

# COMPORTAMENTO IMPULSIVO: A COMORBIDADE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Francis Moreira da Silveira<sup>1</sup>  
Prof. Dr. MD. Bensson V. Samuel, Ph.D<sup>2</sup>

## RESUMO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) está relacionada com uma estrutura psíquica vulnerável, que atua de maneira instável, figurando entre comportamento impulsivo e a psicose, o que engloba um amplo território psicopatológico, incluindo alterações afetivas, distorções do temperamento e caráter. A definição de TPB refere-se a um constructo estabelecido operacionalmente, onde o paciente enquadra-se neste diagnóstico com o preenchimento de alguns critérios estabelecidos. Tal operacionalização tem a finalidade de dar mais confiabilidade e homogeneidade aos avaliadores. Já o transtorno Afetivo Bipolar (TAB) caracteriza-se como um transtorno de humor com episódios de mania ou hipomania, depressão ou ambos e abrange os tipos I e II (TAB I; TAB II), conforme classificação diagnóstica do DSM V. O TAB caracteriza-se como um distúrbio psiquiátrico com alternância de episódios depressivos e eufóricos. Deste modo, o presente estudo apresenta uma análise sobre o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar, considerando os principais aspectos que envolvem ambos, mediante o emprego da metodologia de delineamento denominado como pesquisa bibliográfica de abordagem descritiva qualitativa. Depreende-se que, a equipe multidisciplinar deve ser ativa com suporte integral a estes pacientes, um projeto terapêutico amplo interativo entre os cuidadores.

Palavras-chaves: Borderline. Transtorno Afetivo Bipolar, impulsividade.

## 1 INTRODUÇÃO

Os estudos de Kurt Schneider, em 1923, influenciaram para a definição do conceito de transtorno de personalidade descrito nas classificações psiquiátricas. (APA, 2014). Diferente das classificações atuais baseadas em

---

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra – Membro efetivo da associação Brasileira de Neuropsiquiatria  
E-mail: [drfrancismsilveira@gmail.com](mailto:drfrancismsilveira@gmail.com)

<sup>2</sup> Chanceler da UniLogos, Médico (USA), Professor e Orientador titular dos programas de Saúde, Ph.D.

critérios e tipos isolados, Schneider propôs uma abordagem prototípica, promovendo a descrição de personalidades psicopáticas, onde a personalidade se enquadraria nesse conceito quando em razão de sua anormalidade imprime sofrimento a si ou a outros. (Schneider, 1980).

Constituir-se-iam assim, quadros psicopatológicos de desenvolvimento diversos dos processos psíquicos (TAMELINI, 2013). O conceito de bipolaridade remonta a Antiguidade, com base na teoria dos humores denominada como loucura circular ou de dupla-forma. No final do século XIX, Emil Kraepelin empreendeu uma classificação dos transtornos mentais propondo uma categoria de doença maníaco-depressiva. Em meados do século XX, a diferença entre as formas unipolar e bipolar dos transtornos de humor passou a ser mais aceita e sua validade clínica se consolidou com o desenvolvimento de estudos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos. (PERRIS, 1992).

A partir daí o conceito dicotômico do transtorno bipolar foi ampliado para integrar sintomas mais leves, estados pré-morbidos e elementos do temperamento dentro de um modelo dimensional que remete aos transtornos de espectro bipolar (WANG, 2008). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado como um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos com acentuada impulsividade que geralmente se inicia na fase adulta. Pacientes com TPB não toleram a solidão e empreendem grandes esforços para evitar o abandono, gerando crises com tendência ao suicídio e presente em uma variedade de contextos.

A personalidade borderline estaria relacionada com uma estrutura psíquica vulnerável. Na psicanálise clássica, o termo é frequentemente utilizado por grupos de ações defensivas comuns, que refletem uma estrutura psíquica vulnerável, que atua de maneira instável tornando-se comum, figurando entre a neurose e a psicose. Essa definição englobaria um amplo território psicopatológico, incluindo alterações afetivas, neuróticas e perversas. (DALGALARRONGO E VILELA, 1999).

A definição de TPB refere-se a um constructo estabelecido operacionalmente, onde o paciente enquadra-se neste diagnóstico com o

preenchimento de alguns critérios estabelecidos. Tal operacionalização tem a finalidade de dar mais confiabilidade e homogeneidade aos avaliadores (KRAUS, 2003).

O transtorno Afetivo Bipolar (TAB) caracteriza-se como um transtorno de humor com episódios de mania ou hipomania, depressão ou ambos e abrange os tipos I e II (TAB I; TAB II), conforme classificação diagnóstica do DSM-V. O TAB caracteriza-se como um distúrbio psiquiátrico com alternância de episódios depressivos e eufóricos.

Os primeiros relatos médicos de estados mórbidos depressivos e de exaltação do humor remetem à Grécia Antiga (GOODWIN E JAMISON, 2007). Contudo, Areteu da Capadócia, durante o século II D.C., foi o pioneiro a relatar quadros de melancolia com eventos de mania, enquadrando essas condições como diferentes facetas de uma mesma patologia (GOODWIN E JAMISON, 2007). Apenas no século XIX, Falret e Baillanger, psiquiatras franceses, descreveram, os quadros de transtorno mental caracterizado por ciclos de depressão, mania e intervalos livres de sintomas, e outro transtorno onde os ciclos de depressão e mania são contínuos (ANGST E MARNENOS, 2001).

Kraepelin psiquiatra alemão, no final do século XIX propôs uma classificação das patologias psiquiátricas, pilares da classificação contemporânea que distingue os transtornos de humor da esquizofrenia (ANGST E MARNENOS, 2001). Todavia, o ilustre psiquiatra incluiu na insanidade maníaco-depressiva (IMD), situações onde os indivíduos apresentavam apenas ciclos depressivos e quadros com alternância de melancolia e mania, fator que incitou críticas ao seu trabalho, visto que opositores propunham a identificação de diferentes tipos de síndromes afetivas (GOODWIN E JAMISON, 2007).

Leonhard, em 1957, propôs a divisão entre aqueles que apresentavam somente episódios depressivos, denominando-os monopolares ou unipolares, daqueles que apresentavam episódios maníacos, denominando-os como bipolares. (GOODWIN E JAMISON, 2007).

Deste modo, o presente estudo apresenta uma análise sobre o transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar, considerando os principais aspectos que envolvem ambos. Para o desenvolvimento do artigo tem-se como objetivo geral analisar os transtornos de personalidade e de humor

supramencionados. Apresentam-se como objetivos específicos: relatar sobre dados epistemológicos; dissertar sobre os critérios diagnósticos em ambos os casos, destacar as diferenças entre essas patologias, bem como salientar a importância terapia e do psicoterapeuta como agente de transformação.

Este artigo enquadrou-se na metodologia de delineamento denominado como pesquisa bibliográfica. De acordo com Lakatos e Marconi (2003) a pesquisa bibliográfica busca explicar uma questão, utilizando-se do conhecimento disponível em obras publicadas sobre a temática anteriormente. Para a elaboração desta pesquisa foram analisados livros, artigos, teses e monografias sobre a temática, sem corte temporal para abarcar uma gama de informações, com vistas à elaboração de uma metodologia científica de abordagem descritiva qualitativa.

Apresentar-se-á o tipo descritivo, com o intuito de proporcionar informações sobre a temática, possibilitando maior familiaridade com o problema e discussão de questões afins. A pesquisa qualitativa, conforme esclarece Mazucato (2018) caracteriza-se como uma investigação científica com enfoque na parte subjetiva do objeto analisado, estudando as partes de experiências individuais, por exemplo.

A pesquisa em tela realizou-se através de pesquisas online nos sites Science, Lilacs, Pubmed e Scielo, sem corte temporal com o intuito de reunir uma gama maior de obras para fomentar o estudo baseado nos TPB e TAB.

Nesse prisma, justifica-se a elaboração deste estudo com o intuito de analisar e compreender as principais diferenças entre essas patologias, haja vista que, somente com um diagnóstico detalhado, mediante observação do paciente e conversas com seus familiares e possível definir corretamente qual patologia melhor se adéqua ao paciente, assim como permite definir o melhor tratamento em cada caso.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Dados epistemológicos

Entende-se a personalidade como um conjunto de traços e características inerentes a um indivíduo, moldam suas relações sociais. Também aponta a conduta que se pode esperar de um sujeito, seus gostos e opiniões. No entendimento de Silva (2010) a personalidade é resultado da genética herdada dos ascendentes e das experiências que adquirimos durante a vida. O autor acredita que os indivíduos que pertencem à mesma sociedade apresentam traços de personalidades semelhantes, colaborando a definir as características pessoais, incidindo aí, o aspecto cultural.

O transtorno de personalidade surge quando o indivíduo não reage socialmente da maneira esperada e aceitável. Geralmente, apenas as pessoas mais próximas percebem o transtorno. Os indivíduos que possuem transtorno de personalidade não correspondem aos padrões comportamentais e apresentam dificuldades nas relações interpessoais.

O Transtorno de Personalidade Borderline configura-se como um transtorno onde o padrão comportamental remete a impulsividade e a instabilidade na área afetiva com prevalência entre jovens adultos, entre 30 e 50 anos. Segundo Beck (2013) o TPB é relativamente comum, atingindo de 1,1 a 2,5% da população adulta e apresenta três vezes mais prevalência entre mulheres. Aproximadamente 6% da população adulta que busca tratamento apresenta este transtorno, assim como o apresentam 20% dos pacientes psiquiátricos internados.

Relata-se que o transtorno é mais comum em indivíduos que possuem parentes com Borderline. O uso de entorpecentes também pode facilitar a incidência desse transtorno. De acordo com o DSM V (2014) este transtorno ocorre concomitantemente com transtornos depressivos ou bipolares, de modo que o profissional de saúde deve realizar um diagnóstico completo e sistêmico.

Os indivíduos com TPB caracterizam-se pela instabilidade emocional. As emoções são repentinas e causam alterações bruscas de comportamento e

opinião. Os relacionamentos desses indivíduos são instáveis e intensos. O controle da raiva também é afetado por sua instabilidade.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 – DSM V (2014) “a separação ou rejeição iminente ou a perda de estrutura externa podem levar a mudanças profundas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento” resultado da insegurança consigo mesmo, onde o abandono, real ou imaginário, configura-o como uma pessoa má. Assim, a autoimagem encontra-se prejudicada e apresentam baixa autoestima. São intolerantes a críticas, impulsivos em áreas autodestrutivas e podem abusar de substâncias, comer compulsivamente, praticar automutilização e apresentar ideias suicidas. Estudos de Beck (2013) apontam que de 8 a 10% dos indivíduos cometem suicídio ou tentam suicidar-se.

Em relação ao Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) este tem prevalência em adultos de ambos os sexos, com início na juventude. A mania e a depressão são identificadas como síndromes clínicas de polaridades opostas e excludentes, salvo a coexistência de sintomas maníacos ou hipomaníacos com sintomas depressivos que pode ocorrer em pacientes com transtorno bipolar grave, denominados de “estados mistos” (ABREU et. al., 2006).

Segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) o TAB caracteriza-se pela presença de episódios hipomaníacos ou maníacos, onde o indivíduo apresenta elevação do humor e aumento de energia e de atividade física e mental. O DSM-V divide os transtornos bipolares em dois tipos sendo que o tipo I caracteriza-se pela presença de episódio maníaco; enquanto o tipo II caracteriza-se pela alternância de episódios hipomaníacos e depressivos; transtorno ciclo tímico, onde sintomas de elevação de humor se alternam com sintomas depressivos, mas sem adequação aos critérios para episódio; e TAB sem outra especificação.

As taxas e prevalência de TAB são consideradas baixas, entre 0,4% a 1,6% para transtorno bipolar tipo I e II (DSM-V, 2014), mas dados de outras pesquisas populacionais indicam uma prevalência aproximada de 4% (KETTER, 2010).



## 2.2 Critérios diagnósticos

Considerando os critérios diagnósticos CID10 (1993) identifica-se que o transtorno de personalidade instável é caracterizado por tendência nítida a agir de maneira imprevisível sem preocupar-se com as consequências, humor inesperado e caprichoso; tendência a acessos de cólera e incapacidade de controlar comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento agressivo e entrar em conflitos com os outros, particularmente quando contrariado ou censurado. Distinguem-se dois tipos: o impulsivo, caracterizado pela instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo borderline, caracterizado, além da instabilidade emocional com perturbações da autoimagem, de seus projetos e das preferências pessoais por uma sensação crônica de vazio, por relações intensas e instáveis. Inclui-se também adoção de comportamento autodestrutivo com tentativas de suicídio.

Quanto ao Transtorno Afetivo Bipolar os critérios diagnósticos conforme o DSM V, variam conforme o episódio de humor, mas são descritos considerando o curso clínico, caracterizado por episódios de alteração de humor atual e passado, excluindo-se alterações de humor causadas por substâncias como medicamentos e entorpecentes ou outros tratamentos somáticos. Além disso, devem-se considerar outros transtornos mentais que possam explicar a condição e os sintomas de humor que podem causar sofrimento significativo ou prejuízo à atuação social, ocupacional ou outras áreas relevantes da vida do indivíduo.

Já quanto aos critérios diagnósticos CID10, este transtorno caracteriza-se por dois ou mais episódios onde o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, de modo que este distúrbio consiste em ocasiões de elevação do humor e aumento da energia e da atividade ou do rebaixamento de humor e redução da energia e da atividade e em outras situações pela redução do humor, da energia e da atividade. Pacientes que sofrem com episódios repetidos de hipomania ou mania são definidos como bipolares.

Assim o diagnóstico de TAB fundamenta-se basicamente nos episódios de humor, conforme as classificações diagnósticas atuais. Ressalta-se que no DSM- V, o TAB não é incluído entre os transtornos de humor, mas sim como espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos depressivos,

identificado como uma ponte entre essas classes diagnósticas em relação à sintomatologia, histórico familiar e genética (DSM-V, 2014).

### **2.3 Diferenciação clínica**

Fazer a diferenciação entre o transtorno de personalidade borderline e do transtorno bipolar é difícil, pois ambos apresentam características similares, que é a alternância de humores opostos.

O transtorno afetivo bipolar é uma doença que envolve desregulação mais espontânea e duradoura do humor. Dura pelo menos uma ou duas semanas com humor persistentemente eufórico, irritável ou deprimido. O transtorno de personalidade borderline, essa desregulação do humor é mais fugaz e influenciada por eventos exteriores.

As alterações de humor no transtorno bipolar vem acompanhadas de outros sinais e sintomas, como alterações no sono, no apetite, na energia, na concentração etc. No TPB acompanha as alterações emocionais são os comportamentos mal adaptativos bem como a baixa resposta ao tratamento medicamentoso.

A alternância de estados de humor nos pacientes com TPB é mais acentuada e constantes. Como dito anteriormente, é um transtorno de personalidade enquanto o TAB compreende-se como um transtorno de humor. As oscilações de humor no TAB podem ser desencadeadas por fatos e agentes estressantes compreensíveis pelo paciente. Já tais oscilações dentro do TPB apresentam agentes estressores mais delimitados.

Estudos recentes apontam que o diagnóstico diferencial entre TPB e TAB, indica que esses transtornos podem ser diferenciados pelo senso de self, relacionamentos disruptivos, histórico familiar de TAB, resposta a medicação, amplitude do déficits cognitivo, forma da desregulação afetiva, episódios psicóticos, abuso sexual precoce, perda de substancia cerebral, alterações na atividade cortical, sensibilidade do receptor glicocorticoide e disfunção mitocondrial. (BASSET, 2012).



## 2.4 Comportamento impulsivo e Risco de suicídio

A impulsividade mostra-se como característica de personalidade. O comportamento impulsivo é considerado um construto complexo e multifacetado, que abrange aspectos cognitivos, dimensões de personalidade e motivacionais, além de componentes comportamentais, podendo-se encontrar uma variedade de conceitos na literatura (HOLMES et. al., 2009).

Whiteside e Lynam (2001) relacionam impulsividade à tendência a correr riscos, falta de planejamento e tomadas de decisão sem pensar. Patton et. al. (1995) identificam três fatores que integram a impulsividade: o elemento motor, relacionado à tendência a agir sem pensar; o elemento relativo à atenção, que aponta a incapacidade de focar na tarefa que está sendo realizada e a falta de planejamento e de reflexão cuidadosa. Os autores acreditam que processos cognitivos são latentes a impulsividade em geral. Skodol e Oldham (1996) destacam a relação entre autocontrole e extroversão do comportamento no conceito de impulsividade, os comportamentos impulsivos caracterizam-se por autocontrole inadequado ou deficiente, resultando na desinibição do comportamento.

Moeller et. al. (2001) sugerem uma definição biopsicossocial de impulsividade como uma predisposição a reações rápidas e não planejadas aos estímulos, desconsiderando as consequências destas reações para si e para os outros. Segundo Dougherty et. al. (2005), tal definição abrange os três componentes básicos do comportamento impulsivo: iniciação e inibição de resposta.

No comportamento impulsivo, a resposta dá-se antes do processamento e avaliação do estímulo, havendo uma falha na inibição da resposta. O terceiro componente relaciona-se a falta de sensibilidade para as consequências, associada à incapacidade para postergar recompensa ou gratificação. A conceituação de Moeller et. al. (2001) abrange também o aspecto social da impulsividade, reconhecendo o seu impacto negativo sobre o próprio indivíduo e sobre aqueles que o cercam. A definição indica ainda que a impulsividade é uma predisposição, e, portanto, um padrão de comportamento.

Em ambos os casos há possibilidade de instabilidade afetiva com comportamento impulsivo e tentativas de suicídios repetidas (SIEVER et. al. 2002). Em pacientes borderline há maior potencial de atos autodestrutivos e impulsivos, raiva não controlada e tentativas recorrentes de suicídio.

A BSI ou escala de Ideação Suicida de Beck é uma escala para avaliar a presença ou gravidade de ideação suicida em determinado período. É um instrumento auto aplicável com 19 itens que investigam a tendência suicida e sua gravidade, com 5 questões de triagem e os demais itens relacionados aos desejos, atitudes, planos de suicídio e dois itens complementares que relatam sobre o número de tentativas anteriores de suicídio e a seriedade da tentativa mais recente. A pontuação varia de 0 a 2 e quanto mais alta a contagem maior o risco de suicídio. O BSI deve ser aplicado com outros instrumentos para uma melhor avaliação clínica. (CUNHA, 2001)

## **2.5 Papel da psiquiatria na abordagem das comorbidades**

O termo comorbidade refere-se ao fenômeno de duas patologias que se originam de processos independentes, como a ocorrência de duas características diagnósticas em um mesmo indivíduo.

A manifestação de transtornos mentais nos pacientes que apresentam diagnóstico TPB e TAB, apesar de distintas, sua fisiopatologia se sobrepõe, entre elas, a desregulação do afeto e o comportamento impulsivo. Sendo diferentes manifestações da mesma anormalidade subjacente.

O papel do psiquiatra refere-se ao diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação de diversos distúrbios mentais, como os transtornos relatados. O psiquiatra vai realizar uma avaliação detalhada, considerando aspectos biológicos, psicológicos e comportamentais, sendo o profissional de saúde mais indicado para avaliar o estado mental do paciente e enquadrá-lo em um possível transtorno psiquiátrico.

O psiquiatra precisa ser ativo na relação e imprimir confiança ao paciente. Estudos indicam que o tratamento de longo prazo em pacientes com TPB apresentam maior eficiência. O médico psiquiatra pode contar com arsenal terapêutico para o controle do comportamento impulsivo no TPB e no TAB.

Estudos de Bellino et. al. (2005), a Oxcarbazepina é um medicamento que pode trazer resultado para o tratamento da impulsividade e instabilidade, as principais características do TPB. Já no caso de TAB os medicamentos mais indicados são o carbonato de lítio e a quetiapina. (BRASIL, 2016).

## **2.6 A função da terapia e psicoeducação**

A terapia visa tratar ou aliviar os sintomas dos transtornos mentais. Através de encontros semanais, a terapia pode auxiliar no controle e redução de questões de cunho psicológico utilizando diversas abordagens para aliviar as dores emocionais dos pacientes de acordo com suas necessidades. Também ajuda no tratamento de doenças psicossomáticas, as quais estão associadas com emoções e pensamentos.

O tratamento de transtornos mentais mais graves engloba o uso de medicamentos psiquiátricos de modo que deve haver uma integração entre as especialidades, a multidisciplinaridade. Dentre os benefícios da terapia destacam-se o fortalecimento de relacionamentos interpessoais; a quebra de padrões de comportamento nocivos; Aumento da autoestima e da autoconfiança; superação de situações traumáticas e o tratamento de transtornos mentais, além da alteração da mudança de percepção.

O tratamento com a Terapia Comportamental Dialética é referência na redução de comportamentos prejudiciais ao indivíduo, mas não reduz o sofrimento emocional significativamente.

A terapia familiar e grupal mostra-se como uma alternativa para lidar com os conflitos relacionais. (INSEL et. al. 2010). Inicialmente, tratam-se as questões emergentes como tendências suicidas, controle da impulsividade e a auto compreensão.

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) dá-se através da colaboração entre paciente e terapeuta, de forma altamente centrada e estruturada, amparada na modificação de pensamentos disfuncionais desenvolvidos pelo indivíduo. A teoria cognitiva de Beck acredita que não é a situação que determina o que o indivíduo sente ou como se comporta, mas sim, é o modo como interpreta

e pensa sobre essa situação que geram vários sentimentos, como ansiedade, tristeza ou raiva. Nesse prisma, a psicoeducação é uma das técnicas utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental com a função de orientar o paciente em diversos aspectos, como por exemplo, a respeito das consequências de um comportamento, bem como nortear um paciente e sua família quanto à existência ou prevalência de patologias. (BECK, 2013)

## **7 CONCLUSÃO**

É notório que a comorbidade psiquiátrica transtorno de personalidade borderline e o transtorno afetivo bipolar resultam em prejuízos do funcionamento social e laboral para o paciente acometido. Embora tenham características similares, verifica-se que um diagnóstico adequado requer a atenção do psiquiatra e do psicólogo aos mínimos detalhes para definir um diagnóstico assertivo e programa terapêutico efetivo.

O indivíduo caracteriza-se pela sua baixa autoestima, instabilidade emocional, comportamento impulsivo e tendências suicidas. O tratamento adequado abrange a eliminação dos comportamentos autodepreciativos, autodestrutivos e estabilização do humor, assim como uma melhor compreensão do “eu”.

Nesse prisma, a equipe multidisciplinar deve ser ativa com suporte integral, um projeto terapêutico amplo interativo entre os cuidadores. Projeto terapêutico individualizado para garantir adesão terapêutica mediante psicoeducação, psicofármacos e psicoterapia. Cabe ressaltar que o processo terapêutico é de médio a longo prazo e requer auxílio do paciente e apoio da família para ter bons resultados.

## **IMPULSIVE BEHAVIOR: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER COMORBITY AND BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

### **Abstract**

The borderline personality is related to a vulnerable psychic structure, which acts in an unstable way becoming common, figuring between neurosis and psychosis, which encompasses a wide psychopathological territory, including affective, neurotic and perverse alterations. The definition of BPD refers to an operationally established construct, where the patient fits this diagnosis with the fulfillment of some established criteria. Such operationalization has the purpose of giving more reliability and homogeneity to the evaluators. Bipolar Affective Disorder (TAB) is characterized as a mood disorder with episodes of mania or hypomania, depression or both and covers types I and II (TAB I; TAB II), according to the DSM-IV diagnostic classification. TAB is characterized as a psychiatric disorder with alternating depressive and euphoric episodes. Thus, the present study presents an analysis of borderline personality disorder and bipolar affective disorder, considering the main aspects that involve both, using the methodology of designation called bibliographic research with a qualitative descriptive approach. It appears that the multidisciplinary team must be active with full support for these patients, a broad interactive therapeutic project among caregivers.

Keywords: Borderline. Bipolar Affective Disorder, impulsivity.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. N. et al. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.** In: SILVA, J. L.; CORDAS, T. A. Transtorno bipolar do humor. - Porto Alegre: Artmed, 2006. 224p.; 25cm.

ALDA, M. **Transtorno bipolar.** São Paulo, Revista Brasileira de Psiquiatria vol.21 suppl.2 Oct. 1999.

ANGST, Jules; MARNEROS, Andreas. **Bipolarity from ancient to modern times:: conception, birth and rebirth.** Journal of affective disorders, v. 67, n. 1-3, p. 3-19, 2001.

APA—AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Associação Psiquiátrica Americana – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV.** Porto Alegre, 2014. Artes Médicas.

BASSETT, Darryl. **Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre?** A review. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, v. 46, n. 4, p. 327-339, 2012.

BECK, JS. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

BELLINO, Silvio; PARADISO, Erika; BOGETTO, Filippo. **Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: a pilot study.** The Journal of clinical psychiatry, v. 66, n. 9, p. 1111-1115, 2005.

BRASIL. **Portaria nº 315, de 30 de março de 2016.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo Ministério da saúde. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>

CAETANO, Dorgival. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** In: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Editora Artes Medicas Sul, 1993.

CUNHA, Paulo J; AZEVEDO, Maria A. S. B. **Um Caso de Transtorno de Personalidade Borderline** Atendido em Psicoterapia Dinâmica Breve. *Psic.: Teor. E Pesq.* Vol.17 Nº 01. Brasília, 2001.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. **Transtorno borderline: história e atualidade.** *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999.

DOUGHERTY, Donald M. **The conceptualization and role of impulsivity: Bipolar disorder and substance abuse.** *Psychiatric Times*, v. 22, n. 8, p. 30-30, 2005.

GOODWIN, Frederick K.; JAMISON, Kay Redfield. **Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression.** Oxford University Press, 2007.

HOLMES, M. K. et al. **Conceptualizing impulsivity and risk taking in bipolar disorder: importance of history of alcohol abuse.** *Bipolar disorders*, v. 11, n. 1, p. 33-40, 2009.

INSEL, Thomas et al. **Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.** 2010.

KETTER, Terrence A. et al. **Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder.** *J Clin Psychiatry*, v. 71, n. 6, p. e14, 2010.

KRAUS, Alfred. **How can the phenomenological-anthropological approach contribute to diagnosis and classification in psychiatry.** 2003.

MÖLLER, Hans-Jürgen. **Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, v. 258, n. 2, p. 48-73, 2008.

PATTON, Jim H.; STANFORD, Matthew S.; BARRATT, Ernest S. **Factor structure of the Barratt impulsiveness scale.** *Journal of clinical psychology*, v. 51, n. 6, p. 768-774, 1995.

PERRIS, Carlo. **A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. I. Genetic investigation.** *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, v. 194, p. 15-44, 1992.



SANCHES, Marsal; JORGE, Miguel Roberto. **Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural**. Brazilian Journal of Psychiatry, v. 26, p. 54-56, 2004.

SCHNEIDER, Kurt. **Las personalidades psicopáticas**. Ediciones Morata, 1980.

SILVA, Ana Beatriz B. **Corações Descontrolados – O Jeito Borderline de Ser**. Editora Objetiva, 2010, 2ª Edição. Rio de Janeiro, RJ.

SKODOL, Andrew E. et al. **The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure**. Biological psychiatry, v. 51, n. 12, p. 936-950, 2002.

TAMELINI, Melissa Garcia. **O Processo Psíquico sob a ótica Fenomenológica**. Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, v. 2, n. 1, p. 91-102, 2013.

WANG, Y. P. **Aspectos históricos da doença maníaco-depressiva**. Moreno RA, Moreno DH. **Da psicose maníaco-depressiva ao espectro bipolar**. São Paulo: Segmento Farma, p. 13-42, 2005.

WHITESIDE, Stephen P. ; LYNAM, Donald R. **O modelo de cinco fatores e impulsividade: Usando um modelo estrutural de personalidade para entender a impulsividade**. Personalidade e diferenças individuais , v. 30, n. 4, pág. 669-689, 2001.

WATKINS, Ted R.; LEWELLEN, Ara; BARRETT, Marjie C. **Dual diagnosis: An integrated approach to treatment**. Sage, 2001.