Destes estudos, três foram voltados especificamente a adolescentes (A16; A26; A27). Há divergência na literatura sobre se essa população pode ou não já apresentar o TPB. De um lado, entende-se a necessidade de um tratamento precoce, a fim de melhorar o prognóstico da patologia, de outro, os pesquisadores consideram a sintomatologia similar a características próprias da adolescência, impedindo um diagnóstico de transtorno da personalidade (CHANEN, 2015; NHMRC, 2013; WALL; KERR; SHARP, 2021). Os dados da amostra refletem concordância com a concepção de que indivíduos nessa fase desenvolvimental podem ser diagnosticados com TPB (A16; A26; A27). Outro resultado relevante é que somente duas pesquisas foram direcionadas a pacientes internados em unidade psiquiátrica (A1; A21). A prevalência do TPB na população fica entre 1,6% a 5,9%, em ambulatório de saúde mental é de 10%, ao passo que entre pacientes psiquiátricos internados é em torno de 20% (APA, 2013). Esses dados vão de encontro com a baixa quantidade, na amostra da presente revisão, de ações projetadas para pacientes hospitalizados.

Quadro 1 – Características da psicoeducação do TPB

(continua)

Artigo	Autores/ano	Local	Foco da psicoeducação	Público-alvo	Condução
A1	BERNARD; WALBURG, 2020	-	1) Melhorar regulação emocional; 2) Melhorar regulação emocional ¹	Adultos com TPB internados em unidade psiquiátrica	1) Mestre em psicologia clínica; 2) Psicólogo
A2	BETTS et al., 2018	Austrália	Avaliar sobrecarga, experiências positivas de cuidado, enfrentamento, conhecimento sobre TP, sofrimento psicológico e qualidade de vida	Familiares e amigos	1) Médicos especialistas em saúde mental; 2) Autodirigido
A3	BLUM; BLACK, 2008	EUA	1) Aumentar o conhecimento sobre o TPB, e aprender a reconhecer os primeiros sinais da desregulação emocional; 2) Aprender a apoiar as competências aprendidas pelo familiar/amigo/paciente borderline	1) Pacientes ² com TPB; 2) Familiares, outras pessoas significativas e/ou terapeutas de pessoas com TPB	1) Terapeutas; 2) Terapeutas
A4	BRICKELL, 2018	-	-	Estudantes universitários com TPB, seus familiares e professores	Médicos com experiência em saúde mental
A5	BRÜNE; DIMAGGIO; EDEL, 2013	Alemanha	Ilustrar o que é mentalização por meio de um ambiente seguro	Mulheres com TPB	-

Quadro 1 – Características da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Local	Foco da psicoeducação	Público-alvo	Condução
A6	CHOI-KAIN et al., 2021	-	Reduzir ativação emocional relacionada a traumas	1) Adultos com comorbidade de TPB e TEPT; 2) Adultos com comorbidade de TPB e TEPT	1) Médicos; 2) Médicos
A7	DITLEFSEN et al., 2021	-	Melhorar o conhecimento sobre o TPB e entender como a psicoeducação, no início do tratamento, pode influenciá-lo	Adultos com TPB	Terapeuta ocupacional e assistente social
A8	FLYNN et al., 2017	Irlanda	Desenvolver a compreensão da família sobre os comportamentos disfuncionais do parente borderline	Familiares	1) Psicólogos e co-facilitadores familiares que fizeram treinamento para aplicar psicoeducação; 2) Psicólogos e co-facilitadores familiares que fizeram treinamento para aplicar psicoeducação
A9	FOSSATI; SOMMA, 2018	-	Aumentar o conhecimento sobre o TPB e reduzir estresse	Familiares	-
A10	GLEESON et al., 2020	Austrália	Reduzir a sobrecarga e o estresse	Familiares e amigos	Autodirigido
A11	GLICK et al., 1995	-	Melhorar o relacionamento familiar	Pacientes ² com TPB e seus familiares	Terapeuta

Quadro 1 – Características da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Local	Foco da psicoeducação	Público-alvo	Condução
A12	GREER; COHEN, 2018	-	Aumentar o conhecimento sobre o TPB e melhorar relacionamento com o parceiro borderline	Parceiros românticos de pessoas com TPB	Terapeutas e familiares, já treinados em programa psicoeducativo voltado ao TPB
A13	GRENYER et al., 2018	-	Melhorar o conhecimento sobre o TPB, e os padrões de relacionamento entre cuidadores e parentes borderline, desenvolver habilidades para reduzir a sobrecarga, e promover o autocuidado e o apoio de pares	Familiares e amigos	Facilitadores (sem especificação)
A14	HOFFMAN; FRUZZETTI; BUTEAU, 2007	EUA	Fornecer informações sobre o TPB e sobre o funcionamento familiar em que há parente borderline	Familiares	Familiares com treinamento para oferecer o curso
A15	HONG, 2016	-	Definir expectativas realistas em relação ao tratamento e promover esperança, reduzir impulsividade e melhorar os relacionamentos	Adultos com TPB e seus familiares	Equipe de profissionais do pronto-socorro
A16	ILAGAN; CHOI-KAIN, 2021	-	Melhorar o entendimento, manejo e, por consequência, aliviar os sintomas do TPB	Adolescentes com TPB	Médicos

Quadro 1 – Características da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Local	Foco da psicoeducação	Público-alvo	Condução
A17	JACOB et al., 2018	Alemanha	Diminuir a gravidade dos sintomas em complemento à terapia individual	Adultos com TPB	Autodirigido
A18	JORGENSEN; KJOLBYE, 2017	Dinamarca	Preparar os pacientes para a terapia em grupo	Adultos com TPB	Terapeutas
A19	KÖHNE et al., 2020	Alemanha	-	Adultos com TPB	Inteligência artificial
A20	MAYORAL et al., 2020	Espanha	Manejar as emoções e desenvolver a compreensão sobre a desregulação emocional dos filhos, a fim de melhorar as habilidades de comunicação e de gestão de crises	Pais de adolescentes com TPB	Terapeuta
A21	MILLER; EISNER; ALLPORT, 1994	EUA	Identificar padrões disfuncionais nos seus relacionamentos e melhorá-los	Pacientes ² com TPB internados em unidade psiquiátrica	Enfermeiras psiquiátricas
A22	MILLER; SKERVEN, 2017	-	-	Familiares	Psicólogo e estudante de graduação
A23	PASCUAL et al., 2015	Espanha	Melhorar o insight, habilidades interpessoais, manejo das emoções e adesão terapêutica	Adultos com TPB	Psicólogos
A24	PEARCE et al., 2017	Austrália	Diminuir sobrecarga e sofrimento psicológico, aumentar conhecimento sobre o TPB	Familiares e amigos	Médicos

Quadro 1 – Características da psicoeducação do TPB

(conclusão)

Artigo	Autores/ano	Local	Foco da psicoeducação	Público-alvo	Condução
A25	PENNEY, 2008	-	-	Familiares	Familiares com treinamento para oferecer o curso
A26	SCHUPPERT et al., 2012	Holanda	Melhorar a regulação emocional	Adolescentes com traços ou com diagnóstico de TPB	Terapeutas e psicólogos
A27	TONARELY et al., 2020	-	Desenvolver a capacidade de identificar e manejar os estados emocionais, e melhorar as relações interpessoais	Adolescente com TPB e comorbidades	Terapeuta
A28	WALTZ et al., 2009	EUA	Aprender habilidade comportamental intitulada "ação oposta", que visa melhorar a regulação emocional	Adultos com TPB	Psicóloga
A29	WARWAR et al., 2008	-	Melhorar a aceitação e manejo das emoções	Pacientes ² com TPB	-
A30	ZANARINI; FRANKENBURG, 2008	EUA	Reduzir sintomas e melhorar o funcionamento psicossocial	Mulheres com TPB	Dois assistentes de pesquisa (sem especificação)
A31	ZANARINI et al., 2018	EUA	Reduzir a gravidade dos sintomas e melhorar o funcionamento psicossocial	Mulheres com TPB	Autodirigido

Fonte: Autora.

¹Nos itens em que consta a numeração 1) e 2), significa que a psicoeducação fez parte ou configurou os dois grupos da pesquisa.²Autores não informaram idade do paciente.

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(continua)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A1	BERNARD; WALBURG, 2020	1) Em grupo; 2) Individual	1) Relação entre cognição, emoções e comportamentos, e diferença entre pensamento e emoção; 2) Não consta	-
A2	BETTS et al., 2018	1) Intervenção grupal interativa e em formato de aula; 2) Programa on-line, com material de leitura e vídeos	1) Causas e tratamento do TPB, e dificuldades em relacionamentos; 2) Informações sobre o TPB	-
A3	BLUM; BLACK, 2008	1) Em grupo. Folhetos com sintomas do TPB; 2) Em grupo	1) Sintomas, emoções e comportamentos característicos do transtorno, "continuum de intensidade emocional", e conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental; 2) Informações sobre o TPB e a forma como se apresenta no comportamento diário do paciente, bem como habilidades que os pacientes estão aprendendo e como ajudá-los	-
A4	BRICKELL, 2018	-	Informações sobre o TPB, como diagnóstico, sintomas, tratamento, relacionamentos	Pode influenciar positivamente o tratamento e fornecer alívio dos sintomas
A5	BRÜNE; DIMAGGIO; EDEL, 2013	Em grupo, utilizando <i>slides</i> com ilustrações e vídeos	Conceitos do Tratamento Baseado na Mentalização, e relação entre mentalização e apego, com ênfase aos problemas característicos do TPB	-

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A6	CHOI-KAIN et al., 2021	1) Não consta formato; 2) Fichas com conceitos	1) Reações comuns ao trauma e conceitos da TCD; 2) O que é trauma, seus efeitos, modelo do trauma, base evolutiva das emoções	-
A7	DITLEFSEN et al., 2021	Intervenção grupal interativa e em formato de aula. Cadernos pessoais, tarefas para casa e <i>role-plays</i>	Informações sobre o TPB, automutilação, emoções, relações de apego, e conceitos do Tratamento Baseado na Mentalização	Redução da vergonha e isolamento, melhora do conhecimento sobre o TPB, do engajamento na terapia, manejo das emoções, mudanças de pensamentos e comportamentos, maior esperança, por fim, conteúdos foram considerados relevantes
A8	FLYNN et al., 2017	1) Não consta formato; 2) Em grupo	1) Informações sobre o TPB e tratamentos; 2) Informações sobre o TPB, conceitos da Terapia Comportamental Dialética, autocuidado e orientação sobre como responder a um parente com desregulação emocional	1) Psicoeducação como componente do tratamento, portanto, não consta seus resultados; 2) Psicoeducação como grupo controle, obtendo redução da sobrecarga, luto e depressão, e aumento do conhecimento sobre o transtorno, mas mudanças não foram estatisticamente significativas

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A9	FOSSATI; SOMMA, 2018	-	-	Aumenta conhecimento sobre o transtorno
A10	GLEESON et al., 2020	Plataforma on-line	Informações sobre o TPB, comunicação com o familiar borderline, autocuidado, bem-estar emocional e atenção plena	-
A11	GLICK et al., 1995	Formato de aula individual e material de leitura	Sintomas, etiologia, tratamentos, prognóstico, emoções, risco de suicídio	-
A12	GREER; COHEN, 2018	Em grupo	Informações sobre o TPB, como comportamentos característicos da psicopatologia	-
A13	GRENYER et al., 2018	Intervenção grupal interativa e em formato de aula, vídeos, <i>role-plays</i> e exercícios de comunicação	Informações sobre o TPB, como autolesão não suicida, tentativas de suicídio e raiva impulsiva. Autocuidado, e como resolver problemas nas relações conflituosas	Melhorias no relacionamento, maior empoderamento da família e redução da emoção expressa
A14	HOFFMAN; FRUZZETTI; BUTEAU, 2007	Em grupo	-	-
A15	HONG, 2016	Formato de aula individual e material de leitura	Emoções, comportamentos, etiologia, tratamentos e medicamentos	-
A16	ILAGAN; CHOI-KAIN, 2021	-	Etiologia, sintomas e formas de manejo do TPB	-
A17	JACOB et al., 2018	Programa on-line, com material de leitura, áudios, quadrinhos, ilustrações e jogos	Informações sobre o TPB, como os sintomas e emoções características do transtorno, e conceitos da Terapia do Esquema	-

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A18	JORGENSEN; KJOLBYE, 2007	Intervenção grupal interativa e em formato de aula	Informações sobre o TPB, comportamentos autodestrutivos, problemas de relacionamento, instabilidade emocional, tratamento e conceitos da abordagem psicanalítica	-
A19	KÖHNE et al., 2020	Programa on-line, com material de leitura, áudios, quadrinhos, ilustrações e exemplos de casos	Informações sobre o TPB e conceitos da Terapia do Esquema	-
A20	MAYORAL et al., 2020	Em grupo	Tolerância ao estresse e regulação emocional	-
A21	MILLER; EISNER; ALLPORT, 1994	Em grupo	Relações interpessoais, padrões de comportamentos, pertencimento e reciprocidade	-
A22	MILLER; SKERVEN, 2017	<i>Workshop</i> em grupo	Informações sobre o TPB e demais conceitos da TCD	-
A23	PASCUAL et al., 2015	Em grupo	-	Melhora do funcionamento nas atividades de vida diária, da atenção e redução dos sintomas depressivos e ansiosos
A24	PEARCE et al., 2017	Em grupo	Etiologia, diagnóstico, tratamento. Habilidades interpessoais, padrões de relacionamento e autocuidado	Diminuição da carga subjetiva e aumento do conhecimento sobre o TPB. Não houve mudança na carga objetiva

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(continuação)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A25	PENNEY, 2008	Intervenção grupal interativa. Cartilha	Informações sobre o TPB, medicamentos, comorbidades, automutilação e suicídio, sensibilidade emocional, possibilidade de melhora e conceitos da Terapia Comportamental Dialética	-
A26	SCHUPPERT et al., 2012	Em grupo	Regulação das emoções e princípios do Treinamento de Regulação Emocional	-
A27	TONARELY et al., 2020	-	Modelo dos componentes da experiência emocional (pensamentos, sensações físicas e comportamentos), natureza adaptativa e função das emoções, e comportamentos usados para lidar com as emoções	-
A28	WALTZ et al., 2009	Em grupo, visualização de vídeo no qual Linehan explica conteúdo, com auxílio de gráficos e exemplos de casos	Instruções passo a passo de como aplicar a ação oposta, suas limitações, e função das emoções	Aumento do conhecimento sobre a ação oposta e da expectativa de resultados positivos com o uso da habilidade. 80% dos participantes utilizaram a técnica após a visualização do vídeo. O vídeo foi avaliado como relevante e útil
A29	WARWAR et al., 2008	Formato de aula individual	Processos emocionais e função adaptativa das emoções	-

Quadro 2 – Características e resultados da psicoeducação do TPB

(conclusão)

Artigo	Autores/ano	Formato da intervenção	Conteúdo da psicoeducação	Resultados da psicoeducação
A30	ZANARINI; FRANKENBURG, 2008	<i>Workshop</i> em grupo	Informações sobre o TPB, como a etiologia, curso longitudinal do transtorno, comorbidades e tratamento	Declínio da impulsividade e da instabilidade nos relacionamentos. Não melhorou consideravelmente o funcionamento psicossocial
A31	ZANARINI et al., 2018	Programa on-line, com material de leitura	Informações sobre o TPB, como história do diagnóstico, etiologia, sintomas, estigma, características demográficas, transtornos comórbidos, curso longitudinal, tratamentos e medicamentos	Melhora do funcionamento psicossocial, declínio da impulsividade e da gravidade geral da psicopatologia

Fonte: Autora.

Nota: Nos itens em que consta a numeração 1) e 2), significa que a psicoeducação fez parte ou configurou os dois grupos da pesquisa.

A psicoeducação para os indivíduos com TPB teve como um dos focos aprimorar o conhecimento sobre o transtorno (A3; A7; A16; A23). Em relação à sintomatologia, sete pesquisas tiveram como enfoque a compreensão, identificação, aceitação e/ou o manejo das emoções (A1; A3; A6; A23; A26; A28; A29), já que a desregulação emocional e, conseqüentemente, a instabilidade dos relacionamentos são fenômenos característicos do TPB (APA, 2013; LINEHAN, 1993). Assim, em A21, A23 e A27, a melhora das relações interpessoais foi o objetivo das atividades psicoeducativas voltadas aos pacientes.

Familiares, amigos e/ou cuidadores de pessoas com o diagnóstico de TPB também foram escolhidos como público-alvo (A2; A3; A8; A9; A10; A12; A13; A14; A20; A22; A24; A25), constituindo 39% da amostra desta revisão. Esse resultado vai ao encontro de estudos que apontam a sobrecarga desse grupo e, por isso, necessita de apoio para lidar melhor com as demandas trazidas pelo transtorno (KAY et al., 2018; KIRTLEY et al., 2019; SEIGERMAN et

al., 2020; SUTHERLAND; BAKER; PRINCE, 2019). Dessa forma, o foco da psicoeducação foi, principalmente, aumentar o conhecimento sobre o transtorno (A2; A19; A12; A13; A14; A24), diminuir o sofrimento psicológico do familiar ou amigo (A2; A24), a sobrecarga subjetiva, como os sentimentos relacionados ao cuidado (A2; A9; A10; A24), a carga objetiva, como limitações nas atividades pessoais e problemas financeiros (A2; A24), e avaliar a qualidade de vida (A2). Duas intervenções psicoeducativas foram destinadas a pacientes e seus familiares de forma concomitante, tendo ambas como foco a melhora do relacionamento familiar (A11; A15), e em A15 também estabelecer expectativas realistas acerca do tratamento.

Por outro lado, a psicoeducação voltada à família pode focar não somente no bem-estar dos próprios cuidadores, mas também em oferecer informações que possam auxiliar no tratamento do indivíduo borderline. Em A3, o foco foi o aprendizado sobre como o TPB se apresenta no convívio diário, bem como os conteúdos que são aprendidos em terapia pelo paciente, para que o familiar possa apoiá-lo. Da mesma forma, em A8, buscou-se o desenvolvimento da compreensão, por parte da família, sobre os comportamentos disfuncionais do parente borderline. Apesar de haver o entendimento que a família pode contribuir no tratamento (NHMRC, 2013; RIDOLFI; GUNDERSON, 2018), somente esses dois artigos da amostra tiveram esse foco.

Também é imprescindível a psicoeducação voltada aos profissionais da saúde mental, considerando o pouco conhecimento e o estigma acerca do TPB, bem como os desafios encontrados durante o tratamento destes pacientes (ARNTZ, 2017; KAY et al., 2018; SISTI et al., 2016), entretanto, um único estudo teve como público-alvo os terapeutas, sem ser mencionada a profissão (A3). O intuito era que esses profissionais pudessem abordar, em terapia, as informações e habilidades que os seus pacientes aprenderam em um outro grupo de psicoeducação da mesma pesquisa.

Outro estudo teve, ainda, como público-alvo estudantes universitários com TPB, seus familiares e professores (A4). Esta publicação não apresentou o foco da psicoeducação, assim como A19, A22 e A25. Indivíduos borderline podem apresentar dificuldades relacionadas às atividades acadêmicas e carreira profissional, principalmente no que se refere à instabilidade das relações, e a mudanças constantes de valores e interesses vocacionais (APA, 2013). Além disso, a prevalência de universitários com TPB fica perto de 10%, sendo que a vergonha de relatar os sintomas pode subnotificar os dados, podendo chegar a até 35% (MEANEY; HASKING; REUPERT, 2016). Assim, é necessária a discussão sobre o transtorno com esse público, e um maior conhecimento pelas pessoas com as quais aquele se relaciona, como

professores e familiares. A psicoeducação é uma intervenção prática, eficaz e de baixo custo, o que a torna exequível no contexto universitário (A4).

3.2 CONDUÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

As ações psicoeducativas foram conduzidas por terapeutas em sete estudos (A3; A11; A12; A18; A20; A26; A27), embora não tenha sido especificada a profissão, e em seis, por psicólogos (A1; A8; A22; A23; A26; A28). Outros profissionais da saúde também coordenaram as intervenções de psicoeducação, a saber: médicos (A2; A4; A6; A16; A24), os quais em A2 e A4 deveriam ter experiência em saúde mental, terapeuta ocupacional e assistente social (A7), enfermeiras psiquiátricas (A21) e equipe do pronto-socorro (A15).

Familiares de indivíduos diagnosticados com TPB também realizaram a intervenção (A8; A12; A14; A25), como condutores principais ou facilitadores, e receberam treinamento para que pudessem se instrumentalizar em relação aos temas trabalhados. A psicoeducação pode ser feita por pessoas sem graduação na área da saúde mental (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018), e quando oferecida pelos familiares de pessoas com o transtorno, pode haver benefícios como o aprendizado com os pares, apoio e compartilhamento de experiências e dificuldades, e a conseqüente diminuição do sentimento de isolamento social (ABRATA, 2021; RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

Um estudo atual teve a condução da psicoeducação feita por inteligência artificial (A19). Outros trabalhos contaram com mediação da internet (A2; A10; A17; A31), mas somente em A19 o paciente foi orientado por um *software* no programa on-line. Em A10, A17 e A31, bem como um dos grupos da pesquisa de A2, a intervenção foi autodirigida em plataforma on-line.

Por fim, A5, A9 e A29 não apresentaram quem conduziu a psicoeducação. Já A13 e A30 mencionaram, respectivamente, facilitadores e assistentes de pesquisas, sem uma descrição específica. Por não ter sido exposto se esses possuem formação em saúde, experiência profissional ou vivência pessoal com o TPB, supõe-se que isso pode comprometer a qualidade do conteúdo apresentado na psicoeducação (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

3.3 CARACTERÍSTICAS DA PSICOEDUCAÇÃO

Nesta seção, buscou-se abordar os formatos e conteúdos trabalhados nas atividades psicoeducativas. Constata-se que muitas pesquisas não aplicaram a psicoeducação do TPB de

forma isolada (A1; A3; A5; A6; A8; A10; A12; A14; A15; A16; A17; A18; A19; A20; A21; A22; A25; A26; A27; A29), totalizando expressivos 64,51% da amostra. Talvez por isso, de forma geral, os modelos educativos foram descritos superficialmente. Assim, a maioria dos estudos correspondeu à psicoeducação como componente de um tratamento psicológico ou programa/treinamento on-line ou presencial.

3.3.1 Formatos de intervenção

A maioria da amostra foi caracterizada por atividades psicoeducativas realizadas em grupo, constituindo 58% dos artigos (A2; A3; A5; A7; A8; A12; A13; A14; A18; A20; A21; A22; A23; A24; A25; A26; A28; A30). Por outro lado, o formato individual representou 9,6% dos trabalhos (A11; A15; A29). Intervenções grupais de psicoeducação podem favorecer a construção de suporte social e o desenvolvimento de habilidades sociais, além do menor uso de recursos materiais e financeiros pelas instituições (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018). Programas on-line compuseram 16% da amostra (A2; A10; A17; A19; A31), haja vista que a tecnologia tem se tornado uma forma eficaz de expandir o cuidado em saúde mental de indivíduos borderline (ILAGAN et al., 2020).

Foram descritos diferentes métodos realizados nas intervenções. Utilizou-se formato de aula individual ou em grupo (A2; A5; A7; A11; A13; A15; A18; A29), sendo algumas atividades grupais também interativas (A2; A7; A13; A18), biblioterapia (A2; A3; A11; A15; A17; A19; A31), vídeos (A2; A13; A28), *workshop* (A22; A30), folhetos (A3, A6), mensagens de áudio, ilustrações, histórias em quadrinhos (A17; A19), jogos (A17) e cartilha (A25). A7 usou cadernos pessoais e tarefas para casa, mas não especificou qual a função desses instrumentos, nem se eram acerca do tema da psicoeducação, não ficando claro se foram voltados à aprendizagem de conteúdos sobre o TPB. Também foi citado o emprego de *role-plays* (A7; A13) e exercícios para melhorar a comunicação (A13), no entanto, essas atividades não são psicoeducativas, pois não possuem caráter pedagógico atrelado ao terapêutico (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

Alguns estudos não apresentaram o formato de ação psicoeducativa utilizado (A4; A9; A16; A27), ou foi exposto o modelo de psicoeducação presente em um dos grupos da pesquisa, mas não do outro (A6; A8). Além disso, nove artigos citaram apenas que a atividade ocorreu em grupo (A1; A3; A8; A12; A14; A20; A21; A23; A24; A26). Esses dados correspondem à

48,4% da amostra desta revisão, o que pode sinalizar uma possível falha na literatura referente à forma de aplicação da psicoeducação do TPB.

3.3.2 Conteúdos da psicoeducação

De forma geral, as intervenções informaram sobre o diagnóstico do TPB, os sintomas, etiologia e formas de tratamento. Também foi ofertado aos participantes conteúdos sobre a abordagem psicoterápica. Somente três artigos não descreveram a temática da psicoeducação (A9; A14; A23). Muitos estudos apresentaram conteúdos relacionados às emoções, como as suas funções, instabilidade e regulação emocional (A1; A3; A6; A7; A10; A11; A15; A17; A18; A20; A25; A26; A27; A28; A29), e sobre problemas em relacionamentos interpessoais, característicos do transtorno (A2; A4; A8; A10; A13; A18; A21; A24; A25). Nesse sentido, a psicoeducação pode oferecer informações acerca de estratégias para o manejo das emoções, bem como educar sobre como melhorar as relações pessoais (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019).

Autolesão e comportamentos suicidas são sintomas característicos do TPB, sendo o risco de suicídio no TPB mais elevado do que no TDM, TAB e esquizofrenia (ANDREWES et al., 2018; APA, 2013; SBNP, 2018). Apesar disso, apenas quatro intervenções tiveram conteúdos relacionados à automutilação e ao suicídio (A7; A11; A13; A25). Abordar esses assuntos com informações adequadas e de qualidade é uma importante ação para a prevenção do suicídio (PORTO; DELZIOVO; QUEIROZ, 2019). Diante disso, é necessário elucidar sobre os fatores de risco e proteção, e habilidades para o manejo de crises (SBNP, 2018), não apresentando o tema de forma sensacionalista ou romantizada (PORTO; DELZIOVO; QUEIROZ, 2019). Presume-se que a complexidade do fenômeno pode ter influenciado na baixa quantidade de intervenções que abordaram o assunto (SBNP, 2018). Ademais, nem todas as ações psicoeducativas foram conduzidas por profissionais da saúde mental, o que pode ter contribuído para não se tratar de questões relacionadas ao suicídio e automutilação.

Em A1 e A21, a psicoeducação foi direcionada a pacientes borderline em internação psiquiátrica. O conteúdo de A21 incluiu padrões comportamentais em relacionamentos, bem como maneiras de melhorar as relações interpessoais conflituosas. Já A1 abordou conceitos de cognição, emoção e comportamento. Entretanto, nada foi abordado sobre a hospitalização, sendo que ampliar o conhecimento sobre quais as funções da internação pode aumentar os seus benefícios e, até mesmo, diminuir as reinternações. Também pode-se informar sobre os

medicamentos psiquiátricos e a continuidade do tratamento após alta hospitalar (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

Um único estudo referiu ter exposto sobre a possibilidade de melhora do transtorno com os tratamentos (A25). Em outros dois foi apresentado o curso longitudinal da psicopatologia (A30; A31). Ao mesmo tempo que o TPB é crônico, comumente os sintomas tendem a diminuir gradualmente com o avançar da idade (APA, 2013), assim, infere-se que essa informação foi passada aos participantes. O TPB é um transtorno grave e estigmatizado, portanto, a definição de expectativas realistas e a promoção da esperança são imprescindíveis para que ocorra o engajamento no tratamento (HERNANDEZ et al., 2018; STANLEY; BALAKRISHNAN, 2021).

3.4 RESULTADOS DA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA

Os níveis de evidência são distintos entre os artigos. Constatou-se sete estudos pré-experimentais (A1; A5; A10; A14; A18; A22; A24), um quase-experimental (A8), e seis com abordagem experimental (A13; A23; A26; A28; A30; A31). Outros 10 artigos eram revisões de literatura (A4; A6; A9; A11; A12; A15; A16; A20; A25; A29), e somente um consistia em revisão sistemática (A12). Essas abordaram diferentes tratamentos para o TPB, mas não a psicoeducação de forma específica, diferentemente do que se propôs o presente estudo. Sendo assim, a psicoeducação foi apenas um elemento presente em outras intervenções nesses estudos, ou seja, não foram revisões sobre o estado da arte sobre o tema aqui discutido. Além disso, optaram por somente um público-alvo, o que teve como consequência pouca abrangência de dados, e utilizaram poucas referências sobre psicoeducação. Por fim, houve, ainda, estudo qualitativo (A7), com método misto (A17; A19), relatos de experiência (A3; A21), estudo de caso (A27) e protocolo para ensaio clínico randomizado (A2).

Da amostra, sete pesquisas não apresentaram resultados (A11; A12; A15; A16; A20; A21; A29), e A2 tratava-se apenas da proposta de um protocolo. Por usarem a psicoeducação como componente de um programa, 13 estudos não exibiram os resultados específicos da intervenção psicoeducativa, mas sim do plano de tratamento como um todo (A1; A3; A5; A6; A10; A14; A17; A18; A19; A22; A25; A26; A27). Dessa forma, 67,7% da amostra desta revisão não analisou os efeitos da psicoeducação. Além disso, em duas pesquisas a psicoeducação foi um elemento isolado, mas constituiu o grupo controle (A8; A23). Esses dados sugerem uma

lacuna nas informações concernentes aos desfechos da psicoeducação do TPB, como já observado em estudo anterior (RIDOLFI; GUNDERSON, 2018).

A avaliação das intervenções psicoeducativas foi realizada, quase na totalidade, por meio de instrumentos padronizados, com exceção de A28 que também utilizou testes construídos para a própria pesquisa e entrevistas estruturadas, e A7 que usou entrevistas semi-estruturadas. Além disso, em 10 pesquisas, os instrumentos foram utilizados para avaliar o tratamento ou programa como um todo, e não a psicoeducação isolada (A1; A3; A5; A10; A17; A18; A19; A22; A26; A27). Já 12 artigos não apresentaram os instrumentos de avaliação das intervenções (A4; A6; A9; A11; A12; A14; A15; A16; A20; A21; A25; A29). Diante disso, somente nove trabalhos expuseram os dispositivos de análise dos resultados da psicoeducação. O instrumento mais citado foi *Burden Assessment Scale* (A8; A13; A24), seguido de *Kessler Psychological Distress Scale* (A2; A24), *Personality Disorder Knowledge* (A2; A24), *Attitudes and Skills Questionnaire* (A2; A24), *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (A30; A31) e *Sheehan Disability Scale* (A30; A31).

Apenas 10 estudos apresentaram os desfechos da psicoeducação (A4; A7; A8; A9; A13; A23; A24; A28; A30; A31). No que concerne aos familiares e/ou cuidadores, houve resultados promissores referentes à melhora do relacionamento com a pessoa borderline (A13), aumento do conhecimento sobre o TPB (A9; A24), do empoderamento da família, redução da emoção expressa, que consiste no grau de crítica em relação ao parente limítrofe (A13) e da sobrecarga geral (A8). De outra forma, A24 resultou no declínio da carga subjetiva, mas a objetiva não foi alterada.

Em A8, a psicoeducação obteve redução da sobrecarga, luto e depressão da família, e maior entendimento sobre o transtorno, mas as mudanças não foram estatisticamente significativas. No entanto, por configurar o grupo controle, a intervenção psicoeducativa não teve a sua finalidade avaliada pelos instrumentos, que seria melhorar a compreensão de familiares sobre alguns comportamentos de seu parente limítrofe.

As intervenções psicoeducativas voltadas aos pacientes com TPB resultaram em aumento do conhecimento sobre a psicopatologia (A7) e de habilidades para o manejo das emoções (A7; A28). Em A28, 80% dos pacientes da amostra usaram, em casa, a técnica ensinada por vídeo, demonstrando que a psicoeducação pode auxiliar no engajamento do tratamento (A4; A7). Ademais, houve redução de sentimentos de vergonha e isolamento, maior esperança no futuro (A7), declínio da impulsividade (A30, A31), melhora de relacionamentos interpessoais (A30) e alívio de sintomas (A4).

O estudo A31 teve como foco reduzir os sintomas do TPB, e obteve como resultado da psicoeducação a diminuição da gravidade geral do quadro clínico. No entanto, não foi exposta qual a variável interveniente entre a oferta de informações sobre o transtorno e as mudanças na sintomatologia, por exemplo, se houve educação sobre habilidades para lidar com os sintomas característicos do TPB. Sabe-se que possuir conhecimentos sobre a doença interfere positivamente na convivência entre pacientes, familiares e seus cuidadores e, conseqüentemente, na saúde mental (CARVALHO; MALAGRIS; RANGÉ, 2019; DOBSON, DOBSON, 2010), mas em A31 não fica claro como ocorreu a atenuação da gravidade integral da psicopatologia.

Já em A23, a psicoeducação teve como objetivos gerais a melhora do *insight* sobre o transtorno, das habilidades interpessoais e do manejo das emoções, e a adesão terapêutica. Contudo, por representar o grupo controle, os instrumentos não investigaram essas variáveis, mas sim as que o tratamento experimental se propunha a testar. Assim, a psicoeducação teve resultados promissores, mas não condizentes com o seu foco inicial, sendo aqueles a melhora do funcionamento nas atividades diárias, da atenção e redução de sintomas ansiosos e depressivos.

4 CONCLUSÃO

Este estudo teve como propósito sistematizar e caracterizar a produção científica referente à psicoeducação do TPB, com o objetivo de identificar quais os formatos de psicoeducação, por quem estão sendo conduzidos, para qual público-alvo, qual o foco das intervenções e quais resultados estão sendo alcançados. Verificou-se que as intervenções tiveram como principal público-alvo os pacientes com o transtorno, com foco em melhorar o manejo das emoções, seguidos das famílias desses, visando aumentar o conhecimento sobre a psicopatologia e diminuir a sobrecarga emocional relacionada à tarefa de cuidado. Já a condução da psicoeducação foi feita, em sua maioria, por terapeutas, sem especificação da profissão, seguidos de psicólogos e médicos. Grande parte dos estudos utilizaram a psicoeducação como componente de um programa ou tratamento, especialmente em formato grupal, e com conteúdo sobre emoções e instabilidade em relacionamentos.

De forma geral, a psicoeducação do TPB mostrou-se útil para os pacientes, seus familiares, amigos e cuidadores. O aumento do conhecimento sobre o transtorno pode empoderar a família e reduzir sua sobrecarga emocional, bem como melhorar as relações pessoais dos indivíduos com TPB e o manejo das emoções, contribuir para o engajamento no tratamento e oferecer alívio de sintomas. No entanto, esses resultados devem ser interpretados com cautela, visto que os desfechos das intervenções psicoeducativas foram relatados de forma pouco específica, o que impossibilitou obter mais dados e tornar as evidências mais consistentes.

Citam-se limitações deste estudo que podem ter influenciado a análise dos resultados. Buscou incluir trabalhos escritos apenas em Português ou Inglês, e recuperados a partir da combinação de cinco e quatro descritores, respectivamente. Além disso, foram selecionados somente artigos publicados em periódicos científicos, excluindo outros formatos de publicações, como monografias, dissertações, teses e capítulos de livros. Dessa forma, outros trabalhos sobre o tema podem não ter sido analisados. Portanto, destaca-se que os resultados referem-se apenas às publicações avaliadas nesta revisão.

A maior contribuição desta revisão sistemática foi fornecer uma visão geral da produção científica internacional sobre a psicoeducação do TPB, a partir da busca em nove bases de dados. A construção e disseminação de conhecimentos sobre a psicoeducação do TPB é essencial, pois, por muito tempo, essa população foi considerada intratável, e ainda há grande estigma sobre esse transtorno. Assim, este estudo pode ser útil aos profissionais da saúde que

trabalham com pacientes borderline, e buscam a promoção e a proteção da saúde mental dessa população.

Este trabalho também possibilitou identificar o que requer atenção dos pesquisadores. No que diz respeito aos familiares de indivíduos com TPB, além do foco em promover seu bem-estar e/ou reduzir sua sobrecarga emocional, são necessários mais estudos que objetivem o acolhimento à família aliado à sensibilização e construção de repertório comportamental para que essa possa auxiliar no tratamento do parente limítrofe. Sugere-se, também, a elaboração de intervenções psicoeducativas direcionadas aos profissionais de saúde mental, haja vista que na amostra apenas um estudo teve como um dos públicos-alvo os terapeutas. Por fim, verificou-se que já se sabe o que é importante ser divulgado na psicoeducação do TPB, mas os dados apontam a necessidade de a psicoeducação ser estudada como modalidade isolada, a fim de que possam ser descritos, de maneira detalhada, os formatos psicoeducativos, e de que os seus efeitos possam ser avaliados.

REFERÊNCIAS

ANDREWES, H. E. et al. Patterns of non-suicidal self-injury and their relationship with suicide attempts in youth with Borderline Personality Disorder. **Archives of suicide research**, v. 22, n. 3, p. 465-478, July/Sept. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1358226>.

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **Convergências em Ciência da Informação**, v. 3, n. 2, p. 100-134, jul. 2020. DOI: 10.33467/conci.v3i2.13447.

ARNTZ, A. Transtorno da Personalidade Borderline. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Não paginado.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

_____. **Practice guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder**. 1. ed. 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS (ABRATA). [Site]. São Paulo: Ideia On Studio Web, 2021. Disponível em: < <https://www.abrata.org.br/#> >.

BARAZANDEH, H. et al. A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. **Personality and individual differences**, v. 94, p. 130-139, May 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021>.

BECK, A. T. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. **Perspectives on Psychological Science**, v. 14, n. 1, p. 16-20, Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>.

BECK, A. T.; FREEMAN, A.; DAVIS, D. D. Princípios gerais e técnicas especializadas na terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Não paginado.

BECK, A. T. Teoria dos transtornos da personalidade. In: BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos Transtornos da Personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Não paginado.

BECK, J. S.; FLEMING, S. A Brief History of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. **Clinical Psychology in Europe**, v. 3, n. 2, e6701, June 2021. DOI: <https://doi.org/10.32872/cpe.6701>.

BERNARD, L.; WALBURG, V. Efficacy of a brief cognitive-emotional group intervention for patients with Borderline Personality Disorder. **Psychologie Française**, v. 65, n. 3, p. 185-196, 2020. DOI: 10.1016/j.psfr.2019.11.001.

BETTS, J. et al. A psychoeducational group intervention for family and friends of youth with Borderline Personality Disorder features: protocol for a randomised controlled trial. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 5, n. 13, p. 1-7, July 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0090-z>.

BLUM, N.; BLACK, D. W. Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for the treatment of Borderline Personality Disorder. **Social Work in Mental Health**, v. 6, n. 1, p. 171-186, Oct. 2008. DOI: 10.1300/J200v06n01_14.

BRICKELL, C. M. Diagnosis and Treatment for Borderline Personality Disorder in the College Mental Health Setting. **Current Psychiatry Reports**, v. 20, n. 28, p. 1-7, May 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0905-z>.

BRÜNE, M.; DIMAGGIO, G.; EDEL, M. Mentalization-based group therapy for inpatients with Borderline Personality Disorder: preliminary findings. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 10, n. 5, p. 196-201, Jan. 2013. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/285213575_Mentalization-based_group_therapy_for_inpatients_with_borderline_personality_disorder_Preliminary_findings>.

CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. P. (Org.). **Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2019.

CHANEN, A. M. Borderline Personality Disorder in young people? Are we there yet? **Journal of Clinical Psychology**, v. 71, n. 8, p. 778-791, Aug. 2015. DOI: 10.1002/jclp.22205.

CHOIN-KAIN, L. et al. Dialectical Behavior Therapy for early life trauma. **Current Treatment Options in Psychiatry**, v. 8, n. 11, Sept. 2021. DOI: 10.1007/s40501-021-00242-2.

COSTA, A. B.; ZOLTOWSKI, A. P. C. Como escrever um artigo de revisão sistemática. In: KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P. P.; HOHENDORFF, J. V. (Org.). **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 55-70.

DITLEFSEN, I. T. et al. “Yes, There Is Actually Hope!” - A Qualitative Investigation of How Patients Experience Mentalization-Based Psychoeducation Tailored for Borderline Personality Disorder. **Journal of Psychotherapy Integration**, v. 31, n. 3, p. 257-276, Sept. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1037/int0000243>.

DOBSON, D.; DOBSON, K. S. Começando o tratamento: habilidades básicas. In: _____. **A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 69-80.

FEIST, J.; FEIST, G. J.; ROBERTS, T. Introdução à Teoria da Personalidade. In: _____. **Teorias da Personalidade**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015. p. 2-10.

FLYNN, D. et al. Family Connections versus optimized treatment-as-usual for family members of individuals with Borderline Personality Disorder: non-randomised controlled

study. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 4, n. 8, p. 1-9, Aug. 2017. DOI: 10.1186/s40479-017-0069-1.

FOSSATI, A.; SOMMA, A. Improving family functioning to (hopefully) improve treatment efficacy of Borderline Personality Disorder: an opportunity not a dismiss. **Psychopathology**, v. 51, n. 2, p. 149-159, Feb. 2018. DOI: 10.1159/000486603.

GIL, A. C. Utilização de dados disponíveis. In: _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. p. 162-174.

GLEESON, J. et al. A pilot trial of moderated online social therapy for family and friends of young people with Borderline Personality Disorder features. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 15, n. 6, p. 1564-1574, Dec. 2020. DOI: 10.1111/eip.13094.

GLICK, I. D. et al. The family, family therapy, and Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 4, n. 3, p. 237-246, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330391/pdf/237.pdf>>.

GREER, H.; COHEN, J. N. Partners of individuals with Borderline Personality Disorder: a systematic review of the literature examining their experiences and the supports available to them. **Harvard Review Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 185-200. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000164.

GRENYER, B. F. S. et al. A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorders**, v. 33, n. 2, p. 1-15, Mar. 2018. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_340.

HERNANDEZ, M. et al. Hope and schizophrenia in the Latino family context. **Community Mental Health Journal**, v. 55, n. 1, p. 42-50, Dec. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0354-5>.

HOFFMAN, P. D.; FRUZZETTI, A. E.; BUTEAU, E. Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder. **Journal of Mental Health**, v. 16, n. 1, p. 69-82, Feb. 2007. DOI: 10.1080/09638230601182052.

HONG, V. Borderline Personality Disorder in the emergency department: Good Psychiatric Management. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 24, n. 5, p. 357-366, Sept./Oct. 2016. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000112.

HUTZ, C. S. et al. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Psicología Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, Não paginado, jan. 1998. DOI: 10.1590/S0102-79721998000200015.

ILAGAN, G. S. et al. Smartphone applications targeting borderline personality disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 7, n. 12, p. 1-15, June 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00127-5>.

ILAGAN, G. S.; CHOI-KAIN, L. W. General psychiatric management for adolescents (GPM-A) with Borderline Personality Disorder. **Current Opinion in Psychology**, v. 37, p. 1-6, Feb. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.05.006>.

JACOB, G A. et al. A Schema Therapy-Based eHealth Program for patients with Borderline Personality Disorder (prioivi): naturalistic single-arm observational study. **JMIR Mental Health**, v. 5, n. 4, e10983, Oct./Dec. 2018. DOI: [10.2196/10983](https://doi.org/10.2196/10983).

JORGENSEN, C. R.; KJOLBYE, M. Outcome of psychoanalytically oriented outpatient treatment of Borderline Personality Disorder: a pilot study. **Nordic Psychology**, v. 59, n. 2, p. 164-180, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1027/1901-2276.59.2.164>.

KAY, M. L. et al. Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. **Curatationis**, v. 41, n. 1, p. 1-9, Oct. 2018. DOI: [10.4102/curationis.v41i1.1892](https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1892).

KIRTLEY, J. et al. Stigma, emotion appraisal, and the family environment as predictors of carer burden for relatives of individuals who meet the diagnostic criteria for Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorders**, v. 33, n. 4, p. 497-514, Aug. 2019. DOI: [10.1521/pedi_2018_32_355](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_355).

KÖHNE, S. et al. Therapeutic relationship in eHealth – A Pilot Study of similarities and differences between the Online Program Prioivi and therapists treating Borderline Personality Disorder. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, e6432, Sept. 2020. DOI: [10.3390/ijerph17176436](https://doi.org/10.3390/ijerph17176436).

KOLBECK, K. et al. Borderline Personality Disorder: Associations between Dimensional Personality Profiles and self-destructive behaviors. **Journal of Personality Disorders**, v. 33, n. 2, p. 1-13, Mar. 2019. DOI: https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_346.

LEMES, C. B.; NETO, J. O. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 17-28, mar. 2017. DOI: [10.9788/TP2017.1-02](https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02).

LINEHAN, M. M. et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. **Archives of General Psychiatry**, v. 48, n. 12, p. 1060-1064, Dec. 1991. DOI: [10.1001/archpsyc.1991.01810360024003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003).

LINEHAN, M. M. Borderline Personality Disorder: concepts, controversies, and definitions. In: _____. **Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder**. New York: The Guilford Press, 1993. p. 3-27.

LINEHAN, M. M. Fundamentos teóricos para treinamento de habilidades psicossociais com clientes borderline. In: _____. **Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 17-27.

MACEDO, B. B. D. et al. Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores crônicas. **Revista de Humanidades**, v. 32, n. 2, p. 193-203, jul./dez. 2017. DOI: [10.5020/23180714.2017.32.2.193-203](https://doi.org/10.5020/23180714.2017.32.2.193-203).

- MAYORAL, M. et al. Development of an early intervention programme for adolescents with emotion dysregulation and their families: actions for the treatment of adolescent personality (ATraPA). **Early Intervention in Psychiatry**, v. 14, n. 5, p. 619-624, Oct. 2020. DOI: 10.1111/eip.12934.
- MEANEY, R.; HASKING, P.; REUPERT, A. Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. **PLoS One**, v. 11, n. 5, e0155439, May 2016. DOI: 10.1371/journal.pone.0155439.
- MILLER, C. R.; EISNER, W.; ALLPORT, C. Creative coping: a cognitive-behavioral group of Borderline Personality Disorder. *Archives of Psychiatry Nursing*, v. 8, n. 4, p. 280-285, Aug. 1994. DOI: 10.1016/0883-9417(94)90070-1.
- MILLER, M. L.; SKERVEN, K. Family Skills: A Naturalistic Pilot Study of a Family-Oriented Dialectical Behavior Therapy Program. **Couple and Family Psychology: Research and Practice**, v. 6, n. 2, p. 79-93, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1037/cfp0000076>.
- NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC). **Clinical practice guideline for the management of Borderline Personality Disorder**. Melbourne: National Health and Medical Research Council, 2013.
- NUNES, C. H. S.; HUTZ, C. S.; GIACOMINI, C. H. Associação entre bem-estar subjetivo e personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. **Avaliação Psicológica**, v. 8, n. 1, p. 99-108, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000100009>.
- OLIVEIRA, C. T.; DIAS, A. C. G. Psicoeducação do Transtorno do Déficit da Atenção/Hiperatividade: O Que, Como e Para Quem Informar? **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 243-261, mar. 2018. DOI: 10.9788/TP2018.1-10Pt.
- PASCUAL, J. C. et al. Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 15, p. 1-9, Oct. 2015. DOI: 10.1186/s12888-015-0640-5.
- PEARCE, J. et al. Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with Borderline Personality Disorder. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 4, n. 5, p. 1-7, Mar. 2017. DOI: 10.1186/s40479-017-0056-6.
- PENNEY, D. Family connections: an education and skills training program for family member well being: a leader's perspective. **Social Work in Mental Health**, v. 6, n. 1, p. 229-241, Oct. 2008. DOI: 10.1300/J200v06n01_18.
- PORTER, C. et al. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 141, n. 1, p. 6-20, Oct. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13118>.
- PORTO, D. M.; DELZIOVO, C. M.; QUEIROZ, L. A. **Prevenção ao suicídio**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

PRADA, P. et al. Strategies to deal with suicide and non-suicidal self-injury in Borderline Personality Disorder, the case of DBT. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 1-6, Dec. 2018. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02595.

QUENNEVILLE, A. F. et al. Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. **Journal of Affective Disorders**, v. 262, p. 317-322, Feb. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>.

RIDOLFI, M. E.; GUNDERSON, J. G. Psychoeducation for patients with Borderline Personality Disorder. In: LIVESLEY, W. J.; LARSTONE, R. (Ed.). **Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2018. p. 600-610.

ROBERTS, B. W.; MROCZEK, D. Personality Trait Change in Adulthood. **Current Directions in Psychological Science**, v. 17, n. 1, p. 31-35, Feb. 2008. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2008.00543.x.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, Não paginado, maio/jun. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.

SCHUPPERT, H. M. et al. Emotion regulation training for adolescents with Borderline Personality Disorder traits: a randomized controlled trial. **Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 51, n. 12, p. 1314-1323, Dec. 2012. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.09.002.

SEIGERMAN, M. R. et al. A study comparing the experiences of family and friends of young people with borderline personality disorder features with family and friends young people with other serious illnesses and general population adults. **Borderline Personal. Disord. Emot. Dysregul.**, v. 7, n. 17, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1186/s40479-020-00128-4.

SISTI, D. et al. Diagnosing, Disclosing, and Documenting Borderline Personality Disorder: A Survey of Psychiatrists' Practices. **Journal of Personality Disorders**, v. 30, n. 6, p. 1-9, Dec. 2016. DOI: https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_228.

SLOTEMA, C. W. et al. Negative beliefs about voices in patients with Borderline Personality Disorder are associated with distress: a plea for cognitive-behavioural therapy? **Psychopathology**, v. 50, n. 4, p. 255-261, 2017a. DOI: <https://doi.org/10.1159/000477669>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA (SBNP). **Suicídio: compreender, identificar e prevenir**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, 2018.

STANLEY, S.; BALAKRISHNAN, S. Informal caregiving in schizophrenia: correlates and predictors of perceived rewards. **Social Work in Mental Health**, v. 19, n. 3, p. 230-247, Mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1904089>.

SUTHERLAND, R.; BAKER, J.; PRINCE, S. Support, interventions and outcomes for families/carers of people with Borderline Personality Disorder: A systematic review. **Personality and Mental Health**, v. 14, n. 2, p. 199-214, Dec. 2019. DOI: 10.1002/pmh.1473.

_____. Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. **Cambridge University Press**, v. 41, n. 1, p. 47-52, Feb. 2017b. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.10.003>.

TONARELY, N. A. et al. Targeting elevated borderline features in adolescents using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A). **Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health**, v. 6, n. 1, p. 47-64, Oct. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1805821>.

WAINER, R. O desenvolvimento da personalidade e suas tarefas evolutivas. In: WAINER, R. et al. (Org.). **Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 15-26.

WALTZ, J. et al. Feasibility of using video to teach a Dialectical Behavior Therapy skills to clients with Borderline Personality Disorder. **Cognitive and Behavior Practice**, v. 16, n. 2, p. 214-222, May 2009. DOI: 10.1016/j.cbpra.2008.08.004.

WALL, K.; KERR, S.; SHARP, C. Barriers to care for adolescents with Borderline Personality Disorder. **Current Opinion in Psychology**, v. 37, p. 54-60, Feb. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2020.07.028>.

WARWAR, S. H. et al. Emotion-focused principles for working with Borderline Personality Disorder. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 14, n. 2, p. 94-104, Mar. 2008. DOI: 10.1097/01.pra.0000314316.02416.3e.

WITT, K. et al. Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, n. 28, p. 5-18, Jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1111-6>.

ZANARINI, M. C. et al. Randomized, Controlled Trial of Web-based Psychoeducation for Women with Borderline Personality Disorder. **J. Clin. Psychiatry**, v. 79, n. 3, p. 1-17, May/June 2018. DOI: 10.4088/JCP.16m11153.

ZANARINI, M. C.; FRANKENBURG, F. R. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with Borderline Personality Disorder. **Journal of Personality Disorder**, v. 22, n. 3, p. 284-290, June 2008. DOI: 10.1521/pedi.2008.22.3.284.