

TRANSTORNO da
PERSONALIDADE
BORDERLINE

D713 Dornelles, Vinícius Guimarães.

Transtorno da personalidade borderline : da etiologia ao tratamento / Vinícius Guimarães Dornelles, Diego dos Santos Alano. — Novo Hamburgo : Sinopsys Editora, 2021.

864 p. ; 25 cm.

ISBN 978-65-5571-038-0

1. Transtorno de personalidade limítrofe. I. Título. II. Alano, Diego dos Santos.

CDD 616.85852

Catálogo na publicação: Vanessa Levati Biff — CRB 10/2454

I VINÍCIUS GUIMARÃES **DORNELLES**

I DIEGO DOS SANTOS **ALANO**

Organizadores

TRANSTORNO da
PERSONALIDADE
BORDERLINE
DA ETIOLOGIA AO TRATAMENTO



2021

© Sinopsys Editora e Sistemas Eireli, 2021.

Supervisão editorial: *Ricardo Gusmão*

Editora: *Mirela Favaretto*

Capa: *Marcio Monticelli*

Imagem da capa: *Excellent backgrounds/Shutterstock.com*

Preparação de originais: *Carine Prates*

Tradução dos Capítulos 17 e 18: *João Emanuel dos Santos Souza*

Tradução do Capítulo 19: *Êdela Nicoletti, Julia Schaffer, Vinícius Guimarães Dornelles*

Editoração: *Juliano Gottlieb*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3066-3690

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

AUTORES

Vinícius Guimarães Dornelles. Psicólogo. Primeiro treinador de Terapia Comportamental Dialética (DBT) nativo de língua portuguesa internacionalmente reconhecido do mundo (pelo Behavioral Tech). Mestre em Psicologia, na área de concentração de Cognição Humana, com Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute. Possui formação em Terapia Dialéctico Conductual pela Universidade de Lujan e em Terapias Baseadas em Evidências para o Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB) pela Fundación Foro. É especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pela Wainer Psicologia Cognitiva. Sócio-diretor da DBT Brasil. Coordenador local do *Dialectical Behavior Therapy: Intensive Training Brazil*.

Diego dos Santos Alano. Psicólogo. Possui formação em DBT pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo InTCC. Mentor e *trainer* em *Training* dos treinamentos intensivos desenvolvidos em parceria entre o Behavioral Tech e a DBT Brasil.

Aline Henriques Reis. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Psicologia Clínica na abordagem cognitivo-comportamental. Possui formação em Terapia do Esquema. Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Ana Carolina Maciel Cancian. Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Possui formação em Terapias Comportamentais Contextuais pelo InTCC e treinamento intensivo em Terapia Comportamental Dialética e Terapia Comportamental Dialética com Exposição Prolongada para Transtorno de Estresse Pós-Traumático pelo Behavioral Tech. Terapeuta DBT no Toronto DBT Centre, Canadá.

Andrei Garziera Valerio. Médico Psiquiatra. Possui formação em Psiquiatria Forense e Psiquiatria de Adição (Álcool e demais drogas) pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e formação em DBT pelo Behavioral Tech.

Benjamin Schoendorff. Psicólogo. Fundador do Contextual Psychology Institute in Montreal, Quebec. Treinador de terapia de aceitação e compromisso (ACT) revisado por pares pela Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) e terapeuta analítico-funcional certificado. Desenvolvedor do Six Steps Approach, um método efetivo e simples para usar ACT na população.

Carmem Beatriz Neufeld. Livre docente pela Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Possui pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora e Mestre em Psicologia pela PUCRS. Fundadora e coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Inter-

venção Cognitivo-Comportamental (LaPICC-USP). Professora Associada do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Bolsista produtividade do CNPq. Presidente da Federación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales (ALAPCCO).

Christian Haag Kristensen. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Especialista em Neuropsicologia. Possui formação em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. É professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na PUCRS. Diretor de Pós-Graduação na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação na PUCRS. Coordenador do Grupo de Pesquisa Cognição, Emoção e Comportamento e Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE-PUCRS). Atua no Conselho de Diretores (Board of Directors) da International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Clarisse Pereira Mosmann. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Possui pós-doutorado pela Universitat de Girona e pela UFRGS. É especialista em Terapia de Casal e Família pela Escuela de Formación en Terapia Familiar (STIRPE). Coordenadora do Núcleo de Estudos de Casal e Família (NECAF). Professora do Programa de Pós-Graduação e do Curso de Psicologia da Universidade do Rio dos Sinos (Unisinos).

Claudio Joaquim Paiva Wagner. Médico. Especialista em Psiquiatria pela UFRGS e em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Possui formação em Terapia de Casal e Família pelo Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI) e em Terapia Cognitivo-Comportamental pela UFRGS. É professor adjunto de Psiquiatria e Psicopatologia da Faculdade de Medicina e do Curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Coordenador do Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Déficit de Atenção (PADAH) da UPF.

Cristofer Batista da Costa. Doutor em Psicologia Clínica pela Unisinos. Mestre em Psicologia pela Unisinos. Especialista em Dinâmica das Relações Conjugais e Familiares pela Faculdade Meridional (IMED). Professor nas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Professor convidado e supervisor no CEFI. Pesquisador junto ao NECAF.

Daniely Marin Zito. Psicóloga. Especialista em Transtorno de Personalidade Borderline. Especialista em Psicologia Clínica e Psicopatologia em Instituição Psiquiátrica pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq-HCFMUSP), e em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo Instituto Central do HCFMUSP. Psicóloga técnica do Grupo de Transtornos de Humor e de Ansiedade do AME Psiquiatria Dra. Jandira Masur. Colaboradora e supervisora do Ambulatório Integrado dos Transtornos de Personalidade e do Impulso do IPq-HCFMUSP.

Débora Finkler Teles. Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo InTCC. Fez residência em Saúde Mental pelo HCPA. Possui treinamento inten-

sivo em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Treinadora de habilidades em DBT.

Denise Falcke. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Terapia de Casal e Família pelo Instituto de Terapias Integradas (ITI)... Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos. Bolsista de produtividade do CNPq.

Don St. John. Mestre em Psicologia clínica, com ênfase em terapia familiar e de casal.

Donald W. Black. Graduado em Medicina. Fez residência em Psiquiatria.

Êdela Nicoletti. Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Especialista certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) e pela Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT). Mentor e tutor do Programa de Proficiência em Terapia Cognitivo-Comportamental. Possui treinamento em Ensino e Supervisão pelo Beck Institute, certificação em Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) pelo Beck Institute, formação em Teoria Racional Emotiva Comportamental (TREC) pelo Albert Ellis Institute e formação em DBT pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute. É sócia Proprietária da DBT Brasil. Diretora do Centro de Terapia Cognitiva Veda. Professora Honorária da Equipe Formadora do The Nora Institute de Portugal.

Eduardo Guimarães. Psicólogo. Mestre em Cognição Humana pela PUCRS. Especialista em TCC pelo Instituto de Família de Porto Alegre. Supervisor no NEPTE da PUCRS. Possui treinamento intensivo em DBT pelo The Linehan Institute. certificação avançada em Terapia Racional Emotiva e Comportamental pelo The Albert Ellis Institute e certificação internacional em Terapia Focada nas Emoções – Nível 1.

Eduardo Martinho Junior. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Médico coordenador do Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e Emoções (ADRE) do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Ipq-HCFMUSP. Colaborador de pesquisa do Hospital McLean, da Harvard Medical School. Mentor de DBT pelo Behavioral Tech. Treinamento avançado (nível de supervisor) em Terapia Baseada na Mentalização (MBT) pelo Anna Freud Institute. Treinador oficial em Bom Manejo Clínico (GPM) para o Transtorno de Personalidade Borderline pela Harvard Medical School.

Érica Panzani Duran. Psicóloga. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Órgãos e Sistemas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Terapia Cognitiva pela FACCAT e em Terapia Comportamental Cognitiva em Saúde Mental pelo Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas de São Paulo (AMBAN). Mentora na formação de equipes em Terapia Comportamental Dialética no Brasil (Behavioral Tech/DBT Brasil). Possui formação em Terapia Cognitiva Processual e Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech.

Erlei Sassi Junior. Coordenador de Ambulatório Integrado, Transtornos de Personalidade e do Impulso do Ipq-HCFMUSP. Supervisor de Psicoterapia e supervisor de médicos

residentes do IPq-HCFMUSP. Coordenador do Grupo de Estudo de abordagens psicoterápicas em pacientes de “difícil acesso”.

Ernesto Alvarado Portalino. Psicólogo. Douorando e Mestre em Psicologia pela UFRGS vinculado ao Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Psicopatologia. Terapeuta comportamental com treinamentos em DBT, Protocolo de Exposição Prolongada em DBT e DBT para Adolescentes Suicidas pelo Behavioral Tech e pela Fundación Foro.

Esequias Caetano A. Neto. Psicólogo. Especialista em Clínica Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Possui treinamento intensivo em DBT e em Terapias de Exposição para Ansiedade pelo *Behavioral Tech/Linehan Institute*, treinamento intensivo em Ativação Comportamental para Depressão pelo IACC-Sul e formação em Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Analítica Funcional pelo Instituto Continuum. Cursa especialização em Neurociências e Comportamento pela PUCRS. É fundador e diretor geral do Portal Comporte-se: Psicologia e Análise do Comportamento.

Fabián Orlando Olaz. Psicólogo. Presidente e cofundador do Centro Integral de Psicoterapias Contextuales (CIPCO). Treinador ACT revisado por pares da ACBS e treinador em psicoterapia analítico-funcional (FAP) certificado. Pesquisador e diretor do Laboratório de Comportamento Interpessoal no Faculdade de Psicologia da Universidade Nacional de Córdoba. Cientista afiliado do Centro de Conexão Social da Universidade de Washington. Possui pós-Doutorado no estudo em análise experimental e aplicada do comportamento.

Fabiana Lambertz Zayat. Psicóloga. Possui treinamento em DBT — Intensive Training pelo Behavior Tech/The Linehan Institute, e pelo InTCC.

Félix Henrique Paim Kessler. Psiquiatra. Professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Coordenador do Núcleo de Pesquisa Clínico-Biológica do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas do HCPA e Presidente do Centro de Estudos Luís Guedes.

Fernanda Barcellos Serralta. Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria pela UFRGS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Possui formação em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pelo Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia (IEPP). Docente e pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unisinos. Coordenadora do Laboratório de Estudos em Psicoterapia e Psicopatologia (LAEPSI). Membro da Society for Psychotherapy Research (SPR).

Gibson Juliano Weydmann. Psicólogo. Mestre em Psicologia e doutorando no Laboratório de Psicologia Experimental, Neurociências e Comportamento (LPNeC) da UFRGS. Especialista em Terapias Comportamentais Contextuais pelo CEFI. Membro da Rede de Colaboração Interinstitucional para a Pesquisa e Desenvolvimento das Terapias Analítico-Comportamentais (RedeTAC). Sócio da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).

Irismar Reis de Oliveira. Professor titular de psiquiatria, no Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da UFBA.

Janaína Tháís Barbosa Pacheco. Psicóloga. Mestre e doutora em Psicologia pela UFRGS. Docente do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Professora e orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Avaliação Psicológica e Intervenções Comportamentais (NaPsic) e da Liga Acadêmica de Psicologia Comportamental/UFCSPA.

Jonatas Argemi Foster Passos. Psicólogo. Mestre em Psicologia pela UFRGS. Doutorando em Psicologia pela UFRGS. Possui formação em Terapias Comportamentais Contextuais, ênfase FAP e ACT pela CEFI e pela Fundación CIPCO, em DBT pelo The Linehan Institute e em Terapias Comportamentais e Cognitivas pelo AMBAN. Professor e supervisor em Terapias Comportamentais (FAP e ACT) e Análise do Comportamento.

Juan Pablo Boggiano. Psicólogo. Treinador em DBT pelo Behavioral Tech. Coordenador da formação de DBT da Fundación Foro e da Universidade de Luján. Supervisor clínico da Fundación Foro.

Juciara Rinaldi. Psicóloga. Doutora em Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (PPGCM) do HCPA da UFRGS. Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS. Especialista em Neuropsicologia pela UFRGS.

Julia Donat. Psicóloga. Mestre em Psicologia com ênfase em cognição humana pela PUCRS. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais da infância e adolescência pelo InTCC/FAMAQUI. Pesquisadora do NEPTE/PUCRS.

Julia Luiza Schäfer. Psicóloga. Mestre em Psicologia com ênfase em Cognição Humana pela PUCRS. Doutoranda em Psiquiatria e Ciências do Comportamento na UFRGS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela PUCRS. Possui formação clínica em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute.

Leandro Timm Pizzutti. Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica pelo Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre e em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Professor Sênior de Mindfulness e Compaixão por RespiraVida Breathworks. Membro da equipe de atendimento DBT POA.

Lidiane Nunes Borba. Psicóloga. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Terapia Sistêmica. Possui formação em Terapia Comportamental Dialética pelo The Linehan Institute/Behavioral Tech.

Lucas André Schuster de Souza. Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Psicologia Clínica pelo CFP. Psicoterapeuta na equipe CEFI Contextus. Docente dos cursos de especialização *lato sensu* do CEFI.

Lucianne Jobim Valdivia. Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psiquiatria pela UFRGS. Especialista em Psicologia Clínica. Possui treinamento em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech/Inst. Linehan e em Terapia Focada na Compaixão com Paul Gilbert. Professora certificada de Mindfulness e Compaixão pelo Respiravida Breathworks. Professora de *mindfulness* para crianças e adolescentes pelo Método da Atenção Funcional de ElineSnel. É membro da equipe de consultoria DBT POA.

Marcela Madalena. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Unisinos. Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela Wainer Psicologia Cognitiva. Sócia no Instituto do Comportamento.

Marcelo José Abduch Adas Brañas. Médico psiquiatra. Supervisor no Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções (ADRE) do IPq-HCFMUSP. Research Fellowship no McLean Hospital, Harvard University. Treinador oficial de Good Psychiatric Management pelo Gunderson Personality Disorders Institute do McLean Hospital (Harvard Medical School).

Marcia Fortes Wagner. Psicóloga e pedagoga. Doutora em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Educação Infantil pela PUCRS. Possui formação em Terapia de Casal e Família pelo CEFI, em Terapia Cognitivo-Comportamental pela UFRGS e em Terapias Comportamentais Contextuais pelo CEFI. Terapeuta Cognitiva Certificada pela FBTC. Membro do grupo de trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Curso de Psicologia, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Relações Interpessoais, Emoção, Comportamento e Cognição (GEPRIECC) da IMED.

Marcos Signoretti Croci. Médico e psiquiatra. Supervisor e cofundador do Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções (ADRE) do IPq-HCFMUSP. Research Fellowship no McLean Hospital, Harvard University. Treinador Oficial de Good Psychiatric Management (GPM) pelo Gunderson Personality Disorders Institute do McLean Hospital (Harvard Medical School). Possui treinamento em DBT pelo Behavioral Tech e Tratamento Baseado na Mentalização pelo Gunderson Personality Disorders Institute.

Margareth da Silva Oliveira. Psicóloga. Doutora em Ciências pela Unifesp. Mestre em Psicologia clínica pela PUCRS. Professora da graduação e da pós-graduação em Psicologia da PUCRS. Pesquisadora CNPQ 1C. Sócia-fundadora da FBTC e membro da diretiva da ALAPCCO.

Marseylle de Assis Brasil. Psicóloga. Especializanda em Terapias Contextuais (CEFI). Terapeuta Cognitivo-Comportamental certificada pela FBTC. Possui extensão em Transtornos Alimentares e Obesidade pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ), treinamento intensivo em Terapia Comportamental Dialética, treinamento em DBT Skills pelo Behavioral Tech/The Linehan Institute e MBA em Gestão Empresarial pela

Fundação Getúlio Vargas (FGV-RJ). É sócia-diretora do Instituto Inlazo. Pesquisadora do Núcleo de Disfunção Sexual do IPUB/UFRJ. Professora e supervisora clínica de cursos de pós-graduação e de formação em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Mauro Medeiros Filho. Psiquiatra da Infância e Adolescência do IPq-HCFMUSP. Médico Assistente da Enfermaria de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Coordenador do Curso Teorias de Psicologia e Psicopatologia Desenvolvimental do IPq-HCFMUSP.

Michella Lopes Velasquez. Psicóloga. Doutora em Processos Interativos dos órgãos e Sistemas pela UFBA. Mestre em Saúde Coletiva pela UFMT. Especialista em Terapia Cognitiva. Possui formação em Terapia Cognitiva pelo programa Extramuros do Beck Institute for Cognitive Therapy and Research e em ensino e supervisão pelo Beck Institute for Cognitive Therapy and Research e pelo Oxford Cognitive Therapy Centre. Sócia-fundadora da Tools4U.

Nancee Blum. Professora clínica adjunta aposentada do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Iowa. Atua no desenvolvimento do System Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS™) e do STAIRWAYS.

Natália Zancan. Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo IMED. Treinamento Intensivo em DBT no Behavioral Tech/The Linehan Institute. Membro do Núcleo de Terapias Cognitivas do Norte do Rio Grande do Sul (NTC-RS).

Nathália Janovik. Médica Psiquiatra. Doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS. Especialista em Psiquiatria de Adição pelo HCPA. Psicoterapeuta de Orientação Analítica pelo Centro de Estudos Luis Guedes (CELG). Possui formação em DBT pelo Behavioral Tech Institute.

Pablo Gagliesi. Médico. Especialista em Psiquiatria pela Universidade Nacional de Buenos Aires (UBA). Formado em Psicanálise, Sistêmica, EMDR e Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Professor e supervisor das residências de Saúde Mental da cidade de Buenos Aires. Professor e orientador de Treinamento em Terapias Cognitivo-Comportamentais Contemporâneas, Terapias de Terceira Geração; e fundamentalmente de DBT na Fundación Foro e em programas de pós-graduação nas universidades de Luján, Palermo e Favaloro. Treinador de DBT pelo Behavioral Tech.

Paula Castilho. Doutora em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Professora Auxiliar na FPCE-UC. Supervisora clínica cognitivo-comportamental pela Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC).

Priscila de Camargo Palma. Doutora em Psicologia pela FFCLRP-USP. Mestre em Ciências pela FFCLRP-USP. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Especialista em Neuropsicologia clínica. Possui formação em Terapia do Esquema.

Ricardo Wainer. Psicólogo. Doutor em Psicologia pela PUCRS. Mestre em Psicologia

Social e da Personalidade pela PUCRS. Terapeuta e Supervisor Credenciado em Terapia do Esquema pela International Society of Schema Therapy (ISST). Professor Titular do Curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida da PUCRS. Diretor da Wainer Psicologia Cognitiva. Sócio Fundador da FBTC. Sócio Fundador da Associação de Terapias Cognitivas do RS (ATC-RS). Sócio Fundador da Associação Brasileira de Terapia do Esquema (ABTE).

Sabrina Führ. Graduada em psicologia na Universidade Feevale.

Tamires Pimentel Souza. Psicóloga. Mestranda em Psicologia com ênfase em Psicologia Clínica na Unisinos. Possui formação em Terapias Comportamentais Contextuais pelo InTCC e treinamento em DBT pelo Behavioral Tech/Linehan Institute. Membro do LAEPSI.

Thaís Landenberger. Psicóloga. Mestre em Psicologia clínica pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo InTCC.

William Weber Ceconello. Psicólogo. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Docente do Curso de Psicologia da IMED.

Wilson Vieira Melo. Doutor em Psicologia pela UFRGS/University of Virginia. Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC).

AGRADECIMENTOS

Diego dos Santos Alano

Para muitos modelos psicológicos, o papel das crenças é fundamental para a mediação de processos emocionais e comportamentais. Aqui gostaria de registrar meu apreço e gratidão àqueles que, não só nesta obra, mas em toda minha carreira acreditaram em mim e em meu trabalho. A conclusão deste livro não seria possível sem a colaboração, o empenho, os estímulos e principalmente a paciência de diversas pessoas envolvidas direta e indiretamente. A todos, gostaria de manifestar meus sinceros agradecimentos.

Primeiro, ao meu colega e amigo Vinícius Dornelles, por ter aceitado meu autoconvite há cerca de 7 anos para participar de seu grupo de estudos em transtornos da personalidade. Desde lá, já houve muitas parcerias, trabalhos e risadas.

A todos coautores que dedicaram seu tempo à contribuição dos capítulos e necessitaram lidar com algumas perdas de prazos. Finalmente conseguimos!

À editora Sinopsys, que comprou o projeto desde o início e possibilitou que se tornasse realidade.

À minha amiga, supervisora e ex-sócia, Andressa Bellé, que ao longo dos meus 10 anos de carreira sempre acreditou em meu trabalho e incentivou a alçar voos mais altos.

À toda minha equipe de consultoria em DBT, que toda terça-feira à noite fornece validação, carinho e sabedoria para seguirmos os nossos trabalhos no atendimento de pacientes com desregulação emocional. Muito obrigado Jean Carmerin, Julia Schäfer, Raul Azevedo Gonçalves, Sérgio Mayer, Tamires Pimentel e Yasmin de Souza.

Deixo um agradecimento especial a minha irmã, Maria Rubia dos Santos Camboim, que simplesmente assumiu minha criação quando nossa mãe não o pode mais. Comprou brigas por mim e me forneceu apoio mesmo quando parecia querer enfrentar moinhos de ventos.

Também não poderia deixar de agradecer à minha querida e amada esposa, Amanda Alano, que não só apoia e incentiva, como me nutre de amor e paciência diária há já quase uma década. Estendo aqui meus agradecimentos aos meus sogros, Gina de Barros Moraes e Carlos Roberto Moraes, e ao meu cunhado, George Victor, que me adotaram em sua família quando eu ainda era apenas o estudante cabeludo namorado da Amanda.

E, por fim, mas não menos importantes, a todos os meus pacientes, que me ensinam todos os dias a ser não apenas um profissional melhor, mas uma pessoa melhor. Sem vocês, nada disso teria sentido.

AGRADECIMENTOS

Vinícius Guimarães Dornelles

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família, que está sempre ao meu lado em todos os projetos pessoais e profissionais que desenvolvo. À minha esposa, Marcela Vieira Lima, a quem amo profundamente e uma das pessoas que mais admiro na minha vida, tendo sido peça fundamental para esse grande projeto. Sou grato, também, aos meus amados filhos (Rafael, Felipe, João Gustavo e Gabriela), que sempre me fazem querer ser uma pessoa e um profissional melhor, para ser exemplo a eles, e me motivam a ensinar continuamente a importância da empatia, da validação, da compaixão e da efetividade em nossas vidas.

Além disso, sou muito grato a todos que fizeram parte da minha jornada profissional e que tiveram um papel importante na minha paixão pelo estudo do transtorno da personalidade *borderline* (TPB). Tendo isso em vista, sou muito grato à professora da disciplina de Psicopatologia II da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), onde realizei a minha formação superior, Me. Dóris Helena Della Valentina, já que foi durante a sua aula sobre o TPB que acabei me apaixonando e decidindo dedicar a minha carreira para o estudo dessa psicopatologia. Sou grato também às minhas queridas colegas de faculdade e amigas Aline Rodrigues Bertei, Flávia Diederichs, Tamara e Pais, Sheila Paschoal e Vanessa Valente, que sempre me apoiaram nessa decisão. Em especial à Aline Bertei, que se tornou uma grande amiga e entusiasta da minha vontade de estudar o TPB.

Agradeço ao meu orientador de mestrado, Christian Kristensen, que me deu a ideia do projeto da avaliação neuropsicológica do TPB, o qual foi um divisor de águas no meu direcionamento de carreira para o trabalho com pessoas com TPB. Sou ainda mais grato por ele ter aceitado que eu trabalhasse com o TPB mesmo que o foco de sua pesquisa fosse trauma e transtorno de estresse pós-traumático. Externo a minha gratidão, também, a toda equipe do grupo de pesquisa que me auxiliou no desenvolvimento desse projeto, em especial, ao colega Marcelo Rigoli, que foi fundamental no desenvolvimento das ferramentas de coleta de dados.

Quero externar a minha gratidão a algumas figuras que foram fundamentais em toda a minha carreira, seja como fontes inspiradoras ou por terem um papel importante na minha dedicação ao estudo do TPB. Assim, agradeço à Ivana da Cruz (sem sombra de dúvidas a mente mais brilhante que já tive o prazer de conhecer), à Sibelee Faller (uma grande colega e inspiração do que é ser um profissional qualificado), ao Ivo Emílio Jung (um dos alunos mais brilhantes que já tive, grande amigo e que contribuiu muito com nossas discussões e estudos em conjunto sobre o TPB), à Julia Schafer e à Sabrina Führ (alunas brilhantes que tive na Unisinos e que foram a base de todos os grupos que desenvolvi sobre o estudo e a intervenção no TPB).

Sou grato também à minha primeira equipe de estudo do TPB, chamada GEP.PER-

SONALIDADE e integrada por Diego Alano, Débora Finkler, Guilherme Ebert, Guacira Paz, Patrícia Guedes, Letícia Pinto, Cristina Sayago e Lidiane Borba) e ao Instituto da Família de Porto Alegre (Infapa), que aceitou que desenvolvêssemos as atividades desse grupo em sua estrutura física.

Sou muito grato a Pablo Gagliesi e Anthony DuBose, que foram meus grandes treinadores em terapia comportamental dialética (DBT) — além de grandes amigos e referências pessoais — e que sempre me incentivaram, apoiaram e acreditaram no meu trabalho e na minha missão de difundir a DBT no Brasil, os quais foram fundamentais na minha formação como o primeiro treinador de DBT nativo de língua portuguesa do mundo reconhecido pelo Behavioral Tech. Sou grato, também, ao Behavioral Tech e a DBT Latam por toda a parceria que sempre desenvolvemos e por levarem muito a sério o plano de levar a DBT (o tratamento padrão-ouro para o TPB) a todas as pessoas que precisam dela no Brasil e na América Latina.

Quero agradecer também à minha sócia, Êdela Nicoletti, que bancou comigo o projeto da DBT Brasil e sempre esteve ao meu lado me orientando, me apoiando e comemorando junto comigo todas nossas conquistas. Êdela é uma pessoa marcante e importante para a finalização dessa obra, que muitas vezes me estimulou e esteve ao meu lado enquanto eu terminava de escrever ou revisar algo desse livro.

Sou muito grato, também, aos meus colegas da DBT Brasil, Monique Vardi Pinheiro, Diego Alano, Thyale Brizolara, Eduardo Martinho Jr., Erica Pazzani Duran e Êdela Nicoletti. É de fato um privilégio trabalhar com uma equipe tão humana e qualificada como esta. Agradeço muito a cada um pelo exemplo de profissionais dedicados e capacitados que são e, também, pelas pessoas maravilhosas que tanto me oportunizaram aprender e crescer como terapeuta DBT e como pessoa em todo o tempo de trabalho juntos.

Por fim, e o mais importante de todos, faço questão de agradecer a todos os pacientes e seus familiares com quem tive contato ao longo de toda a minha trajetória profissional. Nunca aprendi e cresci tanto em minha vida quanto nas relações terapêuticas que tive o privilégio de desenvolver durante a minha carreira. Cada momento de dor, conquistas, alegrias, decepções e reconstruções foram extremamente importantes para mim e fundamentais na construção da pessoa e do terapeuta que sou hoje. Tenho um grande carinho e amor por todas as pessoas que pude atender e auxiliar a construir vidas que valessem a pena serem vividas.

APRESENTAÇÃO

Anthony P. DuBose

Chefe de treinamento executivo Behavioral Tech

Acredito que vivemos em uma época de grandes promessas na compreensão e no tratamento dos transtornos mentais. Ao mesmo tempo, há muitos desafios que continuamos a enfrentar, e nossa crescente compreensão dos transtornos mentais e os novos métodos de tratamento resultam em novas perguntas que precisam de respostas. Embora eu considere a grande quantidade de informações provenientes da literatura de pesquisa em saúde mental como sendo de grande benefício, também é estarrecedor e difícil de decifrar. Por esse motivo, sou muito grato pela publicação deste livro. O título indica sua natureza abrangente. Ele fornece um recurso valioso que compila informações importantes de volumes de dados sobre o transtorno da personalidade *borderline* (TPB) para aqueles que são afetados pelo transtorno tanto pessoal quanto profissionalmente.

No início da minha carreira, a crença de que o TPB era intratável era generalizada. O nível de estigma enfrentado por aqueles com TPB foi muito exacerbado devido à falta de informações científicas sobre suas causas e intervenções eficazes. Muito se aprendeu com a investigação científica para responder às questões relacionadas ao TPB. À medida que as respostas surgem, diminuem os preconceitos contra indivíduos com TPB. Este livro pode desempenhar um papel importante ao disponibilizar essas informações para um público muito mais amplo.

Há muitos pontos importantes que eu poderia enfatizar sobre este trabalho relacionados ao TPB. Um deles é a importância de uma abordagem compassiva que seja embasada por ciência sólida. Este livro claramente valoriza o método científico, pois fornece uma visão geral abrangente do estado atual da ciência no TPB. Eu pediria que você tenha em mente o seguinte ao lê-lo. Em primeiro lugar, lembre-se de que existem diferentes níveis de rigor científico que são alcançados dependendo do projeto de pesquisa no centro dos estudos científicos. É importante que revisemos o que é relatado na literatura científica com um olhar crítico. Em seguida, eu argumentaria que a ciência não é estática e que estamos sempre aprendendo. Os estudos do comportamento humano fornecem um retrato de uma amostra específica de nossa população em um determinado momento. Os resultados relatados baseiam-se em diferentes níveis de confiança, não de certeza. Enquanto nosso conhecimento está aumentando, acho importante mantermos a humildade sobre as limitações do que sabemos. Isso significa que devemos continuar aprendendo e que, quando você terminar este livro, haverá outros para ler. Outro ponto que quero abordar sobre a ciência é sua relação com a compaixão. Embora distorções do método científico tenham sido usadas para causar danos, a adesão cuidadosa aos princípios da ciência diminui nossas conclusões tendenciosas e prejudiciais sobre os outros. A verdadeira compreensão dos fatores que contribuem para a causa dos transtornos normalmente resulta em uma atri-

buição mais compassiva sobre os comportamentos das pessoas afetadas pelos transtornos. Isso é muito importante para aqueles com TPB que estão entre os mais estigmatizados no mundo da saúde mental. Os modelos explicativos fornecidos neste livro, baseados em sólida ciência psicológica, podem servir a um propósito muito importante a esse respeito. O último ponto que eu gostaria de mencionar sobre a importância do esforço científico no tratamento do TPB é que devemos ir além de saber o que geralmente funciona para entender as especificidades do que funciona. Existem agora vários tratamentos baseados em evidências para TPB. Embora isso seja uma boa notícia, a maioria são tratamentos de longo prazo. Quando as pessoas estão sofrendo tanto que veem a morte como sua única opção, é imperativo que encontremos opções que aliviem o sofrimento no menor tempo possível. Por esse motivo, peço que você busque neste livro informações que não apenas lhe digam o que é eficaz, mas qual é a maneira mais eficiente de conduzirmos nosso trabalho. Em alguns casos, o tempo significa a diferença entre a vida e a morte.

Parece negligente não mencionar que esta obra está sendo escrita em um momento em que enfrentamos mudanças extremas em nosso mundo e em nossas vidas pessoais em razão da pandemia de Covid-19. O que estamos aprendendo com essa experiência é a importância de nos adaptarmos com habilidade às mudanças. Uma das coisas que aprendemos com o estudo da aplicação da terapia comportamental dialética (DBT, do inglês *dialectical behavior therapy*) em pessoas com TPB é a importância de ensinar novos comportamentos hábeis. As evidências apresentadas neste livro relacionadas à regulação da emoção, aos déficits de habilidades que estão no cerne da etiologia do transtorno e aos tratamentos para esse transtorno são pungentes para este período, na medida em que apontam para a importância de habilmente nos adaptarmos ao nosso ambiente, reconhecendo e aceitando a realidade da situação. Essa é uma lição fundamental para nós, independentemente da natureza específica dos problemas que enfrentamos ou dos diagnósticos que carregamos.

Uma das alegrias inesperadas de minha vida foi trabalhar com aqueles que sofrem de TPB e testemunhá-los desenvolvendo as habilidades necessárias para sentir que suas vidas valem a pena. Meu trabalho na implementação da DBT me proporcionou a oportunidade de ver uma onda excepcional de atenção e habilidade no tratamento do TPB espalhada pela América Latina. Tive a oportunidade de conhecer muitos dos profissionais de saúde mental dedicados, trabalhadores e capazes que prestam serviços a pessoas com TPB no Brasil. Embora a necessidade seja enorme, estou bastante esperançoso de que estamos embarcando em uma época em que aqueles que precisam de ajuda eficaz a terão. Enquanto escrevo isto, as imagens de tantos provedores e pesquisadores de saúde mental no Brasil vêm à mente. Fui inspirado por eles e aprendi muito em troca. Desejo o mesmo

para aqueles de vocês que leem isto, quer estejam embarcando em uma nova jornada no mundo do TPB, quer sejam muito experientes neste trabalho. Ainda temos muito que aprender, e é fundamental que nos mantenhamos motivados e inspirados.

É um grande prazer e uma honra apresentar este texto. Trabalho diretamente há vários anos com um dos organizadores deste livro, Vinícius, e posso dizer que, desde a primeira vez que o vi pessoalmente, fiquei impressionado com sua inteligência e dedicação em compartilhar seu conhecimento com outras pessoas. Além de seu estilo envolvente e apaixonado, ele dá atenção meticulosa ao rigor acadêmico de seu trabalho. Este livro é mais um passo marcante para trazer esse conhecimento para o mundo da língua portuguesa. Conforme você aprende em suas páginas, espero que você se inclua entre aqueles que se engajam nesse importante trabalho de ajudar a trazer liberdade e alegria para aqueles com TPB, bem como para aqueles em seus ambientes familiares, sociais e de trabalho.

APRESENTAÇÃO

Êdela Nicoletti

Psicóloga

Sócia-diretora da DBT Brasil

A profissão de psicoterapeuta, via de regra, nos possibilita ajudar os mais diversos tipos de pacientes, com os mais variados transtornos e problemas, graves ou não. É sempre motivo de gáudio quando sentimos que contribuímos para o bem-estar e o crescimento pessoal de alguém que nos procura. Da mesma maneira, é assaz decepcionante quando não logramos êxito em aliviar a angústia de nossos pacientes. Todo profissional da área de saúde mental sabe o quão difícil é a terapia de um paciente com transtorno da personalidade *borderline* (transtorno da desregulação emocional). Quando chegamos a essa hipótese diagnóstica, ou recebemos pacientes encaminhados com esse transtorno ou com transtornos igualmente complexos, já antevemos uma árdua caminhada no processo terapêutico, sem garantias de sucesso antecipadas. A criação, na década de 1990, por Marsha Linehan, da terapia comportamental dialética (DBT), foi um grande progresso no âmbito das terapias cognitivo-comportamentais e esperança para os portadores desse grave transtorno. Hoje, com as facilidades da internet e a quantidade de informações que se acumulam no dia a dia, faz-se mister que estejamos sempre nos informando e reciclando, sob pena de não oferecermos o melhor possível para nossos clientes, por isso a premência de obras que reúnam o conhecimento incorporado.

Tenho o prazer de gozar da amizade e conheço a dedicação e a competência do Vinicius Dornelles, com quem trabalho há 7 anos, assim como respeito igualmente o Diego Alano, organizadores deste livro. Para nós, profissionais que trabalham com ensino e pesquisa e somos corresponsáveis pela formação de novas gerações, iniciativas como esta têm importância vital, uma vez que nos ajudam a ensinar e estimulam o espírito científico.

Este livro é um trabalho extremamente necessário e oportuno, reunindo autores que fizeram um levantamento extenso e criterioso do transtorno da personalidade *borderline*, desde sua história e bases físicas e psicológicas, até suas mais modernas formas de tratamento. Temos uma plêiade de profissionais reconhecidamente competentes, que colaboraram na elaboração de um manual que será útil para os profissionais de nossa área por muitos anos.

No momento histórico em que vivemos, a par do problema sanitário que acomete o planeta, temos dificuldades em fazer com que a cultura e a ciência sejam valorizadas em nosso país; iniciativas como esta soam como uma resistência do bom senso e do livre arbítrio contra a insensatez e a ignorância. Só tenho a agradecer aos autores e desejar grande sucesso a esta obra, que, desde já, considero um clássico.

PREFÁCIO

Prezados leitores, é com muito carinho, dedicação, esforço, estudo, experiência e *expertise* que o projeto desta obra foi concebido, planejado, executado e finalizado. Trata-se de um livro com alma, com uma história que se inicia muito antes da redação do primeiro parágrafo deste texto. Esta obra reflete uma intensa paixão, de mais de 15 anos, pelo estudo do transtorno da personalidade *borderline* (TPB). Cada tema abordado, cada autor convidado, cada detalhe desta obra foi minuciosamente pensado para prover uma visão global, cientificamente aprofundada, compassiva e não estigmatizante do TPB. Além disso, busca fornecer uma ampla visão clínica de abordagens terapêuticas baseadas em evidências para o tratamento do TPB, para que assim este livro possa auxiliar muitas pessoas que sofrem intensamente a construírem vidas que valham a pena serem vividas. Trata-se de um projeto extremamente ambicioso que visa a ser um marco no estudo do TPB na comunidade mundial de língua portuguesa.

Assim, queridos leitores, a presente obra trata-se de um amplo manual que busca desenvolver o conhecimento sobre o TPB com grande profundidade e nas mais diversas dimensões que perpassam essa psicopatologia. Para tanto, perpassa uma gama de aspectos que forneçam conhecimento sobre o que é e como funciona o TPB, quais são as suas bases etiológicas e como é seu manejo clínico.

Este manual pode ser dividido em duas partes centrais: a primeira está relacionada à **definição e aos modelos etiológicos e teóricos do TPB**. Nela, serão abordadas as seguintes temáticas: a história do desenvolvimento da nosologia dessa psicopatologia, a definição atual desse transtorno, os modelos teóricos que buscam explicar o funcionamento do TPB, as bases etiológicas, os perfis neurobiológicos e neuropsicológicos dos pacientes, as manifestações do TPB nas mais diversas fases do desenvolvimento, a relação do TPB com aspectos traumáticos, bem como as semelhanças e diferenças relacionadas ao trauma complexo, o papel da regulação emocional nessa população, as características que perpassam os relacionamentos amorosos e os fatores relacionados à violência conjugal no TPB.

Já a segunda parte desta obra objetiva oportunizar uma ampla revisão de **aspectos clínicos de intervenções baseadas em evidências para o TPB**. Assim, os temas que serão apresentados e aprofundados nessa parte do livro serão os seguintes: a aplicação dos princípios analítico-comportamentais no atendimento de pacientes com TPB, o modelo terapêutico do bom manejo psiquiátrico (*good psychiatric management* [GPM]), o histórico, os pressupostos e o modelo biossocial da terapia comportamental dialética (DBT), como e por que realizar a formulação de caso em DBT, as estratégias de tratamento da DBT, o treino de habilidades da DBT, sua aplicação com pacientes adolescentes, a aplicação da terapia de aceitação e compromisso (ACT) com pacientes com TPB, o programa STEPPS™ (System Training for Emotional Predictability and Problem Solving) para pacientes com TPB, a aplicação do treino de habilidades sociais com pacientes com TPB, a importância e o papel do *mindfulness* na clínica com pacientes *borderline*, a terapia

cognitiva processual aplicada para pacientes com TPB, as principais abordagens psicofarmacológicas para o manejo de pacientes com TPB, a terapia baseada em mentalização, a aplicação da terapia do esquema em indivíduos com TPB a atualização da terapia da relações objetais para a clínica *borderline* e, por fim, a prática de terapia de grupo com pacientes com TPB.

Como fica evidente, caros leitores, trata-se de uma obra realmente aprofundada sobre o TPB e que conta com a colaboração de referências nacionais e internacionais em cada uma das temáticas abordadas. Assim, este manual pode ser utilizado tanto como um roteiro de estudos para o aprofundamento dos conhecimentos sobre o TPB, quanto como um manual de consulta para clínicos. Portanto, é altamente recomendado o estudo dos aspectos relacionados à definição e dos modelos etiológicos e teóricos do TPB para a adequada aplicação dos diferentes modelos de tratamentos que são expostos neste livro. A contribuição desses aspectos fornece uma visão mais aprofundada do entendimento dos casos dos pacientes, bem como das metas e/ou objetivos de tratamento que cada proposta de psicoterapia apresenta.

Por fim, deseja-se que o presente manual sirva como um importante aporte para que o leitor possa estudar a fundo esse fenômeno realmente desafiador e apaixonante que é o TPB.

Boa leitura!

Vinícius Guimarães Dornelles e Diego dos Santos Alano

SUMÁRIO

1. Transtorno da personalidade <i>borderline</i>: descrição e histórico	1
Diego dos Santos Alano e Vinícius Guimarães Dornelles	
2. Modelos explicativos para o transtorno da personalidade <i>borderline</i>	19
Wilson Vieira Melo, Paula Castilho e Ernesto Alvarado Portalino	
3. Bases etiológicas desenvolvimentais do transtorno da personalidade <i>borderline</i>	53
Marseylle de Assis Brasil, Vinícius Guimarães Dornelles e Tamires Pimentel Souza	
4. Bases neurobiológicas do transtorno da personalidade <i>borderline</i>	87
Marcelo José Abduch Adas Brañas e Eduardo Martinho Junior	
5. Bases neuropsicológicas do transtorno da personalidade <i>borderline</i>	99
Vinícius Dornelles, Sabrina Führ, Juci Clara Rinaldi e Thaís Landenberger	
6. Transtorno da personalidade <i>borderline</i> na infância e adolescência	113
Julia Luiza Schäfer e Diego dos Santos Alano	
7. Transtorno de estresse pós-traumático complexo	127
Eduardo Guimarães, Julia Luiza Schäfer, Julia Donat e Christian Haag Kristensen	
8. Regulação emocional no transtorno da personalidade <i>borderline</i>	165
Aline Henriques Reis e Priscila de Camargo Palma	
9. Violência conjugal e transtorno da personalidade <i>borderline</i>	201
Marcela Madalena e Denise Falcke	
10. Relações amorosas e transtorno da personalidade <i>borderline</i>: contribuições da clínica psicológica de abordagem sistêmica	225
Clarisse Pereira Mosmann e Cristófer Batista da Silva	
11. Princípios analítico-comportamentais no atendimento de pacientes com transtorno da personalidade <i>borderline</i>	247
Gibson Juliano Weydmann, Jonatas Argemi Foster Passos e Janaína Thaís Barbosa Pacheco	

12. Bom manejo clínico (BMC)	283
Marcos Signoretti Croci e Eduardo Martinho Junior	
13. Terapia comportamental dialética I — Histórico pressupostos teóricos e a teoria biossocial	297
Vinícius Guimarães Dornelles e Débora Finkler Teles	
14. Terapia comportamental dialética II — Formulação de caso: trabalhando com estágios de tratamento, alvos comportamentais e dilemas dialéticos	337
Débora Finkler Teles, Esequias Caetano A. Neto e Vinícius Guimarães Dornelles	
15. Terapia comportamental dialética III — Estratégias de tratamento	389
Vinícius Guimarães Dornelles, Diego dos Santos Alano e Julia Schäfer	
16. Terapia comportamental dialética em adolescentes	435
Érica Panzani Duran, Fabiana Lambertz Zayat, Mauro Medeiros Filho, Êdela Nicolletti e Eduardo Martinho Junior	
17. Aprendizagem de habilidades comportamentais em um programa de tratamento para pacientes com desregulação emocional	457
Juan Pablo Boggiano, Pablo Gagliosi e Vinícius Guimarães Dornelles	
18. Aplicações da terapia de aceitação e compromisso em clientes diagnosticados com transtorno da personalidade <i>borderline</i>	511
Fabián Orlando Olaz e Benjamin Schoendorff	
19. O Programa STEPPS™ para pacientes com transtorno da personalidade <i>borderline</i>	541
Nancee Blum, Don St. John e Donald W. Black	
20. Treinamento em habilidades sociais no transtorno da personalidade <i>borderline</i>	577
Marcia Fortes Wagner, William Weber Ceconello, Claudio Joaquim Paiva Wagner e Natália Zancan	
21. <i>Mindfulness</i> no transtorno da personalidade <i>borderline</i>	603
Leandro Timm Pizzutti e Lucianne Jobim Valdivia	
22. Terapia cognitiva processual para o transtorno da personalidade <i>borderline</i>	623
Érica Panzani Duran, Michella Lopes Velasquez e Irismar Reis de Oliveira	
23. Tratamento farmacológico do transtorno da personalidade <i>borderline</i>	645
Nathália Janovik e Andrei Garziera Valerio	

24. Transtorno da personalidade <i>borderline</i> associado ao transtorno por uso de substâncias	673
Ana Carolina Maciel Cancian, Félix Henrique Paim Kessler, Lucas André Schuster de Souza e Margareth da Silva Oliveira	
25. Terapia baseada na mentalização para o transtorno da personalidade <i>borderline</i>	709
Fernanda Barcellos Serralta e Gibson Juliano Weydmann	
26. Terapia do esquema no tratamento do transtorno da personalidade <i>borderline</i>	747
Ricardo Wainer	
27. Atualização da terapia das relações objetais para a clínica <i>borderline</i>	777
Erlei Sassi Junior e Daniely Marin Zito	
28. Terapia de grupo para pacientes com transtorno da personalidade <i>borderline</i>	813
Lidiane Nunes Borba e Carmem Beatriz Neufeld	

Anexos disponíveis em: www.sinopsyseditora.com.br/formtpborder

1

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*: DESCRIÇÃO E HISTÓRICO

DIEGO DOS SANTOS ALANO
VINÍCIUS GUIMARÃES DORNELLES

INTRODUÇÃO

O transtorno da personalidade *borderline* (TPB), como entidade diagnóstica formal, foi introduzido no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM, do inglês *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) na década de 1980, a partir da publicação do DSM-III (Skodol et al., 2002). Contudo, as primeiras descrições do TPB remontam ao final da década de 1930, e existem algumas descrições de quadros similares desde o século XIX. Assim, podemos considerar que o TPB evoluiu de um termo coloquial psicanalítico, atribuído a um grupo de neuroses refratárias ao tratamento, para um quadro psicopatológico validado empiricamente e com abordagens de tratamento específicas e efetivas (Gunderson, 2010).

Entretanto, antes de ingressar propriamente na história do desenvolvimento histórico do TPB, que tem o seu marco inicial no final da década de 1930, propõe-se uma revisão de uma série de descrições históricas de quadros que se assemelham ao TPB. Posteriormente, serão evidenciadas as contribuições da psicanálise para o conceito e a construção dos critérios validados empiricamente até os dias atuais como um transtorno com tratamentos baseados em evidência.

PROPOSTAS PRECURSORAS AO CONSTRUTO *BORDERLINE*

Pensadores gregos

O estudo de personalidades desadaptativas remonta à Grécia antiga. Assim, podemos citar Hipócrates, considerado o pai da medicina moderna e criador da teoria dos quatro humores (Pervin & John, 2004).

Hipócrates acreditava que os humanos mantêm seu equilíbrio de acordo com quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. De acordo com a predominância desses tipos de humor teríamos diferentes traços: o sanguíneo, o sereno fleumático, o forte colérico e o perfeito melancólico (Pervin & John, 2004). Assim como Hipócrates e Homero, Areteo, outro médico grego da era imperial romana, já estudava sintomas como ira impulsiva, mania e melancolia como “feitiços” que afetam a personalidade (Caballo et al., 2008).

Alienistas dos séculos XVII, XVIII e XIX

Após a queda do pensamento medieval, os alienistas dos séculos XVII, XVIII e XIX já referiam uma série de descrições de quadros similares aos que hoje conhecemos como TPB. Em 1684, o médico suíço Théophile Bonet observou pacientes com humores erráticos seguidos de um curso regular, assim utilizou o termo *folie maniaco-mélancolique*.

Já no século XIX, os alienistas franceses Jules Baillager e Jean-Pierre Falret observaram um grupo de pacientes que alternavam entre depressão, interrompida por momentos de irritabilidade, cólera, euforia e normalidade, condição que pode se assemelhar à que hoje conhecemos como TPB. Obviamente, essa descrição também é similar a outros quadros diagnósticos, como o transtorno do humor bipolar (THB). Entretanto, é notório que essas descrições de casos do século XIX constituem um provável berço comum entre essas duas entidades diagnósticas.

Tendo em vista que a necessidade de categorizar transtornos mentais não é uma tradição nova (Berrios, 1993), é necessário considerar outras definições históricas. Ainda em meados do século XIX, existiam termos que podemos considerar como precursores do TPB, como *moral insanity*, de Prichard (1835), *manie sans délire*, de Pinel, e as *monomanias*, de Esquirol (1838). Segundo Dalgalarondo e Vilela (1999), o alienista Chaslin sugeriu o termo *borderland of insanity* para um território fronteiro entre loucura e sanidade, que deveria ser mais considerado em estudos históricos.

Já no final do século XIX, Kahlbaum (1884, 1890 como citado em Dalgalarondo & Vilela, 1999), o criador do conceito de catatonia, e seu então discípulo Hecker, autor do conceito de hebefrenia, descrevem com detalhes uma síndrome com início na adolescência que, apesar das semelhanças com a hebefrenia, é

muito parecida com o conceito de TPB dos dias de hoje. Em 1884, Kahlbaum já mencionava transtornos mentais menos graves em adolescentes que promovem alterações naquilo que chamava de “comportamento ético e moral” dos jovens (Dalgalarrodo & Vilela, 1999).

Esse período histórico também é marcado por um evento que alguns autores chamam de “o mais célebre ato de autolesão”. Estamos falando de Vicent Van Gogh, renomado pintor holandês que, no final de sua vida, cortou o lóbulo de sua própria orelha (Gunderson & Links, 2008).

Para muitos autores, Van Gogh apresenta comportamentos e sintomas típicos de transtorno de humor bipolar (Blumer, 2002; Morant, 1993). Porém, Erwin van Meekeren (2003), um psiquiatra holandês, fez uma revisão da biografia de Van Gogh, na qual destacou sua sensibilidade interpessoal, uma característica considerada central para o TPB (Gunderson & Links, 2008).

Para Meekeren (2003), não há dúvidas quanto à instabilidade comportamental, interpessoal e de humor de Van Gogh. Além disso, o autor defende que ele apresentaria abuso de substâncias (no caso, absinto) e grandes episódios depressivos. O autor acredita que o TPB poderia clarificar não só o episódio de autolesão, mas outras vicissitudes de Van Gogh (Gunderson & Links, 2008).

De volta ao pensamento diagnóstico da época, foi apenas em 1890 que Kahlbaum descreveu melhor essa forma de “alienação juvenil” em sua obra “Sobre a heboidofrenia” (Dalgalarrodo & Vilela, 1999). O autor acreditava que havia duas formas desse transtorno mental, as quais denominou “grupos hebéticos”. A primeira forma seria a própria hebefrenia, com os sintomas evidentes de “loucura”, termo utilizado na época; e a segunda seria a heboidofrenia, muito parecida com a anterior, porém não evidenciada em um quadro de alienação. Para o alienista, um jovem “heboide” apresentaria flutuações abruptas de humor e de comportamento, oscilando entre melancolia e expansividade, ficando facilmente irado. Esses jovens pensam e raciocinam de forma correta, mas apresentam certas dificuldades de aprender a realidade de forma precisa (Dalgalarrodo & Vilela, 1999).

Século XX

No entanto, no século XX, observamos a descrição mais próxima (feita até então) do TPB, que foi elaborada por Emil Kraepelin em 1921, denominada “persona-

lidade excitável”. Na descrição desse quadro, Kraepelin declara que os pacientes portadores desse tipo de personalidade apresentam flutuações espantosas em seu equilíbrio emocional, afetando todas as suas experiências de modo desagradável. Essas flutuações são expressas por explosões de raiva, estado de ânimo com variações constantes e intensa dificuldade, ou incapacidade, para manter esforços de forma constante. Similares à descrição proposta por Emil Kraepelin, encontramos, também, as de Kurt Schneider, que, em 1923, classificou os pacientes que apresentavam as mesmas classes de sintomas como de “personalidade lábil”; e as de Ernst Kretschmer, que, em 1925, descreveu o temperamento misto cicloide-esquizoide, composto por nervosismo, melancolia agitada, resposta afetiva insuficiente e atitude hostil e hipocondríaca. Além disso, observa-se que Wilhelm Reich, em 1925, já descrevia pacientes com os seguintes sintomas: agressividade infantil, narcisismo primitivo e alterações graves do superego (Caballo et al., 2008).

AS DEFINIÇÕES DO CONSTRUTO *BORDERLINE* NO PERÍODO DE 1930 A 1970

Adolph Stern e o grupo de neuroses *borderline*

Até o momento, descrevemos como antigos pensadores gregos e alienistas enxergavam as teorias relacionadas à personalidade, aos sintomas e às síndromes que lembram o TPB que conhecemos hoje em dia. Mas a expressão “grupo *borderline* das neuroses” foi cunhado pelo psicanalista Adolph Stern em 1938. Em seu artigo “Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses”, publicado na revista *The Psychoanalytic Quarterly* em 1938, apresenta as bases do que ele chamara de *neurose borderline* (Gunderson, 2010; Linehan, 2010; Skodol et al., 2002).

O quadro de *neurose borderline*, proposto por Stern, descrevia um grupo de pacientes cujos sintomas flutuavam entre estruturas neuróticas e psicóticas, e, dessa forma, não poderiam ser encaixadas em nenhuma dessas duas classificações. Além disso, outro fator importante que Stern observara nesses pacientes era o fato de eles não obterem grandes melhoras com o tratamento psicanalítico padrão (Gunderson, 2010; Linehan, 2010).

Assim, observa-se que os sintomas componentes do quadro de *neurose borderline*, conforme Stern já descrevera, estão descritos a seguir.

- **Narcisismo:** desvalorizações e idealizações simultâneas e intensas de pessoas importantes na vida e do analista.
- **Sangramento psíquico:** letargia, paralisias frente a crises, tendência a desistir.
- **Excessiva hipersensibilidade:** reações extremadas frente a críticas ou rejeição, muitas vezes sugerindo paranoia pela intensidade, porém com ausência de delírios claramente descritos.
- **Rigidez psíquica e corporal:** rigidez e tensão postural observáveis facilmente a quaisquer observadores.
- **Reação terapêutica negativa:** interpretações nas quais o analista pretende auxiliar o paciente por vezes são vistas como manifestações de falta de amor, suporte e carinho, assim como desencorajadoras. Nesses casos, podem ocorrer reações de tristeza, raiva e gestos suicidas.
- **Sentimento constitucional de inferioridade:** alguns pacientes podem apresentar estruturas de personalidade mais infantis, enquanto outros, melancolia.
- **Masoquismo:** normalmente acompanhado de depressão grave.
- **Insegurança orgânica:** o paciente parece apresentar uma incapacidade constitucional de tolerar muito estresse, em especial nas relações interpessoais.
- **Mecanismos projetivos:** uma tendência preponderante de externalizar os seus conteúdos, por vezes induzindo os demais pacientes a uma ideação delirante.
- **Dificuldades no teste da realidade:** ausência de ou muito pouca empatia em relação a outras pessoas. Muitas dificuldades na capacidade de fundir representações de objetos parciais da outra pessoa em percepções realistas e adequadas da pessoa como um todo (Linehan, 2010).

Grupo de pacientes instáveis

Na mesma linha de raciocínio, Helen Deutsch, em 1942, tentou criar uma descrição para esse grupo de pacientes. O ponto central do modelo proposto por Deutsch é o pequeno senso de *self*, estrutura interna desorganizada e provavelmente psicótica. Os sintomas que Deutsch utilizou para descrever esse quadro são os seguintes:

- **Despersonalização:** não sendo alheia ao ego ou perturbadora para o paciente.
- **Identificações narcisistas com os outros:** as quais não são internalizadas pelo *self*, porém repetidamente atuadas.
- **Apego rígido à realidade.**
- **Pobreza de relações de objeto:** envolve tentativas de assimilar as qualidades dos outros para tentar manter o amor.
- **Mascarar a tendência agressiva por passividade:** um leve ar de amabilidade que facilmente se converte em agressividade.
- **Vazio interno:** que o paciente tenta suprimir ao vincular-se a grupos religiosos ou sociais, não se importando com a coerência dos princípios de um grupo para o outro (Lieberman, 2004; Linehan, 2010).

Já em 1947, Melitta Schmeiderg descreve os seguintes sintomas para esse quadro:

- Falta de tolerância para a rotina e a regularidade.
- Costumeiramente, não cumpre regras de convenções sociais.
- Tendência a atrasar-se para compromissos e pouco confiável para pagamentos.
- Não demonstra capacidade de reassociar durante as sessões.
- Pouca motivação para o tratamento.
- Incapacidade de desenvolver *insights* significativos.
- Estilo de vida caótico, na qual sempre há uma catástrofe em curso.
- Costuma envolver-se em pequenos atos criminosos, a não ser que seja rico.
- Dificuldade notória em estabelecer contato emocional.

Já a década de 1950 foi marcada por diversos artigos de Robert Knight (1952), ampliando o descritor *borderline*. Knight (1952 como citado em Gunderson, 2009) destacou a importância de a fronteira da psicose ser tão relevante quanto a fronteira da neurose, assim como salientou a importância de elementos únicos do diagnóstico, para que este não seja um “saco de gatos”.

Rado (1956 como citado em Linehan, 2010) propõe uma lista de critérios para descrever o quadro que ele denominou “transtorno extrativo”:

- impaciência e não tolerância à frustração;
- crises de raiva;
- ausência de responsabilidade;

- excitabilidade;
- parasitismo;
- hedonismo;
- episódios de depressão;
- sedento por afeto.

Esser e Lasser, em 1965 (como citados em Linehan, 2010), propuseram os seguintes critérios para o “transtorno histeroide”:

- ausência de responsabilidade;
- histórico ocupacional conturbado;
- padrão de relacionamentos insatisfatórios e caóticos – não apresentando nem profundidade nem durabilidade significativa;
- histórico de problemas emocionais e padrões de hábitos erráticos desde a infância;
- sexualidade caótica – por diversas vezes apresentando frigidez e promiscuidade combinadas.

O modelo diagnóstico de Roy Grinker, Beatrice Werble e Robert Drye (1968 como citados em Linehan, 2010) consiste nos seguintes sintomas:

- raiva como emoção principal ou única;
- importantes déficits nas relações interpessoais afetivas;
- falta de uma identidade pessoal coerente;
- depressão como característica central da vida.

Além da descrição dos sintomas citados, Grinker, Werble e Drye dividiram o quadro *borderline* em quatro subtipos.

- 1) **Subtipo 1 – o *border* psicótico:** marcado por comportamentos desadaptativos e inadequados, déficits de identidade pessoal e de senso da realidade, comportamento negativo e expressões de raiva e depressão.
- 2) **Subtipo 2 – a *síndrome borderline*:** caracterizada por sintomas depressivos, instabilidade nos envolvimento com as pessoas, atuações de raiva e déficits de identidade pessoal.
- 3) **Subtipo 3 – e “se” adaptativo, sem afeto e defensivo:** o qual é descrito por comportamentos relativamente adaptativos e adequados, com rela-

ções complementares, porém com muitas dificuldades de espontaneidade e afeto restrito, utilizando a intelectualização e o distanciamento como mecanismos de defesa.

- 4) **Subtipo 4 – o *border* com neuroses:** definido pelas similaridades com caracteres neuróticos e narcisistas, marcada ansiedade e depressão anaclítica.

Otto Kernberg e a organização da personalidade *borderline*

As contribuições de Adolph Stern foram um marco histórico na descrição do transtorno. Posteriormente ao trabalho de Stern, ocorreram diversas propostas de conceituações sobre o TPB, sendo a primeira a de Otto Kernberg. O psicanalista austríaco, nascido em 1928, foi o responsável por expandir o termo *borderline* para a organização de personalidade *borderline* nas décadas de 1960 e 1970 (Biskin & Paris, 2012).

Ele também desenvolveu um modelo de tratamento para o transtorno chamado psicoterapia focada na transferência (TFP, do inglês *transference-focused psychotherapy*). Atualmente professor de psiquiatria da Weill Cornell Medical College, dedicou-se ao estudo daquilo que chamou de organização de personalidade *borderline* (Gunderson & Links, 2008).

Kernberg descreveu o transtorno como um nível intermediário da organização da personalidade, emoldurado ora por uma organização psicótica grave, ora por uma organização neurótica menos grave (Skodol et al., 2002). Posteriores ao seu conceito, surgiram novas propostas nas décadas de 1960 e 1970.

Décadas de 1970 a 1980: das definições teóricas à primeira descrição ateórica

Podemos dizer que o construto *borderline* evoluiu junto com a psiquiatria, possuindo três definições para três épocas diferentes. Inicialmente, era concebido como uma **organização da personalidade**, como proposto por Kernberg, em um período no qual a psiquiatria realmente se baseava no paradigma psicanalítico. Posteriormente, foi classificado como **síndrome *borderline***, em uma época em que as bases empíricas e farmacológicas eram destacadas. Finalmente, foi denomina-

do como um transtorno mental. Nesse sentido, pode-se colocar o trabalho de Grinker, em especial na sua obra *The borderline syndrome*, de 1968, como um dos primeiros defensores do termo descritivo para o TPB (Gunderson & Links, 2008).

Contudo, nessa época, por conta das características de experiências psicóticas transitórias, os pesquisadores acreditavam que o transtorno *borderline* pudesse ser um espectro dos transtornos esquizofrênicos (Caballo et al., 2008). As grandes comorbidades com depressão também fizeram com que muitos pesquisadores acreditassem que o TPB fizesse parte dos transtornos do humor. A partir disso, Hagop Akiskal escreveu a famosa frase “*Borderline* era um adjetivo em busca de um substantivo”, e claramente quando se referia a “substantivo” estava se referindo à depressão, em um primeiro momento, e, posteriormente, ao THB (Gunderson, 2009).

A literatura sobre TPB na década de 1970 era basicamente psicanalítica, e para Gunderson (2009) isso acarretou muitos termos pejorativos para os pacientes, como “destruidores de terapeutas”, já que os especialistas na área entendiam que tal necessidade de agredir o terapeuta era proveniente da identificação inconsciente com o objeto sádico.

As mudanças de paradigma geraram muitas discussões na American Psychiatric Association (APA). Klein, em 1977, disse que a inclusão do TPB no próximo DSM seria meramente um gesto conciliador para aplacar parte da comunidade psicanalítica da época, da qual uma parte significativa era contra a operacionalização do DSM-III. No ano de 1980, o DSM-III teve como editor Robert Spitzer, que apresentou pela primeira vez o termo como transtorno da personalidade *borderline*, como é conhecido hoje em dia (APA, 1980, 2014; Gunderson, 2009).

A ORIGEM DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE COMO UM TRANSTORNO MENTAL

Na década de 1980, os modelos farmacológicos substituíram os modelos psicanalíticos de transtornos mentais (Gunderson, 2009). Foi durante essa década que John Gunderson reuniu em seu trabalho anos de pesquisa sobre TPB e o classificou como um transtorno da personalidade. A partir dos trabalhos de Gunderson e Kernberg, Robert Spitzer acabou classificando o TPB pela primeira vez no DSM-

-III. Assim, o TPB passou a se distinguir de outros transtornos, como depressão, ansiedade, bipolaridade, estresse pós-traumático e transtornos psicóticos (National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2009).

A partir dessa definição, características como autolesão, comportamentos parassuicidas, preocupação excessiva com abandono e solidão, atitude muito exigente, pensamento quase psicótico, regressões terapêuticas e dificuldades na contratransferência puderam ser discriminadas e associadas ao TPB. Dessa forma, o termo *borderline* acabou sendo mais amplamente utilizado na comunidade científica de saúde mental (Zanarini & Frankenburg, 1994; Millon & Davis, 1998; como citados em Caballo, 2001; Gunderson & Links, 2008).

Em 1981, Gunderson e colaboradores já haviam realizado uma extensa revisão de literatura sobre o transtorno. Esse trabalho culminou com o desenvolvimento do primeiro questionário para identificar o transtorno, o Diagnostic Interview for Borderlines (DIB), utilizando 29 descritores para TPB (Skodol et al., 2002).

Uma análise com 33 pacientes identificados com TPB por meio do DIB demonstrou que havia pelo menos sete critérios que poderiam diferenciá-los dos grupos de comparação com 81% de sucesso (Skodol et al., 2002). Ou seja, o TPB já é categorizado possuindo pelo menos um instrumento diagnóstico (Gunderson & Links, 2008).

Apesar de algumas discrepâncias entre os critérios do DIB e do DSM-III, a partir do desenvolvimento dos dois, ocorreu um grande aumento nos estudos sobre TPB. Gunderson relata que, em seu levantamento na década anterior, encontrou 15 estudos sobre TPB, enquanto já havia pelo menos 255 pesquisas sobre o tema até o final dos anos 1980 (Gunderson, 2009).

Esse período foi importante para discutir o papel do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) no transtorno. Estudos apontavam abusos físicos e sexuais em 70% dos casos (Gunderson, 2009). Nessa mesma época, alguns terapeutas feministas sugeriam que as descrições do diagnóstico de TPB culpabilizavam as vítimas.

Muitas discussões foram feitas a fim de empatizar com o sofrimento dos pacientes. Esse período, de acordo com muitos especialistas, foi fundamental para se descobrir o que não deveria ser feito, em termos clínicos, no tratamento desses pacientes (Gunderson, 2009; Skodol et al., 2002).

DE UMA PSICOPATOLOGIA SEM TRATAMENTOS ATÉ O DESENVOLVIMENTO DE TRATAMENTOS EFETIVOS

A publicação do DSM-IV pela APA marcou parte da década de 1990 não pelas modestas mudanças em relação aos critérios diagnósticos do TPB, mas pela discussão dos efeitos do tratamento farmacológico nesses pacientes. O fato de não existir uma organização neurobiológica bem definida para o transtorno ou uma classe de medicações específica para ele tornava mais complexa a discussão (Gunderson, 2009).

Nessa década, muito discutiu-se sobre a etiologia do transtorno, sua relação com o TEPT e outros transtorno mentais. Em razão da alta prevalência de comorbidade com TEPT e históricos de abusos físicos e sexuais na infância, um grupo de pesquisadores acreditou que o TPB pudesse ser um *continuum* do TEPT (Caballo et al., 2008).

Nessa mesma época, o diagnóstico de THB foi expandido em seu espectro, não necessitando de mais um episódio de mania para configurar o diagnóstico. A introdução do THB tipo 2 fazia uma sobreposição de sintomas, como impulsividade, instabilidade afetiva e interpessoal, tornando o TPB um bom candidato a fazer parte desse espectro (Akiskal & Pinto, 1999; Siever & Davis, 1991).

Em contrapartida ao movimento neurobiológico, o psicólogo e psicanalista húngaro Peter Fonagy apresentou avanços a respeito de aspectos psicossociais do TPB. Com experiência em pesquisas em desenvolvimento humano e com base nas teorias de Donald Winnicott e John Bowlby, Fonagy apresentou alguns estágios que explicariam o desenvolvimento do TPB (Gunderson & Links, 2008; Gunderson 2009). Em sua teoria, o psicanalista explica que se ocorrer uma falha por parte dos cuidadores em não auxiliar a capacidade de espelhamento dos estados mentais das crianças, ou seja, se eles não fornecerem contingência e discriminação, as crianças terão dificuldades em reconhecer a si mesmos e a empatizar com os outros, e tais incapacidades propiciariam o desenvolvimento do TPB (Bateman & Fonagy, 2016; Gunderson, 2009; Gunderson & Links, 2008).

No contexto das psicoterapias, o início da década de 1990 foi marcado pelo surgimento da terapia comportamental dialética (DBT, do inglês *dialectical behavior therapy*), de Marsha Linehan. A intervenção foi a primeira empiricamente sus-

tentada para o tratamento do TPB, tendo como primeiro foco pacientes mulheres com TPB que apresentavam comportamentos autolesivos e suicidas crônicos (Linehan et al., 1991). Dessa forma, temos o primeiro modelo comportamental que se apresentaria para esse caso, em vez dos tratamentos psicodinâmicos vigentes até então.

A DBT é sustentada por três grandes pilares: a filosofia dialética, a prática zen e a ciência comportamental, mais precisamente o behaviorismo radical (Dijk, 2013). A história da DBT pode ser conferida nos Capítulos 13 e 14 deste livro, mas é importante que aqui fique ressaltado que, na época, seus resultados levaram a importantes debates com outro grande nome da pesquisa com TPB: Otto Kernberg (Gunderson & Links, 2008).

Conferências da época mostram um contraste não só teórico, mas pessoal de seus criadores. Kernberg se apresentava como um homem baixo, careca, sempre com ternos escuros, com muita formalidade defendendo seu método de tratamento denominado psicoterapia focada na transferência (TFP).

Em contrapartida, Linehan é descrita por Gunderson e Links (2008) como uma mulher com uma força e confiança inabaláveis, e que suas conferências eram marcadas por gestos expressivos enquanto falava e passava *slides* no Powerpoint. Ambos competiam pelo método mais eficaz de tratamento. Enquanto Kernberg acusava a DBT de ser uma terapia superficial, Linehan respondia com um confiante “Onde estão as evidências?” quando falava sobre TFP.

Cerca de oito anos depois, surge uma nova forma de tratamento com base em evidências para o TPB: a terapia baseada na mentalização (TBM), de Peter Fonagy. Por meio de suas pesquisas em ambientes hospitalares na Inglaterra, ele “manualizou” uma forma de tratamento que corrigisse as falhas de mentalização que encontrou em suas pesquisas de desenvolvimento. Assim, Fonagy adotou um modelo psicanalítico, não interpretativo ou inquisitivo, que auxiliasse o paciente a se autoaceitar e aceitar os outros (Gunderson, 2009).

Após muitas discussões sobre a etiologia do transtorno, o final dessa década ficou marcado por apresentar tratamentos eficazes para o TPB. É importante também mencionar o nascimento da organização Treatment and Research Advancements National Association for Personality Disorder (TARA4BPD) em 1995. Essa instituição destinava-se ao estudo e tratamento do TPB. Sua fundadora foi

Valerie Porr, renomada terapeuta criadora do método TARA para familiares de pacientes portadores de TPB.¹

ANOS 2000

A primeira década dos anos 2000 foi marcada pelo aumento do destaque de instituições não governamentais de saúde mental e grupos para familiares de pacientes com TPB. Esses movimentos foram notados pelo próprio Congresso Nacional dos Estados Unidos (Gunderson, 2009).

Esse período também foi marcado pela inconformidade do sistema de classificação categórica das psicopatologias em relação às comorbidades, levando a pesquisas na etiologia dos transtornos mentais e nos seus possíveis modelos dimensionais. Tal momento acaba sendo expresso por uma ampla gama de estudos sobre aspectos genéticos e neurobiológicos.

Desse modo, cabe salientar os trabalhos de Svenn Torgersen (2000), que em seu clássico estudo avaliou 92 pares de gêmeos monozigóticos e 129 pares de gêmeos dizigóticos. Os resultados dessa pesquisa apontaram para um fator de herdabilidade de 60% em transtornos da personalidade em geral e de 69% para TPB (Gunderson, 2009; Torgersen, 2000). Esse dado invalidou muitas teorias cuja etiologia era focada especificamente em causas ambientais (Gunderson, 2009).

Três anos depois, Mary Zanarini, professora de psicologia no departamento de psiquiatria de Harvard, publicou alguns estudos longitudinais mostrando uma melhora significativa no curso da patologia. Esses resultados encorajaram clínicos, acadêmicos e pacientes, mostrando que o TPB possui um prognóstico melhor do que se acreditava até então.

Finalizando esse período dos anos 2000, a APA publicou o primeiro *guidelines* para o tratamento do TPB em outubro de 2001. Ou seja, a APA estava formalmente indicando diretrizes para as boas práticas no tratamento do TPB. Esse *guidelines* recebeu uma atualização em março de 2005 (APA, 2016).

1 Disponível em: <http://www.tara4bpd.org/about-tara-1/>. Recuperado em 5, julho, 2018.

MOMENTO ATUAL

A organização do DSM-V é alvo de muitas críticas, em especial para a parte de transtornos da personalidade. Uma das questões que chamaram muita atenção na produção do DSM-V foi que, pela primeira vez, desde o DSM-III, John Gunderson (um dos maiores pesquisadores do mundo sobre a temática) não estava presente no grupo de trabalho dos transtornos da personalidade. Paralelo a isso, muitas polêmicas surgiram nas primeiras propostas de categorização dos diagnósticos de transtornos da personalidade no DSM-V (Gunderson, 2010).

Poucos anos antes do lançamento do DSM-V, Enrique Esbec e Enrique Echeburúa (2011) lançaram um artigo chamado “Novos critérios para transtornos da personalidade no DSM-V”. Esse artigo consiste em uma crítica aos modelos categóricos e ao modelo multiaxial que até então predominava nos manuais da APA.

Os autores defendem que um modelo dimensional estaria mais de acordo com a complexidade dos transtornos observados na prática clínica. Assim, conforme os autores, o modelo proposto ofereceria análises finas sobre as especificidades dos pacientes, beneficiando os psicoterapeutas (Esbec & Echeburúa, 2011).

O modelo dimensional proposto possui uma forte influência no modelo dos cinco grandes fatores da personalidade, e apresenta uma nova definição dos transtornos da personalidade centrada nas falhas de adaptação que implicam nas alterações da identidade, dos relacionamentos sociais e das emoções. Nessa proposta, os transtornos apresentariam cinco categorias: antissocial/psicopatia, evitativo, *borderline*, obsessivo compulsivo e esquizotípico. Além de uma série de seis domínios da personalidade, cada um com um conjunto de facetas denominadas subdomínios (Esbec & Echeburúa, 2011).

Em 2010, John Gunderson publicou um artigo-resposta intitulado “Revisando o diagnóstico *borderline* para o DSM-V: uma proposta alternativa”. Nesse artigo, o autor aponta as falhas do modelo dimensional que está sendo proposto. Um exemplo disso seria a mudança de algoritmo diagnóstico, que mudaria do número de critérios para o número de fenótipos: hipersensibilidade interpessoal, desregulação emocional/afetiva e descontrole comportamental. O resultado disso seria a redução da heterogeneidade do diagnóstico. Isso beneficiaria as pesquisas

genéticas que preferem amostras mais homogêneas, mas teria um impacto muito importante nos estudos sobre psicoterapia (Gunderson, 2010).

Nesse mesmo artigo, Gunderson fez uma lista de pesquisadores apoiadores do modelo categórico, a qual incluía nomes como Aaron Beck, Anthony Bateman, Donald Black, Martin Bohus, John Clarkin, Peter Fonagy, Glen O. Gabbard, Marsha Linehan, Mary Zanarini, entre outros.

Esse movimento foi tão importante que o DSM-V acabou por adotar o modelo categórico para a sua atual edição, deixando o modelo dimensional proposto na seção “Modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos da personalidade”. A seguir, está apresentada a descrição oficial do TPB no DSM-V:

1. Esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginário. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação de identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade do humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo teve por objetivo conduzir o leitor na história do desenvolvimento do diagnóstico do TPB. Dentro dessa proposta, ficam evidentes os diversos modelos teóricos e as muitas diferenciações e descrições realizadas ao longo da história. Conhecer essas bases é de fundamental importância para o adequado entendimento do porquê o construto *borderline* hoje é da forma como é, assim como para a adequada compreensão dos diferentes modelos teóricos acerca da etiologia e do tratamento desse transtorno.

Tendo essa ideia como base, o leitor terá a oportunidade de formar um adequado entendimento dos diferentes modelos explicativos e de tratamento que compõem este livro. Dessa forma, a compreensão das origens históricas do conceito do TPB faz a leitura dos próximos capítulos não ser fragmentada, mas que seja como consultar um complexo mapa de entendimento teórico e de propostas de tratamento.

Por fim, é notório o crescimento do interesse pela compreensão e pelo estudo do TPB. Assim, fazemos um convite para os leitores para que realizem, de fato, uma leitura aprofundada, permeando os mais diversos tópicos que compreendem essa temática apaixonante e ao mesmo tempo altamente complexa que é o TPB. A formatação deste livro busca justamente propiciar isso. Ele foi desenhado para iniciar com capítulos sobre modelos de ciência básica de entendimento sobre o TPB até capítulos sobre as mais modernas e efetivas abordagens de tratamento.

REFERÊNCIAS

Akiskal, H. S., & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum: Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(3), 517-534. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70093-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70093-9)

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed.). Washington: American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. London: Oxford University Press.
- Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(1), 14-30. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X)
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012, november). Management of borderline personality disorder. *CAMJ*, *184*(17), 1897-1902. <https://doi.org/10.1503/cmaj.112055>
- Blumer, D. (2002, april). The illness of Vincent van Gogh. *American Journal of Psychiatry* *159*(4), 519-526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.4.519>
- Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gollonet, C., & Bautista, R. (2008). O transtorno da personalidade *borderline*. In V. E. Caballo, *Manual de transtornos da personalidade: descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Dalgarrondo, P., & Vilela, W. A. (1999). Transtorno *borderline*: história e atualidade. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, *2*(2), 52-71. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>
- Dijk, S. V. (2013). *DBT made simple: a step-by-step to dialectical behavior therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011, janeiro). New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Españolas Psiquiatria*, *39*(1), 1-11.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: a clinical guide* (2nd ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G. (2009, may). Borderline personality disorder: antogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 530-539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.0812182>
- Gunderson, J. G. (2010, december). Revising the *borderline* diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, *24*(6), 694-708. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Lieberman, J. (2004, december). Borderline personality disorder: interface with mood and other axis I disorders. *Advanced Studies in Medicine*, *4*(10), S965-S969.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991, december). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline - tratamentos que funcionam: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Meekeren, E. V. (2003). *Starry starry night: Life and psychiatric history of Vincent van Gogh*. Amsterdam: Benecke N.I.

Morrant, J. C. (1993, september). The wing of madness: the illness of Vincent van Gogh. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(7), 480-484. <https://doi.org/10.1177/070674379303800704>

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline personality disorder: the NICE guideline on treatment and management*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Pervin, L. A., & John, O. P. (2003). *Personalidade: teoria e pesquisa* (8a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991, december). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1647>

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002, june). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>