

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA  
PSIQUIATRIA

# **Comportamentos autolesivos sem intenção suicida e comportamentos suicidários no contexto da perturbação da personalidade **Borderline****

Ana Isabel Leite Guimarães Carvalho

**M**

2022





ARTIGO DE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## **Comportamentos autolesivos sem intenção suicida e comportamentos suicidários no contexto da perturbação da personalidade Borderline**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina

Submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

### **Nome do aluno: Ana Isabel Leite Guimarães Carvalho**

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº 228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: [up201404509@edu.icbas.up.pt](mailto:up201404509@edu.icbas.up.pt)

### **Orientador: Liliana Correia de Castro**

Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos EPE

Afiliação: Professora Auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço eletrónico: [lilianacorreiadecastro@gmail.com](mailto:lilianacorreiadecastro@gmail.com)

Junho 2022

# **Comportamentos autolesivos sem intenção suicida e comportamentos suicidários no contexto da perturbação da personalidade Borderline**

Estudante:

*Ana Isabel Leite Guimarães Carvalho*

(Ana Isabel Leite Guimarães Carvalho)

Orientadora:

(Liliana Correia de Castro)

Junho 2022

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Liliana Castro, por ter aceitado orientar esta dissertação de mestrado, por toda a disponibilidade e ajuda que me prestou.

Agradeço à minha mãe e irmã por todo o apoio durante este longo percurso académico e por estarem sempre presentes sempre que necessitei.

Agradeço aos meus amigos pelo companheirismo e disponibilidade que sempre tiveram comigo.

## **Resumo**

**Introdução:** A perturbação da personalidade Borderline constitui uma perturbação multidimensional complexa cujo elemento principal reside na instabilidade, principalmente afetiva, das relações interpessoais. Indivíduos com esta perturbação geralmente distorcem as suas relações, têm uma imagem instável de si próprios, o seu humor pode sofrer alterações súbitas, apresentam sentimentos crónicos de vazio e comportamento suicidário recorrente. Os comportamentos autolesivos podem ser divididos em comportamentos autolesivos sem intenção suicida e comportamentos suicidários. Ambos são comuns em populações psiquiátricas, apresentando uma especial relevância no contexto da perturbação da personalidade Borderline.

**Objetivos:** O objetivo primordial desta revisão bibliográfica é reunir evidência científica existente relativamente à ocorrência de comportamentos autolesivos em indivíduos diagnosticados com perturbação da personalidade Borderline.

**Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa metódica nas bases de dados eletrónicas PubMed e PsycINFO de artigos redigidos em inglês, utilizando-se as seguintes palavras-chave: “personality disorders”, “Borderline personality disorder”, “suicidal behaviors”, “suicide attempt”, “non-suicidal self-injury”, “self-injury”.

**Desenvolvimento:** A perturbação da personalidade Borderline caracteriza-se por padrões fortes e persistentes de instabilidade em vários domínios funcionais com perturbação do controlo e dos impulsos, comportamentos autoagressivos recorrentes, como autolesão e tentativas de suicídio, e perturbação dos afetos, nomeadamente sentimentos de raiva e vazio. A ideação e tentativa de suicídio são manifestações comuns em indivíduos diagnosticados com esta perturbação. Para além dos comportamentos suicidários que estes indivíduos apresentam, é também bastante comum os comportamentos autolesivos sem intenção suicida, que são comportamentos autodestrutivos que implicam existência de lesões moderadas do corpo, não havendo ideação suicida, e que não se enquadram no contexto cultural/religioso do indivíduo. Estratégias de coping mal adaptativas predis põem estes indivíduos a apresentarem comportamentos suicidários e, conseqüentemente, a um aumento do risco de cometerem suicídio. Cerca de 8 a 10% destes indivíduos cometem suicídio.

**Conclusão:** Indivíduos com perturbação da personalidade Borderline tendem a desenvolver ao longo da sua vida comportamentos autolesivos sem intenção suicida ou comportamentos suicidários, no entanto, a capacidade de identificar previamente os indivíduos que efetivamente irão desenvolver estes comportamentos e também quando os vão

desenvolver, de forma a se conseguir agir de forma preventiva, ainda não é precisa. Apesar de existirem várias hipóteses de psicoterapia, nenhuma é totalmente eficaz no tratamento dos indivíduos com esta patologia. É necessária a realização de mais estudos, com amostras amplas, para que se possam elaborar guidelines com suporte em evidência científica em que se possa basear o tratamento.

**Palavras-chave:** Personality disorders, Borderline personality disorder, suicidal behaviour, suicide attempt, non-suicidal self-injury, self-injury.

## **Abstract**

**Introduction:** Borderline personality disorder is a complex multidimensional disorder whose main element resides in the instability, mainly affective, of interpersonal relationships. Individuals with this disorder often distort their relationships, have a variable self-image, their mood may change suddenly, have chronic feelings of emptiness and recurrent suicidal behavior. Self-injurious behaviors can be divided into self-injurious behaviors without suicidal intent and suicidal behaviors. Both are common in psychiatric populations, with particular relevance in the context of Borderline personality disorder.

**Objectives:** The primary objective of this literature review is to gather existing scientific evidence regarding the occurrence of self-injurious behaviors in individuals diagnosed with Borderline personality disorder.

**Methods:** A methodical search was carried out in the electronic databases PubMed and PsycINFO of articles written in English, using the following keywords: “personality disorders”, “Borderline personality disorder”, “suicidal behaviors”, “suicide attempt”, “non-suicidal self-injury”, “self-injury”.

**Development:** Borderline personality disorder is characterized by strong and persistent patterns of instability in various functional domains with impulse control disorders, recurrent self-harming behaviors such as self-harm and suicide attempts, and affective disturbance, namely feelings of anger and emptiness. Suicide ideation and attempt are common manifestations in individuals diagnosed with this disorder. In addition to the suicidal behaviors that these individuals present, self-injurious behaviors without suicidal intent are also quite common, which are self-destructive behaviors that imply the existence of moderate injuries to the body, without suicidal ideation, and that do not fit into the cultural/religious context of the individual. Maladaptive coping strategies predispose these individuals to suicidal behavior and, consequently, to an increased risk of committing suicide. About 8 to 10% of these individuals commit suicide.

**Conclusion:** Borderline personality individuals tend to develop self-injurious behaviors throughout their lives without disturbances or suicidal attempts, however, the ability to previously identify the intentions that will also develop the procedures when they will develop procedures to be formed act in a preventive way, not yet needed. Although there are several hypotheses for psychotherapy, none is fully effective in treating patients with this pathology. It is carrying out more studies, with large samples, so that you can develop guidelines based on scientific evidence on which to base the treatment.

**Keywords:** Personality disorders, Borderline personality disorder, suicidal behaviour, suicide attempt, non-suicidal self-injury, self-injury.

## **Lista de Abreviaturas**

**DSM-5:** Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais, 5ª edição.

**PPB:** Perturbação da personalidade Borderline.

**CALIS:** Comportamentos autolesivos sem intenção suicida.

**CS:** Comportamentos suicidários.

**PDAH:** Perturbação do défice de atenção e hiperatividade.

**TCD:** Terapia comportamental-dialética.

**TCC:** Terapia cognitivo-comportamental.

**TFE:** Terapia focada nos esquemas.

**TCM:** Terapia cognitiva por manual.

## Índice

Agradecimentos .....	i
Resumo .....	ii
Abstract.....	iv
Lista de Abreviaturas.....	vi
1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	3
3. Metodologia .....	4
4. Desenvolvimento.....	5
4.1. Perturbação da Personalidade Borderline .....	5
4.1.1. Diagnóstico .....	5
4.1.2. Epidemiologia .....	6
4.1.3. Etiologia .....	6
4.1.4. Curso e comorbilidades associadas .....	8
4.2. Comportamentos autolesivos .....	10
4.2.1. Comportamentos autolesivos sem intenção suicida .....	10
4.2.1.1. Relação entre comportamentos autolesivos sem intenção suicida e a perturbação da personalidade Borderline .....	11
4.2.2. Comportamentos suicidários .....	11
4.2.3. A relação entre a frequência de comportamentos autolesivos sem intenção suicida e as tentativas de suicídio .....	12
4.2.4. Hospitalização por ideação suicida na perturbação da personalidade Borderline .....	13
4.2.5. Suicídio na perturbação da personalidade Borderline .....	14
4.2.5.1 Preditores de suicídio na perturbação da personalidade Borderline.....	14
4.2.5.2. Morte por suicídio na perturbação da personalidade Borderline.....	15
4.3. Tratamento .....	16
4.3.1. Psicoterapia .....	16
4.3.2. Tratamento farmacológico.....	18
4.4. Perspetivas para o futuro .....	18
5. Conclusão .....	20
Referências Bibliográficas.....	22

## 1. Introdução

O termo *personalidade* refere-se às qualidades estáveis de um indivíduo que são demonstradas na sua forma de estar/agir em diversas situações da sua vida. A sua definição consiste num conjunto de características individuais que correspondem a um padrão persistente de emoções, pensamentos e comportamentos.<sup>1</sup>

Os comportamentos que definem uma determinada personalidade estão presentes desde o início da vida adulta, apresentando uma relativa estabilidade ao longo da vida, enquanto os que definem perturbação mental diferem do comportamento anterior da pessoa. Porém, é difícil e desafiante estabelecer uma divisão nítida entre personalidades normais e personalidades patológicas. Personalidades patológicas são na prática reconhecidas devido ao padrão das suas características. No entanto, há critérios que devem ser utilizados de modo a se proceder a esta distinção – critérios estatísticos, em que as personalidades patológicas funcionam como variações quantitativas do normal numa perspetiva dimensional, e critérios sociais, em que as personalidades supracitadas são as que causam sofrimento ao próprio indivíduo e/ou aos outros.<sup>1</sup>

De acordo com o DSM-5, as perturbações da personalidade são divididas em três grupos distintos: A, B e C. No grupo A estão incluídas perturbações da personalidade paranoide, esquizoide, e esquizotípica, estando aqui integrados indivíduos que parecem excêntricos ou estranhos. O grupo B corresponde aos indivíduos que parecem dramáticos, imprevisíveis ou impulsivos, incluindo as perturbações da personalidade antissocial, borderline, histriónica e narcísica. Por último, no grupo C estão os indivíduos que parecem ansiosos ou receosos, onde se incluem as perturbações da personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva. O grupo C é o mais prevalente (9,1%), seguindo-se do grupo B (5,7%) e depois pelo grupo A (1,5%).<sup>2</sup>

O Modelo dos Cinco Fatores – os cinco fatores são o neuroticismo (facetas de ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência, impulsividade e vulnerabilidade), a extroversão (facetas de acolhimento, assertividade, atividade, procura de excitação e emoções positivas), a amabilidade (facetas de confiança, altruísmo, complacência, modéstia e sensibilidade), a conscienciosidade (facetas de competência, ordem, obediência, luta pela aquisição, autodisciplina e deliberação) e a abertura à experiência (facetas de fantasia, estética, sentimentos, ações, ideias e valores) – é o modelo de funcionamento geral da personalidade mais aceite.<sup>3</sup> O DSM-5 propôs um modelo de cinco domínios de personalidade mal adaptativa, sendo estes a desregulação emocional, o isolamento, o psicoticismo, a desinibição e o antagonismo.<sup>2</sup>

A perturbação da personalidade Borderline (PPB) constitui uma perturbação multidimensional complexa cujo elemento principal reside na instabilidade, principalmente afetiva, das relações interpessoais. Indivíduos com esta perturbação geralmente distorcem as suas relações, têm uma imagem variável de si próprios, o seu humor pode sofrer alterações súbitas, apresentam sentimentos crónicos de vazio e comportamento suicidário recorrente.<sup>1,2</sup> A prevalência média da perturbação da personalidade Borderline na população é de aproximadamente 1,6%.<sup>2</sup>

Os comportamentos autolesivos podem ser divididos em comportamentos autolesivos sem intenção suicida (CALIS) e comportamentos suicidários (CS). Ambos são comuns em populações psiquiátricas, apresentando uma especial relevância no contexto da PPB. Estudos demonstram que a taxa de prevalência da CALIS e CS são, respetivamente, de 95% e 90% para adolescentes e adultos diagnosticados com PPB, e que pelo menos 75% dos indivíduos com esta perturbação cursa com uma tentativa de suicídio durante a sua vida. A prática de comportamentos autolesivos é comum em indivíduos com PPB, apresentando-se comumente como cortes superficiais em diversas regiões corporais, principalmente nas pernas e braços. Estas lesões autoinfligidas não têm intenção suicida, não refletem o desejo de morrer, mas sim servem para aliviar tensão emocional. Usualmente ocorrem após eventos causadores de stress no indivíduo e servem como um escape, uma fuga à sua realidade.<sup>4</sup>

Segundo vários estudos, a intervenção mais eficaz para a maioria dos indivíduos com a PPB é o tratamento em ambulatório, mais especificamente a terapia comportamental-dialética. Os principais resultados são a redução do número de overdoses, redução de lesões autoinfligidas, assim como tentativas de suicídio.<sup>5</sup> Outros métodos de psicoterapia foram testados em ensaios clínicos, tais como terapia baseada na mentalização, psicoterapia focada na transferência, entre outros, cujo foco seria ensinar os pacientes a se absterem das suas emoções, realizar um exercício de autorreflexão antes de agir de modo a se desenvolver uma melhor compreensão do seu próprio conflito pessoal.<sup>6</sup>

Por outro lado, a eficácia do uso de agentes farmacológicos nesta perturbação da personalidade não está bem estabelecida. Na prática, os indivíduos com PPB estão medicados com terapêutica antidepressiva, estabilizadora de humor e/ou neurolépticos, mas não há evidência que esses regimes farmacológicos tenham benefício e sejam eficazes sobretudo na prevenção do suicídio.<sup>7</sup>

## **2. Objetivos**

O objetivo primordial desta revisão bibliográfica é reunir evidência científica existente relativa à ocorrência de comportamentos autolesivos em indivíduos diagnosticados com PPB. Ademais, pretende-se também tratar a correlação entre os comportamentos autolesivos como preditores de suicídio, morte por suicídio em indivíduos com PPB e quais as perspectivas de tratamento para estes indivíduos.

### **3. Metodologia**

Para a elaboração desta dissertação de mestrado realizou-se uma pesquisa, nas bases de dados eletrónicas PubMed e PsycINFO, de artigos científicos redigidos em inglês. Consultaram-se também livros como a 5ª edição do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5) e o Shorter Oxford Textbook of Psychiatry (Seventh Edition). Foram empregues as palavras-chave "personality disorders", "Borderline personality disorder", "suicidal behaviour", "suicide attempt", "non-suicidal self-injury", "self-injury". O período da pesquisa bibliográfica reportou-se ao período entre 1938 e 2019. Foram excluídos todos os artigos não relacionados com o tópico da pesquisa, assim como revisões da literatura. Foi inicialmente realizada a leitura do abstract e título para seleção e posteriormente a leitura completa dos artigos selecionados. Foram incluídos um total de 118 artigos.

## **4. Desenvolvimento**

### **4.1. Perturbação da Personalidade Borderline**

O termo *Borderline* foi primeiramente usado por Adolph Stern em 1938 quando este identificou “um grupo de pacientes limítrofes” que “não se integram nem num grupo psiconeurótico nem num grupo psicótico e que são extremamente difíceis de lidar por qualquer método psicoterapêutico”.<sup>8</sup> A aceitação da PPB como uma perturbação mental no DSM-III em 1980 estimulou uma maior atenção científica e clínica.<sup>9</sup> A PPB caracteriza-se por padrões fortes e persistentes de instabilidade em vários domínios funcionais, nomeadamente nos níveis comportamental, afetivo, cognitivo e relacional<sup>10,11</sup>, deficiências na identidade, nas relações com os outros e oscilação entre idealização e desvalorização, com perturbações do controlo dos impulsos, comportamentos autoagressivos recorrentes, como autolesão e tentativas de suicídio, e transtornos afetivos, que são sentimentos de raiva e vazio<sup>2</sup>. É uma patologia devastadora, com uma estimativa de 69% - 80% de comportamentos autolesivos e suicidários.<sup>12,13</sup>

Assim como já ocorria no DSM-IV, no DSM-5 é possível o diagnóstico de PPB em idade inferior a 18 anos caso os sintomas sejam persistentes, não estejam limitados a uma determinada fase de desenvolvimento ou a outra perturbação mental e se estiverem presentes há pelo menos 1 ano.<sup>2</sup>

#### **4.1.1. Diagnóstico**

De acordo com a classificação do DMS-5<sup>2</sup>, um indivíduo preenche os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Personalidade Borderline quando está presente “Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de elevada impulsividade que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginado. (Nota: não se incluem neste item o comportamento suicida ou de automutilação cobertos pelo critério 5)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.

4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente destrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não se incluem neste item o comportamento suicida ou de automutilação cobertos pelo critério 5)
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos de automutilação.
6. Instabilidade afetiva devido a uma elevada reatividade do humor (por exemplo, disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração de poucas horas e apenas raramente de mais alguns dias).
7. Sentimentos crónicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (por exemplo, estado frequente de irritação, raiva constante, disputa física recorrente).
9. Ideação paranoide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos.”

#### **4.1.2. Epidemiologia**

A prevalência da PPB durante a vida é aproximadamente de 5,9% e a prevalência pontual é de 1,6%.<sup>14,15</sup> A PPB está presente em 6,4% nos cuidados primários, 9,3% em doentes psiquiátricos no ambulatório e 20% em doentes psiquiátricos internados.<sup>16,17</sup> O rácio entre indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino é maior em populações clínicas. Segundo o DSM-5, o rácio é de 3:1.<sup>2</sup> Dois estudos epidemiológicos da população dos Estados Unidos da América mostraram que a prevalência da PPB em indivíduos do sexo feminino e masculino é semelhante. Isto pode ser interpretado pelo facto de muitas vezes as mulheres procurarem mais ajuda do que os homens. Cerca de 80% dos pacientes que receberam tratamento para a PPB são mulheres.<sup>14,15</sup>

#### **4.1.3. Etiologia**

A causa da PPB não é totalmente conhecida. No entanto, sugere-se que esta é um produto da interação entre influências genéticas, neurobiológicas e psicossociais que afetam o desenvolvimento cerebral.<sup>18</sup>

Embora os estudos sejam raros e muitas vezes são reportados valores diferentes, há pelo menos uma evidência moderada para a heritabilidade e transmissão genética da PPB.

Segundo dois estudos, a taxa de concordância para a PPB foi maior em gêmeos monozigóticos comparativamente com gêmeos dizigóticos.<sup>19,20</sup> Porém, um terceiro estudo reportou que a influência genética apresenta uma pequena contribuição para o desenvolvimento da PPB comparando com as influências ambientais.<sup>21</sup> Em suma, a predisposição constitucional para a desregulação emocional sem um ambiente de apoio leva ao desenvolvimento de PPB.<sup>22</sup>

De acordo com dados de investigação neurobiológicos, foi sugerido que as funções dos neuropéptidos podem predispor problemas interpessoais em indivíduos com PPB.<sup>23</sup> A disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal tem um papel central no desenvolvimento de PPB. Níveis aumentados de hormonas de stress, como o cortisol, e a sensibilidade reduzida ao feedback foram relatados em indivíduos com PPB.<sup>24</sup> Todavia, crê-se que os comportamentos interpessoais mal adaptativos e relações interpessoais são modulados pelo sistema oxitocinérgico.<sup>25</sup> A atividade aumentada do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e níveis diminuídos da oxitocina periférica estão correlacionados com um histórico de maus-tratos na infância e um padrão de vinculação insegura nos indivíduos com PPB.<sup>26</sup>

As experiências adversas na infância constituem o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento da PPB.<sup>27</sup> Estas experiências adversas nem sempre estão presentes nos indivíduos com PPB e os indivíduos que sofreram traumas durante a sua infância nem sempre desenvolvem PPB, por isso, esta relação não é clara. Pode-se interpretar que trauma na infância não é uma pré-condição obrigatória para o desenvolvimento de PPB. As experiências adversas na infância em indivíduos com PPB podem assumir muitas formas, incluindo abuso sexual, abuso físico e negligência, abuso verbal e separação ou perda precoce dos pais.<sup>28</sup> De acordo com um estudo prospetivo com 500 indivíduos, mais crianças abusadas fisicamente e/ou negligenciadas preencheram os critérios diagnósticos de PPB quando adultos.<sup>29</sup>

Outro estudo prospetivo longitudinal com 639 crianças relatou que abuso e negligência na infância foi significativamente associado com PPB na idade adulta. Tal como acontece com a maioria das perturbações psiquiátricas, nenhum fator isolado pode explicar o desenvolvimento da perturbação em questão, sendo múltiplos os fatores que podem ajudar a explicar o desenvolvimento desta.<sup>30</sup>

#### 4.1.4. Curso e comorbilidades associadas

O curso da PPB é consideravelmente variável, sendo que o padrão mais comum é o da instabilidade crónica no início da vida adulta. Esta instabilidade crónica acompanha-se de episódios graves de exacerbação da patologia de base. O risco de suicídio é maior nos jovens adultos e tende a desaparecer com o passar dos anos. Apesar de existir uma tendência para a impulsividade, dificuldades nas relações interpessoais e instabilidade durante toda a vida, indivíduos que iniciam terapêutica precoce demonstram uma diminuição da intensidade dessas características.<sup>2</sup>

A impulsividade é uma característica importante da PPB e pode-se manifestar de várias formas, tais como, abuso de substâncias, gastos excessivos, compulsão alimentar, condução imprudente e comportamentos autolesivos. Zanarini *et al.* (2006) sugerem que a impulsividade, a desregulação emocional e os comportamentos autolesivos durante a infância preditores de PPB.<sup>31</sup>

A ideação e tentativa de suicídio são manifestações comuns em indivíduos diagnosticados com PPB.<sup>4</sup> A ideação suicida geralmente é mais comum na 3ª década de vida e as tentativas de suicídio são mais comuns a partir dos 30 anos de idade.<sup>32</sup> Para além dos comportamentos suicidários que estes indivíduos apresentam, é também bastante comum os CALSIS. Uma vez que quer estes comportamentos quer a ideação/tentativas de suicídio são tão comuns na PPB, é difícil quantificar qual o risco do doente em consumir o suicídio. Indivíduos que já tentaram o suicídio mais que uma vez apresentam um maior risco para a consumação do suicídio. Segundo um estudo que analisou as diferenças nos géneros feminino e masculino em termos de agressão, comorbilidades psiquiátricas e comportamentos suicidários, indivíduos do sexo masculino com PPB mostraram ser mais agressivos, impulsivos e com um maior risco de morte por tentativa de suicídio do que os indivíduos do sexo feminino.<sup>33</sup>

A PPB é frequentemente associada a diversas perturbações psiquiátricas tais como perturbações afetivas, ansiedade, abuso de substâncias, perturbação de stress pós-traumático e alimentares<sup>34,35</sup>, sendo que comorbilidades mais diagnosticadas em indivíduos com PPB são as perturbações afetivas e de ansiedade, seguindo-se das perturbações associadas ao abuso de substâncias<sup>36</sup>.

Estudos sugerem que a coexistência da PPB com a perturbação da personalidade antissocial se deve ao facto destas duas patologias terem em comum fatores de risco genéticos e ambientais<sup>37</sup>. A perturbação da personalidade antissocial também integra o grupo B das perturbações da personalidade, assim como a PPB e caracteriza-se pela incapacidade de se

adaptar às normas, com comportamentos de rebeldia, violência e delinquência, incapacidade de demonstrar culpa ou remorsos, relações caracterizadas pelo desejo de exploração dos outros com mentiras, fraude e frieza afetiva, sem empatia com os que o rodeiam.<sup>1</sup>

Howard *et al.* (2012) estudaram uma amostra que apresentava critérios quer para PPB como para perturbação da personalidade antissocial e concluíram que este grupo de indivíduos apresentava uma maior predisposição para apresentar um histórico de condenação por violência. Reconheceram outras características como elevados níveis de impulsividade e de raiva, sugerindo um défice na autorregulação emocional que funciona como mecanismo impulsionador de violência entre indivíduos com estas patologias. Concluindo, a coexistência destas duas perturbações da personalidade concebe um quadro psiquiátrico que aumenta o risco de violência<sup>38</sup>.

Vários estudos demonstraram que tanto o abuso e/ou dependência do álcool como as perturbações da conduta, principalmente quando se iniciam na adolescência, são fatores que contribuem para um maior risco de comportamentos violentos na idade adulta.<sup>38,39</sup>

Outra perturbação da personalidade pertence ao grupo B foi associada à PPB: a perturbação da personalidade narcísica, em que os indivíduos são egoístas, muito dependentes da admiração dos outros, incapazes de sentir empatia, compreender ou respeitar os sentimentos e ideias das pessoas à sua volta, têm uma autoimagem grandiosa, são pretensiosos e orgulhosos, apresentando, muitas vezes, inveja do êxito alheio.<sup>1</sup>

Um estudo realizado em 2014 teve como objetivo comparar um grupo de indivíduos diagnosticados com PPB e perturbação da personalidade narcísica com um grupo de indivíduos somente com PPB. O grupo de doentes, com ambas as perturbações, surgia associado a famílias disfuncionais, com histórico de abuso psicológico e/ou físico. A conclusão a que o estudo chega é que o facto de um indivíduo ter, juntamente com a PPB, perturbação da personalidade narcísica, pode funcionar como um fator protetor perante um ambiente familiar adverso<sup>40</sup>.

A PPB e a perturbação bipolar podem ocorrer concomitantemente em 10% a 20% dos casos, e uma vez que a sintomatologia destas perturbações é muito semelhante, por vezes, indivíduos com critérios para diagnóstico de PPB são erradamente diagnosticados com perturbação bipolar. Smith *et al.* (2004) relataram que, uma percentagem significativa de indivíduos com PPB, se encontram incluídos no espectro da perturbação bipolar<sup>41</sup>, enquanto Paris *et al.* (2004) relataram que não existe nenhuma evidência que suporte a associação da PPB com o espectro da perturbação bipolar<sup>42</sup>.

Após a realização de uma revisão de estudos de neuroimagem, Sripada & Silk (2007) descreveram que havia uma série de áreas de sobreposição, assim como diferenças em certas regiões do cérebro em indivíduos com PPB e com perturbação bipolar. Parece haver, em ambas as perturbações, múltiplas anormalidades nas redes de atenção localizadas no córtex pré-frontal e mecanismos de controlo inibitório que provavelmente contribuem para a impulsividade e para uma regulação afetiva decrescente diminuída. A PPB está associada a alterações afetivas específicas em relação às emoções que surgem no contexto de episódios traumáticos, como abandono e conflitos por resolver. Este paradigma particular de respostas afetivas a memórias traumáticas não foi testado especificamente na perturbação bipolar.<sup>43</sup> Foi reportada uma maior prevalência, mas não significativa, de PPB em indivíduos com perturbação bipolar tipo II.<sup>44</sup> Zimmerman *et al.* (1999) relataram que indivíduos com perturbação depressiva e PPB apresentaram uma morbidade psicossocial excessiva em comparação com indivíduos apenas com perturbação depressiva e que a PPB foi o terceiro diagnóstico mais frequente em indivíduos com perturbação bipolar, após o diagnóstico da perturbação obsessiva-compulsiva e perturbação da personalidade histriónica.<sup>45</sup>

A comorbidade da perturbação do défice de atenção e hiperatividade (PDAH) foi relatada em 20% dos pacientes com PPB em vários estudos.<sup>46</sup> Uma vez que a impulsividade é considerada uma característica central da PPB e da PDAH, esta tem sido examinada como parte da sintomatologia de PDAH indivíduos adultos com PPB. De acordo com Philipsen *et al.* (2006), a PDAH deve ser considerado como um potencial fator de risco em indivíduos com DBP que apresentem impulsividade.<sup>47</sup> Um estudo recente que examinou a associação entre impulsividade e PDAH em indivíduos com PPB relatou uma maior comorbidade de PDAH nos indivíduos com PPB e que a impulsividade motora demonstrou funcionar como um potencial preditor de sintomas de PDAH nestes mesmo indivíduos.<sup>48</sup> Em termos da relação entre PPB, PDAH e impulsividade, a associação de PPB e PDAH é considerada como um subtipo de PPB mais impulsivo e grave.<sup>49</sup>

## **4.2. Comportamentos autolesivos**

### **4.2.1. Comportamentos autolesivos sem intenção suicida**

Segundo Yates, os CALSIS são comportamentos autodestrutivos que implicam existência de lesões moderadas do corpo, não havendo ideação suicida, e que não se enquadram no contexto cultural/religioso do indivíduo. Geralmente, as autolesões têm um impacto externo no corpo do indivíduo e incluem cortes, queimaduras, arranhões, esmurrar-se, morder-se, arrancar

cabelos e inserir objetos em feridas. Dentro destas, as mais comuns são os cortes nos braços e pernas e as queimaduras. No entanto, podem ter um impacto interno, tratando-se por exemplo de excesso de medicação ou deglutição de objetos cortantes. Pode existir mais que um método autolesivo utilizado, mas há sempre um método e local no corpo preferido. Os indivíduos que têm estes comportamentos tentam esconder as suas lesões, vestindo roupas largas, tapando sempre os braços e pernas.<sup>50</sup>

#### **4.2.1.1. Relação entre comportamentos autolesivos sem intenção suicida e a perturbação da personalidade Borderline**

A percentagem de indivíduos com PPB que praticam comportamentos autolesivos é bastante elevada, sendo entre 60-80%.<sup>51</sup> O CALSIS, apesar de ser de uma forma mal adaptativa, funciona como regulador de emoções na PPB.<sup>52</sup> Ambas as entidades clínicas se associam a emoções negativas e desregulação emocional. O CALSIS está também associado a outras perturbações psiquiátricas como depressão major, stress pós-traumático, perturbações alimentares, outras perturbações da personalidade e até autismo.<sup>53</sup>

Em indivíduos com PPB, a ocorrência de CALSIS têm como função a anulação de emoções negativas como por exemplo tensão, ansiedade e irritabilidade.<sup>54</sup> Tendo por base o modelo dos cinco fatores, demonstrou-se que os indivíduos com PPB que praticam CALSIS exibem um elevado nível de abertura à experiência e neuroticismo. Por outro lado, apresentam um baixo nível de conscienciosidade.<sup>55</sup>

O período entre os 18-25 anos parece ser um período de risco para indivíduos com PPB iniciarem CALSIS.<sup>56</sup> O facto de um indivíduo fazer a sua primeira tentativa de suicídio numa idade precoce também parece aumentar o risco de CALSIS.<sup>57</sup>

Pèrez *et al.* (2014) realizaram um estudo em que comparam indivíduos com PPB com e sem CALSIS e referiram que os doentes com CALSIS apresentavam pensamentos mais violentos, assim como quanto maior o sentimento de desespero que estes indivíduos sentiam, maior a severidade das autolesões.<sup>58</sup>

#### **4.2.2. Comportamentos suicidários**

O suicídio é um imenso problema social e clínico. Todos os anos, aproximadamente um milhão de pessoas globalmente cometem suicídio. Há indicações que por cada pessoa que comete suicídio, há mais de 20 outras pessoas que têm ideação para o fazer.<sup>59</sup> Suicídio e tentativas de suicídio afetam familiares e amigos de indivíduos com ideação suicida. Mais de 90% dos suicídios estão associados com perturbações psiquiátricas, maioritariamente

perturbações da personalidade, perturbações do humor, perturbações de consumo de substâncias e perturbações psicóticas, sendo que a depressão major é a perturbação psiquiátrica mais frequentemente associada ao suicídio.<sup>60,61</sup>

Indivíduos com PPB apresentam um maior risco de tentativa de suicídio e de consumação do suicídio.<sup>62,63</sup> Segundo o DSM-5, a PPB é a única perturbação da personalidade que apresenta como critérios de diagnóstico a existência de CALSIS ou CS.<sup>2</sup> Há registros de que a PPB é mais associada a CS do que a depressão major. Aparentemente, estratégias de coping mal adaptativas predisõem indivíduos com PPB a apresentarem CS e, conseqüentemente, a um aumento do risco de cometerem suicídio.<sup>62</sup> Cerca de 8 a 10% dos pacientes com PPB cometem suicídio. A maioria dos pacientes com ideação suicida que se apresentam num serviço de urgência psiquiátrica 4 ou mais vezes durante 1 ano exibem critérios para diagnóstico de PPB. Num estudo transversal, foi demonstrado que indivíduos com PPB e ideação suicida apresentam maiores níveis de psicopatologia, depressão, hostilidade, impulsividade, maior número de tentativas de suicídio no passado e a primeira tentativa numa idade mais precoce, comparativamente a indivíduos com ideação suicida sem PPB.<sup>63</sup>

#### **4.2.3. A relação entre a frequência de comportamentos autolesivos sem intenção suicida e as tentativas de suicídio**

Os estudos acerca da relação entre a frequência de CALSIS e as tentativas de suicídio em adolescentes demonstram conflito nos resultados. Por exemplo, num estudo correlacional, foi identificada uma relação positiva fraca entre a frequência de CALSIS e a frequência das tentativas de suicídio numa amostra de adolescentes no 9º ano de escolaridade.<sup>64</sup> Por outro lado, um estudo transversal em adolescentes internados não conseguiu demonstrar uma relação linear entre 12 meses de frequência de CALSIS e a frequência de tentativa de suicídio durante toda a vida.<sup>65</sup> Semelhantemente, um estudo longitudinal que investigou adolescentes internados revelou que maiores frequências de CALSIS durante 12 meses estão associadas a maiores taxas de ideação suicida durante a vida mas não maiores taxas de tentativas de suicídio.<sup>66</sup> Altas taxas de depressão major foram exibidas em ambas as amostras de adolescentes internados, porém, a presença de perturbações da personalidade foram apenas avaliadas no estudo de Nock *et al.* (2006).<sup>65</sup> Neste estudo, 50% dos internados tinham diagnóstico de PPB, o que indica que estas descobertas podem ser mais generalizáveis para uma população jovem com diagnóstico de PPB.<sup>66</sup>

Três estudos recentes que usaram análise de regressão logística em estudantes universitários indicam uma relação mais complexa entre a frequência de CALSIS e a probabilidade de existir uma tentativa de suicídio. Nestes estudos, estudantes universitários que reportaram menos do que 50 eventos de CALSIS durante a sua vida exibiram maior probabilidade de tentativa de suicídio do que aqueles que reportaram mais que 50 eventos de CALSIS. Os autores destes estudos sugeriram que nos indivíduos que tiveram mais do que 50 eventos de CALSIS, estes comportamentos se tornaram um fator protetor contra o suicídio, sendo um processo de autorregulação, mal adaptativo.<sup>67,68,69</sup>

As pesquisas acerca da relação entre a severidade de CALSIS e as tentativas de suicídio são limitadas e mostram resultados ambíguos. Num estudo que comparou dois grupos de estudantes mostrou que o grupo em que os indivíduos tinham atos de CALSIS mais graves reportaram uma história mais frequente de tentativas de suicídio.<sup>69,70</sup> Por outro lado, um estudo com adolescentes internados mostrou que os participantes com CALSIS significativamente mais graves não tinham história mais frequente de tentativas de suicídio.<sup>71</sup> Nos estudos supracitados, a severidade da CALSIS foi definida de acordo com o potencial dano causado pelo método implementado na autolesão. Esta situação é problemática uma vez que métodos categorizados como “menos graves”, como por exemplo, morder a si mesmo, inserir objetos debaixo das unhas, inserir objetos pontiagudos na pele, esmurrar-se, têm mais potencial em causar um grande dano físico do que métodos categorizados como potencialmente mais graves, como queimar-se, cortar-se e envenenar-se.<sup>69,70</sup>

#### **4.2.4. Hospitalização por ideação suicida na perturbação da personalidade Borderline**

Muitos indivíduos com PPB apresentam cursos de tratamento marcados por múltiplas tentativas de suicídio falhadas. Estes tratamentos estão associados a múltiplos ensaios de psicoterapia, múltiplas prescrições, visitas repetidas ao serviço de urgência e hospitalizações por tentativas de suicídio.<sup>72</sup> Ainda assim, a pesquisa da literatura acerca da abordagem da ideação suicida na PPB não providencia guidelines baseadas na evidência para a prevenção da morte por suicídio.<sup>63</sup> Como está resumido na artigo no The Lancet<sup>73</sup>, ainda não há um algoritmo eficaz que possa ser usado na prática para se conseguir predizer o suicídio. Na melhor das hipóteses, os clínicos têm guidelines que podem usar por serem de senso comum, faltando-lhes, no entanto, suporte empírico.<sup>73</sup>

Mesmo assim, a ausência de evidência para a prevenção não mudou a prática na abordagem da PPB. Especificamente, muitos pacientes são admitidos no hospital por tentativa

ou ameaça de suicídio. A admissão hospitalar pela presença de ideação suicida é recomendada pelas guidelines da *American Psychiatric Association* para o tratamento da PPB. Porém, estas guidelines, que nunca foram atualizadas, eram baseadas em opiniões clínicas e não em dados específicos.<sup>74</sup>

As hospitalizações repetidas por tentativa de suicídio podem ser contraproducentes, visto que interferem com o tratamento que o paciente realiza no ambulatório. Pode levar também a uma espécie de regressão, o que aumenta os sintomas baseados no reforço comportamental do comportamento suicida. Linehan recomenda a não admissão de pacientes por ideação suicida por mais do que uma noite.<sup>75,76,77</sup>

#### **4.2.5. Suicídio na perturbação da personalidade Borderline**

Soloff *et al.* (2000) compararam CS em pacientes apenas com PPB, pacientes com PPB e depressão major e pacientes apenas com depressão major. Concluíram que os pacientes com PPB e depressão major comórbida têm um maior número de tentativas de suicídio ao longo da sua vida e um maior nível de planeamento dessas mesmas tentativas, em comparação aos pacientes apenas com PPB ou apenas com depressão major. Para além disso, os pacientes com PPB tinham um início mais precoce dos CS.<sup>78</sup>

Soloff *et al.* (2002) reportaram que dentro da amostra de 61 pacientes com PPB, 84% tinham histórico de tentativa de suicídio. Porém, dentro dos 28 pacientes que reportaram abuso sexual na infância, 96% tinham tentado o suicídio. Ou seja, pacientes com histórico de abuso sexual na infância tinham mais tentativas de suicídio ao longo da vida. A probabilidade de um paciente que sofreu de abuso sexual cometer tentativa de suicídio é maior 10x do que um paciente que nunca sofreu abuso sexual.<sup>79</sup>

##### **4.2.5.1 Preditores de suicídio na perturbação da personalidade Borderline**

De acordo com estudos prospetivos, os preditores de suicídio mais comuns são sintomas de dissociação recorrentes, reatividade afetiva, autolesão, depressão comórbida, história familiar de suicídio e história de abuso na infância.<sup>80,81</sup>

Soloff & Fabio (2008) conduziram um dos únicos estudos sobre fatores de risco para a tentativa de suicídio em PPB e a sua estabilidade ao longo do tempo. Eles descobriram que as tentativas de suicídio nos primeiros 12 meses no seu follow-up de 5 anos previram subsequentes tentativas durante a intervenção de 4 anos. Enquanto a depressão major comórbida emergiu

como o melhor preditor de comportamento suicida num curto período de tempo (por exemplo, durante os primeiros 12 meses), não aumentou o risco de tentativas de suicídio durante um longo período de tempo (por exemplo, de 2 a 5 anos). Por outro lado, um ajustamento social fraco conferiu um elevado risco de suicídio ao longo do follow-up de 5 anos do estudo. De notar que no estudo de Soloff & Fabio, nem todos os participantes receberam qualquer tipo de tratamento. Os pacientes que receberam tratamento psiquiátrico em ambulatório demonstraram um risco reduzido de tentativas de suicídio quer nos curtos como em longos períodos de tempo.<sup>80</sup>

A ocorrência de CALSIS prévia foi identificada como sendo um forte preditor de risco para o suicídio consumado.<sup>82,83</sup> No entanto, como 50 a 90% dos adultos com PPB apresentam histórico de CALSIS, a prática prévia ou atual de CALSIS por si só é um preditor de suicídio impreciso.<sup>84,85</sup> A avaliação de riscos na PPB pode ser melhorada ao se proceder à investigação da relação entre características mais detalhadas da CALSIS como a frequência e severidade e as tentativas de suicídio subsequentes.<sup>86</sup>

#### **4.2.5.2. Morte por suicídio na perturbação da personalidade Borderline**

Estudos antigos demonstram que o suicídio ocorre em mais de 10% dos casos de PPB. No entanto, taxas de suicídio mais baixas (3-6%) foram reportadas em estudos de coorte prospetivo. Estas discrepâncias podem refletir uma gravidade menor nos pacientes que concordaram em ser seguidos nos estudos.<sup>87,88,89</sup>

No geral, o suicídio na PPB ocorre tardiamente no curso da doença e precede longos cursos de tratamento que não são bem-sucedidos.<sup>90</sup> Um estudo determinou que a idade média de ocorrência do suicídio é 30 anos de idade<sup>91</sup>, enquanto que um estudo que teve um follow-up de 27 anos reportou que a idade média é de 37 anos.<sup>92</sup>

Apesar disso, indivíduos com PPB conseguem consumir o suicídio. Métodos de autópsia psicológica, que envolvem entrevistas *post mortem* com as famílias, examinaram a frequência deste diagnóstico na morte por suicídio. Nestes estudos, perturbações da personalidade estavam presentes em cerca de metade dos casos com idades inferiores a 35 anos, sendo a PPB a perturbação mais comum.<sup>93,94,95</sup>

O suicídio é mais alarmante nos jovens, com um alto nível de CS. Apesar de que a grande maioria dos pacientes com PPB eventualmente melhora com o passar do tempo, os que morrem por suicídio tendem a ser aqueles que falham na recuperação.<sup>4</sup>

Cerca de um terço dos jovens que se suicidam, sendo que maioria destes são do sexo masculino, podem ser diagnosticados com PPB pela autópsia psicológica.<sup>93</sup> O estudo de McGirr *et al.* (2007) com indivíduos com PPB que morreram por terem cometido suicídio também mostra preponderância dos indivíduos do sexo masculino. Apenas alguns estavam sob tratamento na altura em que morreram.<sup>96</sup>

### **4.3. Tratamento**

As diretrizes práticas da *American Psychiatric Association* recomendam a psicoterapia como o principal tratamento da PPB, com farmacoterapia como um componente adjuvante do tratamento que visa os sintomas durante os períodos de descompensação aguda e vulnerabilidade<sup>97</sup>. Esta diretriz é um conjunto de recomendações de melhores práticas baseadas em evidência. Os algoritmos de terapia farmacológica adjuvante são direcionados para três grupos de sintomas: sintomas cognitivo-preceptivos (com antipsicóticos), sintomas afetivos (com inibidores seletivos da recaptção de serotonina) e descontrolo impulsivo-comportamental (com inibidores seletivos da recaptção de serotonina e antipsicóticos)<sup>98</sup>.

O estudo de Mungo *et al.* teve como objetivo estabelecer um inventário sobre a gestão da impulsividade na PPB e determinar quais os tratamentos eficazes. Uma revisão sistemática sobre as bases de dados PubMed e Ovid foram conduzidas até setembro de 2019 a dezembro de 2019 com o uso das diretrizes PRISMA. Foram encontrados 24 artigos para psicoterapia e um estudo randomizado de estimulação magnética transcraniana. O uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor parecem ser mais eficazes do que os antidepressivos. Outra abordagem, como a estimulação magnética transcraniana, pode ser útil num futuro próximo se esta técnica for mais estudada, assim como a sua eventual eficácia.<sup>99</sup>

#### **4.3.1. Psicoterapia**

Entre as várias intervenções psicológicas que se mostraram eficazes no tratamento da PPB destacam-se a terapia comportamental-dialética (TCD), a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a terapia focada nos esquemas (TFE) e a terapia cognitiva por manual (TCM).

A TCD foi desenvolvida por Marsha Linehan para o tratamento ambulatorial de indivíduos com PPB e comportamentos suicidários crónicos. Esta terapia é estruturada, multimodal e prolongada, combina estratégias de validação e aceitação das capacidades e do funcionamento de cada indivíduo. Inclui quatro componentes: sessões individuais, sessões em

grupo, contato telefónico com o terapeuta entre as sessões e reuniões semanais da equipa terapêutica<sup>100-103</sup>. De modo a comprovar a sua eficácia, a TCD foi comparada com o tratamento habitual em seis ensaios clínicos aleatorizados, em que a TCD se mostrou mais eficaz na redução da frequência e gravidade dos comportamentos autolesivos, ida aos serviços de urgência e duração do internamento. Foi também eficaz na redução da depressão, raiva e impulsividade, havendo também uma melhoria no funcionamento global dos indivíduos.<sup>103-106</sup>

A TCC tem como principais objetivos identificar pensamentos automáticos negativos e distorções cognitivas, alterar crenças disfuncionais e desenvolver crenças mais adaptativas sobre si mesmo e sobre os outros, e implementar estratégias comportamentais que tragam melhores níveis de funcionamento.<sup>107</sup> No estudo BOSCOT, que o primeiro ensaio clínico a avaliar a eficácia da TCC na PPB, 106 indivíduos diagnosticados com PPB foram divididos em dois grupos, um grupo foi submetido ao tratamento habitual e o outro grupo para além desse tratamento também beneficiou de 30 sessões de 60 minutos cada de TCC. Os resultados deste estudo mostraram uma diminuição significativa da média de tentativas de suicídio no grupo que beneficiou das sessões de TCC.<sup>108,109</sup>

A TFE foi desenvolvida por Jeffrey Young e consiste numa terapia que inclui o recurso a técnicas cognitivas/comportamentais/experienciais e relacionais<sup>110</sup> e cujo foco é identificar e alterar os esquemas precoces mal adaptativos juntamente com as suas estratégias de coping que são ineficazes. Farrell et al realizaram um estudo cuja intenção era avaliar se existiria vantagem em adicionar 8 meses de TFE ao tratamento habitual. A amostra deste estudo eram 32 mulheres diagnosticadas com PPB que foram divididas em dois grupos. Um dos grupos beneficiou do tratamento habitual e o outro grupo, para além do tratamento habitual, 30 sessões de TFE em grupo. Neste último grupo houve uma maior adesão à terapêutica e verificou-se uma redução significativa na gravidade dos sintomas psiquiátricos que as mulheres apresentavam.<sup>111</sup>

Por último, a TCM é uma terapia breve, apenas consiste em seis sessões, é baseada num manual, e que é direcionada para os comportamentos autolesivos. Abrange técnicas cognitivas tradicionais como identificar e modificar pensamentos automáticos negativos, estratégias para resolver de problemas e para controlar o consumo de substâncias psicoativas.<sup>112,113</sup> Weinberg et al avaliaram a eficácia da TCM em 30 doentes com PPB, dividiram esta amostra em dois grupos, um para tratamento habitual e o outro tratamento habitual juntamente com TCM. Neste último grupo, foi verificada a redução em 93% da frequência dos comportamentos autolesivos,

havendo também uma diminuição da sua gravidade aos seis meses de seguimento, mas, não houve melhorias na ideação suicida ao longo do tempo em ambos os grupos.<sup>113</sup>

#### **4.3.2. Tratamento farmacológico**

De acordo com a literatura, o tratamento farmacológico da PPB é limitado. Parece ser benéfico para os indivíduos com PPB que, apesar de beneficiarem de psicoterapia, continuam a apresentar sintomas graves e prejudiciais, tais como desregulação afetiva, impulsividade excessiva e sintomas perceptivos, a associação de terapêutica medicamentosa focada nos sintomas.<sup>114</sup> De acordo com pesquisas clínicas, os antipsicóticos em baixa dose são mais eficazes para os sintomas perceptivos como dissociação, ideação paranoide e alucinações em comparação com antidepressivos ou estabilizadores de humor. Os estabilizadores de humor, como a lamotrigina, topiramato, valproato e lítio, são mais eficazes para impulsividade, agressão e controlo comportamental na PPB.<sup>115</sup> O lítio também é eficaz na prevenção do suicídio em indivíduos com PPB, conforme relatado por um estudo retrospectivo. Contudo, o lítio tem um uso limitado devido aos seus efeitos colaterais.<sup>116</sup> Os ácidos gordos Ómega-3 são sugeridos como adjuvante ao tratamento medicamentoso primário com estabilizadores de humor de modo a prevenir autolesões recorrentes.<sup>117</sup>

Como já referido anteriormente, a PPB apresenta uma elevada taxa de comorbilidade psiquiátrica e, por essa razão, os clínicos devem estar cientes da possibilidade da ocorrência de perturbações afetivas, de ansiedade ou de uso de substâncias ao cogitar um tratamento para um indivíduo com PPB. Quando existe uma perturbação afetiva ou de ansiedade comórbida com a PPB, é importante prescrever doses mais altas de antidepressivos. Não há ainda evidências que sustentem o uso de polifarmácia nas perturbações de personalidade.<sup>118,119</sup>

Em síntese, o tratamento da PPB é multimodal. A psicoterapia é o tratamento de primeira linha e o tratamento farmacológico adjuvante, focado nos sintomas, é essencial.

#### **4.4. Perspetivas para o futuro**

Apesar de terem sido feitos vários progressos no que toca à aprendizagem acerca da PPB nos últimos anos, ainda várias questões permanecem por responder. Caso a perturbação se manifeste durante a infância ou adolescência, é necessário que haja uma intervenção precoce juntamente com estratégias preventivas. Independentemente de quando a PPB se desenvolve, os tratamentos atuais não são ótimos e é importante desenvolver tratamentos mais custo-

efetivos, uma vez que existe um elevado uso dos serviços médicos por parte de indivíduos com PPB, havendo, por conseguinte, elevados custos para a sociedade.

No que toca à terapia farmacológica, é necessária uma maior realização de ensaios randomizados, e que investiguem a potencial utilidade de estabilizadores de humor como a lamotrigina, antidepressivos da nova geração ou antipsicóticos atípicos. É importante também testar os possíveis benefícios da implementação da polifarmácia juntamente com a psicoterapia. A psicoeducação dos familiares dos indivíduos diagnosticados com PPB é extremamente importante já que permite que estes apoiem e incentivem o seu familiar com PPB a cumprir com o tratamento prescrito.<sup>120</sup>

## 5. Conclusão

A PPB pode ser entendida como uma patologia multidimensional que se traduz numa alta morbidade e mortalidade, que afeta seriamente a qualidade de vida e o funcionamento global dos indivíduos que apresentam esta patologia.

O grupo de indivíduos com PPB que tem CALSIS como prática recorrente utiliza-os fundamentalmente de modo a conseguir regular afetos e lidar com situações stressantes. Estes indivíduos têm um défice de estratégias adaptativas, que podem estar na base dessa recorrência de comportamentos autolesivos. Os indivíduos com PPB que desenvolvem comportamentos autolesivos são principalmente jovens, segundo o modelo dos cinco fatores, apresentam marcados traços de impulsividade, baixo nível de conscienciosidade e alto nível de neuroticismo.

Sabe-se que indivíduos com PPB tendem a desenvolver ao longo da sua vida CALSIS ou CS, com conseqüentes tentativas de suicídio ou até mesmo, em alguns casos, suicídio consumado, no entanto, a capacidade de identificar previamente os indivíduos que efetivamente irão desenvolver estes comportamentos e quando os vão desenvolver, de forma conseguir-se agir de forma preventiva, ainda não é precisa.

Os preditores de suicídio mais comuns na PPB são sintomas de dissociação recorrentes, reatividade afetiva, autolesão, depressão comórbida, história familiar de suicídio e história de abuso na infância. No entanto, apesar de se conhecerem estes preditores através de vários estudos efetuados, nem todos os indivíduos com PPB e que apresentem um ou mais dos preditores supracitados têm ideação suicida, o que torna difícil saber exatamente qual o curso da doença em cada indivíduo, uma vez que as mortes por suicídio são raras em comparação com o número de tentativas efetuadas.

Os clínicos que acompanham indivíduos com diagnóstico de PPB devem ter atenção que para além do diagnóstico de PPB pode coexistir outro diagnóstico do foro psiquiátrico, nomeadamente de perturbação afetiva ou de ansiedade. É importante perceber se a sintomatologia apresentada é decorrente apenas da patologia primária que apresentam ou se advêm de uma outra comórbida. Isto é particularmente importante para se conseguir delinear um tratamento efetivo nestes doentes, que cubra todas as patologias por ele apresentadas.

Atualmente, considera-se como terapia de primeira linha a psicoterapia, podendo ou não ser usada a terapia farmacológica como adjuvante. Apesar de existirem várias hipóteses de psicoterapia, nenhuma é totalmente eficaz no tratamento dos indivíduos com esta patologia. A combinação desta com o uso de fármacos poderá ser bastante benéfico, visto que muitas outras

patologias do foro psiquiátrico beneficiam de terapia farmacológica, algumas funcionando como primeira linha.

Por último, é importante salientar que é necessária a realização de mais estudos, com amostras maiores, para que se possam elaborar guidelines com suporte em evidência científica em que se possa basear o tratamento destes doentes.

## Referências Bibliográficas

1. Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., Fazel, M. (2018) Shorter Oxford Textbook of Psychiatry – Seventh Edition.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Publishing. 2013
3. Trull T.J., Widiger T.A.. “Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5”. *Dialogues Clin Neurosci.* 15(2): 135-146 (2013).
4. Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). *Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis.* *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319–324.
5. Linehan, M.M. *Cognitive Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*; Guilford: New York, NY, USA, 1993.
6. Davidson, K.; Norrie, J.; Tyrer, P.; Gumley, A.; Tata, P.; Murray, H. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy [BOSCOT] trial. *J. Personal. Disord.* 2006, 20, 450–465.
7. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Khera, G.S.; Bleichmar, J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr. Psychiatry* 2001, 42, 144–150.
8. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q.* 1938;7:467–89.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders.* 3rd ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 1980.
10. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. (1992). Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *Journal of Abnormal Psychology.* 1992; 101: 432–440.
11. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry.* 2002; 51(12): 936-950.
12. Gunderson JG. *Borderline personality disorder.* Washington: American Psychiatric Press; 1984.
13. Clarkin J, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 1983;92:263–75.
14. Lenzenweger, M.F.; Lane, M.C.; Loranger, A.W.; Kessler, R.C. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry* 2007, 62, 553–564.
15. Grant, B.F.; Chou, S.P.; Goldstein, R.B.; Huang, B.; Stinson, F.S.; Saha, T.D.; Smith, S.M.; Dawson, D.A.; Pulay, A.J.; Pickering, R.P.; et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry* 2008, 69, 533–545.
16. Gross, R.; Olfson, M.; Gameroff, M.; Shea, S.; Feder, A.; Fuentes, M.; Lantigua, R.; Weissman, M.M. Borderline personality disorder in primary care. *Arch. Intern. Med.* 2002, 162, 53–60.
17. Zimmerman, M.; Rothschild, L.; Chelminski, I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am. J. Psychiatry* 2005, 162, 1911–1918.
18. Caspi, A.; McClay, J.; Moffitt, T.E.; Mill, J.; Martin, J.; Craig, I.W.; Taylor, A.; Poulton, R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297, 851–854.
19. Torgersen, S.; Lygren, S.; Oien, P.A.; Skre, I.; Onstad, S.; Edvardsen, J.; Tambs, K.; Kringlen, E. A twin study of personality disorders. *Compr. Psychiatry* 2000, 41, 416–425.
20. Kendler, K.S.; Aggen, S.H.; Czajkowski, N.; Roysamb, E.; Tambs, K.; Torgersen, S.; Neale, M.C.; Reichborn-Kjennerud, T. The structure of genetic and environmental risk factors

- for DSM-IV personality disorders: A multivariate twin study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2008, 65, 1438–1446.
21. Gunderson, J.G.; Zanarini, M.C.; Choi-Kain, L.W.; Mitchell, K.S.; Jang, K.L.; Hudson, J.I. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011, 68, 753–762.
  22. Ruocco, A.C.; Carcone, D. A Neurobiological Model of Borderline Personality Disorder: Systematic and Integrative Review. *Harv. Rev. Psychiatry* 2016, 24, 311–329.
  23. Stanley, B.; Siever, L.J. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *Am. J. Psychiatry* 2010, 167, 24–39.
  24. Rausch, J.; Gabel, A.; Nagy, K.; Kleindienst, N.; Herpertz, S.C.; Bertsch, K. Increased testosterone levels and cortisol awakening responses in patients with borderline personality disorder: Gender and trait aggressiveness matter. *Psychoneuroendocrinology* 2015, 55, 116–127.
  25. Herpertz, S.C.; Bertsch, K. A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: A Model of the Role of Oxytocin. *Am. J. Psychiatry* 2015, 172, 840–851.
  26. Bertsch, K.; Schmidinger, I.; Neumann, I.D.; Herpertz, S.C. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Horm. Behav.* 2013, 63, 424–429.
  27. Hengartner, M.P.; Ajdacic-Gross, V.; Rodgers, S.; Muller, M.; Rossler, W. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *Eur. Psychiatry* 2013, 28, 476–482.
  28. Johnson, J.G.; Cohen, P.; Gould, M.S.; Kasen, S.; Brown, J.; Brook, J.S. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002, 59, 741–749.
  29. Widom, C.S.; Czaja, S.J.; Bentley, T.; Johnson, M.S. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am. J. Public Health* 2012, 102, 1135–1144.
  30. Johnson, J.G.; Cohen, P.; Brown, J.; Smailes, E.M.; Bernstein, D.P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999, 56, 600–606.
  31. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Hennen, J.; Reich, D.B.; Silk, K.R. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 2006, 163, 827–832.
  32. Paris, J. Borderline personality disorder. *CMAJ* 2005, 172, 1579–1583.
  33. Sher, L.; Rutter, S.B.; New, A.S.; Siever, L.J.; Hazlett, E.A. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behavior, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2018.
  34. Morgan T.A., Chelminski I., Young D., Dalrymple Y., Zimmerman M.. “Differences between older and young adults with Borderline Personality Disorder on clinical presentation and impairment”. *Psychiatry Research*, 47: 1507-1513 (2013).
  35. Levy K.N., Clarkin J.F., Yeomans F.E., Scott L.N., Wasserman R.H., Kernberg O.F.. “The mechanisms of Change in the Treatment of Borderline Personality Disorder With Transference Focused Psychotherapy”. *Journal of Clinical Psychology* 62(4): 481-501 (2006).
  36. Bateman A., O’Connell J., Lorenzini N., Gardner T., Fonagy P.. “A randomized controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder”. *BMC Psychiatry* 16(1): 304 (2016).
  37. Reichborn-Kjennerud T., Czajkowski N., Ystrom E., Orstavik R., Aggen S.H., Tambs K., Torgersen S., Neale M.C., Roysamb E., Krueger R.F., Knudsen G.P., Kendler K.S.. “A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood”. *Psychological Medicine* 45: 3121-3131 (2015).

38. Freestone M., Howard R., Coid J.W., Ullrich S.. "Adult antisocial syndrome comorbid with borderline personality disorder is associated with severe conduct disorder, substance dependence and violent antisociality". *Personality and Mental Health*: 2012.
39. Wetterbor D., Langström N., Andersson G., e Enebrink P.. "Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden". *Comprehensive Psychiatry* 62: 63-70 (2015).
40. Diamond D., Clarkin J.F., Levy K.N., Meehan K.B., Cain N.M., Yeomans F.E., Kernberg O.F.. "Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy". *Contemporary Psychoanalysis* 50(1–2): 175-210 (2014).
41. Smith, D.J.; Muir, W.J.; Blackwood, D.H. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? *Harv. Rev. Psychiatry* 2004, 12, 133–139.
42. Paris, J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harv. Rev. Psychiatry* 2004, 12, 140–145.
43. Sripada, C.S.; Silk, K.R. The role of functional neuroimaging in exploring the overlap between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 2007, 9, 40–45.
44. Zimmerman, M.; Mattia, J.I. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry* 1999, 40, 245–252.
45. Zimmerman, M.; Coryell, W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Arch. Gen. Psychiatry* 1989, 46, 682–689.
46. Asherson, P.; Young, A.H.; Eich-Hochli, D.; Moran, P.; Porsdal, V.; Deberdt, W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr. Med. Res. Opin.* 2014, 30, 1657–1672.
47. Philipsen, A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2006, 256 (Suppl. 1), i42–i46.
48. Kulacaoglu, F.S.M.; Belli, H.; Ardic, F.C.; Akin, E.; Kose, S. The relationship between impulsivity and attention-deficit/hyperactivity symptoms in female patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin. Psychopharmacol.* 2017, 27, 255–261.
49. Ferrer, M.; Andion, O.; Matali, J.; Valero, S.; Navarro, J.A.; Ramos-Quiroga, J.A.; Torrubia, R.; Casas, M. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J. Pers. Disord.* 2010, 24, 812–822.
50. Yates TM. The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review.* 2004; 24: 35-74.
51. Wupperman P., Fickling M., Klemanski D.H., Berking M., Whitman J.B.. "Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediation Effect of Mindfulness". *Journal of Clinical Psychology* 69(9): 903-911 (2013).
52. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Bereson K.R., Downey G. "Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder". *Behavior Therapy* 44: 529-540 (2013).
53. Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y-Y., Mann J.J.. "Nonsuicidal Self-Injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters". *J Affect Disord* 124(1-2): 134-140 (2010).
54. Klonsky E.D.. "The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence". *Clinical Psychology Review* 27: 226-239 (2007).
55. Mullins-Sweatt S.N., Lengel G.J., Grant D.M.. "Non-suicidal self-injury: The contribution of general personality functioning". *Personality and Mental Health* 7:56-68 (2013).

56. Saraff P.D., Pepper C.M.. "Functions, lifetime frequency, and variety of methods of non-suicidal self-injury among college students". *Psychiatry Research*, 219: 298-304 (2014).
57. Rebok F., Teti G.L., Fantini A.P., Cárdenas-Delgado C., Rojas S.M., Derito M.N., Darai F.M. "Types of borderline personality disorder in patients admitted for suiciderelated behavior". *Psychiatric* 86:49-60(2014).
58. Pèrez S., Marco J.H., García-Alandete J.. "Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors". *Psychatry Research* 220 (2014) 935- 940.
59. WHO, 2014. Preventing suicide: a global imperative. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014).
60. Sher, L., Oquendo, M.A., Mann, J.J., 2001. Risk of suicide in mood disorders. *Clin. Neurosci. Res.* 1 (5), 337–344.
61. Rihmer, Z., 2007. Suicide risk in mood disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 20 (1), 17–22.
- Runeson, B., Beskow, J., 1991. Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179 (3), 153–156.
62. Kolla, N.J., Eisenberg, H., Links, P.S., 2008. Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Arch. Suicide Res.* 12 (1), 1–19.
63. Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A.H., Paris, J., 2012. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr. Psychiatry Rep.* 14 (1), 79–85.
64. You, J., & Lin, M. (2015). Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 524–533.
65. Nock, M., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
66. Prinstein, M., Nock, M. K., & Simon, V. (2008). Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 92–103.
67. Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*, 225(3), 276–282.
68. Tsypes, A., Lane, R., Paul, E., & Whitlock, J. (2016). Non-suicidal self-injury and suicidal thoughts and behaviors in heterosexual and sexual minority young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 65, 32–43.
69. Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735.
70. Lloyd-Richardson, E. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183–1192.
71. Nixon, M., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1333–1341.
72. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R.; Khera, G.S.; Bleichmar, J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr. Psychiatry* 2001, 42, 144–150.
73. Turecki, G.; Brent, D. Suicide and suicidal behavior. *Lancet* 2016, 387, 19–25.
74. Oldham, J.M.; Gabbard, G.O.; Goin, M.K.; Gunderson, J.; Solo, P.; Spiegel, D.; Stone, M.; Phillips, K.A. Practice guideline for the treatment of Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 2001, 158, 1–52.
75. Gunderson, J.G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2nd ed.; American Psychiatric Press: Washington, DC, USA, 2008.

76. Paris, J. *Half in Love with Death: The Meaning of Chronic Suicidality*; Laurence Erlbaum: Mahwah, NJ, USA, 2006.
77. Paris, J. *Stepped Care for Borderline Personality Disorder*; Academic Press: New York, NY, USA, 2017.
78. Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 601-608.
79. Soloff, P.H., Lynch, K.G., & Kelly, T.M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 201-214.
80. Soloff, P.H.; Fabio, A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J. Pers. Disord.* 2008, 22, 123–134.
81. Sher, L.; Rutter, S.B.; New, A.S.; Siever, L.J.; Hazlett, E.A. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behavior, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2018.
82. Chapman, A., Specht, M., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388–399.
83. Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185(Jul), 70–75.
84. Dubo, E., Zanarini, M., Lewis, R., & Williams, A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 63–69.
85. Wedig, M., Silverman, M., Frankenburg, F., Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective followup. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395–2404.
86. Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *Lancet*, 379(9812), 236–243.
87. Gunderson, J.G.; Stout, R.L.; McGlashan, T.H.; Shea, T.; Morey, L.C.; Grilo, C.M.; Zanarini, M.C.; Yen, S.; Markowitz, J.C.; Sanislow, C.; et al. Ten-year course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2011, 68, 827–837.
88. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.; Reich, B.; Fitzmaurice, G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and Axis II comparison subjects: A 16-year prospective followup study. *Am. J. Psychiatry* 2012, 169, 476–483.
89. Temes, C.M.; Frankenburg, F.; Fitzmaurice, G.; Zanarini, M.C. Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *J. Clin. Psychiatry* 2019, in press.
90. Paris, J. *Personality Disorders Over Time*; American Psychiatric Press: Washington, DC, USA, 2003.
91. Stone, M.H. *The Fate of Borderline Patients*; Guilford: New York, NY, USA, 1990.
92. Paris, J.; Zweig-Frank, H. A twenty-seven year follow-up of borderline patients. *Compr. Psychiatry* 2001, 42,482–487.
93. Lesage, A.D.; Boyer, R.; Grunberg, F.; Morissette, R.; Vanier, C.; Morissette, R.; Ménard-Buteau, C.; Loyer, M. Suicide and mental disorders: A case control study of young men. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151, 1063–1068.

94. Hunt, I.M.; Kapur, N.; Robinson, J.; Shaw, J.; Flynn, S.; Bailey, H.; Meehan, J.; Bickley, H.; Burns, J.; Appleby, L.; et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br. J. Psychiatry* 2006, 188, 135–142.
95. Tidemalm, D.; Elofsson, S.; Stefansson, C.-G.; Waern, M.; Runeson, B. Predictors of suicide in a community-based cohort of individuals with severe mental disorder. *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidemiol.* 2005, 40, 595–600.
96. McGirr, A.; Paris, J.; Lesage, A.; Renaud, J.; Turecki, G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: A case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J. Clin. Psychiatry* 2007, 68, 721–729.
97. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1–52
98. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 416–20.
99. Mungo, A., et al., Impulsivity and its Therapeutic Management in Borderline Personality Disorder: a Systematic Review. *Psychiatric Quarterly*.
100. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitivebehavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:1060–4.
101. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
102. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
103. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1771–6.
104. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2001;32:371-90.
105. Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, de Ridder MA, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2003;182:135-40.
106. Van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2005;43:1231-41.
107. Davidson K, Tyrer P. Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case series. *Br J Clin Psychol.* 1996;35:413–29.
108. Davidson K, Gumley A, Millar H, Drummond L, Macaulay F. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *J Pers Disord.* 2006;20:431-49.
109. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord.* 2006;20:450-65.
110. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner’s guide. New York: Guilford Press; 2003.
111. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40:317-28.

112. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual-assisted cognitive behavior therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med.* 1999;29:19–25.
113. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ Jr. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2006;20:482–92.
114. Gunderson, J.G.; Herpertz, S.C.; Skodol, A.E.; Torgersen, S.; Zanarini, M.C. Borderline personality disorder. *Nat. Rev. Dis. Primers* 2018, 4, 18029.
115. 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, 14–25.
116. Malone, R.P.; Delaney, M.A.; Luebbert, J.F.; Cater, J.; Campbell, M. A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000, 57, 649–654.
117. Zanarini, M.C.; Frankenburg, F.R. Omega-3 Fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am. J. Psychiatry* 2003, 160, 167–169.
118. Links, P.S.; Ross, J.; Gunderson, J.G. Promoting Good Psychiatric Management for Patients With Borderline Personality Disorder. *J. Clin. Psychol.* 2015, 71, 753–763.
119. Crawford, M.J.; Sanatnia, R.; Barrett, B.; Cunningham, G.; Dale, O.; Ganguli, P.; Lawrence-Smith, G.; Leeson, V.; Lemonsky, F.; Lykomiou, G.; et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am. J. Psychiatry* 2018, 175, 756–764.
120. Lieb, Klaus, Mary C Zanarini, Christian Schmahl, Marsha M Linehan, e Martin Bohus. 2004. "Borderline Personality Disorder" 364: 9.

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

