

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE EM ADOLESCENTES

Lionel Cailhol, Ludovic Gicquel & Jean-Philippe Raynaud

Versão em Português

Tradutores Letícia Tomaz Oliveira e João Victor Martins Pereira

Editora: Mafalda Marques



Janis Joplin

G A Faris & R M Faris (2001) *Living in the Dead Zone: Janis Joplin and Jim Morrison: Understanding Borderline Personality Disorders*; Slade Books.

Lionel Cailhol MD, PhD

Consultant psychiatrist, Adult Psychiatry, St Jerome Hospital, St Jerome & Personality Disorder Program, Institut Universitaire de Santé Mentale de Montréal, Québec, Canada

Conflict of interest: none reported.

Ludovic Gicquel MD, PhD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, Henri Laborit Hospital Center, Poitiers & Professor of child psychiatry, University of Poitiers, France

Conflict of interest: none reported.

Jean-Philippe Raynaud MD

Consultant child psychiatrist, Child Psychiatry, University Hospital Center, Toulouse & Professor of child psychiatry, Paul Sabatier University, Toulouse, France

Conflict of interest: none reported.

Esta publicação é destinada a profissionais em formação ou que trabalham na área de saúde mental, e não ao público em geral. As opiniões expressas são as dos autores e não representam necessariamente as opiniões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação busca descrever os melhores tratamentos e práticas com base nas evidências científicas disponíveis no momento em que foi escrita conforme avaliado pelos autores e podem sofrer alterações como resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar esse conhecimento aos pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar as informações específicas do medicamento, pois nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e sites são citados ou vinculados para ilustrar questões ou como fonte de informações adicionais. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, que devem ser avaliados criticamente pelo leitor. Os sites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2020. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja devidamente citado e o uso não seja comercial. Citação sugerida: Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM, Martin A (ed), JM Rey's *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por um padrão generalizado e persistente de instabilidade e impulsividade. O TPB tem merecido muita atenção em pesquisas por várias décadas, que buscam tanto entendê-lo, como enfrentá-lo. Enquanto o rótulo do TPB é frequentemente utilizado em contextos clínicos ao lidar com os adolescentes, a sua utilização diretamente com os jovens permanece controversa. No entanto, muitos acreditam que o conjunto atual de argumentos convergentes confere o uso legítimo desse termo nessa faixa etária (Miller et al, 2008).

Do ponto de vista didático, este capítulo usa o conceito de TPB tal como definido no DSM-5. No entanto, os leitores precisam estar cientes dos riscos deste reducionismo em relação a outras conceituações da doença. Neste capítulo, destaca-se a alta frequência da doença em adultos e populações adolescentes e suas consequências psicossociais. Uma grande parte é dedicada ao diagnóstico e diagnóstico diferencial. O capítulo termina com uma descrição de estratégias de tratamento úteis.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalência

A prevalência de TPB é estimada entre 0,7% e 1,8% (Swartz et al, 1990; Torgersen, 2001) . Um estudo populacional geral recente envolvendo cerca de 35.000 participantes encontrou uma prevalência de TPB ao longo da vida de 5,9% utilizando a versão do DSM-IV do Cronograma de Entrevista do Distúrbio de Uso do Álcool e Deficiências Associadas (Grant et al , 1995) . Dentro de populações clínicas, dados dos EUA mostraram uma prevalência de 6,4 % em amostras médicas gerais (Gross et al, 2002), de 10% a 23% em pacientes fora das clínicas que sofrem de problemas de saúde mental (Korzekwa et al, 2008 ; Swartz et al , 1990) e de 20 % entre os pacientes psiquiátricos.

Os dados são escassos para crianças e adolescentes e as amostras são muito menores. Um estudo francês descobriu uma alta prevalência de TPB em adolescentes (10% em meninos e 18% em meninas) medidos pelo DIB-R, (Revised Diagnostic Interview for Broderlines, em inglês; Entrevista para Diagnóstico Borderline - Revisado) adaptado para adolescentes (Chabrol et al, 2001a). Um estudo chinês relatou uma prevalência mais modesta de 2 % (Leung & Leung , 2009).

Gênero e Cultura

Atualmente, a prevalência na população em geral é considerada semelhante para ambos os sexos (Leichsenring et al, 2011). Em amostras clínicas, as mulheres representam três quartos de todos os pacientes. Alguns especialistas supõem que isto pode ser devido à dificuldade dos homens em buscar o acesso a cuidados, particularmente a psicoterapia (Goodman et al, 2010). Este efeito também pode ser observado em adolescentes (Cailhol et al, 2013). Isso não representa um problema específico do TPB, sendo encontrado também em outros transtornos mentais (O'Loughlin et al, 2011).

O conceito de TPB vem de classificações ocidentais (Europa, seguida pela América do Norte). No entanto, mesmo na sua definição, este conceito encontra dificuldades culturais. Por exemplo, o limiar para a instabilidade emocional pode

“Os pacientes com transtorno da personalidade borderline têm sido desde há muito tempo para a psiquiatria o que a psiquiatria sempre foi para a Medicina - um assunto de grande importância para a saúde pública que é sub-reconhecido, pouco tratado, subfinanciado e estigmatizado. Como com a psiquiatria e a Medicina, tal quadro está mudando. Novos conhecimentos, novas atitudes e novos recursos se tornaram promessa de uma nova esperança para as pessoas com personalidade borderline”. (Kernberg & Michels, 2009)

- Você tem questões?
- Comentários?

Clique aqui para aceder à página de Facebook do Livro para partilhar a sua opinião do capítulo com outros leitores, questionar os autores ou editor e fazer comentários.

ser diferente nos países latinos e nórdicos, além disso, sintomas dissociativos não são interpretados da mesma forma de um continente para o outro. Assim, os limiares estabelecidos pelos médicos para cada um dos critérios podem variar de acordo com as especificidades culturais e de seus pacientes. Dentro do nosso conhecimento, a expressão sintomática de TPB na adolescência de acordo com a cultura tem sido pouco explorada.

Por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID), a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu o uso deste diagnóstico pelo mundo, além de validar um instrumento internacional para seu diagnóstico (Loranger et al, 1994). No entanto, o modelo norte-americano (Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, DSM em inglês) domina nas publicações de pesquisa (Maffei, 2006). Cientistas de diferentes regiões do mundo continuam a usar os critérios diagnósticos do DSM, como demonstrado em publicações recentes, que destacam a questão do diagnóstico de acordo com a cultura (Rossier & Rigozzi, 2008; Wong et al, 2010). A migração não parece aumentar o risco de TBP (Pascual et al, 2008).

Custos da Doença

Estima-se que o TPB custe até 17.000 € por ano por paciente em custos diretos e indiretos nos Países Baixos (van Asselt et al, 2007). Isto inclui o tratamento, hospitalização particular, aposentadoria por doença e perda de produtividade. Se a prevalência na população em geral for considerada, os custos devem ser substanciais. No entanto, os dados europeus não podem ser extrapolados para o resto do mundo, pois refletem apenas o contexto médico-econômico dos países ocidentais.

As consequências do TPB para as pessoas que lidam com o paciente dependem de sua vulnerabilidade ao comportamento e demandas dos indivíduos com TPB. Famílias de adolescentes, em particular, têm de conciliar as demandas de seus filhos por autonomia enquanto os protegem e têm de aprender a gerenciar preocupações relacionadas com a adoção de comportamentos de risco. Isto pode causar uma tensão considerável dentro da família (Fruzzetti et al, 2005; Gerull et al, 2008; Hoffman et al, 2005).

Além das complicações físicas decorrentes de comportamentos autolesivos, pacientes com TPB estão expostos a riscos devido a sua impulsividade, resultando sobretudo em acidentes, uso indevido de drogas e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros (Sansone et al, 1996; 2000a; 2000b; 2001). Finalmente, a instabilidade emocional e nas relações interpessoais levam a problemas de comunicação entre pais e filhos (Guedeney et al, 2008; Hobson et al, 2005, 2009; Newman et al, 2007). Estudos observacionais de mães com TPB abordando suas atitudes em relação aos lactentes e crianças pequenas revelam que a mãe apresenta menor disponibilidade, pior humor e organização de comportamentos e expectativas de interações positivas mais baixas. Essas mães são descritas mais frequentemente como superprotetoras/intrusivas e menos como abertas/sensíveis (Abela et al, 2005; McClellan & Hamilton, 2006; Newman et al, 2007). Essas crianças experienciam taxas mais altas de separação parental e perda de emprego em comparação com aquelas cujas mães sofrem de depressão ou de outro distúrbio



O conceito de TPB tem integrado cada vez mais as representações culturais das populações ocidentais: ele surge no Facebook® e em trabalhos artísticos (p.ex., no livro "Borderline" de Marie-Sissi Labrèche, ou no filme "Girl Interrupted" dirigido por James Mangold – baseado no relato de Susanna Kaysen sobre sua estadia de 18 meses em um hospital psiquiátrico).

de personalidade.

O desenvolvimento psicológico de crianças com mães TPB é afetado e elas tendem a isolar-se do meio envolvente (Abela et al, 2005; McClellan E Hamilton, 2006). Estas crianças são menos atentas, interessadas ou desejosas de interagir com suas mães e demonstram um apego mais desorganizado no Teste de Situação Estranha (Abela et al, 2005). Filhos de mães com TPB apresentam taxas elevadas de pensamentos de suicídio (25%); o risco de essas crianças sofrerem de depressão é sete vezes maior se a mãe tem um duplo diagnóstico de depressão e TPB (Bradley et al, 2005).

IDADE DE INÍCIO E CURSO DA DOENÇA

O DSM-5 recomenda que um diagnóstico de TPB não deve ser feito antes dos 18 anos. Na prática, o diagnóstico é feito antes se os sintomas são claros e persistentes.

Estudos de seguimento mostram que a remissão é comum - 74% após 6 anos; 88% após 10 anos (Zanarini et al, 2003a, 2006) - questionando a noção de que esta é uma condição crônica sem remissão. Parece haver dois grupos de sintomas, um (caracterizado pela raiva, sentimentos de abandono) tende a ser estável ou persistente, enquanto o outro (caracterizado por automutilação e tentativas de suicídio) é instável ou menos persistente. Deve esclarecer-se que a maioria dos casos de remissão na verdade significam uma redução no número de sintomas abaixo do limiar de diagnóstico e não necessariamente a resolução completa da doença (Shea et al, 2002).

O risco de morte por suicídio em pacientes com TPB é estimado entre 4% e 10%, um dos mais altos entre as doenças psiquiátricas. O risco de suicídio é maior em caso de ocorrência conjunta com um transtorno de humor ou abuso de substâncias e com o aumento do número de tentativas de suicídio (Paris, 2002). O suicídio parece ocorrer no final do curso da doença, quando o paciente apresenta cerca de 30-37 anos de idade e raramente durante o tratamento (Paris, 2002).

A funcionalidade destes indivíduos é significativamente prejudicada (por exemplo, na escala de Avaliação Global de Funcionalidade, scores por volta de 50), com perdas de emprego frequentes, relacionamentos instáveis e história de estupro (Zittel Conklin & Westen , 2005). A funcionalidade é mais prejudicada neste distúrbio do que em outros transtornos do Eixo II e na depressão (Skodol et al, 2002; Zanarini et al, 2005).

Assim como em adultos, a remissão é elevada quando o diagnóstico é feito durante a adolescência (Biskin et al, 2011); o pico da frequência de sintomas do TPB parece estar nos 14 anos de idade (Chabrol et al , 2001b). No entanto, apesar da elevada taxa de remissão, a presença de TPB na adolescência está longe de ser inofensiva. Para além das complicações mencionadas inerentes à doença, o diagnóstico aumenta o risco de outros resultados negativos; por exemplo, 80% dos adolescentes com TPB vão sofrer de um transtorno de personalidade na vida adulta, embora o TPB ocorra em apenas em 16% deles (Deschamps & Vreugdenhil, 2008)(Chabrol et al, 2001b).



Clique na imagem para ver a história da Emily (10:43)



Marilyn Monroe. Nascida em 1926; morreu em 1962 em circunstâncias trágicas. Ela era uma atriz americana que se tornou um importante símbolo sexual. Cresceu com uma mãe mentalmente instável que era financeiramente incapaz de cuidar dela. Marilyn tinha dois anos abaixo da idade legal quando se casou com o primeiro marido. Teve várias overdoses e muitos relacionamentos amorosos intensos. Durante a sua vida, foi submetida a vários tratamentos psicológicos e hospitalizações psiquiátricas.

CAUSAS E FATORES DE RISCO

A causa do TPB é desconhecida. No entanto, várias hipóteses explicativas podem ser encontradas na literatura médica. As teorias mais aceitas são a psicogênica, acompanhada, em seguida, pelo pensamento psicanalítico. Uma das explicações iniciais foi baseada na Teoria das Relações-objeto defendida por Otto Kernberg (Clarkin et al, 2006). Mais recentemente, a Teoria do Apego de John Bowlby forneceu novas perspectivas sobre os possíveis mecanismos subjacentes do TPB (Bateman, 2004), enquanto outras visões enfatizam a importância da Desregulação Emocional (Linehan, 1993). Finalmente, as Teorias Cognitivas destacam padrões de pensamento disfuncionais aprendidos na infância, que são mantidos na idade adulta (Young, 1999). Todas estas teorias realçam a importância do desenvolvimento emocional dos indivíduos, o qual é marcado por traumas e déficits emocionais, e do fracasso posterior de adaptação do ambiente às necessidades da criança.

A nível epidemiológico, a investigação retrospectiva mostrou uma significativa prevalência de trauma na infância, abuso sexual, separações prolongadas e negligência entre os pacientes com TPB (Zanarini et al, 1997). Essas experiências não podem ser entendidas como causas diretas de TPB. Embora o trauma na infância seja elevado nesta população, não está presente em todos os casos e, quando existe, nem sempre provoca o TPB. No entanto, a elevada ocorrência de trauma precoce foi usada para apoiar um modelo causal alternativo traumático resultante do trauma de infância crônico (Golier et al, 2003). Embora não expliquem totalmente a doença, traumas repetidos na infância parecem ser um elemento frequente em populações com TPB e entre pacientes com TEPT.

Deve-se ressaltar que cerca de metade dos pacientes com TPB também satisfazem os critérios para TEPT.

A separação materna precoce está associada tanto com o TPB quanto com a persistência de seus sintomas ao longo do tempo (Crawford et al, 2009). Finalmente, o TPB também tem um componente genético; a hereditariedade é estimada em 47% (Livesley, 1998). Como em quase todos os transtornos psiquiátricos, a herança em TPB é poligênica. Além disso, a interação entre genes e ambiente, conforme descrito nos parágrafos anteriores, torna difícil a interpretação desses dados (Steele & Siever, 2010).

DIAGNÓSTICO

Sintomas Clínicos

Num esforço para melhorar a confiança diagnóstica, o DSM-III (Associação Americana de Psiquiatria, 1981) introduziu um sistema multiaxial, colocando os distúrbios de personalidade no Eixo II - ao lado do retardo mental – descrevendo o TPB como um diagnóstico separado. O DSM-5 reverteu esta decisão abandonando a classificação multiaxial. De acordo com o DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 1994) as principais características do TPB são a instabilidade e impulsividade, como descrito na tabela H.4.1. Para fazer um diagnóstico de TPB de acordo com o DSM-5, é necessária a presença de cinco ou mais sintomas dos listados na Tabela H.4.1. Além disso, o padrão de comportamento deve ser estável ao longo do tempo, inflexível e extensível a uma ampla gama de situações pessoais e sociais, e deve causar comprometimento ou sofrimento significativo.

	CRITÉRIOS DO DSM-5	DIMENSÃO
6 -	Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por exemplo, disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e, raramente, mais de alguns dias).	Emocional
7 -	Sentimentos crônicos de vazio interior.	
8 -	Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade de controle da raiva (por exemplo, exibe frequentemente mau humor, raiva constante, confrontos físicos recorrentes).	
3 -	Distúrbio de identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou sentido de si mesmo.	Cognitiva
9 -	Ideação paranóide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos severos.	
4 -	Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente prejudiciais para o próprio (por exemplo, gastos monetários, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivamente).	Impulsiva
5 -	Gestos, ameaça ou comportamentos recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante.	
1 -	Esforços extremos para evitar o abandono real ou imaginado.	Interpessoal
2 -	Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.	

A Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10; Organização Mundial de Saúde, 2000) coloca o TPB dentro das “personalidades emocionalmente instáveis”, que incluem um subtipo impulsivo (Tabela H.4.2). Ambas as classificações requerem um padrão de comportamento generalizado que começa na adolescência ou início da idade adulta e causa prejuízo significativo nas atividades funcionais do paciente.

Subtipos

O DSM-5 não distingue subtipos dentro do TPB. Os subtipos podem ser definidos pelas comorbidades. No entanto, alguns pesquisadores propõem dois subtipos: dependente e impulsivo. O primeiro seria caracterizado por ambivalência, relacionamentos instáveis; o último por um padrão de atos impulsivos em várias áreas, incluindo a violação das leis. A CID-10, pelo contrário, descreve um subtipo impulsivo e um limítrofe (borderline) (ver Tabela H.4.2).

Tabela H.4.2 Critérios de personalidade emocionalmente instável segundo a CID-10

F60.3 Transtorno de personalidade (borderline) emocionalmente instável

Um transtorno de personalidade em que há uma marcada tendência a agir impulsivamente, sem considerar as consequências, juntamente com uma grande instabilidade afetiva. A capacidade de planejar com antecedência pode ser mínima e ataques de intensa raiva podem muitas vezes levar à violência ou a “comportamentos explosivos”; estes são facilmente precipitados quando atos impulsivos são contrariados ou criticados por outros.

Duas variantes deste transtorno de personalidade são especificadas e ambas compartilham este tema geral de impulsividade e falta de autocontrole.

Tipo Impulsivo:

As características predominantes são a instabilidade emocional e a falta de controle dos impulsos. Explosões de violência ou comportamento ameaçador são comuns, especialmente em resposta às críticas por outros.

Tipo Borderline:

Várias das características de instabilidade emocional estão presentes; além disso, a autoimagem do próprio paciente, objetivos e preferências internas (incluindo sexual) são, muitas vezes, pouco claras ou perturbadoras. Há geralmente sentimentos de vazio crônicos. A responsabilidade de se envolver em relações intensas e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada a esforços excessivos para evitar o abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de automutilação (embora estes possam ocorrer sem precipitantes óbvias).



Auto-mutilações são comuns em pessoas com TPB.

Apresentação dos sintomas

É raro os pacientes procurarem atendimento médico se queixando de TPB, embora a informação sobre o transtorno nos meios de comunicação e Internet tenham começado a tornar as pessoas mais conscientes acerca desta doença. A apresentação dos sintomas é frequentemente iniciada por outro problema psiquiátrico (ou seja, abuso de substâncias, alterações de humor), comportamentos problemáticos (ou seja, alimentação anormal, automutilação), ou problemas de relacionamento. Os atos de automutilação diminuem ao longo do tempo, mas são um sintoma de identificação particularmente útil na adolescência.

TPB: de um conceito categórico a dimensional

Se fôssemos seguir os critérios do DSM à letra, o TPB só seria diagnosticado em adultos (Gicquel et al, 2011). No entanto, alguns médicos consideram que este diagnóstico possa ser feito em adolescentes com a condição de que seja aceite um valor preditivo menor do que para os adultos (Bondurant et al, 2004). A partir da compreensão das limitações das classificações atuais, tem havido uma tendência para conceituação dimensional da doença. A tabela H.4.1 mostra os critérios diagnósticos segundo o DSM-5 e as quatro dimensões que surgiram a partir desses critérios.

Neste âmbito, os transtornos de personalidade estariam dispostos no extremo final dos traços de personalidade, variando de normal para patológico. A pesquisa feita por Zanarini et al (2007) destaca a estabilidade da doença, a duração média dos sintomas e o potencial para remissão e recuperação, o que está resumido na tabela H.4.3.

Resta saber se alguns adolescentes vivenciam momentos “borderline” e se outros mostram funcionamento ou organização marginal. É um fato que nem todos os adolescentes marginais desenvolvem TPB. Isso levanta a questão do futuro dos adolescentes com funcionamento marginal. Nesta linha, Bornovalova et al (2009) destacam o risco de diagnóstico de “rotulagem” dos transtornos de personalidade em adolescentes, uma população que passa por muitas mudanças durante o desenvolvimento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Comorbidade

Um estudo internacional francês sobre adolescentes liderado pela Rede Europeia de Investigação em TPB (EURNET-BPD, em inglês) concluiu que o TPB é muito frequentemente comórbido com: depressão (71.4%), anorexia (40.2%), bulimia (32.9%), abuso de álcool (23.5%) e abuso de substâncias (8.2%). Em particular, a comorbidade com TDAH pode ser um indicador de gravidade (Speranza et al, 2011). Esses dados são semelhantes aos relatados para adultos (Zanarini et al, 1998a). Dados da EURNET-DBP verificaram que a maior comorbidade com outros transtornos de personalidade foi com o comportamento antissocial (22.3%) e evitante (21.2%), também semelhante ao encontrado em adultos (Zanarini et al, 1998b); há diferenças entre os géneros em ambos os grupos, adolescentes e adultos, com uma predominância da personalidade antissocial como comorbidade no género masculino.

Tabela H.4.3 Evolução dos sintomas do TPB ao longo do tempo.

SINTOMAS	DURAÇÃO MÉDIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Manifestações parapsicóticas • Comportamento sexual de risco • Regressão associada ao tratamento • Contratransferência de problemas, relações de tratamento “especiais” 	0 – 2 anos	Sintomas Agudos
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso e dependência de substâncias psicoativas • Autodano • Repetidas tentativas de suicídio • Múltiplas exigências • Grave transtorno de identidade 	2 – 4 anos	
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamentos tempestuosos • Manipulação, sadismo, desvalorização • Instabilidade emocional • Experiências perceptuais incomuns, pensamentos estranhos • Sentimentos de abandono, de aniquilamento, colapso • Experiências alucinógenas não paranoicas 	4 – 6 anos	Sintomas Temperamentais
<ul style="list-style-type: none"> • Episódio depressivo major, depressão crônica • Sentimentos de desespero crônicos, culpa • Ansiedade crônica • Impulsividade generalizada • Não suporta estar sozinho • Conflito em torno da dependência de cuidados • Dependência, masoquismo 	6 – 8 anos	
<ul style="list-style-type: none"> • Raiva crônica, ataques de raiva frequentes • Sensação de solidão crônica, vazio 	8 – 10 years	

Avaliação Psicométrica

Existem muitos instrumentos para avaliação dos transtornos de personalidade em adultos. Estes são alguns dos mais amplamente utilizados:

- SIDP-IV (Structured Interview for the Diagnosis of DSM-IV Personality Disorders em inglês; Entrevista Estruturada para o Diagnóstico de Transtornos de Personalidade do DSM-IV; Stangl et al, 1985). A versão do DSM-IV é amplamente utilizada a nível internacional (Pfohl et al, 1995) e tem sido utilizada para os adolescentes (Chabrol et al, 2002);
- SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV, em inglês; Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV; First et al, 1997), complementando o SCID-I, que é usado para diagnosticar distúrbios do Eixo I;
- IPDE (International Personality Disorders Examination, em inglês; Exame Internacional dos Transtornos de Personalidade; Loranger et al, 1994) é uma entrevista semiestruturada que diagnostica os transtornos de personalidade segundo o CID-10 e o DSM-IV;

- DIB-R (Diagnostic Interview for Borderline-Revised, em inglês; Entrevista Diagnóstica para Borderline - Revisada; Zanarini et al, 1990) é uma entrevista semiestruturada com 129 itens. Embora o DIB-R não faça diagnóstico do TPB DSM-IV, apresenta validade convergente satisfatória com o DSM-IV;
- A CAPA (Child and Adolescent Psychiatric Assessment, em inglês; Avaliação Psiquiátrica da Criança e do Adolescente) também pode ser relevante para o diagnóstico de TPB (Renou et al, 2004);
- Há também questionários de autorresposta que podem ser úteis como instrumentos de rastreamento, como o MSI-BPD (McLean Screening Instrument for BPD, em inglês; Instrumento de McLean para triagem de TPB) e o PDQ-4+ (Personality Diagnostic Questionnaire, em inglês; Questionário de Diagnóstico de Personalidade; Zanarini et al, 2003b; Hyler et al, 1989).



Clique na figura para acessar a guideline do NICE para TPB.

TRATAMENTO

Várias linhas de tratamento para o TPB estão disponíveis, sugeridas tanto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA; 2001), como pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE, em inglês, 2009). A maioria têm poucas recomendações específicas para adolescentes.

Objetivos

A definição de um plano de tratamento e suas metas é o primeiro passo no controle do TPB, que será organizado segundo o nível de instabilidade do paciente. Na prática, isso implica a monitoração do progresso do paciente, trabalhando a partir de uma abordagem de gerenciamento de crises e de comportamentos de risco, abordando progressivamente os aspectos da personalidade num trabalho a longo prazo. Em cada fase, um contrato terapêutico é definido após a determinação das necessidades e das razões para a mudança. Os objetivos deverão ser individualizados e seguir uma hierarquia que deve ser explicada ao adolescente. Por exemplo, a redução do risco de morte deve preceder o tratamento dos sintomas ou a melhora na qualidade de vida. Além disso, adultos cuidadores precisam estar envolvidos e auxiliar no tratamento (p. ex., ao eliminar substâncias tóxicas).

Estrutura de cuidados

O tratamento de adolescentes com TPB deve, no geral, ser realizado em regime ambulatorial. Uma abordagem eclética e sequencial oferece uma solução pragmática para a diversidade clínica e a evolução natural da doença (Gunderson, 2001). A determinação da estrutura de cuidados envolve diferentes aspectos:

- Avaliação do risco
- Estado mental
- Nível de funcionamento psico-social
- Objetivos e motivação do paciente
- Ambiente social

- Comorbidades e
- Sintomas predominantes.

Na prática, o tratamento hospitalar pode ser considerado para casos com graves comorbidades (por exemplo, abuso de substâncias, depressão grave) e quando o manejo das crises ou os hospitais de dia são incapazes de conter o paciente. O risco a curto prazo da gestão do suicídio através do internamento hospitalar é do paciente regredir. Além disso, não existem dados que comprovam sua eficácia.

O tratamento ambulatorial pode ser feito por um clínico individual, em parceria com o médico psiquiatra e o psicoterapeuta, ou em contexto de hospital de dia, se disponível. É útil, regra geral, que a psicoterapia e a prescrição dos medicamentos sejam realizadas por médicos diferentes. Por último, a escola também pode desempenhar um papel na abordagem dos adolescentes com o TPB, oferecendo estabilidade e um lugar onde eles possam construir sua identidade e seus relacionamentos, ingredientes essenciais para a melhora destes pacientes.

Tratamentos Biológicos

De acordo com as orientações do NICE (2009), o tratamento medicamentoso não deve ser usado especificamente para o TPB ou para sintomas isolados ou comportamentos associados à condição (por exemplo, autoagressões repetidas, marcada instabilidade emocional, comportamentos de risco e sintomas psicóticos transitórios). No entanto, as comorbidades podem exigir tratamento medicamentoso. Além disso, os efeitos colaterais, a adesão ao tratamento e os riscos do uso incorreto limitam a utilidade dos medicamentos. Por fim, dentro do nosso conhecimento, ainda nenhuma droga foi aprovada para o tratamento do TPB, em adultos ou adolescentes. Estas precauções realçam o papel limitado de drogas psicotrópicas no manejo global do TPB.

Além da opinião de especialistas, várias meta-análises fornecem orientações quanto ao tratamento do TPB (Binks et al, 2006a; Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011; Mercer, 2007; Nose et al, 2006; Rinne & Ingenhoven, 2007; Stoffers et al, 2010). As substâncias estudadas incluem neurolépticos, antidepressivos, ácidos graxos ômega -3 e anticonvulsivantes. No entanto, a curta duração dos ensaios, o baixo número de estudos, o elevado número de casos perdidos em seguimento, a ausência de estudos comparativos, e critérios de inclusão restritivos na maior parte dos ensaios controlados, limitam a interpretação dos resultados.

Os benzodiazepínicos podem ser usados em situações específicas, mas têm um risco considerável de dependência ou desinibição dos pacientes (Associação Americana de Psiquiatria, 2001). Em geral, os sedativos não devem ser prescritos por mais de uma semana para lidar com uma crise (NICE, 2009). Isso explica a necessidade de vigilância intensiva e revisão regular do tratamento para identificar medicamentos não úteis e a sua cautelosa e gradual remoção. Os antipsicóticos, em particular, não devem ser utilizados para tratamento a médio e longo prazo (NICE, 2009). No entanto, a curto prazo, os antipsicóticos podem apresentar efeitos benéficos sobre os sintomas cognitivo-perceptuais, raiva e labilidade do humor (Ingenhoven & Duivenvoorden, 2011).

Dicas para o tratamento

- **Suporte.** Dada a elevada exigência destes pacientes em relação aos clínicos, trabalhar em equipe torna mais fácil o seu gerenciamento. Se não estiver disponível uma equipe, supervisão regular ou consulta a colegas para conselhos são altamente recomendados.
- **Continuidade.** A continuidade no cuidado ao longo do tempo é essencial, uma vez que o tratamento geralmente dura anos. A construção de um relacionamento terapêutico exige confiança nos profissionais que prestam os cuidados.
- **Clareza.** Ambos, médico e paciente, devem ter uma clara compreensão do seu trabalho, de seus limites e como eles vão atuar sobre isso.
- **Responsabilidade.** Enquanto o comportamento dos pacientes, e até mesmo o diagnóstico, incentivam os diferentes sistemas (familiares, terapeutas, instituições) a tirar a responsabilidade dos pacientes, é útil lembrar que o aumento do seu controle emocional envolve aceitar gradualmente mais responsabilidade.



Clique na imagem para acessar o artigo do jornal New York Times sobre a luta de Marcia Linehan com seu TPB e o surgimento da Terapia Comportamental Dialética.

Psicoterapia

As psicoterapias utilizadas para tratar TPB compartilham muitos aspectos. Por exemplo, a maioria destaca a importância da elaboração de um Contrato de Cuidados no início da terapia, incluindo formas de lidar com situações de risco, particularmente crises suicidas, e contatos entre as sessões (por exemplo, por telefone) que devem ser acordados previamente.

Ao considerar o tratamento psicológico de uma pessoa com TPB, os clínicos devem ter em conta (NICE, 2009):

- Escolha e preferência dos pacientes
- Grau de comprometimento e gravidade do problema
- Vontade dos pacientes para se envolverem com a terapia e sua motivação para a mudança
- Capacidade dos pacientes para permanecerem dentro dos limites de um relacionamento terapêutico
- A disponibilidade de apoio pessoal e profissional.

Uma variedade de abordagens psicoterapêuticas tem sido utilizada para o TPB, incluindo tratamento individual, em grupo e durante as crises. Não há evidência para sugerir que uma forma específica de psicoterapia é mais eficaz do que a outra (Binks et al, 2006b; Leichsenring & Leibing, 2003; Leichsenring et al, 2011).

A Terapia Focada em Esquemas (TFE) visa alargar os princípios da TCC ao tratamento de transtornos da personalidade, colocando maior ênfase na relação terapêutica, nos afetos e estados de humor, nos estilos de coping ao longo da vida (por exemplo, evitamento e sobrecompensação), nos esquemas mentais cristalizados (ou seja, esquemas maladaptativos que se desenvolvem quando as



Clique na imagem para acessar a informação sobre terapia baseada na mentalização.

Tratamento Baseado na Mentalização (TBM)

O tratamento baseado na mentalização (TBM) é uma terapia psicodinâmica baseada na Teoria do Apego que assume que um apego desorganizado promove a falha na capacidade de mentalização. O TBM foi desenhado inicialmente para pacientes com TPB mas atualmente é utilizado em muitas outras situações como outros transtornos de personalidade e depressão. O tratamento consiste em terapia de grupo combinada com terapia individual, ambas em sessões semanais, geralmente em contexto de hospital de dia. Este tratamento pretende melhorar a capacidade dos pacientes em representar os seus sentimentos e os dos outros de uma forma mais eficaz em situações emocionalmente desafiantes. Os principais objetivos do TBM são de melhorar a regulação do afeto e o controlo comportamental. Ele permite que o paciente atinja os seus objectivos de vida e mantenha relacionamentos mais íntimos e gratificantes.

Ao contrário de outras abordagens psicodinâmicas, o foco não é a transferência nem as relações do passado e o objetivo não é desenvolver um autoconhecimento biográfico, mas sim a recuperação da mentalização. Os terapeutas procuram promover um laço de apego seguro entre os membros de um grupo e entre o paciente e o próprio terapeuta. Este apego seguro constitui o contexto relacional propício à exploração da própria mente e da dos outros.

Figura H.4.1: Sumário comparativo de diferentes psicoterapias para o tratamento do transtorno de personalidade borderline.



necessidades específicas da infância não são preenchidas) e maior discussão sobre experiências da infância e processos de desenvolvimento. Um estudo descobriu que após três anos de tratamento o TFE foi mais eficaz do que uma psicoterapia com foco na transferência psicodinâmica para os participantes com TPB (Giesen-Bloo et al, 2006).

Dentro dos tratamentos de grupo, o **Treinamento de Sistemas para Previsibilidade Emocional e Resolução de Problemas** (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving - **STEPPS**, em inglês; Blum et al., 2002; Blum et al., 2008) baseia-se numa abordagem sistêmica e o seu programa inclui duas fases: um grupo de habilidades básicas de 20 semanas e um programa de grupo avançado de um ano, duas vezes por mês. Nesse modelo, o TBP é entendida como um distúrbio da regulação da emoção e do comportamento. O objetivo é fornecer ao doente outros profissionais que o tratem e amigos próximos e familiares com uma linguagem comum para comunicar claramente sobre o distúrbio e as estratégias usadas para o gerenciar. Isso ajuda a evitar a “cisão” (um mecanismo de defesa primitivo no qual a pessoa externaliza conflitos internos por atrair outros ao seu redor para tomar partido de algo, ou ser “bom” ou “ruim”).

O Tratamento Baseado na Mentalização (TBM) desenvolvido por Bateman e Fonagy (1999, 2004). “Mentalização”, neste modelo, significa a capacidade de diferenciar e separar seus próprios pensamentos e sentimentos dos de outras pessoas ao redor. Os vários aspectos da mentalização enfatizados no TBM são reforçados e praticados dentro de uma definição de psicoterapia de apoio. Porque a abordagem é psicodinâmica, a terapia tende a ser menos diretiva do que os tratamentos baseados na TCC.

A Psicoterapia Focada na Transferência (PFT) é outra abordagem psicodinâmica. A PFT assume que há uma estrutura psicológica que está subjacente aos sintomas específicos do TPB. Em tal organização psicológica, pensamentos e sentimentos sobre si e os outros estão divididos em experiências dicotômicas de bom ou ruim, preto ou branco, tudo ou nada. Uma vez que os pensamentos e sentimentos ou estados determinam a natureza das percepções do paciente, o “splitting” (divisão; ver acima) leva a relações interpessoais caóticas, comportamentos autodestrutivos e impulsivos e outros sintomas de TPB. O tratamento, constituído por duas sessões de psicoterapia individuais semanais, foca-se na transferência, pois se acredita que os pacientes vivam predominantemente as suas díades de relação de objeto na transferência (Clarkin et al, 2007).

Em adolescentes, a **Terapia Cognitiva Analítica** (Cognitive Analytic Therapy - **CAT**, em inglês; Ryle, 2004, Ryle & Beard, 1993) demonstrou eficácia semelhante a um “bom tratamento clínico manualizado” (Chanen et al, 2008). A CAT é um tratamento relativamente breve com duração de 16 a 24 sessões.

Resta saber se a discrepância entre o número de tratamentos e sua disponibilidade na prática clínica se alarga ou estreita. A falta de apoio para estes tratamentos na linha da frente pode desanimar pelas dificuldades assistenciais e levar os médicos a ignorar ou rejeitar as opções de psicoterapia. É importante lembrar neste ponto que um tratamento administrado com competência - que significa aquele que adere às recomendações - parece produzir resultados tão bons quanto os obtidos com tratamentos mais complexos (McMain, 2007).



Clique na imagem acima para acessar o website TARA com informação para doentes com TPB e suas famílias (em inglês).

Clique na imagem abaixo para acessar um website com informação em francês.



Outros tratamentos

Muitas equipes estão trabalhando em todo o mundo tentando desenvolver tratamentos mais curtos, com menos custos e que são mais aceitáveis pelos pacientes do que os tratamentos psicoterapêuticos tradicionais de longo prazo (ver Figura H.4.1). Formas condensadas de tratamentos a longo prazo podem ser capazes de oferecer ajuda a mais pacientes. Na mesma linha, a psicoeducação e grupos terapêuticos podem fornecer alternativas valiosas a um menor custo. Criar uma linha telefônica de apoio permanente para oferecer ajuda em tempos difíceis, quer a nível regional, quer nacional, pode ser útil.

CONCLUSÃO

O TPB é um distúrbio que pode ser encontrado em adolescentes e apresenta a mesma gama de sintomas e problemas encontrados em adultos. No entanto, nesta faixa etária, o TPB é ainda mais variável. Uma abordagem psicoterapêutica poderá resultar numa rápida redução dos sintomas em muitos casos. O desafio é identificar os pacientes que se encontram em maior risco de desenvolver transtornos graves e oferecer-lhes o atendimento mais completo possível.

REFERÊNCIAS

- Abela JR, Skitch SA, Auerbach RP et al (2005). The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Journal of Personality Disorders*, 19:68-83.
- American Psychiatric Association (1981). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2001). [Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry on Line*](#).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bateman A, Fonagy P (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156:1563-1569.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Oxford University Press.
- Bornoalova MA, Hicks BM, Iacono WG et al (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21:1335-1353.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Binks CA, Fenton M, McCarthy L et al (2006b). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005652.

- Biskin R, Paris J, Renaud J et al. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Canadian Academic Child Adolescent Psychiatry*, 20:168-174.
- Blum N, Pföhl B, John DS et al (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43:301-310.
- Blum N, St John D, Pföhl B et al (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165:468-478.
- Bondurant H, Greenfield B, Tse T (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: a review. *Canadian Child Adolescent Psychiatry Review*, 13:53-57.
- Bradley R, Jenei J, Westen D (2005). Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193: 24-31.
- Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R et al (in press). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*.
- Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2001a). [Symptoms of DSM IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients]. *Encephale*, 27:120-127.
- Chabrol H, Chouicha K, Montovany A et al (2002). [Personality disorders in a nonclinical sample of adolescents]. *Encephale*, 28:520-524.
- Chabrol H, Montovany A, Chouicha K et al (2001b). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:847-849.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK et al (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193:477-484.
- Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF et al (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164:922-928.
- Crawford TN, Cohen PR, Chen H et al (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21:1013-1030.
- Deschamps PK, Vreugdenhil C (2008). [Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50:33-41.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17:1007-1030.
- Furnham A, Milner R, Akhtar R et al (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology* 5:1646-1686.
- Gerull F, Meares R, Stevenson J et al (2008). The beneficial effect on family life in treating borderline personality. *Psychiatry*, 71: 59-70.
- Gicquel L, Pham-Scottet A, Robin M et al (2011). [Etats limites à l'adolescence: diagnostic et clinique]. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59:316-322.
- Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P et al (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63:649-658.
- Golier JA, Yehuda R, Bierer LM et al (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160:2018-2024.
- Goodman M, Patil U, Steffel L et al (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16:155-163.
- Grant B, Harford T, Dawson D et al (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39:37-44.
- Gross R, Olfson M, Gameroff M et al. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162:53-60.
- Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V et al (2008). [Attachment process between an infant and his/her mother: the first year]. *Archives de Pédiatrie*, 15 (sup 1):S12-S19.
- Gunderson JG (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hobson RP, Patrick M, Crandell L et al (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17:329-347.

- Hobson RP, Patrick M, Hobson JA et al (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *British Journal of Psychiatry*, 195:325-330.
- Hoffman PD, Fruzzetti A, Buteau E et al (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44:217-225.
- Hyer SE, Rieder RO, Williams JB et al (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30:170-178.
- Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ (2011). Differential effectiveness of antipsychotics in borderline personality disorder: meta-analyses of placebo-controlled, randomized clinical trials on symptomatic outcome domains. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31:489-496.
- Kernberg OF, Michels R (2009). Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166:505-508.
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS et al (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49:380-386.
- Leischsenring F, Leibing E (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160:1223-1232.
- Leischsenring F, Leibing E, Kruse J et al (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377:74-84.
- Leung SW, Leung F (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23:494-513.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48:1060-1064.
- Livesley WJ (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55:941-948.
- Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A et al (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51:215-224.
- Maffei C (2006). Personality disorders in Europe and USA: same diagnosis, different sights. In: VIIth European ISSPD Congress, June, Prague.
- McClellan J, Hamilton JD (2006). An evidence-based approach to an adolescent with emotional and behavioral dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:489-493.
- McMain S (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (sup):103S-114S.
- Mercer D (2007). Medications in the treatment of borderline personality disorder 2006. *Current Psychiatry Report*, 9:53-62.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28:969-981.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management* [Online]. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedialive/12125/42900/42900.pdf>
- Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR et al (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41:598-605.
- Nose M, Cipriani A, Bianscosino B et al (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 21:345-353.
- O'Loughlin RE, Duberstein PR, Veazie PJ et al (2011). Role of the gender-linked norm of toughness in the decision to engage in treatment for depression. *Psychiatric Services*, 62:740-746.
- Paris J (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53:738-742.
- Pascual JC, Malagon A, Corcoles D et al. (2008). Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *British Journal of Psychiatry*, 193:471-476.
- Pföhl B, Blum H, Zimmerman EA (1995). *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa city: Department of Psychiatry, University of Iowa.
- Renou S, Hergueta T, Flament M et al (2004). [Structured diagnostic interviews in child and adolescent psychiatry]. *Encephale*, 30:122-134.
- Rinne T, Ingenhoven NT (2007). *Pharmacotherapy of Severe Personality Disorders: A Critical Review*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossier J, Rigozzi C (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53:534-544.
- Ryle A (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18:3-35.
- Ryle A, Beard H (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66:249-258.

- Sansone RA, Sansone LA, Wiederman MW (1996). Borderline personality disorder and health care utilization in a primary care setting. *Southern Medical Journal*, 89:1162-1165.
- Sansone RA, Gentile J, Markert R (2000a). Drug allergies among patients with borderline personality symptomatology. *General Hospital Psychiatry*, 22:289-290.
- Sansone RA, Songer DA, Gaither GA (2000b). Medically self-harming behavior and its relationship to borderline personality among psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188:384-386.
- Sansone RA, Whitecar P, Meier BP et al (2001). The prevalence of borderline personality among primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 23:193-197.
- Shea MT, Stout R, Gunderson J et al (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159:2036-2041.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH et al (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159:276-283.
- Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S et al (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11:158.
- Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M et al (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 42:591-596.
- Steele H, Siever L (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 12:61-67.
- Stoffers J, Vollm BA, Rucker G et al (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005653.
- Swartz MBD, George L, Winfiel I (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4:257-272.
- Torgersen S (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58:590-596.
- Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A et al (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Journal of Psychiatry*, 22:354-361.
- Wong HM, Leung HC, Chow LY et al (2010). Prevalence of borderline personality disorder and its clinical correlates in Chinese patients with recent deliberate self-harm. *Journal of Personality Disorders*, 24:800-811.
- World Health Organization (2000). *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organization.
- Young JE (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR et al (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147:161-167.
- Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE et al (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154:1101-1116.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo E et al (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155:1733-1739.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED et al (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39 :296-302.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:274-283.
- Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA et al (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17:568-573.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19:19-29.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163:827-832.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164:929-935.
- Zittel Conklin C, Westen D (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162:867-875.