



BASES NEUROBIOLÓGICAS DA AUTOMUTILAÇÃO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DA DOR

Neurobiological basis of self-harm in patients with borderline personality disorder: An investigation into pain perception

Karen Rufino Ribeiro¹

Carla de Moraes Machado²

¹Aluna do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Bauru – FIB
karenerufino@gmail.com

²Orientadora e Docente do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Bauru – FIB
moraescm90@gmail.com

Resumo

A automutilação em indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um fenômeno complexo que envolve desregulação emocional, impulsividade e alterações na percepção da dor. Pacientes com TPB apresentaram hipoalgesia, maior sensibilidade ao estresse e dificuldades no manejo afetivo, podendo levar ao uso da automutilação como forma de alívio emocional ou regulação interna. Compreender os mecanismos neurobiológicos associados a esse comportamento torna-se essencial para qualificar intervenções clínicas. O objetivo deste trabalho foi investigar as bases neurobiológicas da automutilação e da percepção da dor em pacientes com TPB. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir de uma busca sistematizada de artigos científicos em bases de dados nacionais e internacionais, com definição prévia de descritores, critérios de inclusão e exclusão e análise qualitativa dos estudos selecionados, utilizando artigos publicados nos últimos dez anos em bases como PubMed, SciELO e PsycINFO, priorizando estudos clínicos, neuroimagem e pesquisas experimentais. Os resultados indicaram alterações funcionais na amígdala, no córtex pré-frontal, no córtex cingulado anterior e na ínsula,

além de disfunções nos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e opioide endógeno, contribuindo para níveis reduzidos de percepção dolorosa e para a sensação de alívio após o comportamento auto lesivo. Intervenções psicoterapêuticas voltadas à regulação emocional, como a Terapia Comportamental Dialética, podem reduzir significativamente esses comportamentos. Assim, a automutilação no TPB é sustentada pela interação entre fatores emocionais e neurobiológicos, reforçando a importância de abordagens integradas no cuidado clínico.

Palavras-Chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Automutilação; Percepção da Dor; Neurobiologia; Regulação Emocional.

Abstract

Self-harm in individuals with borderline personality disorder (BPD) is a complex phenomenon involving emotional dysregulation, impulsivity and altered pain perception. Research indicated that patients with BPD often present hypoalgesia, heightened stress sensitivity and difficulties in emotion regulation, leading to the use of self-injury as a mechanism for emotional relief or internal regulation. Understanding the neurobiological mechanisms associated with this behavior is essential for improving clinical interventions. The objective of this study was to investigate the neurobiological bases of self-harm and pain perception in patients with BPD. This work comprises a literature review based on articles published over the last decade, drawn from databases such as PubMed, SciELO, and PsycINFO, with a focus on clinical studies, neuroimaging research, and experimental findings. Functional alterations in the amygdala, prefrontal cortex, anterior cingulate cortex and insula, as well as dysfunctions in the serotonergic, dopaminergic, and endogenous opioid systems, reduced pain perception and led to the reported relief experienced after self-harm. Evidence also suggested that psychotherapeutic interventions focused on emotional regulation, such as Dialectical Behavior Therapy, can significantly reduce self-injurious behaviors. In conclusion, self-harm in BPD results from the interaction between emotional dysregulation and neurobiological processes, reinforcing the need for integrated approaches in clinical care.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Self-mutilation; Pain Perception; Neurobiology; Emotional Regulation.

INTRODUÇÃO

O ato da automutilação é caracterizado por dor a si mesmo de maneira intencional, muitas vezes sem o objetivo de provocar a própria morte. Esta tem sido uma expressão comum entre pessoas diagnosticadas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) o qual, conforme descrito no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5ª edição (DSM- 5), é marcado por um padrão envolvendo distúrbios de autoimagem, flutuações do humor, instabilidade emocional, hipersensibilidade perante relações interpessoais e impulsividade (APA, 2014). Nos

últimos anos, estudos indicaram que esse comportamento pode estar ligado a formas distintas de sentir e interpretar a dor. Em muitos casos, os pacientes relataram uma experiência física da dor que se difere do esperado, o que chamou a atenção de profissionais e pesquisadores da saúde mental (Loduca et al., 2014).

Trabalhos recentes mostraram uma hiperatividade na amígdala, região cerebral responsável pelo processamento de emoções como medo e raiva, resultando em respostas emocionais intensas e desproporcionais (Rossi et al., 2020). Simultaneamente, observou-se uma hipoatividade no córtex pré-frontal, área encarregada do controle de impulsos e da regulação emocional, o que compromete a capacidade de modulação dessas respostas. Além disso, o córtex cingulado anterior, envolvido na detecção de erros e na regulação da atenção, apresenta atividade reduzida, contribuindo para a instabilidade emocional característica do TPB. Essas alterações neurobiológicas dificultam o controle sobre emoções intensas e impulsos, aspectos centrais do transtorno (Rossi et al., 2020).

As alterações neurológicas referem-se a modificações no funcionamento e na organização de estruturas cerebrais, bem como nos sistemas neuroquímicos envolvidos na regulação emocional, no controle de impulsos e no processamento de estímulos aversivos. No Transtorno de Personalidade Borderline, essas alterações envolvem padrões atípicos de ativação e comunicação entre regiões cerebrais responsáveis pela integração entre emoção, cognição e comportamento, o que pode resultar em respostas emocionais intensas, dificuldade de modulação afetiva e impulsividade. Tais disfunções não devem ser compreendidas de forma isolada, mas como parte de um sistema cerebral interconectado que influencia diretamente a forma como o indivíduo percebe, interpreta e responde às experiências internas e externas (American Psychiatric Association, 2014; Rossi et al., 2020).

Outro aspecto importante é o papel da ínsula, uma estrutura cerebral localizada profundamente no córtex, que desempenha um papel crucial na percepção das sensações internas do corpo, conhecidas como visceroceção. Alterações na atividade da ínsula podem modificar a maneira como as sensações viscerais são percebidas, influenciando a experiência da dor visceral e potencialmente afetando a regulação emocional (Craig, 2003).

Diante de uma experiência de intensa sobrecarga emocional, uma característica do transtorno, o paciente recorre a automutilação como uma estratégia, ainda que disfuncional, para lidar com esta sobrecarga emocional (Chapman; Gratz; Brown, 2006). Portanto, investigar como essas mudanças no funcionamento cerebral se relacionam com o comportamento auto lesivo torna-se fundamental. Ao compreender melhor essas associações, é possível pensar em abordagens clínicas mais amplas, empáticas e eficazes, que considerem não só os aspectos emocionais, mas também as bases neurobiológicas envolvidas na experiência de quem vive com TPB.

Apesar dos avanços nas investigações sobre o TPB, a automutilação ainda representa um grande desafio clínico e científico, sobretudo por sua frequência, complexidade e resistência às interações tradicionais. Estima-se que até 80% dos indivíduos com TPB se engajam em comportamentos auto lesivos ao longo da vida, sendo essa uma das características diagnósticas mais marcantes da condição (APA, 2014; Glenn & Klonsky, 2013). O problema se agrava quando se observa que, em muitos desses casos, os pacientes relatam sentir pouco ou nenhum desconforto físico durante os episódios de automutilação. Essa aparente “insensibilidade à dor” levanta questionamentos importantes sobre o papel da neurobiologia na percepção dolorosa desses indivíduos (Santos et al., 2014).

Esse quadro sugere uma possível dissociação entre dor física e dor emocional, o que pode contribuir para a manutenção do comportamento auto lesivo como uma tentativa de regulação afetiva. Entende-se por regulação afetiva a capacidade de identificar, compreender e modular as próprias emoções de forma adaptativa, especialmente diante de experiências emocionais intensas. No Transtorno de Personalidade Borderline, essa capacidade encontra-se significativamente comprometida, o que contribui para respostas emocionais intensas e para a utilização de comportamentos autolesivos como uma estratégia disfuncional de alívio ou manejo do sofrimento emocional (American Psychiatric Association, 2014; Glenn & Klonsky, 2013). Com a ressonância magnética, aspectos neurobiológicos foram investigados como os possíveis fatores de atenuantes do transtorno estudado, sendo eles, o volume reduzido da amígdala (inconsciente), volume da glândula hipófise em adolescentes com TPB associado a comportamentos suicidas, redução do volume de

massa cinzenta no giro cingulado anterior e posterior, tamanho reduzido do córtex parietal direito, entre outros (Soloff & Fábio, 2014). Além disso, disfunções no sistema opioide e serotoninérgico parecem estar envolvidas na diminuição da percepção da dor e no aumento da tolerância ao sofrimento físico, o que reforça a necessidade de compreender os mecanismos neurobiológicos implicados nesse fenômeno (Stanley *et al.*, 2010).

Em adição, o histórico de experiências adversas precoces, como negligência ou abuso, pode estar associado a alterações duradouras no funcionamento cerebral, o que impacta diretamente a forma como esses indivíduos vivenciam estados emocionais intensos e impulsos autodestrutivos (Hosseini- Kamkar *et al.*, 2023). Há também indícios de que dificuldades em reconhecer e nomear os próprios sentimentos, um traço comum entre pacientes com TPB, estejam vinculadas a modificações na comunicação entre regiões cerebrais envolvidas na percepção visceroceptica e no controle cognitivo (Schulz *et al.*, 2020).

Estudos recentes apontaram que alterações na resposta cerebral à dor podem estar diretamente associadas à manutenção do comportamento auto lesivo, indicando que a automutilação pode funcionar como uma forma de “reorganização emocional” frente à incapacidade de nomear ou regular sentimentos intensos (Niedtfeld *et al.*, 2010). Assim, a análise do funcionamento de estruturas cerebrais como a amígdala, o córtex cingulado e a ínsula diante de estímulos dolorosos contribuem para a compreensão da relação entre dor, emoção e comportamento autolesivo no TPB, oferecendo subsídios para intervenções clínicas mais sensíveis as particularidades neurofuncionais desses pacientes.

Portanto, compreender como a dor é processada e modulada em pacientes com TPB que se automutilam é fundamental para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes, que levem em conta não apenas os aspectos comportamentais e emocionais, mas também as bases neurobiológicas do transtorno.

Embora a automutilação seja uma manifestação comum entre esses pacientes, os fatores que a sustentam no nível cerebral ainda são, em grande parte, pouco compreendidos, o que dificulta intervenções eficazes e verdadeiramente transformadoras no cuidado desses sujeitos (Niedtfeld *et al.* 2010).

A relevância deste estudo se reforça ainda mais quando se considera o impacto que comportamentos auto lesivos têm não só na vida do paciente, mas também na dinâmica familiar, nos serviços de saúde mental e na sociedade como um todo. O estigma que frequentemente recai sobre esses indivíduos pode ser combatido a partir de um olhar mais técnico, empático e informado, que reconheça o transtorno para além de seus rótulos comportamentais, enxergando a automutilação como uma resposta complexa a desregulações internas e não como um simples ato de descontrole ou manipulação (Bozzatello *et al.*, 2021).

Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar as possíveis relações entre a atividade cerebral em regiões como a amígdala, o córtex cingulado e a ínsula, e os comportamentos auto lesivos manifestados por indivíduos com TPB. Ao reunir elementos clínicos, neurocientíficos e sociais, esta pesquisa busca não apenas aprofundar a compreensão sobre os fatores que contribuem para o comportamento auto lesivo no TPB, mas também incentivar abordagens terapêuticas mais integradas, humanas e baseadas em evidências.

MÉTODO

Este trabalho caracterizou-se como uma pesquisa básica, de abordagem qualitativa e natureza descritiva, cujo objetivo foi compreender, a partir da literatura científica, de que maneira as alterações neurobiológicas associadas ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) como as bases neurológicas discutidas ao longo da pesquisa se articulam com a percepção da dor e com as manifestações auto lesivas e por conseguinte, os comportamentos de automutilação frequentemente observados nesses indivíduos.

Para alcançar esse propósito, adotou-se a metodologia de revisão bibliográfica, que consiste na coleta, análise e interpretação de produções acadêmicas previamente publicadas, com a finalidade de embasar teoricamente a investigação. Assim, foram selecionadas obras disponíveis em livros, artigos científicos e trabalhos acadêmicos, como teses e dissertações, que abordaram os temas centrais deste trabalho de forma atualizada e pertinente. Os livros utilizados foram sistematizados a partir da literatura integral dos capítulos relacionados a neurobiologia, psicopatologia e transtorno de personalidade Borderline, sendo selecionados conforme sua

relevância teórica para os eixos da pesquisa. O material foi levantado mediante consulta direta aos capítulos que abordavam percepção da dor, automutilação e funcionamento cerebral, descrevendo-se as contribuições de cada obra para construção do referencial teórico.

A busca por fontes foi conduzida de maneira sistemática em bases de dados científicas amplamente reconhecidos, como PubMed, SciELO, Google Scholar e IEEE Xplore. Para o refinamento dos resultados, empregou-se operadores booleanos (AND e OR) combinados com os seguintes descritores: “Transtorno de Personalidade Borderline”, “automutilação”, “neurobiologia”, “percepção da dor” e “bases neuropsicológicas”.

Foram incluídos estudos publicados preferencialmente entre 2014 e 2025, mas incluíram-se estudos clássicos anteriores devido a sua relevância científica, nos idiomas português e inglês, com disponibilidade integral do texto e que apresentaram relação direta com os aspectos neurobiológicos do TPB, a percepção da dor e os comportamentos autolesivos. Foram excluídos materiais opinativos, duplicados, sem fundamentação científica ou que não abordaram de maneira específica os eixos temáticos desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição de saúde mental complexa, caracterizada por um padrão persistente de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e na regulação emocional. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição (DSM-5), o diagnóstico é estabelecido quando o indivíduo apresenta pelo menos cinco dos nove critérios clínicos, que incluem esforços intensos para evitar abandono real ou imaginado, padrão de relacionamentos interpessoais intensos e instáveis, perturbação de identidade, impulsividade em áreas potencialmente autodestrutivas, comportamentos ou ameaças suicidas recorrentes, instabilidade afetiva, sentimentos crônicos de vazio, raiva intensa e dificuldade em controlá-la, e episódios transitórios de ideação paranoide ou sintomas dissociativos relacionados ao estresse (American Psychiatric Association, 2014).

Em termos emocionais, o TPB se manifesta por uma sensibilidade acentuada às experiências interpessoais, com respostas emocionais frequentemente

desproporcionais ao estímulo que as desencadeia. Essa reatividade intensa pode levar a mudanças bruscas de humor, alternando com períodos de euforia, irritabilidade, tristeza e ansiedade ao longo de poucas horas. No campo comportamental, é comum observar impulsividade, autolesão, tentativas de suicídio ou comportamentos de risco como forma de lidar com sofrimento psicológico intenso. Esses comportamentos, embora nocivos, muitas vezes têm uma função de comunicação ou de regulação emocional para o indivíduo, ainda que tragam consequências negativas significativa (American Psychiatric Association, 2014; Dalgalorrondo, 2019).

No aspecto interpessoal, as relações costumam ser marcadas por um padrão de idealização e desvalorização, conhecido como “pensamento dicotômico” ou “tudo ou nada”, podendo ser utilizadas expressões como “8 ou 80”. Assim, alguém pode ser visto como “perfeito” e, após um evento frustrante, ser imediatamente percebido como totalmente “ruim”. Essa dinâmica contribui para rupturas frequentes nos vínculos e reforça o sentimento de instabilidade que permeia a vida da pessoa com TPB (American Psychiatric Association, 2014; Kernberg, 2004; Linehan, 1993).

A relevância clínica do TPB no contexto da saúde mental é expressiva, não apenas pela intensidade do sofrimento vivenciado, mas também pelo risco elevado de comportamentos autodestrutivos e suicídio. Um estudo indicou que aproximadamente 10% das pessoas diagnosticadas com TPB acabam cometendo suicídio (Lieb et al., 2004), o que reforça a urgência de intervenções terapêuticas adequadas e precoces (Linehan, 1993). Além disso, o transtorno afeta significativamente a qualidade de vida e o funcionamento social e ocupacional, gerando impacto não apenas para o indivíduo, mas também para familiares, amigos e a rede de apoio. Compreender o TPB de forma humanizada implica reconhecer que por trás dos comportamentos considerados “problemáticos” ou “difíceis”, há uma tentativa, muitas vezes desesperada, de lidar com dores emocionais profundas e um medo avassalador de rejeição e abandono. Essa visão amplia a empatia do profissional e orienta intervenções mais sensíveis, que validem a experiência subjetiva da pessoa, ao mesmo tempo que favoreçam o desenvolvimento de recursos internos para lidar com

a instabilidade emocional e relacional. Contextualização do tema precisa estar na fundamentação teórica, para que os dados sejam aqui discutidos

A automutilação, também conhecida como autolesão não suicida (*Non-Suicidal Self-Injury – NSSI*), é um comportamento frequentemente observado em pessoas com TPB, merecendo atenção especial tanto pela sua prevalência quanto pela carga emocional e social que carrega. Trata-se de um ato intencional de causar dano ao próprio corpo, sem a intenção consciente de provocar a morte. Embora ambos os comportamentos (suicida e não suicida) possam coexistir no mesmo indivíduo, a NSSI busca, predominantemente, aliviar sofrimento emocional, regular estados internos intensos ou comunicar, de forma não verbal, uma necessidade de ajuda. O comportamento suicida, por sua vez, está mais associado à desesperança extrema, sensação de fardo e desejo de cessar a existência. Essa distinção é essencial no contexto clínico, pois influencia diretamente a avaliação de risco e as estratégias de intervenção. No entanto, apesar de diferentes em sua motivação principal, a automutilação aumenta significativamente a probabilidade de tentativas futuras de suicídio, funcionando como um importante marcador de vulnerabilidade (St. Germain & Hooley, 2012; Klonsky & Glenn, 2013).

Do ponto de vista funcional, a automutilação no TPB geralmente se manifesta em formas como cortes superficiais, queimaduras e arranhar-se, caracterizando-se por provocar dor aguda e localizada. Tais comportamentos, embora prejudiciais, podem servir como estratégias de regulação emocional, comunicação de sofrimento, autopunição ou recuperação de sensações em estados de entorpecimento (Klonsky, 2013; Apa, 2014).

A compreensão desse fenômeno envolve considerar aspectos da dor. A nocicepção somática inicia-se em nociceptores periféricos (terminações livres), transmitida por fibras tipo A-delta e C até a medula espinal ou tronco encefálico, via nervos espinais ou nervo trigêmeo (IV par de nervos cranianos). As fibras nervosas espinotalâmicas ascendem pela medula via funículo lateral do lado oposto e alcançam estruturas superiores como tálamo e córtex somatossensorial, onde a dor é reconhecida de forma consciente (percepção dolorosa). A regulação neuroquímica é

realizada por neurotransmissores como glutamato, substância P, opioides endógenos, serotonina e noradrenalina. Em paralelo, áreas como a amígdala, o córtex cingulado anterior e a ínsula participam da interpretação emocional e subjetiva desse estímulo, modulando a intensidade e o significado afetivo da dor (Craig, 2015).

Em indivíduos com TPB, observa-se uma hiperatividade da amígdala que intensifica nessa região a resposta emocional a estímulos dolorosos, uma hipoatividade do córtex pré-frontal que reduz o controle inibitório e a regulação emocional, além de uma menor responsividade do córtex cingulado anterior à alteração da ínsula, que comprometem a percepção interoceptiva e a interação entre a dor física e o sofrimento emocional. Estudos neurobiológicos mostraram que pessoas com TPB podem apresentar limiares elevados para estímulos dolorosos, fenômeno descrito como hipoalgesia, possivelmente associado à ativação do sistema opioide endógeno e a alterações nos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico (Niedtfeld et al., 2010; Niedtfeld et al., 2017).

A experiência da dor vai muito além de um simples estímulo físico, ela é moldada por fatores emocionais, cognitivos e contextuais, sendo processada por um intrincado conjunto de estruturas cerebrais e sistemas neuroquímicos. No TPB, estudos revelaram que a percepção e a modulação da dor apresentam particularidades que ajudam a compreender comportamentos como a automutilação. Frequentemente, esses indivíduos relatam sentir menos dor física diante de estímulos que seriam altamente desconfortáveis para a maioria das pessoas, fenômeno que desperta interesse e preocupação clínica. Do ponto de vista cerebral, a amígdala contribui para a hipersensibilidade emocional e para a intensificação da resposta a estímulos negativos, enquanto o hipocampo, envolvido na contextualização das experiências, pode falhar em modular adequadamente memórias dolorosas e estressoras. Já o córtex pré-frontal cuja função é inibir impulsos e regular emoções tende a apresentar hipoatividade funcional em pacientes com TPB, o que compromete sua capacidade de controlar tanto a intensidade do sofrimento psíquico quanto do desconforto somático (Schmaal et al., 2010; Koenig et al., 2017).

Do aspecto neuroquímico, neurotransmissores como serotonina, dopamina e opioides endógenos participam ativamente dessa dinâmica, podendo apresentar padrões alterados em pessoas com transtorno de personalidade borderline. A redução da atividade serotoninérgica em regiões como córtex pré-frontal e o sistema límbico

está associada à impulsividade e à dificuldade de inibição de respostas emocionais intensas. Além disso, observou-se uma hiperativação do sistema opioide endógeno durante episódios de automutilação, o que pode gerar analgesia temporária e sensação de alívio, funcionando como reforçador do comportamento. Alterações no sistema dopaminérgico, por sua vez, têm sido relacionadas a padrões de recompensa disfuncionais e à maior vulnerabilidade à busca de experiências intensas (Soloff; Fábio, 2014). Essas características ajudam a explicar por que a automutilação pode produzir sensação de tranquilidade momentânea, ainda que acompanhada de consequências negativas, reforçando a importância de intervenções clínicas que ofereçam estratégias alternativas e seguras de regulação emocional.

Nesse sentido, aprofundar a relação entre regulação emocional e percepção da dor permite compreender por que a experiência sensorial dolorosa pode atuar como mecanismo de alívio frente ao sofrimento psíquico. Para muitos indivíduos, a dor física passa a desempenhar um papel paradoxal: apesar de causar sofrimento ao corpo, também pode funcionar como um recurso de regulação emocional imediata, oferecendo alívio transitório frente à sobrecarga emocional. Dados que utilizaram ressonância magnética funcional também corroboraram esse dado ao revelar uma reatividade reduzida do córtex cingulado anterior e aumento da ativação da amígdala em situações dolorosas em pacientes com TPB (Reitz et al., 2023). Pesquisas envolvendo indivíduos com histórico de automutilação apontaram que houve um processo de dessensibilização e analgesia, indicando limiares para dor mais elevados e reatividade fisiológica reduzida diante de estímulos nocivos. Essas alterações na modulação da dor podem estar associadas a mecanismos neurobiológicos específicos, como liberação de endorfinas e alterações nas vias de regulação do estresse (Niedtfeld et al., 2017 & Koenig et al., 2017). Assim, o trabalho clínico precisa incluir estratégias que ajudem o indivíduo a identificar emoções, reconhecer gatilhos e desenvolver alternativas viáveis à automutilação.

Diante dessa compreensão ampliada sobre a automutilação e a modulação da dor no TPB, torna-se possível desenvolver abordagens terapêuticas mais sensíveis e alinhadas às necessidades do paciente. As intervenções baseadas em evidências, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia Baseada na Mentalização (MBT) têm se mostrado eficazes no ensino de habilidades de regulação emocional, no fortalecimento da capacidade reflexiva e na redução de comportamentos

autodestrutivos (Linehan, 1993; Bateman; Fonagy, 2008; Bozzatello et al., 2021). A DBT organiza-se em módulos que desenvolvem *mindfulness*, tolerância ao estresse, efetividade interpessoal e regulação emocional, enquanto a MBT busca aprimorar a capacidade de compreender estados mentais próprios e alheios, favorecendo maior estabilidade nas relações e no manejo das emoções.

Além dessas abordagens estruturadas, é fundamental incluir estratégias específicas de manejo de crises, como planos de segurança, técnicas de *grounding* e definição de alternativas concretas a serem utilizadas em momentos de intensa ativação emocional. Em alguns casos, intervenções farmacológicas podem ser utilizadas de forma complementar, principalmente diante de comorbidades como depressão ou ansiedade, sendo mais estudados os antidepressivos da classe de inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), os estabilizadores de humor e os antipsicóticos atípicos, que podem auxiliar no manejo de impulsividade, instabilidade afetiva e sintomas dissociativos (Bozzatello et al., 2021). Quando articuladas de forma cuidadosa e individualizada, essas diferentes estratégias favorecem um cuidado mais humanizado, que acolhe o sofrimento e propõe caminhos viáveis e respeitosos para o enfrentamento das crises.

Embora essas abordagens ofereçam resultados promissores no manejo clínico, o tratamento do TPB exige também uma compreensão das dimensões sociais e éticas que atravessam o cuidado. O estigma ainda existente em torno do diagnóstico contribui para o isolamento e para o julgamento moral do sofrimento, dificultando o acesso a um cuidado digno e efetivo. Muitas vezes, esses indivíduos são vistos como manipuladores ou “difíceis”, quando na verdade estão profundamente imersos em experiências emocionais caóticas. Esse tipo de olhar estigmatizante compromete a qualidade da assistência e pode gerar sentimentos de rejeição, abandono e inadequação. Reconhecer a base neurobiológica desses comportamentos também ajuda a desconstruir ideias moralizantes e fortalece uma postura clínica mais empática e ética (Bozzatello et al., 2021).

Diante disso, o acolhimento e a escuta qualificada tornam-se pilares fundamentais da relação terapêutica (Stanley, 2010). É por meio da validação do sofrimento e da oferta de um espaço livre de julgamentos que o sujeito se sente legitimado a compartilhar seu sofrimento e a construir, gradualmente, outras formas de enfrentamento. A psicoeducação desempenha papel essencial tanto para

pacientes quanto para familiares e redes de apoio, pois possibilita uma compreensão mais ampla do transtorno, favorecendo respostas mais cuidadosas e menos preconceituosas. Fortalecer redes de apoio de punho formal ou informal pode fazer grande diferença na trajetória de quem convive com o TPB, ajudando a reduzir recaídas, ampliar o sentimento de pertencimento e criar possibilidades de vida, e além de tudo, melhorando sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados desta revisão possibilitaram compreender que as alterações neurobiológicas presentes em indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline influenciam diretamente a forma como a dor é percebida e vivenciada. Essa compreensão amplia o olhar clínico sobre a automutilação, mostrando que ela não se resume a um comportamento impulsivo, mas a uma tentativa de aliviar um sofrimento interno que é, em muitos casos, difícil de expressar de outras maneiras.

Percebe-se que a dor física, nesses contextos, pode assumir um papel paradoxal, funcionando como uma maneira de regular emoções intensas e de retomar momentaneamente o controle sobre o próprio corpo. Reconhecer essa dinâmica permite que o cuidado psicológico seja mais empático, acolhedor e fundamentado na compreensão do funcionamento emocional e cerebral de cada paciente.

A partir desse entendimento, torna-se essencial que as intervenções terapêuticas integrem aspectos emocionais, cognitivos e neurobiológicos, oferecendo estratégias que auxiliem o indivíduo a desenvolver formas mais saudáveis de enfrentamento. Além disso, compreender o TPB em sua complexidade ajuda a desconstruir estigmas e favorece práticas clínicas que valorizem o sujeito em sua singularidade, estimulando o autoconhecimento, o fortalecimento emocional e a construção de uma vida com mais estabilidade e sentido.

REFERÊNCIAS

AMARAL, I. A. et al. Transtorno de personalidade borderline: perspectiva da automutilação em adolescentes. Revista Veras, v. 5, n. 2, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/29384>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.psychiatry.org> Acesso em: 4 de abril de 2025.

BATEMAN, A. W.; FONAGY, P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>. Acesso em: 4 de abril de 2025.

BOHUS, M. et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, v. 95, n. 3, p. 251-260, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032716303445> Acesso em: 4 de abril de 2025.

BOZZATELLO, P.; ROCCA, P.; BELLINO, S.; BOSIA, M. The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, artigo 721361, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361> Acesso em: 10 de abril de 2025.

BOZZATELLO, P.; VITALE, S. G.; TRASOLETTI, M.; ROFFI, A. Transtorno de personalidade borderline: atualizações neurobiológicas e implicações para o cuidado clínico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 48, n. 3, p. 105–112, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/V16N2-167R> Acesso em: 10 de abril de 2025.

CHAPMAN, A. L.; GRATZ, K. L.; BROWN, M. Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, v. 44, n. 3, p. 371–394, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796705000525>. Acesso em: 12 de abril de 2025.

CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Acesso em: 12 de abril de 2025.

CRAIG, A. D. Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, v. 13, n. 4, p. 500–505, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0959438803000904?via%3Dihub> Acesso em: 15 de abril de 2025.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Acesso em: 15 de abril de 2025.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno borderline: história e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 2, n. 2, p. 52–71, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/zY7LYw46XxX3jPypqNvYB6x/?format=pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2025.

FRANÇA, H. C. de; FRANÇA, H. V. de; CARNEIRO, W. M. Alterações neuroanatômicas no transtorno de personalidade borderline. In: *Anais do Congresso*

Neurocor. Marília: Universidade de Marília (UNIMAR), 2022. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/viineurocor/547036-alteracoes-neuroanatomicas-no-transtorno-de-personalidade-borderline/>. Acesso em: 07 de maio de 2025.

GLENN, C. R.; KLONSKY, E. D. Nonsuicidal self-injury disorder: An empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, v. 42, n. 4, p. 496–507, 2013. Disponível em: <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/NSSIDisorder2013.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2025.

HOSSEINI-KAMKAR, N. et al. Adverse life experiences and brain function: A meta-analysis of functional magnetic resonance imaging findings. *JAMA Network Open*, v. 6, n. 11, e2340018, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.40018>. Acesso em: 16 de maio de 2025.

KERNBERG, O. F. Transtornos graves da personalidade: estratégias psicoterapêuticas. Porto Alegre: Artmed, 2004. Acesso em: 16 de maio de 2025.

KOENIG, J. et al. Ativação cerebral durante estímulos dolorosos em pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Journal of Affective Disorders*, v. 219, p. 163–171, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016503271631850X?via%3Dihub> Acesso em: 25 de maio de 2025.

KOENIG, J. et al. Psychobiological response to pain in female patients with borderline personality disorder and healthy controls: the influence of comorbid posttraumatic stress disorder. *NeuroImage: Clinical*, v. 14, p. 11-18, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213158216302492?via%3Dihub> Acesso em: 26 de maio de 2025.

LIEB, K. et al. Transtorno de personalidade borderline. *The Lancet*, v. 364, n. 9432, p. 453–461, 2004. Acesso em: 03 de junho de 2025.

LIMA, M. F. de; MIASSO, A. I. Automutilação: uma revisão de literatura com enfoque na atuação da enfermagem psiquiátrica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 3, p. 478–483, 2007. Acesso em: 07 de junho de 2025.

LIMA, T. C. S. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*, v. 8, n. 1, p. 37–45, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/HSF5Ns7dkTNjQVpRyvhc8RR>. Acesso em: 07 de junho de 2025.

LINEHAN, M. M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993. Acesso em: 15 de junho de 2025.

LINEHAN, M. M. Terapia comportamental dialética: fundamentos e evidências científicas. New York: Guilford Press, 2015. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2963469/> Acesso em: 20 de junho de 2025.

LODUCA, A. et al. Retrato de dores crônicas: percepção da dor através do olhar dos sofredores. *Revista Dor*, v. 15, n. 1, p. 30-35, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140008>. Acesso em: 21 de junho de 2025.

MARTINS, J. A.; DOMINGUES, C. A. Fisiopatologia da dor visceral. *Revista Dor*, v. 15, n. 2, p. 133–138, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/fcjRkWvWWx9GQD7dR7Y43NP/>. Acesso em: 21 de junho de 2025.

NASCIMENTO, R. B.; CERQUEIRA, G. L.; ARAÚJO FILHO, E. S. Características e alterações neuropsicológicas no transtorno de personalidade borderline: uma revisão da literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, n. 4, p. 322–347, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i4.968>. Acesso em: 01 de agosto de 2025.

NIEDTFELD, I.; SCHULZE, L.; KIRSCH, P.; HERPERTZ, S. C.; BOHUS, M.; SCHMAHL, C. Affect regulation and pain in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, v. 68, n. 4, p. 383– 391, 2010. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00398-7/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00398-7/abstract). Acesso em: 13 de agosto de 2025.

NIEDTFELD, I.; SCHMITT, R.; WINTER, D.; BOHUS, M.; SCHMAHL, C.; HERPERTZ, S. C. Pain- mediated affect regulation is reduced after dialect behavior therapy in borderline personality disorder: a longitudinal fMRI study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, v. 12, n. 5, p. 739- 747, 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5460047/>. Acesso em: 13 de agosto de 2025.

REITZ, S. et al. Reatividade emocional e percepção da dor em transtorno de personalidade borderline: implicações clínicas. *Journal of Affective Disorders*, v. 332, p. 131–137, 2023. Disponível em: <https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/981>. Acesso em: 16 de agosto de 2025.

ROSSATTO, L.; BENEDETTI, G. Automutilação em adolescentes: compreensão fenomenológica existencial. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 20, n. 2, p. 27–40, 2018. Acesso em: 16 de agosto de 2025.

ROSSI, G. N.; GUERRA, M. P.; OLIVEIRA, M. S. Transtornos de ansiedade: uma revisão neurobiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 42, n. 3, p. 324–332, 2020. Disponível em: <https://bjp.org.br/details/81/pt-BR>. Acesso em: 22 de agosto de 2025.

SANTOS, M. A. et al. Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 27, n. 4, p. 789-797, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/wPRTvMq4r59NXnkFGwCRFg/>. Acesso em: 30 de agosto de 2025.

SCHMAAL, L. et al. Ativação cerebral durante estímulos dolorosos em indivíduos com transtorno de personalidade borderline. *Biological Psychiatry*, v. 68, n. 3, p. 262–268, 2010. Disponível em: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(10\)00421-X/abstract](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(10)00421-X/abstract). Acesso em: 30 de agosto de 2025.

SCHMAHL, C. et al. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, v. 63, n. 6, p. 659-667, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.659>. Acesso em: 05 de setembro de 2025.

SCHULZ, A. et al. Altered interoception in patients with borderline personality disorder: A study using heartbeat-evoked potentials. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, v. 7, n. 1, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-020-00139-1>. Acesso: 26 de setembro de 2025.

SOARES, M. H. Estudos sobre transtornos de personalidade antissocial e borderline. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 923–928, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/dhwbXqWpbLRwCfTPyrt8hMy/>. Acesso em: 16 de outubro de 2025.

SOLOFF, P. H.; FABIO, A. Marcadores neurobiológicos de risco de suicídio no transtorno de personalidade borderline. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 36, n. 1, p. 54–62, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1120>. 16 de outubro de 2025.

ST. GERMAIN, S.; HOOLEY, J. Fatores que predizem autolesão repetida em pacientes com transtorno de personalidade borderline. *Personality and Mental Health*, v. 6, p. 29–37, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.179> Acesso em: 20 de outubro de 2025.

STANLEY, B. et al. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, v. 124, n. 1–2, p. 134-140, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503270900490X>. Acesso em: 04 de novembro de 2025.