

# **A Perturbação Borderline da Personalidade**

## *Borderline Personality Disorder*

Afonso Miguel de Herédia<sup>1</sup>  
Patrícia Isabel Nunes Henriques<sup>2</sup>

PSIQUE – ISSN 1647-2284 – N.º 11 – Janeiro-Dezembro 2015 – pp. 65-89

Recebido em 21/04/2014; aceite em 27/09/2014

### **Resumo**

A perturbação borderline da personalidade caracteriza-se por uma instabilidade nas relações interpessoais e uma dificuldade no controlo dos impulsos. Os pacientes têm um medo intenso do abandono, e uma tendência para praticar actividades auto-lesivas, como o abuso de substâncias, a auto-mutilação e o suicídio. Segundo o DSM-5<sup>TM</sup>, o funcionamento da personalidade caracteriza-se sobretudo por uma auto-imagem instável, sentimentos de vazio, uma tendência para percepções selectivas das características negativas dos outros e relações interpessoais intensas, instáveis e conflituosas. Nesta perturbação, esta nova versão do DSM considera ainda como traços patológicos, a labilidade emocional, a ansiedade, a insegurança na separação e a depressividade. Apesar de se verificar uma comorbilidade psiquiátrica significativa e um recurso frequente aos serviços de saúde, os sintomas tendem a melhorar com a idade, estando descritas remissões. Na sua etiologia estão envolvidos factores biológicos,

---

1 Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: afonsodeheredia@gmail.com

2 Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: patricianuneshenriques@gmail.com

familiares e ambientais, salientando-se as experiências traumáticas na infância e um ambiente familiar invalidante. A terapia dialéctico-comportamental foi especificamente desenvolvida para esta perturbação e tem-se demonstrado útil. A farmacoterapia deve utilizar-se apenas como adjuvante das intervenções psicológicas.

**Palavras-chave:** borderline, instabilidade, impulsividade, suicídio, terapia dialéctico-comportamental.

### Abstract

The borderline personality disorder is characterized by instability in interpersonal relationships, and a difficulty in controlling impulses. Patients have an intense fear of abandonment, and are prone to practice self-damaging activities, such as substance abuse, self-mutilation and suicide. According to the DSM-5 <sup>TM</sup>, the personality functioning is characterized primarily by an unstable self-image, feelings of emptiness, a propensity for selective perceptions of the negative characteristics of others and intense, unstable and conflicting interpersonal relationships. This new DSM version, also considers as pathological traits in this disorder, emotional lability, anxiousness, separation insecurity and depressivity. Although there is often psychiatric comorbidity and frequent use of health services, symptoms tend to improve with age, and remissions have been registered. In its etiology, biological, familial and environmental factors have been implied, especially traumatic childhood experiences and invalidating family environments. Dialectical behavioral therapy was specifically developed for this disorder and has proven to be useful. Pharmacotherapy should be used only as adjunctive to psychological interventions.

**Keywords:** borderline, instability, impulsiveness, suicide, dialectical behavioral therapy.

A perturbação borderline ou estado-limite da personalidade (PBP), como definida pela American Psychiatric Association (2006), e referida

pelo CID-10 como transtorno de personalidade emocionalmente instável (World Health Organization, 1993), caracteriza-se por uma instabilidade e impulsividade persistentes (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). A designação atribuída a esta perturbação da personalidade – *borderline* – remonta aos anos de 1930, tendo esse termo sido utilizado pela primeira vez em 1938 por Stern (citado por Hernandez, 2010; Curiel, 2001), para designar um estado situado na fronteira entre a neurose e a psicose (Krawitz & Jackson, citados por Swift, 2009). Contudo, já em 1884 Hughes (citado por Maranga, 2002, p. 219) utilizou a expressão “*borderland insanity*” para designar esse estado.

Trata-se de uma perturbação com uma prevalência estimada de 1,6% a 5,9% na comunidade e de 20% nos doentes psiquiátricos em internamento, sendo que 75% dos casos ocorrem no género feminino, segundo a American Psychiatric Association (2013). Já outros autores não encontraram diferenças significativas na prevalência entre os dois géneros. Num estudo em larga escala, realizado nos Estados Unidos, verificou-se que a PBP era mais prevalente em homens americanos nativos, em adultos jovens, em indivíduos separados, divorciados e viúvos, e em pessoas com baixo nível económico e educacional. Por outro lado, verificou-se uma menor prevalência em homens e mulheres hispânicas e em mulheres asiáticas (Grant et al., 2008). A PBP é a mais prevalente de todas as perturbações da personalidade em amostras clínicas, estando associada não só a um prejuízo funcional significativo, mas também a uma grande utilização de serviços clínicos (Grant et al., 2008) e a elevadas taxas de mortalidade por suicídio, já que um em cada dez doentes com PBP morre dessa forma (Paris, 2002). A prevalência da PBP nos utilizadores de cuidados de saúde primários é elevada – cerca de quatro vezes superior à encontrada em estudos realizados na comunidade geral – o que sugere que estes indivíduos utilizam com frequência esses serviços (Gross et al., 2002). Não estão disponíveis dados relativos à prevalência da PBP na população portuguesa. Contudo, foi realizado em Portugal um estudo pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, com a colaboração da Universidade Católica Portuguesa, integrado na World Mental Health Surveys Initiative

que, apesar de não referir a PBP, estima que em Portugal a prevalência das perturbações de controlo de impulsos é de 3,5% (Almeida & Xavier, 2010).

Os pacientes que apresentam esta perturbação colocam um desafio aos terapeutas, na medida em que não só tendem a ter dificuldade em aderir à terapêutica, abandonando o tratamento com frequência, mas também apresentam muitas vezes uma comorbilidade psiquiátrica, o que dificulta a terapêutica e afecta negativamente o prognóstico (Wnuk et al., 2013), além de também dificultar o seu diagnóstico diferencial (Kernberg & Yeomans, 2013). Os profissionais de saúde mental que tratam estes pacientes, referem sentir um grande desgaste emocional devido às características de interacção interpessoal dos pacientes com PBP (Bourke & Grenyer, 2013).

Este artigo tem como objectivo fazer uma revisão bibliográfica e compreensiva acerca dos critérios de diagnóstico, curso e factores etiológicos conhecidos, bem como das intervenções terapêuticas propostas para esta perturbação.

### **Características Clínicas e Critérios de Diagnóstico**

A PBP caracteriza-se por um padrão de impulsividade acentuada e de instabilidade significativa nas relações interpessoais, nos afectos e na auto-imagem (American Psychiatric Association, 2013). Segundo a 5ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5™), a PBP insere-se nas perturbações da personalidade do grupo B, onde também estão incluídas as perturbações anti-social, histriónica e narcísica. Estas perturbações têm em comum traços de dramatismo, emotividade ou instabilidade (American Psychiatric Association, 2013). O DSM-5™ considera vários critérios categoriais de diagnóstico para a PBP, que não sofreram alterações relativamente ao DSM-IV-TR™ (American Psychiatric Association, 2006) (tabela 1). O DSM-5™ introduz, todavia, uma novidade relativamente ao DSM-IV-TR™: a inclusão de um modelo alternativo para as perturbações da personalidade, para além dos critérios categoriais. Neste novo modelo, para o diagnóstico da PBP devem estar presentes, pelo menos, dois dos quatro critérios propostos relacionados com elementos do funcionamento da personalidade (critérios A) que possam estar afectados: identidade (auto-imagem instável e mal desenvolvida, auto-criticismo

exagerado, sentimentos de vazio, estados dissociativos provocados pelo stress), auto-orientação (instabilidade nos objectivos, aspirações, valores e planos profissionais), empatia (hipersensibilidade interpessoal, com tendência para percepções selectivas das características negativas) e intimidade (relações interpessoais intensas, instáveis e conflituosas com um intenso medo do abandono). Deve também identificar-se, pelo menos, por um dos seguintes três traços patológicos de personalidade (critério B): impulsividade, correr riscos e hostilidade. Outros traços patológicos possíveis nesta perturbação, segundo o DSM-5<sup>TM</sup>, são: labilidade emocional, ansiedade, insegurança pela separação, e depressividade (American Psychiatric Association, 2013).

Este modelo alternativo que integra esta nova versão do DSM, dá primazia a uma descrição das perturbações da personalidade em termos não só dos traços patológicos, mas também em termos dos prejuízos existentes no funcionamento da personalidade, ao mesmo tempo que permite uma linha de continuidade com o modelo anterior, ajustando-se à prática clínica e possibilitando que esta se ajuste a esta nova perspectiva (American Psychiatric Association, 2013). Espera-se que este novo modelo facilite a descrição e o diagnóstico das perturbações da personalidade (Widiger, Clark, & Livesley, 2009). Por outro lado, a introdução destes novos critérios permite que a prática clínica e a comunidade científica estejam numa linha de maior proximidade. Vários estudos têm demonstrado a importância dos traços de personalidade e a sua inter-relação com outras perturbações mentais. De facto, a personalidade e a psicopatologia podem ter um relacionamento patoplástico, isto é, podem ter influência na apresentação e na aparência uma da outra, além de que podem ter entre si uma relação de espectro de espectro, isto é, terem uma etiologia comum e coexistir ao longo de um espectro de funcionamento comum. Além disso, pode existir entre elas uma mútua causalidade, isto é, podem ter um papel na etiologia uma da outra (Widiger, 2011).

Os indivíduos com esta perturbação ficam muito afectados pela sensação de rejeição ou separação, a qual influi acentuadamente nos seus comportamentos e auto-imagem, pelo que se esforçam intensamente para evitar o abandono. Isto faz com que os indivíduos com PBP sejam altamente

intolerantes ao facto de estarem sozinhos, e necessitem constantemente de ter pessoas junto deles (American Psychiatric Association, 2013). Contudo, o medo do abandono e a instabilidade evidenciam-se sobretudo nos relacionamentos íntimos (Miano, Fertuck, Arntz, & Stanley, 2013).

**Tabela 1**

*Critérios de diagnóstico do DSM-5™ para a perturbação borderline da personalidade (American Psychiatric Association, 2013) (tradução dos autores).*

| Devem estar presentes, pelo menos, cinco dos seguintes critérios: |                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                                                | Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado.                                                                                                                                         |
| 2.                                                                | Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizado por uma alternância entre os extremos de idealização e desvalorização.                                                        |
| 3.                                                                | Perturbação da identidade: auto-imagem ou sentido do self marcadamente e persistentemente instável.                                                                                                   |
| 4.                                                                | Impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas (ex.: gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, condução perigosa, alimentação compulsiva).                        |
| 5.                                                                | Comportamentos, atitudes, ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamentos de auto-mutilação.                                                                                                     |
| 6.                                                                | Instabilidade afectiva devida a uma reactividade acentuada do humor (ex.: disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade, que habitualmente duram algumas horas ou, raramente, alguns dias). |
| 7.                                                                | Sensação crónica de vazio.                                                                                                                                                                            |
| 8.                                                                | Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (ex.: manifestações frequentes de cólera, raiva constante, lutas físicas recorrentes).                                                 |
| 9.                                                                | Ideação paranóide transitória relacionada com o stresse ou sintomas dissociativos graves.                                                                                                             |

Alguns autores verificaram uma associação entre a sensibilidade à rejeição e uma má interpretação de estímulos sociais neutros, como um fácies emocionalmente neutro ou inexpressivo, que os indivíduos com PBP tendem a interpretar como indicadores de deslealdade (Miano et al., 2013). Os indivíduos com PBP têm, assim, dificuldade em tecer juízos sociais adequados acerca dos outros a partir das suas expressões faciais (Nicoll, Pope, Sprengelmeyer, Young, & Hall, 2013). Além disso, são muito atentos e sensíveis às emoções e intenções das outras pessoas, o que lhes confere uma grande sensibilidade empática, mas que acaba por resultar em

relacionamentos interpessoais disfuncionais, na medida em que não são capazes de integrar essas informações acerca do estado mental e emocional dos outros de uma forma coerente e saudável (Dinsdale, & Crespi, 2013; Hagenhoff et al., 2013). Esta discrepância entre a sensibilidade empática e a natureza disfuncional das interações interpessoais foi designada por Krohn (citado por Hagenhoff et al., 2013) de paradoxo da empatia da PBP. Os pacientes com PBP tendem ainda a utilizar táticas de manipulação, quer no quotidiano, quer com os terapeutas (Mandal & Kocur, 2013).

A auto-imagem e o sentido de self/do eu estão, muitas vezes, perturbados, o que pode traduzir-se em mudanças súbitas relativamente, por exemplo, a valores, objectivos de vida, planos profissionais, tipos de amigos ou identidade sexual (American Psychiatric Association, 2013). A dificuldade em controlar os impulsos, pode levar os indivíduos com PBP a envolverem-se em actividades potencialmente lesivas, tais como gastos excessivos, alimentação compulsiva, abuso de substâncias ou comportamentos sexuais de risco. Podem também fazer ameaças ou tentativas de suicídio, ou ter comportamentos de auto-mutilação, tais como provocarem em si próprios cortes ou queimaduras (American Psychiatric Association, 2013). Os indivíduos com PBP têm uma grande tolerância à dor aguda, sobretudo durante episódios de auto-mutilação. Contudo, paradoxalmente, são particularmente intolerantes à dor crónica endógena. Verifica-se que existe uma importante associação comórbida entre a PBP e a dor crónica endógena não maligna. Uma das explicações para isto, é o facto de poder entrar em jogo o processo psicológico de uma dramatização elaborada – uma característica das perturbações da personalidade do grupo B – o que intensifica a experiência e a expressão da dor por parte do indivíduo (Sansone & Sansone, 2013a, 2013b).

Nesta perturbação, os indivíduos podem apresentar uma instabilidade do humor, caracterizada por episódios de disforia e ansiedade intensa, habitualmente de curta duração, podendo também experienciar pânico e desespero. Têm habitualmente uma sensação crónica de vazio (American Psychiatric Association, 2013).

Estes pacientes têm frequentemente sentimentos de intensa raiva, que podem levar a manifestações de cólera, muitas vezes dirigida contra as

peessoas com quem mantêm relacionamentos de maior intimidade. Muitas vezes, estes episódios de fúria e cólera são seguidos por sentimentos de culpa e vergonha, o que acentua um sentimento de serem más pessoas (American Psychiatric Association, 2013).

Por vezes, em períodos de grande stresse, os pacientes com PBP podem apresentar sintomas dissociativos, como a despersonalização, ou ideação paranóide transitória, sobretudo em resposta ao abandono real ou imaginário (American Psychiatric Association, 2013). Podem também surgir sintomas psicóticos, tais como alucinações e distorções da imagem corporal, em momentos de stresse (American Psychiatric Association, 2013). Estima-se que cerca de 30% dos indivíduos com PBP podem apresentar alucinações auditivas (Yee, Korner, McSwiggan, Meares, & Stevenson, 2005).

Relativamente à classificação internacional de doenças (CID-10) da organização mundial de saúde (OMS), a categoria diagnóstica análoga à PBP do DSM é designada por perturbação de personalidade emocionalmente instável, e as suas características principais são essencialmente idênticas às do DSM (Lai, Leung, You, & Cheung, 2012). Contudo, no CID-10 é feita uma distinção entre dois subtipos: tipo impulsivo e tipo borderline ou limítrofe. O tipo impulsivo, ou perturbação de personalidade explosiva e agressiva, caracteriza-se sobretudo por uma falta de controlo dos impulsos e instabilidade emocional. Relativamente ao tipo borderline ou limítrofe, é salientada a perturbação da auto-imagem, e uma falta de clareza dos objectivos e preferências internas, onde se inclui a preferência sexual (World Health Organization, 1993).

A comorbilidade psiquiátrica é frequente, podendo a PBP coexistir não só com outras perturbações da personalidade, mas também com a depressão, a perturbação bipolar, perturbações relacionadas com o abuso de substâncias, perturbações do comportamento alimentar, perturbação de stresse pós-traumático, entre outras situações (American Psychiatric Association, 2013; Grant et al., 2008), como as perturbações de ansiedade (Dreessen & Arntz, 1998). Existe uma comorbilidade bem documentada entre a BPB e a depressão. Nos doentes com PBP, a depressão tende a ter um início mais precoce e a agravar o risco de suicídio e de abuso de substâncias (Luca, Luca, & Calandra, 2012), além de se verificar um prejuízo

funcional maior do que nos doentes que têm uma perturbação depressiva major sem PBP (Skodol et al., 2005a).

### **Factores Etiológicos**

Na etiologia da PBP parecem estar envolvidos diversos factores, não só ambientais como biológicos e que são susceptíveis de interagir reciprocamente no sentido de despoletar a perturbação (Swift, 2009). Segundo Oldham (2004), a personalidade resulta de um componente genético que é moldado pelas experiências psicológicas e ambientais.

Diversos estudos apontam para um papel etiológico das experiências traumáticas na infância, tal como o abuso sexual, que é assim considerado como um factor de risco importante para o desenvolvimento de PBP (Westphal et al., 2013). Estima-se que entre 20% a 80% dos indivíduos com PBP sofreram abuso sexual na infância (Marziali, 2000). Devido a esta associação com as experiências traumáticas na infância, alguns autores afirmam que a PBP pode ser considerada como uma forma complexa de perturbação de stress pós-traumático (Hogdes, citado por Cartwright, 2008).

Outro factor implicado na etiologia da PBP relaciona-se com a ineficácia das interações e do suporte emocional por parte dos pais (Paris & Zweig-Frank, citados por Swift, 2009), sendo que vários estudos demonstram que a negligência e uma parentalidade deficiente constituem factores de risco para o desenvolvimento da PBP (Goodman, Patel, Oakes, Matho, & Triebwasser, 2013b). A parentalidade deficiente pode ser entendida como aquela que se caracteriza por situações como o abuso físico, uma perda ou uma separação precoces e um mau envolvimento emocional (bonding) (Paris, Zweig-Frank, & Guzder, 1994). Várias evidências sugerem que a separação ou a perda dos pais pode ter implicações na etiologia da PBP (Akiskal et al., citados por Cartwright, 2008), o que é consistente com o facto da vinculação insegura ser mais prevalente em indivíduos com PBP (Aaronson, Bender, Skodol, & Gunderson, 2006). Vários estudos têm comprovado uma associação entre a PBP e uma vinculação insegura. Segundo Agrawal, Gunderson, Holmes e Lyons-Ruth (2004), as vinculações inseguras mais frequentemente observadas nestes indivíduos são as seguintes: não resolvida, preocupada e receosa. As pessoas com estes

tipos de vinculação, tendem a apresentar um desejo de proximidade, que coexiste com os problemas de dependência e medo da rejeição. Para estes autores, estas características que se desenvolvem nestes tipos de vinculação, explicam a disfunção das relações interpessoais presentes nos sujeitos com PBP. Outro estudo de particular interesse a este respeito, realizado por Lyons-Ruth (2007), demonstra como a vinculação, juntamente com a intersubjectividade podem desencadear perturbações mentais como a PBP. Através de um estudo longitudinal, vários indivíduos foram observados desde o primeiro ano de vida até aos dezanove anos de idade. Neste estudo prospectivo, foi possível constatar que a qualidade dos cuidados parentais e a disrupção da comunicação materna, em especial de cariz ausente, são bons preditores do surgimento de sintomas da PBP no final da adolescência. Além disso, existem fortes indícios de que as crianças com uma vinculação desorganizada, têm uma maior propensão para apresentar sintomas que se enquadram na PBP, como é o caso dos sintomas dissociativos (Liotti, citado por Lyons-Ruth, 2007).

Um factor que pode contribuir para o desenvolvimento da PBP é a existência de um ambiente invalidante na infância, isto é, um ambiente em que os pais criticam fortemente e punem a expressão emocional. Neste tipo de ambiente, caracterizado por um criticismo crónico, poderá ser transmitido à criança que os seus pensamentos e emoções são inadequados, o que poderá contribuir para que o indivíduo desenvolva pensamentos ruminantes em resposta à raiva (Sauer-Zavala, Geiger, & Baer, 2013).

Em estudos realizados em gémeos, verificou-se uma elevada associação entre a hereditariedade e a PBP. Num estudo norueguês realizado com uma amostra de 2894 indivíduos, verificou-se uma forte propensão hereditária para a afectividade negativa e impulsos de agressividade (Kendler et al., 2008). Noutro estudo com gémeos, foram estudados 92 gémeos monozigóticos e 192 dizigóticos, concluiu-se que a hereditariedade tem um peso importante no desenvolvimento da PBP (Torgersen, citado por Goodman, Mascitelli, & Triebwasser, 2013a). Também se verifica uma tendência familiar relativamente aos sintomas de PBP, bem como uma prevalência aumentada de psicopatologia na descendência de mães com PBP (Barnow et al., 2013). Também a nível neurológico, foram identificadas

algumas alterações nos pacientes com PBP. Assim, estudos neurofisiológicos e neuroimagiológicos realizados em indivíduos com PBP identificaram alterações ao nível do sistema límbico e do córtex pré-frontal (Stone, 2013), bem como alterações funcionais e estruturais no hipocampo e na amígdala (Bruehl et al., 2013). Também foram identificadas alterações a nível dos neurotransmissores, nomeadamente nos sistemas adrenérgico, colinérgico e serotoninérgico (Nehls, citado por Swift, 2009) e, em particular, baixos níveis de serotonina (Coccaro, citado por Swift, 2009).

### **Intervenções Terapêuticas**

Segundo a American Psychiatric Association (2001), as principais intervenções terapêuticas preconizadas para a PBP são intervenções psicológicas. A farmacoterapia deve utilizar-se apenas como adjuvante, e dirigida a sintomas específicos, tais como a instabilidade afectiva, a impulsividade, os sintomas de natureza psicótica e o comportamento auto-destrutivo. Atendendo à ideação suicida e ao risco de suicídio, a segurança do próprio paciente deverá ser um dos objectivos prioritários da terapêutica. Segundo a OMS, o suicídio é a segunda causa de morte mais frequente entre os jovens, a nível mundial, pelo que a prevenção do suicídio deve ser uma prioridade (World Health Organization, 2013). Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) também chama a atenção para esta problemática, referindo que as perturbações mentais constituem o principal factor de risco para suicídio, e sublinha que a perturbação estado-limite da personalidade se encontra entre aquelas que apresentam um risco mais elevado. A DGS estipula um plano nacional para a prevenção do suicídio, com metas até 2017, que contemplam não só a população em geral mas, sobretudo, os grupos de risco (Direcção-Geral da Saúde, s.d.).

As intervenções terapêuticas devem ainda ter em consideração o facto de, nestes pacientes, as capacidades metacognitivas poderem estar afectadas. Como tal, estas intervenções deverão permitir que os pacientes desenvolvam não só a capacidade de fazerem uma representação adequada da sua própria mente e da dos outros, mas também a capacidade de reflectirem acerca dos seus próprios pensamentos e afectos (Semerari et al., 2005).

Quanto às terapias psicológicas, vários modelos têm servido de base para a terapêutica da PBP, entre os quais o modelo psicodinâmico, o cognitivo-comportamental e o humanista. O principal objectivo é sempre um maior controlo dos impulsos e uma diminuição dos comportamentos autodestrutivos, como é o caso do suicídio (Curiel, 2001; National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

Algumas das terapias aplicadas à PBP são variantes de modelos psicoterapêuticos principais, já existentes. Tal é o caso da terapia dialéctico-comportamental, que tem por base o modelo cognitivo-comportamental, recebendo também algumas influências do modelo humanista, mais concretamente da abordagem centrada na pessoa (Van Blarikom, 2008). Esta terapia foi desenvolvida especificamente por Marsha Linehan para a PBP, que publicou os seus fundamentos teóricos nos anos de 1990. Trata-se de uma terapia psicológica, dita de terceira geração, de raiz cognitivo-comportamental, que incorpora conceitos provenientes das filosofias zen e budista, como a aceitação (Vega & Quintero, 2013). Tem como objectivo promover a validação e a aceitação do paciente, ao mesmo tempo que é dada uma grande atenção à mudança comportamental. É feita uma análise sistemática das cadeias comportamentais disfuncionais, bem como um treino de capacidades comportamentais adaptativas, além de uma reestruturação cognitiva e da aplicação de técnicas baseadas na exposição, com o intuito de reduzir as emoções mal adaptativas (Linehan et al., 1999).

Esta terapia inclui quatro componentes: terapia de grupo, psicoterapia individual, chamadas telefónicas e reuniões da equipa de consulta. Na terapia de grupo, é desenvolvido um treino de capacidades comportamentais, enquanto na psicoterapia individual se procura aumentar a motivação para a mudança e melhorar comportamentos problemáticos. As chamadas telefónicas têm como objectivo melhorar as capacidades de gestão do dia-a-dia, consolidando a relação terapêutica. As reuniões da equipa de consulta, consistem em encontros entre os terapeutas, com o intuito de manter a sua motivação e ajudá-los a combater o *burnout* (Soler et al., 2009).

Uma das técnicas de aceitação aplicadas nesta terapia é a mentalização, que tem por base as práticas orientais de meditação contemplativa

(Matsushita et al., 2013). Destina-se a estabilizar a expressão emocional, diminuir a impulsividade, permitir que o paciente se concentre nas suas representações internas e melhore o seu sentido de *self* ou do eu (Bateman & Fonagy, 2010).

Esta terapia está especialmente concebida para melhorar a falta de regulação emocional e as suas consequências, nomeadamente no que se refere a comportamentos impulsivos e auto-destrutivos. Diversos estudos têm revelado bons resultados com esta terapia, nomeadamente uma melhor adesão por parte dos pacientes. Contudo, são ainda necessários estudos a mais longo prazo, no que se refere à comparação com outras abordagens terapêuticas (Vega & Quintero, 2013)

Trata-se da primeira abordagem terapêutica específica para a PBP, sobre a qual foram publicados estudos de eficácia (Vega & Quintero, 2013). Com a finalidade de testar a eficácia desta intervenção terapêutica, Linehan e colaboradores levaram a cabo um estudo comparativo entre a terapia dialéctico-comportamental e terapias habituais prévias, em indivíduos do género feminino com PBP e perturbação de abuso de substâncias, a qual constitui uma situação frequente em pacientes com PBP. As terapias habituais prévias podiam consistir em psicoterapia individual, counselling ou outros programas disponíveis nas comunidades dos participantes. Após um período de 16 meses, verificou-se que os indivíduos submetidos à terapia dialéctico-comportamental experimentaram uma maior redução nos comportamentos de abuso de substâncias, do que aqueles que fizeram a terapia generalista (Linehan et al., 1999). Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores (Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & Brink, 2005).

O modelo psicodinâmico também tem sido importante para a terapia da PBP, focando-se em aspectos inclusive da própria génese desta perturbação, como é o caso dos traumas na infância, das perturbações da vinculação, dos problemas de identidade, da dependência, da impulsividade e da intolerância à frustração. Segundo este modelo, a contratransferência é muito importante para que o paciente consiga conter os impulsos agressivos, inclusive de forma a limitar o seu desejo de autodestruição (Curiel, 2001).

As principais psicoterapias de inspiração psicanalítica aplicadas à PBP são a psicoterapia centrada na transferência e a terapia baseada na mentalização. As interpretações baseadas na transferência têm como vantagem permitir que o paciente interligue os elementos cognitivos e os afectos dos seus objectos internalizados. Ambas as terapias têm como objectivo desenvolver no paciente capacidades para formar e manter relações. Têm a desvantagem de serem úteis apenas se aplicadas a longo prazo (Higa & Gedo, 2012). Os pacientes com PBP têm a sua capacidade de perceber o significado dos seus pensamentos e sentimentos bastante prejudicada, tendo uma grande dificuldade de auto-reflexão, visto que a função reflexiva destes pacientes pode estar separada da experiência psíquica e afectiva (Fonagy, 2000). Isto também se relaciona com o facto da PBP poder ser considerada como uma manifestação de sintomatologia ego-distónica, apesar da maior parte das perturbações da personalidade serem tidas como ego-sintónicas (Grotstein, 1984; O'Donohue, Fowler, & Lilienfeld, 2007). Assim, segundo Fonagy (2000, p. 1143), tendo em conta essa incapacidade de auto-reflexão, “Aceitar e reconhecer o caos mental do paciente e abandonar a postura tradicional de juntar as memórias, pode ser o primeiro passo do processo” (tradução do autor). Por isso, é preciso que um trabalho psicoterapêutico tenha em conta estes factores, de forma a que a sua intervenção seja eficaz. Assim, o psicanalista deve tentar fazer uma intervenção psicoterapêutica casuística com estas pessoas, de forma a conseguir ir ao encontro das exigências e dificuldades específicas que este tipo de pacientes apresentam. O psicanalista deve ter três objectivos iniciais: estabelecer uma aliança com o paciente; criar uma atmosfera interpessoal que permita uma compreensão dos estados mentais; permitir que o terapeuta reconheça o self seja reconhecido como algo real e que isso seja percebido pelo paciente (Fonagy, 2000). Nesse sentido, por exemplo, antes de aplicar o modelo teórico clássico, o psicanalista deve ter em conta que o simbolismo, a projecção não vão ter o mesmo significado com pessoas que sofrem destas incapacidades. Da mesma forma, o terapeuta deve ser capaz de resistir à tentação de aplicar um modelo interpretativo clássico e ter em conta os aspectos de contra-transferência que surgem num processo terapêutico com este tipo de doentes, agindo de uma forma

quase que paradoxal (Fonagy, 2000). Antes de conseguir aplicar o modelo teórico clássico, é preciso trabalhar os aspectos reflexivos e metacognitivos nestes doentes, criando o espaço para poder proceder a uma análise de forma eficaz (Fonagy, 2000).

A terapia cognitiva analítica é um outro modelo proposto. Trata-se de uma psicoterapia integrativa e limitada no tempo (Ryle & Kerr, 2002), que utiliza o facto do paciente, muitas vezes, reproduzir os problemas relacionais que apresenta na sua interacção com os terapeutas. Nesta terapia, os problemas na aliança terapêutica são resolvidos mediante uma análise dos comportamentos interpessoais desadaptativos, dando-se ênfase a uma reformulação dos problemas relacionais principais do paciente, em colaboração com o terapeuta (Kellett, Bennett, Ryle, & Thake, 2013).

Segundo as guidelines do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) para o tratamento da PBP, as terapias baseadas no modelo humanista também podem aplicar-se na PBP, como é o caso da abordagem centrada na pessoa (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Apesar de haver muito poucos estudos acerca da eficácia desta abordagem na PBP, Van Blarikom (2008) refere a importância do olhar incondicional positivo na terapêutica da PBP, bem como a importância do estabelecimento de uma relação profunda e real com o terapeuta, que deve estabelecer um programa para o tratamento desta perturbação, baseando-se nos princípios da abordagem centrada na pessoa, e contemplando também um treino de competências que vá ao encontro das necessidades destes indivíduos.

Quanto às terapias farmacológicas, a American Psychiatric Association (2001), considera que estas devem dirigir-se essencialmente para três tipos de situações: problemas cognitivo-perceptuais, alterações do humor e descontrolo impulsivo-comportamental. No primeiro caso, devem utilizar-se neurolépticos, enquanto para as alterações do humor se preconizam inibidores selectivos da recaptação da serotonina. Nos casos de descontrolo impulsivo-comportamental, recomenda-se o uso destes inibidores e de neurolépticos em baixas doses. Atendendo a que são melhor tolerados, preferem-se os neurolépticos atípicos, como a olanzapina.

Há autores que referem benefícios na PBP da aplicação de terapias vocacionadas para as situações traumáticas, como é o caso da dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR). Esta terapia fundamenta-se no processamento de informação cerebral, concretamente no armazenamento das memórias, partindo do pressuposto que os sintomas resultam de um processamento inadequado de experiências traumáticas prévias. Baseia-se no modelo adaptativo de processamento de informação, segundo o qual, em relação às situações traumáticas, as memórias não são processadas de forma adequada, sendo armazenadas de forma disfuncional. O objectivo da terapia é aceder a essas memórias e processá-las, de modo que as emoções e as cognições a elas associadas se organizem de um modo adaptativo (Mosquera & González, 2013). Há evidências do potencial efeito benéfico da suplementação alimentar com ácidos gordos ómega-3, em adolescentes com PBP, possivelmente devido a uma acção na neurotransmissão monoaminérgica (Amminger et al., 2013). De igual modo, a administração de oxitocina a pacientes com PBP poderá reduzir o stresse e o afastamento relativamente a estímulos sociais desagradáveis, possivelmente por influenciar a resposta da amígdala ao stresse e às emoções negativas (Brüne et al., 2013).

### **Curso e Prognóstico**

Os sintomas da PBP tendem a ser mais acentuados no início da vida adulta, diminuindo com a idade (Nehls, 2000). Estudos longitudinais indicam uma tendência para a remissão, sendo as recorrências pouco frequentes (Cartwright, 2008). Zanarini e colaboradores verificaram que, num período de 6 anos, 74% dos pacientes com PBP que faziam parte do estudo entraram em remissão (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005). Contudo, outros autores salientam que a comorbilidade frequente e, sobretudo, a tendência para o suicídio, além do abuso de substâncias, podem agravar significativamente o prognóstico (Skodol et al., 2005b). Mesmo assim, o prognóstico da PBP é melhor do que o da generalidade das perturbações da personalidade, nomeadamente o tipo antissocial e as perturbações da personalidade dos grupos A e C, sendo também melhor do que o prognóstico da esquizofrenia e da perturbação bipolar (Paris, 2005).

## Discussão

A PBP é a perturbação da personalidade mais prevalente. Caracteriza-se, além de uma marcada impulsividade, por um padrão de grande instabilidade nas relações interpessoais, sobretudo nos relacionamentos mais íntimos, onde existe uma tendência para a conflitualidade e para os sentimentos de raiva intensa. Também se verifica uma instabilidade nos afectos e na auto-imagem, levando a uma elevada intolerância à solidão, à procura constante pela companhia de outras pessoas, e a mudanças frequentes nos objectivos pessoais e profissionais. Frequentemente procuram manipular os outros, incluindo os terapeutas, que se vêem confrontados com pacientes difíceis e que lhes colocam desafios importantes: têm dificuldade em aderir à terapêutica, apresentam uma comorbilidade psiquiátrica frequente e proporcionam uma interacção interpessoal que é emocionalmente desgastante. A dificuldade no controlo dos impulsos pode levar a comportamentos auto-lesivos, como o suicídio. O DSM-5<sup>TM</sup> salienta, na sua nova abordagem dimensional, além de vários aspectos que estão prejudicados no funcionamento da personalidade, como a auto-imagem instável e a conflitualidade nas relações interpessoais, alguns traços patológicos de personalidade, como a labilidade emocional, a ansiedade e a insegurança pela separação. Vários factores, quer ambientais, quer biológicos, participam na etiologia desta perturbação, verificando-se uma associação entre a PBP e experiências traumáticas na infância, como o abuso sexual. As vinculações inseguras, têm sido salientadas por alguns autores, como tendo um papel importante no desenvolvimento desta perturbação na vida adulta. As principais intervenções terapêuticas propostas são de natureza psicológica, salientando-se a terapia dialéctico-comportamental, que foi especificamente desenvolvida para esta perturbação e que conjuga técnicas de directividade e de aceitação. Existem, todavia, outras abordagens importantes, como as psicodinâmicas. Também tem sido aplicado um modelo integrativo, nomeadamente a terapia cognitiva analítica.

O principal contributo deste artigo foi proporcionar uma revisão sucinta e compreensiva da PBP. Contudo a sua principal limitação foi não ter tido por base um trabalho empírico pelo que, como futuras investigações

nesta área, sugerimos a realização de estudos empíricos prospectivos, que permitam avaliar a eficácia, a longo prazo, de diferentes intervenções terapêuticas, bem como de estudos que permitam explorar com mais detalhe a etiologia quer ambiental, quer de base neurológica e neuroquímica, de forma a permitir uma melhor adequação e sucesso da terapêutica.

## Referências

- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80. doi:10.1007/s11126-006-7962-x
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104. doi:10.1080/10673220490447218
- Almeida, J. M. C. & Xavier, M. (Coords.) (2010). *Estudo epidemiológico nacional de Saúde Mental – 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa Retrieved from [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)
- American Psychiatric Association (2010). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10 Suppl), 1-52. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.54853
- American Psychiatric Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed. rev.). (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2000).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Amminger, G. P., Chanen, A. M., Ohmann, S., Klier, C. M., Mossaheb, N., Bechdolf, A., ... Schäfer, M. R. (2013). Omega-3 fatty acid supplementation in adolescents with borderline personality disorder and ultra-high risk criteria for psychosis: A post hoc subgroup analysis of a double-blind, randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 402-408.

- Barnow, S., Aldinger, M. Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H.-J., & Stopsack, M. (2013). Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald family study. *Journal of Personality Disorders*, 27, 806–819. doi:10.1521/pedi\_2012\_26\_058
- Bateman, A., & Fonagy, F. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy* 43, 1231–1241. doi:10.1016/j.brat.2004.09.008
- Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 735–745. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_108
- Bruehl, H., Preißler, S., Heuser, I., Heekeren, H. R., Roepke, S., & Dziobek, I. (2013). Increased prefrontal cortical thickness is associated with enhanced abilities to regulate emotions in PTSD-free women with borderline personality disorder. *PLoS One*, 8(6), 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0065584
- Brüne, M., Ebert, A., Kolb, M., Tas, C., Edel, M-A, & Roser, P. (2013). Oxytocin influences avoidant reactions to social threat in adults with borderline personality disorder. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 28, 552–561. doi:10.1002/hup.2343
- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38, 429-446. doi:10.1177/008124630803800212
- Curiel, J. D. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, XXI(78), 51-70. doi: 10.4321/S0211-57352002000100009
- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The borderline empathy paradox: Evidence and conceptual models for empathic enhancements in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 172–195. doi:10.1521/pedi\_2012\_26\_071

- Direcção-Geral da Saúde (s.d.). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00026-6
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146. doi: 10.1177/00030651000480040701
- Goodman, M., Mascitelli, K., & Triebwasser, J. (2013a). The neurobiological basis of adolescent-onset borderline personality disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 212-219.
- Goodman, M., Patel, U., Oakes, A., Matho, A., & Triebwasser, J. (2013b). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 764-782. doi: 10.1521/pedi\_2013\_27\_111
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545. doi:10.4088/JCP.v69n0404
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M. M. (2002). Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60. doi:10.1001/archinte.162.1.53.
- Grotstein, J. S. (1984). A proposed revision of the psychoanalytic concept of primitive mental states: II. The borderline syndrome-Section 3: Disorders of autistic safety and symbiotic relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 266-343. doi: 10.1080/00107530.1984.10745736
- Hagenhoff, M., Franzen, N., Gerstner, L., Koppe, G., Sammer, G., Netter, P., ... Lis, S. (2013). Reduced sensitivity to emotional facial expressions in borderline personality disorder: Effects of emotional valence and intensity. *Journal of Personality Disorders*, 27, 19-35. doi:10.1521/pedi.2013.27.1.19
- Hernandez, C. A. S. (2010). *Borderline personality disorder*. International Encyclopedia of Rehabilitation. University of Buffalo. Buffalo, NY: The

- State University of New York. Retrieved from [http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/borderline\\_personality\\_disorder.pdf](http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/borderline_personality_disorder.pdf)
- Higa, J. K., & Gedo, P. M. (2012). Transference interpretation in the treatment of borderline personality disorder patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76, 195-210. doi:10.1521/bumc.2012.76.3.195
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 216-225. doi:10.1002/cpp.796
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., N., Røysamb, E., Tambs, K., Torgersen, S., ... Reichborn-Kjennerud, T. (2008). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1438-1446. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1438
- Kernberg, O. F., & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77, 1-22. doi: 10.1521/bumc.2013.77.1.1.
- Lai, C. M., Leung, F., You, J., & Cheung, F. (2012). Are DSM-IV-TR borderline personality disorder, ICD-10 emotionally unstable personality disorder, and CCMDIII impulsive personality disorder analogous diagnostic categories across psychiatric nomenclatures? *Journal of Personality Disorders*, 26, 551-567 doi: 10.1521/pedi.2012.26.4.551
- Linehan, M. M., Schmidt III, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions* 8, 279-292. doi: 10.1080/105504999305686
- Luca, M., Luca, A., & Calandra, C. (2012). Borderline personality disorder and depression: An update. *Psychiatric Quarterly*, 83, 281-292. doi:10.1007/s11126-011-9198-7.
- Lyons-Ruth, K. (2007). The Interface Between Attachment and Intersubjectivity: Perspective from the Longitudinal Study of Disorganized Attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616. doi:10.1080/07351690701310656

- Mandal, E., & Kocur, D. (2013). Psychological masculinity, femininity and tactics of manipulation in patients with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 45-53.
- Maranga, A. R. (2002). Organizações borderline: Aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, 20(2), 219-223.
- Marziali, E. (2000). Book review: Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 407-411. doi:10.1023/A:1001930807069.
- Matsushita, M., Miyagawa, Y., Ushijima, H., Tanaka, M., Jono, T., & Ikeda, M. (2013). Dialectical behavior therapy for a woman with borderline personality disorder: A case report. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 14, 1-3.
- Miano, A., Fertuck, E. A., Arntz, A., & Stanley, B. (2013). Rejection sensitivity is a mediator between borderline personality disorder features and facial trust appraisal. *Journal of Personality Disorders*, 27, 442-456. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_096.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969-981. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.004.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, 10, 85-96. doi:10.5944/ap.10.1.7036.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline Personality Disorder: the NICE Guideline for Treatment and Management*. National Clinical Practice Guideline Number 78. London, United Kingdom: The British Psychological Society and The Royal College of Psychologists. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015300/pdf/TOC.pdf>
- Nicol, K., Pope, M., Sprengelmeyer, R., Young, A. W., & Hall, J. (2013). Social judgement in borderline personality disorder. *PLoS ONE*, 8(11), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0073440.
- Nehls, N. (2000). Recovering: a process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 22, 62-70.
- O'Donohue, H., Fowler, K. A., & Lilienfeld, S. O. (2007). *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi:10.4135/9781483328980

- Oldham, J. M. (2004). Borderline personality disorder: an overview. *Psychiatric Times*, 21, 43-51.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742. doi:10.1176/appi.ps.53.6.738.
- Paris, J. (2005). Recent advances in the treatment of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 435-441.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Risk factors for borderline personality in male outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 375-380.
- Ryle, A., & Kerr, I. B. (2002) *Introducing cognitive analytic therapy. Principles and Practice*. Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013a). Borderline personality and the pain paradox. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(4), 40-46.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013b). The difficult chronic pain patient: A case of borderline personality disorder? *Primary Care Reports*, 19(7), 93-104.
- Sauer-Zavala, S. E., Geiger, P. J., & Baer, R. A. (2013). The effect of anger rumination in the relationship between borderline personality disorder symptoms and precursors. *Journal of Personality Disorders*, 27, 465-472. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_098.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 690-710. doi:10.1521/pedi.2005.19.6.690.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Pagano, M. E., Bender, D. S., Gunderson, J. G., Shea, M. T., ... McGlashan, T. H., (2005a). Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 363-368.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... Stout, R. L. (2005b). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month

- randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353–358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013.
- Stone, M. H. (2013). A new look at borderline personality disorder and related disorders: Hyper-reactivity in the limbic system and lower centers. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 437–466. doi:10.1521/pdps.2013.41.3.437.
- Swift, E. (2009). Borderline personality disorder: Aetiology, presentation and therapeutic relationship. *Mental Health Practice*, 13(3), 22-25. doi:10.7748/mhp2009.11.13.3.22.c7354.
- Van Blarikom, J. (2008). A person-centered approach to borderline personality disorder. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 7(1), 20-36.
- Vega, I., & Quintero, S. S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad limite. *Acción Psicológica*, 10(1), 45-56. doi:10.5944/ap.10.1.7032.
- Westphal, M., Olfson, M., Bravova, M., Gameroff, M. J., Gross, R., Wickramaratne, P., ... Neria, Y. (2013). Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry* 76, 365-380. doi:10.1521/psyc.2013.76.4.365.
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, 10, 103-106.
- Widiger, T. A., Clark, L. A., & Livesley, W. J. (2009). An Integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21, 243-255. doi: 10.1037/a0016606
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 716–726. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_106.
- World Health Organization (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1992).
- World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 147-154. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.032
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 19, 505-523. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.505.