

Transtornos da personalidade

Personality disorders

Angela K. Mazer¹, Brisa Burgos D. Macedo², Mário Francisco Juruena^{3*}

RESUMO

Os Transtornos da personalidade são padrões psicológicos de difícil diagnóstico que exigem uma avaliação criteriosa por parte do profissional da saúde mental. A relação médico-paciente também se configura como fator de extrema importância para o manejo destes quadros. Dentro deste contexto, é imprescindível orientar os alunos das áreas de graduação em saúde sobre a existência de tal categoria de transtornos. O presente artigo consiste em uma revisão descritiva, que busca elucidar a definição de transtornos da personalidade; além de discorrer sobre aspectos históricos, nosológicos e epidemiológicos. Nesta publicação ainda serão revisadas as particularidades referentes ao diagnóstico, as comorbidades, ao curso e tratamento destes transtornos. O enfoque maior será no manejo de indivíduos com transtorno da personalidade borderline, dada a maior procura destes por unidades de atendimento psiquiátrico.

Palavras-chave: Transtornos da Personalidade. Transtorno da Personalidade Borderline. Suicídio. Relações Médico-Paciente.

ABSTRACT

Personality disorders are psychological patterns of difficult diagnosis that require careful evaluations from mental health professionals. The physician-patient relationship is a crucial condition for the management of these disorders. On this view it must be important guide undergraduate students from health care areas through the existence of such a category of disorders. This article consists of a descriptive review aiming at clarifying the definition of personality disorders; furthermore discuss historical, physiological and epidemiological aspects. On this publication will be reviewed some particularities from diagnostic comorbidity, course and treatment of these disorders. The management of individuals with borderline personality disorder will be emphasized in this publication due to increased seek from this public for mental health care units.

key-words: Personality Disorders. Borderline Personality Disorder. Suicide. Physician-Patient Relations.

1. Médica Assistente, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
2. Mestranda, Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da USP.
3. Docente, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP e do Departamento of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

CORRESPONDÊNCIA:
Prof. Dr. Mario F. Juruena
Saúde Mental - USP
Rua Tenente Catão Roxo, 2650
CEP: 14051-140 - Ribeirão Preto/SP
e-mail: juruena@fmrp.usp.br

Recebido em 08/02/2016
Aprovado em 22/08/2016

Introdução

Personalidade pode ser definida de modo sucinto como as características individuais que correspondem a um padrão persistente de emoções, pensamentos e comportamentos.¹ Os traços da personalidade têm consequências, no sentido de que suas características estão associadas a uma variedade importante de indicadores nos níveis individual, interpessoal e social, tais como: felicidade, saúde física e psicológica, espiritualidade e identidade; qualidade das relações familiares, amorosas e com colegas; escolha, satisfação e desempenho profissionais; envolvimento na comunidade, atividade criminosa, e ideologia política.²

A partir disso, um transtorno da personalidade (TP) pode ser caracterizado como "padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo".³ É comum que pessoas com TP tenham um repertório limitado de emoções, atitudes e comportamentos para lidar com os problemas e estresse da vida cotidiana, apresentando respostas desadaptativas que levam ao sofrimento e/ou prejuízos a si ou aos outros.³

A definição anteriormente descrita de TP se aplica, de modo geral, aos dez tipos vigentes de

categorias diagnósticas específicas, reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas. O grupo A é referente aos TP do tipo paranoide, esquizoide e esquizotípico, que compartilham características identificadas em indivíduos excêntricos e esquisitos. O grupo B constitui-se dos antisociais, histriônicos, narcisistas e borderlines; com estereótipos de indivíduos dramáticos, emotivos e erráticos. O grupo C engloba as personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas, que correspondem aos indivíduos com perfil ansioso e medroso. Por fim, os outros tipos de personalidade não distribuídos nestes grupos se concentram em mudanças por questões médicas ou transtornos ainda não especificados, não havendo grupos predefinidos para estes.³

Os principais critérios diagnósticos para um TP estão delimitados no Quadro 1.

História

O conceito de TP sofreu deslocamentos diversos até chegar a concepção atualmente adotada. Levando em conta que desde a antiguidade os estados emocionais e o temperamento já eram estudados, a descrição e definição dos quadros da personalidade devem considerar o momento histórico estudado.⁴

Na Antiguidade a teoria humoral de Hipócrates, posteriormente aperfeiçoada por Galeno, foi

Quadro 1. Critérios Diagnósticos para um Transtorno da Personalidade, de acordo com o DSM-53

- A) Um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Este padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
1. cognição
 2. afetividade
 3. funcionamento interpessoal
 4. controle dos impulsos
- B) O padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
- C) O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D) O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.
- E) O padrão persistente não é melhor explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F) O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral

responsável pela interface que levou em conta os tipos da personalidade e o substrato orgânico do indivíduo.⁴ De acordo com esta teoria, os indivíduos eram categorizados como sanguíneos, fleumáticos, melancólicos ou coléricos a partir da disposição de seus humores corporais.⁵

A Era Moderna dos TP pode ser considerada a partir de 1952, com a publicação do primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).⁶ Nessa versão inicial, as patologias da personalidade tiveram breves descrições e incluíram um amplo campo diagnóstico para o TP antisocial, com subtipos como desvios sexuais, alcoolismo, dependência de drogas e reações dissociais.⁶

Nas versões subsequentes, descritores para os dez tipos de TP e foram incorporados e as definições estabelecidas.³ Mas foi a partir da década de 80, com a publicação do DSM-III, que foi elaborado um sistema diagnóstico, atóxico e categorial, baseado em critérios diagnósticos consistentes com o diagnóstico médico contemporâneo, que incorpora evidências científicas, epidemiologia e discussão de potencial etiopatogenia.⁷

Ainda na publicação do DSM-III foi instituído o modelo multiaxial, vigente até a mais recente versão do DSM-IV, em que os TP, junto com o retardo mental, eram classificados no eixo II, separados dos outros transtornos no eixo I.⁸ Uma das razões para que essa distinção ocorresse, foi dar destaque aos TP, a fim de estimular mais pesquisas nessa área, entretanto, embora o campo de conhecimento tenha se ampliado com relação às como a apresentações fenotípicas, estimativas de prevalência, benefícios, tratamentos e a evolução nas últimas décadas, tornou-se claro que não há consenso quanto a neuropatologia subjacente ou acerca de uma abordagem ideal para o diagnóstico dos TP.⁹

Ao longo do desenvolvimento da última edição do DSM, várias revisões foram propostas com alterações significativas no método de diagnosticar TP; no entanto, não foram incorporadas à seção principal, que manteve a mesma abordagem diagnóstica categorial anterior.^{3,10}

O modelo multiaxial foi suspenso no DSM-5 com a alegação de que seu uso não era determinante para o direcionamento do diagnóstico do transtorno mental. A versão mais atualizada do manual traz áreas separadas para avaliar a influência de fatores psicossociais diversos.³ Mesmo com

essa mudança, entretanto, é indicado que os clínicos continuem a pontuar todas as condições que possam estar influenciando na manifestação da psicopatologia.³

Um novo modelo híbrido dimensional-categorial proposto foi incluído na seção destinada a "Medidas e Modelos Emergentes" do DSM-5 e compreende um esquema uniforme de critérios que seriam aplicados a todos os TP.³ O critério A define os componentes do funcionamento da personalidade que podem apresentar prejuízos: (1) *self*, determinado pela identidade e auto direcionamento, e (2) interpessoal, definido por empatia e intimidade. O critério B descreve traços de personalidade patológicos em cinco amplos domínios: afetividade negativa, desapego, antagonismo, desinibição e psicotismo.^{3,10} Por fim, esse modelo alternativo inclui uma escala de mensuração do nível de prejuízo variando de zero a quatro, sendo requerido um nível ao menos de dois (moderado) para o diagnóstico de um TP.¹⁰

O DSM-5 busca apropriar-se do que é utilizado na abordagem da clínica para estabelecer critérios diagnósticos consistentes para os TP, além de rastrear meios de influenciar novas abordagens de diagnóstico e tratamento.¹¹ O manual pretende assim, encorajar novas pesquisas e auxiliar nas dificuldades dos profissionais da saúde mental, facilitando a comunicação e o tratamento que os mesmos dispõem nos casos que envolvem personalidades.^{11,12}

Prevalência

Estima-se que 9 a 15% dos adultos apresentem ao menos um transtorno da personalidade.^{3,13} Estudos epidemiológicos identificam que 4 a 12% da população apresenta um diagnóstico protocolar referente a este tipo de psicopatologia. Esta estimativa pode ser ainda maior quando consideradas manifestações menos incapacitantes destes quadros.¹⁴

A prevalência de desordens da personalidade sofre variações de acordo com o grupo sociodemográfico.¹⁴ Dados internacionais apontam que estes TP se encontram mais presente em áreas urbanas e em indivíduos que estão em contato constantemente com os serviços de saúde. Além disso, constatou-se que cerca de dois terços dos criminosos encarcerados apresentam algum nível de alteração da personalidade.¹⁵

Uma maior prevalência é referida em homens na literatura, no entanto, tal informação pode ser confrontada com o que é visto nos sistemas de assistência à saúde mental, que computam mais casos de TP no sexo feminino em comparação ao masculino. Tal fato ocorre, supostamente, devido a ocorrência mais frequente de comportamento autoagressivos por parte das mulheres.¹⁵

Considerados os pacientes em tratamento psiquiátrico, a prevalência de TP é variável entre os estudos, sendo considerada a proposta mais consistente, a estimativa de 45 a 51%.^{15,16} Entre os pacientes atendidos por autoagressão a prevalência é estimada em 27,5%; sendo comum quadros de depressão, ansiedade e uso de álcool associados e claramente identificados neste grupo.^{15,17} 30 a 40% dos indivíduos que cometem suicídio são categorizados como pacientes com TP.¹⁸ O risco ainda é aumentado em pacientes com personalidade *borderline* e antissocial e em transtornos classicamente comorbidos como, por exemplo, a depressão.¹⁸

A Tabela 1 apresenta, clássica e resumidamente, a prevalência estimada para cada tipo de TP com base no DSM-53.

Tabela 1. Prevalência estimada para cada tipo de transtorno de personalidade³

Transtorno de personalidade	Prevalência
Grupo A	5,7%
Paranóide	2,3-4,4%
Esquizóide	3,1-4,9%
Esquizotípica	0,6-4,6%
Grupo B	1,5%
Narcisista	0-6,2%
Histriônica	1,84%
Borderline	1,6-5,9%
Antissocial	0,2-3,3%
Grupo C	6%
Obsessivo-compulsiva	2,1-7,9%
Dependente	0,49-0,6%
Evitativa	2,4%

Etiologia e fatores de risco

As desordens da personalidade, assim como outros diagnósticos psiquiátricos, são etiológicamente complexos, sendo provavelmente o resultado da

interação de múltiplos fatores genéticos e ambientais.¹⁶

Os resultados de estudos desenvolvidos com gêmeos têm apontado para interferência de fatores genéticos, sugerindo hereditariedade de traços ou TP com variância de 30% a 60%.^{14,19,20}

As interferências genéticas na manifestação de desordens da personalidade são moduladas de acordo com a especificidade de cada transtorno desta categoria. Além da interferência retratada, a sobreposição com fatores genéticos que predispõem outros transtornos mentais associados também pode ser identificada.²⁰

É necessário levar em conta que, além dos fatores genéticos, a manifestação dos TP perpassa a interface da vulnerabilidade e resiliência, experiência e expectativas sociais de cada indivíduo.^{21,22} Desta forma, ao mesmo tempo em que as pesquisas da genética comportamental demonstram a importância herdabilidade para a formação da personalidade, não se pode negligenciar a influência de fatores ambientais não compartilhados.²³⁻²⁶ É possível afirmar que apesar da importância legítima do fator genético, o ambiente desempenha um papel crucial na manifestação de um TP, não sendo nenhum dos fatores anteriormente citados determinante em isolado.²⁶

Entende-se que as experiências traumáticas da infância estão, consistentemente, associadas ao desenvolvimento de transtornos mentais na vida adulta, e podem ser incluídas como influências do ambiente na saúde mental do indivíduo.²²⁻²⁶ Os casos de estresse precoce são comumente relatados por indivíduos com TP, sendo os tipos mais atingidos pelos os *borderlines* e antissociais.^{27,28} Em tais casos, está presente a interação de fatores genéticos e mediação de características pessoais, como, por exemplo, a capacidade de resiliência.^{8,29}

Diagnóstico

As desordens da personalidade podem ser consideradas entre os transtornos mentais mais complicados de diagnosticar e tratar.³⁰ O diagnóstico é dificultado em parte pela própria natureza dos sintomas, pouco diferenciados e com fronteiras menos nítidas com a normalidade, e pela necessidade de uma avaliação longitudinal e em vários contextos.³⁰

Além disso, muitas das características consideradas para o diagnóstico são egossintônicas, ou seja, o indivíduo tem um *insight* limitado da natureza de suas dificuldades. Sendo assim, em geral, não identifica ou não se incomoda com o que considera componentes de “seu jeito de ser”, e por isso não há iniciativa para procurar ou há resistência para uma avaliação clínica e tratamento especializado.³¹

É observado que pacientes com TP tendem a ser atendidos em períodos de crise ou em decorrência de sintomas de depressão, ansiedade e problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que representam comorbidades muito prevalentes.³² Características que, no entanto, emergem ou se acentuam frente a estressores situacionais específicos e estados mentais transitórios (que ocorrem como sintomas de outros transtornos mentais ou como manifestação do uso de drogas) devem ser diferenciados de traços disfuncionais persistentes e generalizados que constituem o TP, e que, em geral, estão presentes desde o final da adolescência e início da vida adulta.³²

Nesse sentido, o processo diagnóstico pode ser facilitado pela presença de um informante, que poderá fornecer relato sobre sua perspectiva dos problemas apresentados pelo paciente ao longo de um período maior e relacionados ao seu funcionamento interpessoal.³²

Uma observação independente para o diagnóstico também é dificultada pelo fato de que um TP como, por exemplo, o *borderline*, afeta a relação médico-paciente.³³ Dessa forma, pelas dificuldades nos relacionamentos presentes nestas desordens, muitas vezes, esses pacientes são reconhecidos como “difíceis”.³⁴

Embora o diagnóstico de TP possa ser considerado, é importante evitar diagnosticar pacientes que se apresentam como de difícil manejo, despertam raiva ou outras emoções intensas e demandam muita atenção, em situações críticas, atendimentos de urgência e a partir de uma única avaliação, já que evidencia-se uma disparidade do diagnóstico realizado nessas circunstâncias comparado ao estabelecido a partir de uma entrevista sistematizada apropriada.^{14,35,36}

As descrições e critérios diagnósticos para cada um dos tipos de TP, de acordo com o DSM-5, são reproduzidos nos quadros 2 e 3, que apresentam, respectivamente, o grupo A e B.

Comorbidades

O diagnóstico de um TP implica em maior risco de comorbidade psiquiátrica e outros problemas de saúde em geral.³⁴

A co-ocorrência de outros TP é variável de 25 a 90% dependendo do instrumento diagnóstico utilizado e da população estudada. Mas essa alta comorbidade entre TP é, em parte, atribuível a problemas nos atuais sistemas categoriais de classificação e poderia ser minimizada por definições mais multifacetadas desse diagnósticos.³⁴

A comorbidade com outros transtornos mentais, como depressão, ansiedade, e dependência de álcool e outras drogas, por exemplo, são comuns em pessoas com TP.³⁵ A presença de uma desordem da personalidade complica o tratamento da maioria dessas condições, em grande parte pela dificuldade em aderir aos tratamentos psicoterapêuticos e medicamentosos apresentados pelos pacientes. Por fim, com ou sem tratamento, o prognóstico da maioria dos transtornos mentais é agravado por TP coexistente, que representa um fator de risco importante para gravidade e cronicidade.³⁵⁻³⁸

As desordens da personalidade são associadas a um uso excessivo dos serviços de saúde e morbimortalidade médica, especialmente por doenças cardiovasculares. Refere-se que pacientes com TP apresentam maiores índices de queixas clínicas (por exemplo, 60% relatam cefaleia), doenças físicas e complicações no tratamento.^{35,36}

Por fim, o suicídio, que permanece como a maior causa de morte de pacientes com TP. Especificamente no *borderlines*, os comportamentos suicidas (definido como qualquer ação que poderia causar a própria morte) são observados em aproximadamente 80% dos pacientes.³³ O risco de suicídio entre essa população é estimado entre 8 e 10%, o que representa um risco 50 vezes maior do que na população geral.^{40,41}

Curso

Devido ao surgimento precoce dos TP, ainda em períodos como a infância e a adolescência, o prognóstico não costuma ser favorável.²¹

Com o envelhecimento, os TP podem melhorar ou piorar. Sua prevalência em idosos é um pouco menor do que a prevalência em adultos jovens. Observações longitudinais geralmente sugerem que

Quadro 2. Descrições e critérios diagnósticos de acordo com o DSM-53

GRUPO A

Transtorno da Personalidade Paranóide

Desconfiança e suspeitas em relação aos outros, de modo que as intenções são interpretadas como maldosas, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) suspeita, sem fundamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por terceiros
- 2) preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas
- 3) reluta em confiar nos outros por um medo infundado de que essas informações possam ser maldosamente usadas contra si.
- 4) Interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador em observações ou acontecimentos benignos
- 5) Guarda rancores persistentes, ou seja, é implacável com insultos, injúrias ou deslizes
- 6) Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque
- 7) Tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual

Transtorno da Personalidade Esquizóide

Distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contexto

- 1) não deseja nem gosta de relacionamentos íntimos, incluindo fazer parte de uma família
- 2) quase sempre opta por atividades solitárias.
- 3) manifesta pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com um parceiro
- 4) tem prazer em poucas atividades, se alguma
- 5) não tem amigos íntimos ou confidentes, outros que não parentes em primeiro grau
- 6) mostra-se indiferente a elogios ou críticas
- 7) demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo

Transtorno da Personalidade Esquizotípica

Déficits sociais e interpessoais, marcado por desconforto agudo e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico

- 1) idéias de referência excluindo delírios de referência)
- 2) crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e não estão de acordo com as normas da subcultura do indivíduo
- 3) experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões somáticas
- 4) pensamento e discurso bizarras
- 5) desconfiança ou ideação paranóide
- 6) afeto inadequado ou constrito
- 7) aparência ou comportamento esquisito, peculiar ou excêntrico
- 8) não tem amigos íntimos ou confidentes, exceto parentes em primeiro grau
- 9) ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada com temores paranóides, em vez de julgamentos negativos acerca de si próprio

Quadro 3. Descrições e critérios diagnósticos de acordo com o DSM-53

GRUPO B

Transtorno da Personalidade Antissocial

Desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos

- 1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção
- 2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer
- 3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro
- 4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas
- 5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia
- 6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras
- 7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém

Transtorno da Personalidade Borderline

Instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos e acentuada impulsividade, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário
- 2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
- 3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento de self 4) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa
- 5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automulilante
- 6) Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor
- 7) Sentimentos crônicos de vazio
- 8) Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva
- 9) Ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos

Transtorno da Personalidade Histriônica

Excessiva emotividade e busca de atenção, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções
- 2) a interação com os outros freqüentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante ou sedutor
- 3) mudanças rápidas e superficialidade na expressão das emoções
- 4) constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio
- 5) estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes
- 6) dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada
- 7) sugestionabilidade, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias
- 8) considerar os relacionamentos mais íntimos do que realmente são

Transtorno da Personalidade Narcisista

Grandiosidade em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) sentimento grandioso acerca da própria importância p. ex., exagera realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações à altura)
- 2) preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal
- 3) crença de ser "especial" e único e de que somente pode ser compreendido ou deve associar-se a outras pessoas ou instituições) especiais ou de condição elevada.
- 4) Exigência de admiração excessiva
- 5) Presunção, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável ou obediência automática às suas expectativas
- 6) É explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, tira vantagem de outros para atingir seus próprios objetivos
- 7) Ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias
- 8) Frequentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo da inveja alheia
- 9) Comportamentos e atitudes arrogantes e insolentes

(continuação) **Quadro 3. Descrições e critérios diagnósticos de acordo com o DSM-53**

GRUPO C

Transtorno da Personalidade Dependente

Necessidade global e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e a temores de separação, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassseguramento da parte de outras pessoas
- 2) necessidade de que os outros assumam a responsabilidade pelas principais áreas de sua vida
- 3) dificuldade em expressar discordância de outros, pelo medo de perder apoio ou aprovação.
- 4) Dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria em vista de uma falta de autoconfiança em seu julgamento ou capacidades, não por falta de motivação ou energia)
- 5) Vai a extremos para obter carinho e apoio, a ponto de oferecer-se para fazer coisas desagradáveis
- 6) Sente desconforto ou desamparo quando só, em razão de temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si próprio
- 7) Busca urgentemente um novo relacionamento como fonte de carinho e amparo, quando um relacionamento íntimo é rompido
- 8) Preocupação irrealista com temores de ser abandonado à própria sorte

Transtorno da Personalidade Esquiva

Inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) evita atividades ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição
- 2) reluta a envolver-se, a menos que tenha certeza da estima da pessoa
- 3) mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de passar vergonha ou ser ridicularizado
- 4) preocupação com críticas ou rejeição em situações sociais
- 5) inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação
- 6) vê a si mesmo como socialmente inepto, sem atrativos pessoais, ou inferior
- 7) extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas poderiam provocar vergonha

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

Preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, à custa de flexibilidade, abertura e eficiência, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos

- 1) preocupação tão extensa com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários, que o alvo principal da atividade é perdido
- 2) perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas 3) devotamento excessivo ao trabalho e à produtividade, em detrimento de atividades de lazer e amizades
- 4) excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em questões de moralidade, ética ou valores
- 5) incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não têm valor sentimental
- 6) relutância em delegar tarefas ou trabalhar em conjunto com outras pessoas, a menos que estas se submetam a seu modo exato de fazer as coisas
- 7) adoção de um estilo miserável quanto à gastos pessoais e com outras pessoas; o dinheiro é visto como algo que deve ser reservado para catástrofes futuras
- 8) rigidez e teimosia

os transtornos “imatuross” de personalidade (grupo B) mostram uma melhora ao longo do tempo, enquanto os mais “matuross” (grupos A e C) são caracterizados por um curso mais crônico. Além disso, um grupo de pacientes com esquizofrenia de início tardio ou transtorno delirante tem um TP do grupo A pré-mórbido, indicando uma evolução mais desfavorável com agravamento do quadro clínico em alguns casos.^{42,43}

A estabilidade do diagnóstico ao longo do tempo tem sido tradicionalmente considerada uma característica definidora de desordens da personalidade, mas estudos recentes têm desafiado esta noção, demonstrando evidências de que esses transtornos parecem remitir mais vezes e mais rápido do que se pensava anteriormente, com uma taxa de reincidência relativamente baixa.³⁸

As causas da melhora da personalidade são pouco conhecidas, mas assim como nos fatores precipitantes, sugere-se que envolvem efeitos genéticos e ambientais inter-relacionados, com fatores evolutivos relativos aos mecanismos adaptativos, experiências de vida e contexto sociocultural.^{38,41}

Estudos recentes têm identificado altas taxas de remissão (78-99%) ao longo do seguimento de 16 anos de pacientes com TP, com recuperação de 40 a 60% entre pacientes com diagnóstico de *borderline* e 75 a 85% entre os outros TP.³⁹ Embora parte desse resultado possa ser atribuído à presença de sintomas transitórios na caracterização de alguns TP e à consideração de que os critérios diagnósticos vigentes apresentam baixa confiabilidade, é relevante reconhecer que a evolução dos TP pode ser favorável e, sendo assim, exige investimento no seu tratamento.^{39,40}

No entanto, o curso dos TP ainda necessita ser melhor compreendido. Tendo em vista que os pacientes apresentam trajetórias altamente heterogêneas, não estão claros os fatores associados ao progresso observado e há manutenção de comprometimento psicossocial muito tempo depois de remissão sintomática.⁴⁰

Tratamento

Um aspecto fundamental relativo ao tratamento dos TP é o reconhecimento de que há possibilidades de tratamentos viáveis e efetivos, a fim impedir que o estigma prejudique o acesso dos pacientes às

abordagens terapêuticas disponíveis.⁴² Desta forma, reforça-se a necessidade de engajamento do paciente e que o mesmo execute um papel ativo em seu tratamento para que, com isso, resultados favoráveis sejam atingidos sofrimento.^{42,43,44}

O campo de pesquisa em TP tem evidenciado que tanto os tratamentos psicoterapêuticos quanto os farmacológicos são benéficos.^{9,47,48} A psicoterapia é considerada o tratamento de primeira linha.^{33,47,49,50} Não há medicamentos específicos recomendados para o tratamento dos TP, assim, são indicadas medicações para controle de sintomas nucleares e tratamento de comorbidades frequentemente presentes.⁵¹⁻⁵⁵ Ambos os tratamentos devem ser considerados de longo prazo.

Considerando que, entre os TP, o tipo *borderline* apresenta a maior demanda por tratamento e as evidências mais consistentes de intervenções terapêuticas eficazes,^{21,33} vão ser enfatizados os princípios básicos indicados no seu tratamento.

O tratamento do transtorno de personalidade *borderline* (TPB) inclui o manejo de crises, com controle de reações emocionais intensas, avaliação do risco de auto ou heteroagressividade e comportamento suicida.^{21,33} Além disso, no acompanhamento médico, os pacientes devem ser ajudados a desenvolver habilidades de enfrentamento de estresse, através da identificação de recursos próprios eficazes para lidar com estresse em outras situações, busca de apoio, expressões emocionais diretas e menos destrutivas.^{21,33,56,57,58}

Como referem-se a questões complexas, o conhecimento do médico e equipe de saúde sobre o TP constitui um princípio fundamental para seu tratamento, já que a compreensão sobre os problemas comportamentais comumente apresentados favorece seu manejo através de respostas mais adequadas e terapêuticas.^{21,33} Além disso, a adesão e evolução do paciente pode ser melhorada e o estresse do médico minimizado se houver uma maior clareza sobre as dificuldades enfrentadas na relação médico-paciente.³³

Um fator importante no tratamento de pacientes com esse transtorno é uma comunicação clara e direta, com objetivos e limites bem estabelecidos, delineando um plano de atendimento que ofereça estrutura e segurança para o paciente.³³ Assim, é útil determinar frequência de consultas regulares e

pré-agendadas, considerando as questões relacionadas a medo de abandono que faz parte da psicopatologia desses pacientes.^{21,33} Também nesse sentido, em serviços de saúde, é relevante manter o ambiente de tratamento estável, evitando mudanças de profissionais de referência e tendo atenção especial na gestão de transições na equipe.³⁷

A forma ideal de tratamento é especializada e multiprofissional, incluindo psiquiatra, psicoterapeuta e terapeuta de grupo, além de inserir a família como rede de apoio integrada.³³ No entanto, o encaminhamento para tratamento especializado pode ser difícil pela falta de disponibilidade e acesso a serviços e profissionais de saúde mental, além da resistência apresentada pelo paciente também ser um problema algumas vezes.³³ Nesse caso, o paciente pode ser assegurado da manutenção do vínculo com o profissional de referência, quando for possível, apesar do encaminhamento, e os profissionais do nível primário e especializado podem se articular para oferecer os melhores cuidados integrados.⁵⁶

Recomenda-se ainda que um profissional não se responsabilize individualmente pelo tratamento do paciente, compartilhando objetivos e orientações com outros membros da equipe e familiares, de modo a manter um acompanhamento consistente e coerente.⁵⁸ Além disso, o paciente deve ser estimulado a participar de forma colaborativa, estabelecendo metas de mudança de curto prazo e viáveis.⁵⁸ Para ilustrar essa abordagem inicial básica, que pode ser de grande ajuda, pode-se, por exemplo, definir como objetivos para o paciente: tomar iniciativas que o façam se sentir melhor, como deixar uma situação que causa muito estresse ou iniciar uma atividade que promova bem-estar; melhorar a higiene do sono; praticar atividade física; participar de grupos de autoajuda ou comunitários; identificar fontes de ajuda e recorrer a elas quando necessário.⁵⁸

A psicoterapia é a base do tratamento, cuja eficácia fundamenta-se em uma boa aliança terapêutica, com participação ativa de terapeuta e paciente de forma colaborativa.³³ Várias técnicas psicoterapêuticas específicas têm sido desenvolvidas, mas o modelo de uma abordagem mais estruturada e direta sugere apresentar melhores resultados de modo geral, incluindo o desenvolvimento de habilidades de autorreflexão, mentalização, regulação emocional e enfrentamento de estres-

se^{58,59,60} Psicoeducação, terapia de grupo, terapia familiar e outras abordagens psicossociais também representam recursos terapêuticos úteis.^{55,61}

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) é conhecida como uma das abordagens de maior eficácia no tratamento de TPB. Essa abordagem é conhecida por ser baseada no treino de habilidades sociais e no uso de metáforas para enfrentamento de situações adversas, dois aspectos extremamente importantes na regulação das disfunções presentes no paciente com esse tipo de transtorno da personalidade.^{21,33,63}

Embora nenhuma medicação específica seja aprovada para o tratamento do TPB, várias classes de psicofármacos podem ser úteis para manejo de sintomas e sua escolha depende do objetivo definido individualmente para cada paciente, com evidências controversas da eficácia de cada uma das medicações utilizadas na prática clínica.³³ As opções farmacológicas são antipsicóticos e estabilizadores de humor, cuja ação esperada refere-se à regulação emocional, controle de raiva, impulsividade e sintomas psicóticos transitórios; além dos antidepressivos para o tratamento de sintomas depressivos, que estão comumente presentes.^{51,53,54,62}

Os estudos sugerem que a maior parte dos pacientes com o diagnóstico de TPB (70%) recebem tratamento ao longo da vida, com psicoterapia e uso contínuo de medicações. Altas taxas de polifarmácia são relatadas, com 40% dos pacientes tomando 3 ou mais medicações regulares, 20% tomando 4 ou mais e 10% tomando mais de 5 tipos diferentes de medicação. No entanto, também é alta a ocorrência de abandono ou tratamento irregular, com falhas de adesão e automedicação; assim como relatos de efeitos colaterais, especialmente metabólicos, com destaque para a obesidade.^{33,39,57}

Sendo assim, a necessidade e potencial benéfico da prescrição de medicação deve ser considerada junto aos riscos inerentes à sua utilização. Deve-se evitar a prescrição de benzodiazepínicos, pelo potencial abusivo e efeito paradoxal com desinibição do comportamento, reservando sua indicação para situações de crise com elevada ansiedade e optando-se por benzodiazepínicos de meia-vida mais longa.⁵⁷ Além disso, é importante adequar o esquema de receituário no acompanhamento desses pacientes para evitar que eles tenham acesso a grande quantidade de medicamentos, consideran-

do risco de abuso e comportamento suicida. Nesse aspecto, também deve-se ter cuidado com a prescrição de medicamentos com alto potencial de toxicidade, como antidepressivos tricíclicos e lítio⁴⁵.

O quadro 4 ressalta alguns aspectos importantes que devem ser levados em conta pelo terapeuta no manejo de pacientes com diagnóstico de TPB:

Quadro 4. Orientações básicas para o manejo de pacientes com transtorno de personalidade borderline.

- Aprimorar o conhecimento e a compreensão sobre as apresentações clínicas comuns e comportamentos apresentados pelo paciente, de modo a desenvolver maior empatia e atitude terapêutica.
- Validar os sentimentos do paciente, nomeando a emoção que for identificada, como medo do abandono, raiva, vergonha, e assim por diante, antes da abordagem dos “fatos” da situação. Ter seu sofrimento reconhecido auxilia o paciente a reagir de modo mais racional.
- Evitar julgar, criticar e confrontar o paciente, mantendo atitude compreensiva e de ajuda (o que exige do profissional reconhecimento e controle de suas próprias emoções).
- Estabelecer e comunicar claramente limites, mantendo-os de modo firme e coerente.
- Definir planejamento do tratamento junto com o paciente, familiares e outros profissionais; incluindo estratégias para situações de urgência e manejo de comportamentos de risco.
- Agendar consultas regulares, para que não dependa do paciente estar “mal” para ser atendido. Contato e atenção programados podem evitar comportamentos desadaptativos (como autoagressões e outras atuações) para obtenção de cuidado.
- Evitar polifarmácia e grande volume de prescrições de medicamentos potencialmente tóxicos e causadores de abuso e/ou dependência. Em caso de risco suicida, restringir o acesso às medicações, buscando identificar um cuidador que possa ficar responsável por guardá-las e fornecê-las ao paciente.

Adaptado de Dubovsky & Kiefer, 2014

Mensagens-chave

- Transtorno de personalidade caracteriza-se por um padrão persistente, inflexível e generalizado na forma de sentir, pensar, agir e/ou se relacionar, que pode se manifestar por dificuldades na relação médico-paciente e no manejo clínico.
- Transtorno de personalidade está associado ao uso excessivo de serviços de saúde e alta morbimortalidade por causas médicas gerais e suicídio.
- Diagnóstico de transtorno de personalidade deve ser considerado em pacientes “difíceis”, mas exige uma avaliação longitudinal e independente de sintomas de depressão, ansiedade, uso de substâncias e outros transtornos mentais, que são comorbidade frequentes
- Princípios gerais de abordagem de pacientes com transtornos de personalidade incluem uma atitude coerente, confiável, não confrontadora e não julgadora, cuidando para que o estigma não prejudique o investimento em tratamentos disponíveis.
- Planejar a gestão de crises, tais como autoagressão ou comportamentos suicidas, de modo colaborativo com o paciente e rede de apoio.

Perguntas para debate

- 1) Como o diagnóstico de um transtorno de personalidade deve ser realizado?
- 2) Qual a importância dos transtornos de personalidade no contexto dos serviços de saúde?
- 3) Quais as perspectivas de tratamento para os transtornos de personalidade?
- 4) Quais as implicações de um transtorno de personalidade na relação médico-paciente e como manejá-las?
- 5) Como deve ser realizada a abordagem terapêutica de pacientes com transtornos de personalidade *borderline*.

Referências

1. Pervin LA, Cervone D, John OP. Personality: Theory and Research. 9a. ed.: Editora Wiley; 2005.
2. Ozer DJ, Benet-Martínez V. Personality and the prediction of consequential outcomes. *Ann Rev Psychol.* 2006; 57:401-21.
3. Associação Americana de Psiquiatria. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – 5ª ed. (DSM-5): Editora, Artmed; 2014.
4. Campos RN, Campos JAO, Sanches M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Rev Psiq Clín.* 2010; 37:162-6.
5. Bassit DP, Louzã MR. Transtornos de Personalidade, 346-60 in Neto MRL, Elkis H. Psiquiatria básica. 2ed. Artmed Editora; 2009.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1952.
7. Associação Americana de Psiquiatria. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989
8. DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. trad. Cláudia Dornelles; - 4 ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2002.
9. Kendell RE. The distinction between personality disorder and mental illness. *Br J Psychiatr.* 2002, 180:110-15.
10. Moran M. DSM Section Contains Alternative Model for Evaluation of PD. *Psychiatr News.* 2013; 48:11.
11. Lanier P, Bollinger S, Krueger RF. Advances in the Conceptualization of Personality Disorders: Issues Affecting Social Work Practice and Research. *Clin Soc Work J.* 2013; 41:155-62.
12. Gask L, Evans M, Kessler D. Clinical Review. Personality disorder. *BMJ.* 2013;10;347:f5276.
13. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013; 151:821-30.
14. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health.* 2014;8:91-101.
15. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 2015; 385: 717-26.
16. Reichborn-Kjennerud T. Genetics of personality disorders. *Psychiatr Clin N Am.* 2008;31:421-40.
17. Siever LJ. Endophenotypes in the personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2005;7:139-51.
18. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009; 373: 1372-81.
19. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2000;41:416-25.
20. Livesley WJ, Jang KL, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatr.* 1998;55:941-8.
21. Macedo BBD, Vianna CKS, de Menezes CNB. A dor de ser borderline: revisão bibliográfica com base na terapia cognitivo-comportamental. *Rev. Humanidades, Fortaleza,* 2014; 29: 267-87.
22. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatr.* 1994; 151:670-4.
23. Paris J, Lis E. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcult Psychiatry.* 2013;50:140-51.
24. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health.* 2014; 8:30-41.
25. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193: 24-31.
26. Battle CL, Shea MT, Johnson DM, Yen S, Zlotnick C, Zanarini MC, et al. Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Personal Disord.* 2004; 18:193-211.
27. Paris J, Zweig-Frank H. A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Can J Psychiatr.* 1992; 37: 125-8.

28. Morey LC; Hubbard JR. Transtornos da personalidade. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. *Psiquiatria: Diagnóstico e Tratamento*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2002; 460-77.
29. Zimmerman M, Black DH. Redefining Personality disorders: proposed revision for DSM-5. *Current Psychiatry*. 2011;10:26-38.
30. Bergeret, J. *A Personalidade Normal e Patológica-3*. Artmed Editora. 2015.
31. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord*. 2014; 152-154:1-11.
32. Laugharne R1, Flynn A. Personality disorders in consultation-liaison psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; 26:84-9.
33. Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
34. Dubovsky AN, Kiefer MM. Borderline personality disorder in the primary care setting. *Med Clin North Am*. 2014; 98:1049-64.
35. Amad A, Geoffroy PA, Vaiva G, Thomas P. Personality and personality disorders in the elderly: diagnostic, course and management. *Encephale*. 2013;39:374-82.
36. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:223-33.
37. Zanarini MC. Reasons for Change in Borderline Personality Disorder (and Other Axis II Disorders). *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:505-viii.
38. Gutiérrez F. The course of personality pathology. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27:78-83.
39. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma and treatment implications. *Harv Rev Psychiatry*. 2006;14:249-56.
40. Livesley WJ. Principles and strategies for treating personality disorder. *Can J Psychiatr*. 2005;50:442-50.
41. Sansone RA, Sansone LA. Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10 (5-6):39-43.
42. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 8:CD005652
43. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377(9759): 74-84.
44. Hadjipavlou G, Ogronczuk JS. Promising psychotherapies for personality disorders. *Can J Psychiatr*. 2010; 55:202-10.
45. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: stability and change. *Ann Rev Psychol*. 2005;56:453-84.
46. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatr*. 2012; 169:476-83.
47. Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatr*. 2005; 162: 1933-40.
48. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder-current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:534.
49. Feurino L, Silk KR. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13:69-75.
50. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(1):14-25.
51. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6: CD005653.
52. National Collaborating Centre for Mental Health London, National Institute for Health and Clinical Excellence, British Psychological Society. *Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management* Leicester: British Psychological Society; 2009.
53. Angstman KB, Rasmussen NH. Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *Am Fam Physician*. 2011;84:1253-60.
54. Gunderson JG. Borderline Personality disorder. *N Engl J Med*. 2011; 364:2037-42.
55. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry*. 2003;66:111-19.
56. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*. 2009; 21:1355-81.
57. Gabbard, GO. A psicoterapia neurobiologicamente informada para transtorno da personalidade borderline. *Rev Bras Psicoter*. 2009; 11:267-85.
58. Stone MH. Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000; 23:193-210.
59. Ripoll LH. Clinical psychopharmacology of borderline personality disorder: an update on the available evidence in light of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:52-8.
60. Bellino S, Rinaldi C, Bozzatello P, Bogetto F. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a systematic review for publication purpose. *Curr Med Chem*. 2011; 18:3322-9.
61. Frankenburg FR, Zanarini MC. Obesity and obesity-related illnesses in borderline patients. *J Personal Disord*. 2006; 20: 71-80.
62. Díaz-Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García-Albea J, Navas M, Carrasco JL. Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36:39-49.
63. Linehan M. *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2010.