

# Capítulo 01

## O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: ENTRE A NEUROSE E PSICOSE

MATHEUS VIEIRA SAMPAIO<sup>1</sup>  
ANA LUIZA ARAÚJO MACHADO<sup>1</sup>  
ANA CAROLINA DE OLIVEIRA TONHOLO<sup>1</sup>  
MAÍRA LOBO PINTO<sup>1</sup>  
MONIQUE STEPHANY VITOR<sup>1</sup>  
RAFAEL AMANSO DA CONCEIÇÃO<sup>1</sup>  
ALLAN CALDAS DE SOUZA<sup>1</sup>  
JULIO CESAR DE AGUIAR ALMEIDA<sup>1</sup>  
LAVÍNIA SILVA FONSECA<sup>1</sup>  
KAROLINE NOGUEIRA BORGES<sup>1</sup>  
VITÓRIA RODRIGUES FERREIRA<sup>1</sup>  
MATHEUS HENRIQUE MARQUES DE SOUSA<sup>1</sup>  
LARISSA VICTORIEN DE SOUZA VIANA BELCHIOR<sup>1</sup>  
BÁRBARA LUIZA PEREIRA<sup>2</sup>  
RAFAELLA FIGUEIREDO ASMAR OLYNTHO DE ALMEIDA<sup>3</sup>

1. *Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde, Câmpus Aparecida de Goiânia.*
2. *Discente – Medicina da Universidade Evangélica de Goiás, Câmpus Anápolis.*
3. *Discente – Medicina da Faculdade FACERES, Câmpus São José do Rio Preto.*

**Palavras Chave:** *Boderline, Transtorno de Personalidade, Psicopatologia.*

## INTRODUÇÃO

A personalidade consiste no conjunto de características específicas de um indivíduo que ditam seus pensamentos, ações e sentimentos (NIEMANTSVERDRIET *et al.*, 2022). No que tange ao transtorno de personalidade, enuncia

sobre um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Sendo assim, o DSM-V divide os transtornos de personalidade em 3 grandes grupos (**Figura 1.1**):

Figura 1.1 Divisão dos TP

Grupos	Transtornos da Personalidade
Grupo A: Caracterizado por pessoas que apresentam uma reduzida dependência de gratificação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paranoide</li> <li>• Esquizoide</li> <li>• Esquizotípico</li> </ul>
Grupo B: Composto por pessoas que apresentam um padrão de funcionamento caracterizado por uma elevada sensibilidade ao tédio e por uma busca de novidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antissocial</li> <li>• Borderline</li> <li>• Histriônica</li> <li>• Narcisista</li> </ul>
Grupo C: Pessoas com padrões comportamentais com tendências a elevada esquiva ao dano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitativa</li> <li>• Evitativa Dependente</li> <li>• Obsessivo-compulsiva</li> </ul>

Fonte: LOUZÃ *et al.*, 2020.

O transtorno de Personalidade Borderline (TPB) pertencente ao cluster B, é caracterizado por um padrão difuso de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, com distorção da autoimagem, medo de abandono, flutuações extremas de humor e impulsividade, causando prejuízo significativo para a vida pessoal e social. Os pacientes com TPB cursam com uma variedade de sintomas, podendo coexistir com outras entidades nosológicas. Existe, também, correlação da neurose e da psicose nos pacientes com o transtorno de personalidade, principalmente aquelas que culminam com as manifestações dissociativas, compulsões, obsessões e oscilação no padrão sexual (WEST *et al.*, 2021). A psicose consiste no distúrbio da percepção da realidade, das emoções e do pensamento. Ademais, podem cursar com uma raiva inapropriada e intensa

(PURI *et al.*, 2018). O diagnóstico é feito por meio de critérios clínicos, de acordo com a diretriz do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V). O tratamento de base recomendado é a psicoterapia, podendo recorrer ao uso de psicofármacos, nos casos em que as reações do transtorno, geram potencial risco de suicídio e autolesão e ocasionam prejuízos psicossociais aos pacientes.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é evidenciar os fatores relacionados ao transtorno de personalidade borderline, a partir de uma revisão geral sobre o tema, esclarecendo de forma objetiva os aspectos abordados nessa condição e avaliar as manifestações psiconeuróticas em pacientes com esse diagnóstico em sua pluralidade social e sintomatológica, visando possíveis abordagens terapêuticas (FOLMO *et al.*, 2021).

## MÉTODO

Foi realizada uma busca literária, de forma sistemática, na base de dados PubMed, e usados os descritores seguintes: *borderline AND neurosis AND psychosis; borderline personality disorder AND neurosis OR psychosis*. A partir da combinação desses descritores, foram localizadas 69 publicações sobre o tema.

Os critérios de inclusão foram baseados no conteúdo dos títulos e resumos que tinham interface com o tema e artigos que estivessem disponíveis na íntegra, em plataformas de acesso aberto e gratuito, na data estabelecida, que deveria ser menor ou igual a seis anos. Foram excluídos os artigos que não estavam disponíveis na íntegra cuja data de publicação fosse superior a seis anos, que não abordassem com amplitude o tema central do estudo, artigos que não atendiam à questão da pesquisa e artigos com os temas repetidos.

Após essas seleções e a eliminação dos artigos, 21 artigos atenderam aos critérios para compor este estudo. Não houve riscos, pois refere-se à uma revisão sistemática. O principal benefício desse texto é ampliar o repertório relacionado ao tema proposto.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A noção de Borderline constitui-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico” (DALGALARRONDO, 2019). Sob essa perspectiva, é possível notar que havia uma insatisfação em relação à definição de quadros puramente neuróticos ou puramente psicóticos, o que levou ao estudo dos estados limítrofes, que eram casos que tinham tanto características

neuróticas como psicóticas. Estes estudos levaram à criação do conceito e do termo Borderline (ARCHER *et al.*, 2022; BEATSON, 2019). No início, o termo era utilizado para indivíduos que não pertenciam nem ao grupo das neuroses nem ao grupo das psicoses, ou seja, que estavam na “linha” ou fronteira (NIZO, 2019).

Por muito tempo, a categorização de pacientes com TPB foi inconsistente – alguns consideraram “borderline” como uma forma de esquizofrenia (esquizofrenia latente, pseudo-neurótica ou borderline) ou como um transtorno de personalidade (organização de personalidade borderline de Kernberg). Com a introdução do DSM-III, o TPB foi separado de um transtorno de personalidade esquizotípica (que era então considerado um transtorno psicótico) e os critérios entraram no sistema de classificação psiquiátrica. No entanto, os sintomas psicóticos, apesar de sua presença, não foram incluídos. Não foi até a quarta revisão do DSM (DSM-IV) que sintomas psicóticos como “sintomas dissociativos graves” ou “ideações paranoides relacionadas ao estresse transitório” foram adicionados como critério para o diagnóstico de TPB (SLOTEMA *et al.*, 2019). Os critérios DSM-5 BPD permanecem inalterados na Seção II. Na Parte III do DSM-5, o estado de “psicoticismo” (ou seja, desregulação cognitiva e perceptiva) é incluído como uma possível característica não essencial do TPB (MINARIKOVA *et al.*, 2022).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição (DSM-5), o transtorno de personalidade borderline (TPB) acomete de 2% a 3% da população mundial, sendo que as taxas de prevalência para os Transtornos de Personalidade podem chegar a até 50% em pacientes que apresentam outros transtornos mentais comórbidos, como: transtornos de humor, ansiedade generalizada, trans-

tornos alimentares, estresse pós-traumático ou dependência em substâncias (APA, 2014).

Com critérios diferentes dos propostos pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), o DSM-5 aponta como transtornos de personalidades os padrões persistentes de experiência íntima e de comportamentos que se desviam de expectativas culturais do indivíduo (**Figura 1.2**). São inflexíveis e pervasivos, ou seja, não ficam restritos a apenas um campo da vida, devendo se manifestar em ao menos duas dentre as seguintes áreas: cognição, afetividade, relações interpessoais e controle de impulsos. Começam na adolescência ou no início da vida adulta, provocam sofrimento clínico e prejuízo significativo, não sendo atribuídos a efeitos fisiológicos de substâncias ou a outras condições médicas (WINSPER *et al.*, 2020).

**Figura 1.2** Aspectos psicopatológicos do TP



**Fonte:** Adaptada de SERAFIM & MARQUES, 2014.

O sujeito com transtorno de personalidade Borderline apresenta um quadro de instabilidade afetiva e impulsividade e possui autoimagem deficiente, que pode variar de acordo com o contexto dos relacionamentos. Sentimento de vazio ou perda de identidade são frequentes. Seus relacionamentos interpessoais são intensos, estabelecem-se rapidamente, mas também

podem ser interrompidos subitamente. Reações hostis ou agressivas podem acontecer mediante a antecipação de abandono real ou imaginário (NIZO, 2019).

Segundo os Critérios Diagnósticos 301.83 (F60.3), temos: Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes: 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.) 2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. 3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo. 4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5.) 5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante. 6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias). 7. Sentimentos crônicos de vazio. 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes). 9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014).

Quanto à Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), o diagnóstico de TPB só entrou em 1992 na 10ª edição como um subtipo limítrofe do

transtorno de personalidade emocionalmente instável. Sintomas psicóticos não estavam presentes entre os critérios. A iminente 11ª edição do CID adotará uma avaliação multidimensional do transtorno de personalidade limítrofe, incluindo “sintomas dissociativos transitórios ou sinais psicóticos em situações de alta excitação afetiva” (MINARIKOVA *et al.*, 2022).

O transtorno de personalidade limítrofe é tipicamente diagnosticado por um especialista em saúde mental usando entrevistas semiestruturadas. A maioria das pessoas com TPB tem transtornos mentais coexistentes, como transtornos do humor (ou seja, depressão maior ou transtorno bipolar) (83%), transtornos de ansiedade (85%) ou transtornos por uso de substâncias (78%). A etiologia do TPB está relacionada tanto a fatores genéticos quanto a experiências adversas na infância, como abuso sexual e físico (LEICHSENRING *et al.*, 2023).

Tendo em vista que o padrão de impulso e instável das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos, sintomas como sentimentos crônicos de vazio e acentuada reatividade de humor se refletem em comportamentos auto mutilantes, relacionamentos problemáticos e tentativas suicidas frequentes; foi verificado que a autoagressão pode ser considerada um importante marcador de risco observável durante a adolescência para a detecção precoce do TPB, uma vez que esse comportamento está ligado com problemas subjacentes de regulação emocional e controle de impulsos (REICHL & KAESS, 2021).

Nessas circunstâncias, percebe-se que a afetividade negativa, caracterizada pelo humor negativo oscilante, acarreta a baixa capacidade de adaptação a situações de estresse, dificuldade de compreensão e disfunção crônica das emoções e da autoimagem; levando a um comportamento autodestrutivo e se tornando um grande obstáculo para vivências interpessoais.

Vale considerar, a complexidade dos aspectos psicopatológicos representada pelo transtorno de personalidade limítrofe, tendo em conta que os pacientes não se enquadram nem no padrão neurótico e nem no padrão psicótico plenamente. Tal fato pode ser evidenciado na concepção de que a fenomenologia do TPB não se apresenta idêntica entre os indivíduos, ademais, pode estar presente nas queixas psiquiátricas ideação paranoide associada a estresse e episódios micro psicóticos, a exemplo de alucinações auditivas que ocorrem nos transtornos do espectro da esquizofrenia (SLOTTEMA *et al.*, 2018a).

Sabendo que o quadro clínico inclui sintomas cognitivo-perceptivos, como desconfiança, ideias de referência, pensamentos paranoides, delírios, desrealização, despersonalização e sintomas semelhantes a alucinações, e considerando os resultados dos estudos recentes, conclui-se que os sintomas psicóticos no TPB não são incomuns (COTTON *et al.*, 2022; FERNÁNDEZ-GUERRERO, 2017). São sintomas psicóticos diversos e fenomenologicamente semelhantes aos dos transtornos do espectro da esquizofrenia, porém têm sido descritos como de curta duração, menos graves e qualitativamente diferentes. Além disso, são marcadores de psicopatologia mais grave e pior prognóstico (especificamente hospitalizações mais frequentes e tendências suicidas). No entanto, não há um consenso comum sobre sua etiologia, fenomenologia, gravidade ou tratamento (MINARIKOVA *et al.*, 2022).

Em um estudo da *Northwestern Mental Health Behavioural and Psychiatric Research and Ethics Committee*, os achados revelam que os sintomas psicóticos, tais como, alucinações, paranoia e pensamentos estranhos, são importantes marcadores de risco para uma ampla gama de transtornos e que os jovens com experiências de psicose têm maior comprometimento.

mento funcional do que aqueles sem, mesmo quando comparados a jovens com a mesma psicopatologia (THOMPSON *et al.*, 2019). Logo, o TPB é associado a vários fatores psicopatológicos, bem como causas multifatoriais e varia de acordo com indivíduos em sua estrutura mental e psíquica. Há agravantes quanto à presença persistente de psicose, uma vez que a perturbação das alucinações, sensação de vazio e abandono levam ao aumento das tentativas de autoextermínios, hospitalizações e automutilação (THOMPSON *et al.*, 2019).

A psicose no transtorno de personalidade limítrofe pode ser caracterizada pela presença de alucinações auditivas, olfativas, táteis e visuais. Além de que, há associação ao transtorno do estresse pós-traumático e a uma história de trauma na infância, especialmente por abuso emocional, sexual e físico. (MINARIKOVA *et al.*, 2022). Embora o transtorno de personalidade borderline possua separações dos critérios diagnósticos de esquizofrenia, os estudos demonstraram mais semelhanças do que diferenças. Há diferenças entre perturbações das alucinações, descolamento da realidade, e ainda um acometimento não funcionalidade e realização das atividades de vida diária. Na esquizofrenia há maior prejuízo e menor resistência emocional ao se submeterem a controles por vozes das alucinações auditivas.

Em uma linha psicanalítica, a junção das fases do desenvolvimento de identidade (id, ego e superego) do ser, bem como, a sua inserção na sociedade e capacidade de percepção da realidade resulta na construção de relações sociais. Ao estabelece-las, o inconsciente do indivíduo com TPB retoma conflitos que tem raízes na história infantil entre o desejo e a defesa (GAJWANI *et al.*, 2022). Outrossim, o comportamento entre o que é desejável e permitido ou ao que é nocivo e prejudicial suscita a percepção do que é certo ou errado inserindo ao contexto

de realidade. Tais raízes de sofrimento da infância, geram angústia no jovem ou adulto e afetam as relações interpessoais, como referenciado pela autora Ruth Di Nizo em que cita “na neurose, a angústia considerada é a de castração” (NIZO, 2019). Freud percebeu sua importância na constituição do ser humano e a estudou em seus diversos aspectos. Embora a questão da castração esteja presente no Borderline, ela não é estruturante da sua personalidade, como acontece no neurótico.

A psicose e neurose se encontram em uma linha tênue do transtorno de personalidade, portanto, o tratamento consiste na junção de uma escuta ativa e acolhedora com enfrentamento dos traumas do inconsciente (SCHANDRIN *et al.*, 2022). De forma que a psicoterapia seja primordial para restabelecer as raízes da formação da personalidade, alívio do sofrimento e sensação de abandono com a formação de consciência social relacionado aos sintomas de gravidade, na prevenção de suicídios, exposição a comportamento de risco e preservação da vida (SIHN, 2022).

Portanto, a primeira linha para o tratamento é a psicoterapia, como a terapia comportamental dialética e a terapia psicodinâmica, que reduz a gravidade dos sintomas primários mais do que o tratamento usual. Não há evidências de que qualquer medicação psicoativa melhore consistentemente os sintomas centrais do TPB. Para transtornos mentais comórbidos discretos e graves, por exemplo, depressão maior, pode ser prescrita farmacoterapia, como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina Escitalopram, Sertralina ou Fluoxetina. Para o tratamento de curto prazo da crise aguda no TPB, consistindo em comportamento ou ideação suicida, ansiedade extrema, episódios psicóticos ou outro comportamento extremo que possa colocar em risco um paciente ou outras pessoas, é necessário o gerenciamento da crise, que pode

incluir a prescrição de antipsicóticos de baixa potência (por exemplo, Quetiapina) ou uso *off-label* de anti-histamínicos sedativos (por exemplo, prometazina). Esses medicamentos são preferidos aos benzodiazepínicos, como Diazepam ou Lorazepam (LEICHSENRING *et al.*, 2023).

## CONCLUSÃO

Tendo em vista que o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) acomete de 2 a 3% da população mundial, é notório que essa morbidade juntamente com outras questões de saúde mental, são fatores de preocupação para a saúde pública. Uma vez que, esse transtorno pode ser responsável por 20% de internações psiquiátricas e 75% dos pacientes podem cursar com automutilação e suicídio. Os pacientes portadores de TPB apresentam problemas graves nas relações interpessoais e cursam com sofrimento intenso e má adesão ao tratamento. Sua angústia o move a comportamentos impulsivos e explosivos sem que o mesmo a perceba, o que a torna muitas vezes imprevisível até para si mesmo. Assim as suas características de impulsividade e os demais elementos do diagnóstico borderline podem ser facilmente controlados com auxílio de psicoterapia.

A correlação da neurose e da psicose é evidente nesse grupo, uma vez que está vinculada a alterações do juízo da realidade, sensoriais, perturbações do humor e pensamento. Vale considerar que o grau de perturbação psíquica está vinculado a presença ou não de patologias mentais comórbidas e, também, a gravidade dos conflitos interpessoais e de autoimagem avaliados na história do paciente (SLOTEMA *et al.*, 2018b). O diagnóstico é clínico, de acordo com a diretriz do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V). Porém ainda é um diagnóstico recente comparado aos demais, que carece de mais aprofundamentos em estudos específicos do transtorno devido às diversas confusões teóricas e falta de consenso entre pesquisadores sobre tal psicopatologia. Em relação ao tratamento, inclui psicoterapia e tratamento farmacológico como estabilizadores de humor, antipsicóticos atípicos e pesquisam mais recentes também incluem ômega-3 e ocitocina. Estima-se que se estabeleça um “bom” prognóstico de acordo com o DSM-V entre os 30 e 50 anos de idade, adquirindo estabilidade emocional, diminuição dos comportamentos impulsivos e explosivos e melhora em suas relações, sendo relativo ao contexto sócio histórico, biopsicossocial e do padrão de vida de cada sujeito.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARCHER, M. *et al.* Mentalizing in first-episode psychosis: Correlates with symptomatology and traits of borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry*, v. 10.1111, p. eip.13356, 2022.

BEATSON, J. Borderline personality disorder and auditory verbal hallucinations. *Australasian Psychiatry*, v. 27, n. 6, p. 548, 2019.

COTTON, S.M. *et al.* A comparison of experiences of care and expressed emotion among caregivers of young people with first-episode psychosis or borderline personality disorder features. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 56, n. 9, p. 1142, 2022.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*, 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

FERNÁNDEZ-GUERRERO, M.J. Los confusos límites del trastorno límite. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. 37, n. 132, p. 399, 2017.

FOLMO, E.J. *et al.* Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment-Goals, Bonds, and Tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, v. 31, n. 5, p. 604, 2021.

GAJWANI, R. *et al.* Recruiting and exploring vulnerabilities among young people at risk, or in the early stages of serious mental illness (borderline personality disorder and first episode psychosis). *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, p. 943509, 2022.

LEICHSENDRING, F. *et al.* Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*, v. 329, n. 8, p. 670, 2023.

LOUZÃ, M.R. *et al.* *Transtornos da Personalidade - 2ª Edição*. Porto Alegre: Artmed, p. 15-100. 2020.

MINARIKOVA, K.B. *et al.* Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, v. 18, p. 787, 2022.

NIEMANTSVERDIET, M.B.A. *et al.* Characteristics and stability of hallucinations and delusions in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, v. 113, p. 152290, 2022.

NIZO, R.D. Uma Reflexão Sobre o Transtorno de Personalidade Borderline. 43 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia) - PUC-SP, São Paulo, 2019.

PURI, P. *et al.* Individuals with Borderline Personality Disorder manifest cognitive biases implicated in psychosis. *Psychiatry research*, v. 267, p. 414, 2018.

REICHL, C. & KAESS, M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, v. 37, p. 139, 2021.

SCHANDRIN, A. *et al.* Co-occurring first-episode psychosis and borderline personality pathology in an early intervention for psychosis cohort. *Early intervention in psychiatry*, v. 10.1111, p. eip.13352, 2022.

SERAFIM, A.P. & MARQUES, N.M. *Transtornos da Personalidade*. 1ª Edição, Porto Alegre: Artmed, p. 241, 2014.

SIHN, K.H. Distinguishing between neurosis and psychosis: discourses on neurosis in colonial. *Korea History of psychiatry*, v. 33, n. 3, p. 350, 2022.

SLOTEMA, C.W. *et al.* Auditory Verbal Hallucinations in Borderline Personality Disorder and the Efficacy of Antipsychotics: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, v. 9, p. 347, 2018a.

SLOTEMA, C.W. *et al.* Comorbid Diagnosis of Psychotic Disorders in Borderline Personality Disorder: Prevalence and Influence on Outcome. *Frontiers in psychiatry*, v. 9, p. 84, 2018b.

SLOTEMA, C.W. *et al.* Hallucinations in patients with borderline personality disorder: characteristics, severity, and relationship with schizotypy and loneliness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 139, n. 5, p. 434, 2019.

THOMPSON, K.N. *et al.* Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 28, n. 7, p. 985, 2019.

WEST, M.L. *et al.* Comorbid early psychosis and borderline personality disorder: Conceptualizing clinical overlap, etiology, and treatment. *Personal Ment Health*, v. 15, n. 3, p. 208, 2021.

WINSPEER, C. *et al.* Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 54, n. 3, p. 308, 2020.