



Transtorno de Personalidade Borderline

Borderline Personality Disorder

Trastorno límite de la personalidad

Rodolpho César Cardoso de Paula¹, Hécio Serpa de Figueiredo Júnior¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). **Revisão bibliográfica:** O TPB é um transtorno crônico caracterizado por padrões invasivos de instabilidade afetiva, distúrbios da autoimagem, instabilidade das relações interpessoais, impulsividade acentuada e comportamento suicida (ideação e tentativa de suicídio), causando prejuízo e sofrimento significativos na vida do indivíduo. Sua fisiopatologia é uma combinação de predisposição genética associada a fatores ambientais e disfunção neurobiológica. O TPB é o transtorno de personalidade mais comumente diagnosticado em ambientes hospitalares e ambulatoriais, com prevalência entre 0,5 e 2,7% na população geral. **Considerações finais:** O transtorno de personalidade limítrofe é um grave problema tanto para o indivíduo, que muitas vezes fica incapacitado de realizar suas funções, tanto para a sociedade e o sistema de saúde que sofre com um grande ônus devido as inúmeras comorbidades coexistentes com o TPB. Nesse contexto, o tratamento desta condição é fundamental. A terapêutica de primeira linha para o TPB é a psicoterapia como a terapia comportamental dialética, psicoterapia orientada para a transferência, terapia baseada em mentalização e terapia do esquema. Além disso, podem ser utilizadas opções farmacológicas como os antipsicóticos e os antidepressivos.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade borderline, Psiquiatria, Transtorno de personalidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the characteristics of Borderline Personality Disorder (BPD). **Bibliographic review:** BPD is a chronic disorder characterized by invasive patterns of affective instability, self-image disturbances, instability of interpersonal relationships, marked impulsivity and suicidal behavior (suicide ideation and attempt), causing significant damage and suffering in the individual's life. Its pathophysiology is a combination of genetic predisposition associated with environmental factors and neurobiological dysfunction. BPD is the most commonly diagnosed personality disorder in hospital and outpatient settings, with a prevalence of between 0.5 and 2.7% in the general population. **Final considerations:** Borderline personality disorder is a serious problem both for the individual, who is often unable to perform his or her functions, and for society and the health system, which suffers from a great burden due to the numerous comorbidities coexisting with BPD. In this context, the treatment of this condition is essential. First-line therapy for BPD is psychotherapy such as dialectical behavior therapy, transference-oriented psychotherapy, mentalization-based therapy, and schema therapy. In addition, pharmacological options such as antipsychotics and antidepressants can be used.

Keywords: Borderline personality disorder, Psychiatry, Personality disorder.

¹ Universidade de Vassouras (UV), Vassouras - RJ.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). **Revisión bibliográfica:** El TLP es un trastorno crónico caracterizado por patrones invasivos de inestabilidad afectiva, alteraciones de la autoimagen, inestabilidad de las relaciones interpersonales, marcada impulsividad y conducta suicida (ideación e intento de suicidio), causando daño y sufrimiento significativo en la vida del individuo. Su fisiopatología es una combinación de predisposición genética asociada a factores ambientales y disfunción neurobiológica. El TLP es el trastorno de personalidad más comúnmente diagnosticado en el ámbito hospitalario y ambulatorio, con una prevalencia de entre el 0,5 y el 2,7% en la población general. **Consideraciones finales:** El trastorno límite de la personalidad es un problema grave tanto para el individuo, que muchas veces es incapaz de desempeñar sus funciones, como para la sociedad y el sistema sanitario, que sufre una gran carga por las numerosas comorbilidades que coexisten con el TLP. En este contexto, el tratamiento de esta condición es fundamental. La terapia de primera línea para el TLP es la psicoterapia, como la terapia conductual dialéctica, la psicoterapia orientada a la transferencia, la terapia basada en la mentalización y la terapia de esquemas. Además, se pueden utilizar opciones farmacológicas como antipsicóticos y antidepresivos.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Psiquiatría, Trastorno de la personalidad.

INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) ou transtorno de personalidade limítrofe é caracterizado por uma instabilidade em diferentes domínios, como regulação emocional, relacionamento interpessoal, controle de impulsos e autoimagem. Esta condição surge no início da idade adulta ou adolescência, levando a grave comprometimento funcional e desconforto subjetivo (BOZZATELLO P, et al., 2021; REICHL C e KAES M, 2021; TRULL TJ, et al., 2018; LO MONTE F e ENGLEBERT J, 2022).

O TPB é o transtorno de personalidade mais comumente diagnosticado em ambientes hospitalares e ambulatoriais. A prevalência de TPB na população geral é estimada entre 0,5 e 2,7% com maior prevalência em ambientes especializados de saúde mental (10% em psiquiatria ambulatorial; 15-25% em pacientes internados) e atenção primária (quatro vezes o da população em geral e até 19% entre indivíduos com depressão comórbida) (BOZZATELLO P, et al., 2021; WU T, et al., 2022).

A fisiopatologia do transtorno de personalidade borderline é provavelmente uma combinação de predisposição genética combinada com fatores ambientais da primeira infância e disfuncção neurobiológica. Os genes envolvidos na etiologia do TPB se sobrepõem aos genes da depressão maior, transtorno bipolar e esquizofrenia. Estudos recentes com famílias e gêmeos também sugerem uma vulnerabilidade genética ao TPB e evidências de uma diátese genótipo-ambiente (WU T, et al., 2022; VANEK J, et al., 2021)

Os fatores de risco ambientais incluem eventos adversos, trauma ou abuso na infância infância (incluindo abuso sexual, negligência ou separação dos cuidadores), apego inseguro ao cuidador e psicopatologia na infância ou adolescência. Alterações nos circuitos neuronais associadas aos sintomas do TPB são esperadas. Um estudo recente publicado examinou o papel da ocitocina na regulação das redes de recompensa e empatia social como uma causa que contribui para o transtorno de personalidade limítrofe e outros transtornos de personalidade. Especificamente, a desregulação da serotonina, reduzindo a sensibilidade do receptor 5HT-1A, pode contribuir para o transtorno de personalidade limítrofe. Alguns autores discutiram a associação de TPB e áreas neurais afetadas que incluem regiões envolvidas na compreensão do estado mental dos outros e de si mesmos, circuitos que mediam a experiência da dor, sistemas de recompensa e um sistema límbico com circuitos que regulam as emoções e o comportamento. Particularmente, um aumento da sensibilidade às emoções e uma capacidade disfuncional de regular as emoções é considerado uma das características marcantes do TPB. A pesquisa geralmente se concentra no aumento da amígdala e na redução da atividade pré-frontal como o mecanismo neural subjacente a esses processos (WU T, et al., 2022; HELLE AC, et al., 2019; VANEK J, et al., 2021; BELLINO S e BOZZATELLO P, 2022; CREMERS H, et al., 2021)

A sintomatologia do TPB também demonstrou estar intimamente relacionada à ocorrência de vários transtornos mentais comórbidos, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático ou transtornos por uso de substâncias. Cerca de 75% dos pacientes com TPB tentam suicídio pelo menos uma vez na vida, e 10% dos pacientes realmente cometem suicídio. O ônus econômico do TPB também é alto: o custo anual direto do tratamento por paciente foi estimado em £ 13.700 (€ 16.000) em um ambiente alemão, com 90% desse valor devido a internações (REICHL C e KAESS M, 2021; WOOD L e NEWLOVE L, 2022; RAMECKERS SA, et al., 2021).

Devido a crises emocionais recorrentes, homens e mulheres com TPB usam uma ampla gama de serviço de saúde mental, incluindo visitas frequentes ao pronto-socorro, internações hospitalares e medicamentos. Embora um vasto corpo de pesquisa tenha mostrado que o curso do TPB ao longo da vida é caracterizado por altas taxas de remissão sintomática, a maioria dos pacientes nunca se recupera totalmente em relação ao funcionamento psicossocial, o que destaca a alta relevância de intervenções precoces para TPB não só para o indivíduo, mas também para a sociedade (REICHL C e KAESS M, 2021; WOOD L e NEWLOVE L, 2022; OUD M, et al., 2018; WAGNER T, et al., 2022).

Nesse sentido, em função do grande ônus da doença tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, torna-se essencial o conhecimento acerca do TPB a fim de propiciar adequado diagnóstico fornecendo, dessa maneira, tratamento efetivo de modo a melhorar a qualidade de vida do paciente e sua inserção na sociedade. O objetivo do estudo foi analisar as características do Transtorno de Personalidade Borderline.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição, epidemiologia e fatores de risco

O termo borderline foi introduzido pela primeira vez em 1938 por Stern, que o utilizou para descrever um grupo de pacientes situado na fronteira entre o grupo neurótico e o psicótico, associado a uma resistência peculiar ao tratamento psicoterapêutico. O transtorno de personalidade limítrofe é um transtorno psiquiátrico crônico caracterizado por padrões invasivos de instabilidade afetiva, distúrbios da autoimagem, instabilidade das relações interpessoais, impulsividade acentuada e comportamento suicida (ideação e tentativa de suicídio), causando prejuízo e sofrimento significativos na vida do indivíduo (KULACAOGLU F e KOSE S, 2018; WAGNER T, et al., 2022; BOZZATELLO P, et al., 2021).

Pela definição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o TPB tem início na adolescência ou início da idade adulta, com padrões duradouros de experiência interna e comportamento que se desviam marcadamente das normas sociais e culturais, e são estáveis e inflexíveis. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) refere-se ao TPB como transtorno de personalidade emocionalmente instável, mas tem critérios de diagnóstico semelhantes aos do DSM-5 (BELLINO S e BOZZATELLO P, 2022; KRAUSE-UTZ A, 2022; GARTLEHNER G, et al., 2021).

A prevalência de TPB na comunidade é estimada em cerca de 2% da população adulta, mas está presente em 9% dos pacientes ambulatoriais de psiquiatria e também é comum entre pacientes internados. É diagnosticado predominantemente em mulheres (75%). É importante diagnosticar TPB em adolescentes, pois a maioria dos casos se inicia nessa fase do desenvolvimento (DEL CASALE A, et al., 2021; OUD M, et al., 2018; LO MONTE F e ENGLEBERT J, 2022).

Dois grandes estudos longitudinais sobre a trajetória do TPB desde a infância até o início da idade adulta mostraram que a patologia do TPB tem seu início no início da adolescência. Mais de 30% dos pacientes adultos com TPB relataram retrospectivamente que o início do comportamento autolesivo ocorreu antes dos 13 anos de idade, enquanto em outros 30% esse comportamento começou entre os 13 e 17 anos (VIDELER AC, et al., 2019; SKABEIKYTE G e BARKAUSKIENE R, 2021).

As taxas cumulativas de prevalência de TPB em jovens são, respectivamente, 1,4% e 3,2% aos 16 anos e aos 22 anos. No contexto da saúde mental, o diagnóstico de TPB na adolescência atinge uma prevalência

de 11% em pacientes psiquiátricos ambulatoriais e de até 50% em pacientes internados (BOZZATELLO P, et al., 2019; WAGNER T, et al., 2022; BELLINO S e BOZZATELLO P, 2022).

Desde a infância até o final da adolescência, as crianças vulneráveis se desestabilizam devido a uma ampla gama de fatores de risco. Estes incluem o seguinte: baixo status socioeconômico, eventos de vida estressantes, adversidades familiares, psicopatologia materna, pais frios, hostis ou severos, exposição a abuso físico ou sexual ou negligência encontrados em até 70% das pessoas com TPB, QI baixo, altos níveis de afetividade negativa e impulsividade e ambos internalizantes (depressão, ansiedade, dissociação) e psicopatologia externalizante (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno desafiador opositivo, transtorno de conduta, uso de substâncias) na infância (KRAUSE-UTZ A, 2022; VIDELER AC, et al., 2019).

Fisiopatologia

A evidência atual apóia um modelo biopsicológico dos fatores etiológicos na TPB, todos os quais podem contribuir. Supõe-se que haja uma interação entre a experiência de efeitos adversos durante a infância (como negligência, abuso emocional ou sexual) e fatores genéticos ou biológicos. Fatores biológicos relevantes incluem estruturas neurobiológicas, como redução do volume da amígdala, aumento do volume da glândula pituitária, redução do volume da substância cinzenta no giro cingulado anterior, giro cingulado posterior ou hipocampo e redução no tamanho do córtex parietal direito e disfunções neurobiológicas (especialmente do sistema serotoninérgico). Em combinação com fatores psicossociais, traços de personalidade (por exemplo, neuroticismos), funcionamento da personalidade (próprio e interpessoal) e propensão a reagir altamente emocionalmente podem contribuir para os componentes centrais do TPB, como desregulação afetiva e comportamental e relacionamento perturbado (STOREBO OJ, et al., 2020; BELLINO S e BOZZATELLO P, 2022).

Quadro clínico e diagnóstico

O TPB constitui um distúrbio psiquiátrico debilitante que se caracteriza por instabilidade e disfunção global nas questões emocionais, cognitivas, comportamentais e interpessoais. No DSM-5 os critérios diagnósticos para o TPB incluem instabilidade de afeto, distúrbio de identidade e deficiência de controle de impulsos. Além disso estão presentes também esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário, um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, comportamento suicida recorrente, sentimentos crônicos de vazio, dificuldade em controlar a raiva e ideação paranoide transitória relacionada ao estresse ou sintomas dissociativos graves (BOZZATELLO P, et al., 2021; STEAD VE, et al., 2019; WAGNER T, et al., 2022).

Uma história cuidadosa e exame físico devem ser realizados antes de realizar uma avaliação psiquiátrica abrangente. Existem ferramentas de triagem diagnóstica estruturadas que são usadas para avaliar transtornos de personalidade e, especificamente, transtorno de personalidade limítrofe, por exemplo, a Escala de Avaliação de Zanarini para transtorno de personalidade limítrofe (BOZZATELLO P, et al., 2021). No TPB há um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis, com distúrbios de autoimagem, além de excesso de impulsividade, os quais começam no final da juventude e início da fase adulta. Pessoas com esse transtorno tem obsessão por evitar um abandono real ou imaginário; alternam entre extremos de idealização e desvalorização; tem transtornos de identidade e impulsividade em áreas potencialmente destrutivas como gastos, drogas lícitas e ilícitas, sexo, direção imprudente e compulsão alimentar (WU T, et al., 2022; KRAUSE-UTZ A, 2022).

A TPB em amostras de adolescentes é semelhante ao transtorno em adultos em relação à prevalência, manifestação de sintomas e curso. Uma diferença notável, no entanto, é que os adolescentes com TPB são mais propensos do que os adultos a apresentar sintomatologia “aguda” do TPB, como ideação suicida, comportamentos impulsivos e automutilação não suicida recorrente (NSSI), caracterizada como autolesão deliberada ou dano infligido e dor aos tecidos do corpo que não é socialmente sancionado e sem intenção suicida (STEAD VE, et al., 2019).

Comorbidades associadas

O TPB se relaciona a uma variedade de doenças psiquiátricas, o que inclui instabilidade do humor, comportamentos baseados em compulsão, assim como relacionamentos interpessoais com características instáveis. O TPB geralmente coexiste com muitos outros transtornos, mais comumente com transtornos de humor, uso de substâncias, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), bem como outros transtornos de personalidade. A condição comórbida mais comum é a depressão maior (PARIS J, 2019; DEL CASALE A, et al., 2021).

Pacientes com TPB têm uma média de três tentativas de suicídio ao longo da vida, principalmente por overdose. Os métodos podem incluir, ainda, pular de grandes alturas, enforçar-se, atirar em si mesmo ou recusar a ingestão de alimentos ou líquidos. Particularmente, as overdoses de substâncias têm sido discutidas como métodos prevalentes de suicídio entre pacientes com TPB, no entanto, argumenta-se que as tentativas de suicídio por meio de overdose de substâncias geralmente refletem uma motivação ambivalente e variam em relação à intenção de morrer. Embora as overdoses de drogas às vezes possam ser fatais, esses comportamentos variam muito em natureza e intenção. Eles geralmente ocorrem após eventos estressantes da vida, e os pacientes descrevem sua motivação como um desejo de escapar. A maioria dos incidentes reflete motivação ambivalente, envolvendo pequenas quantidades de medicamentos e/ou chamando pessoas importantes para pedir ajuda. Mesmo quando ocorrem overdoses potencialmente fatais, os pacientes geralmente entram em contato com pessoas que estão em posição de intervir (PARIS J, 2019; VANWOERDEN S e STEPP SD, 2022; WU T, et al., 2022).

Até 10% dos pacientes com TPB morrem por suicídio, uma taxa 50 vezes maior do que a população em geral. Os fatores de risco para suicídio no TPB incluem depressão comórbida, uso de substâncias e TEPT, internações psiquiátricas e falta de atendimento ambulatorial, além de mau funcionamento psicossocial (VANWOERDEN S e STEPP SD, 2022; REICHL C e KAESS M, 2021; WU T, et al., 2022).

Comportamentos de automutilação (NSSI) também são comuns no TPB. A NSSI geralmente se apresenta como cortes superficiais nos pulsos e braços. No entanto, NSSI não tem intenção suicida. Pacientes com TPB têm problemas com a regulação emocional e se cortam de forma viciante para reduzir os estados internos dolorosos. O corte alivia a tensão emocional, mas não reflete o desejo de morrer. As formas mais prevalentes de NSSI são corte deliberado (por exemplo, com facas, lâminas de barbear ou cacos de vidro) entre as mulheres e bater no próprio corpo entre os homens. Em amostras da comunidade, foi observado um pico de NSSI durante a adolescência, seguido por um declínio na idade adulta jovem. Em um estudo retrospectivo, cerca de 90% dos pacientes adultos com DBP tinham história de NSSI e, desses, dois terços relataram um início de NSSI antes dos 18 anos de idade (PARIS J, 2019; KRAUSE-UTZ A, 2022; REICHL C e KAESS M, 2021).

O TPB é frequentemente comórbido com transtornos alimentares e essas entidades diagnósticas compartilham várias características, por exemplo, comportamentos autodestrutivos (compulsão alimentar e purgação na bulimia nervosa, restrição alimentar na anorexia nervosa e automutilação no TPB) ou dificuldades na regulação emocional. No entanto, parece que a imagem corporal em indivíduos com TPB pode ser perturbada não apenas devido a transtornos alimentares comórbidos, mas também devido apenas ao TPB. Em primeiro lugar, os pacientes com TPB lutam contra distúrbios de identidade que abrangem, por exemplo, dificuldades de autoaceitação, bem como falta de estabilidade e integridade da autoimagem ou senso de identidade (WAYDA-ZALEWSKA M, et al., 2021; VANWOERDEN S e STEPP SD, 2022).

Em decorrência do abuso de drogas e álcool, da automutilação e do estilo de vida desregrado, pessoas com TPB têm risco aumentado para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados ao sono. Além disso, pela irregularidade nutricional, estão em maior risco de obesidade, a qual propicia e agrava os problemas de saúde (WU T, et al., 2022; VANEK J, et al., 2021).

Assim, os pacientes com TB visitam médicos com frequência. Além disso, homens e mulheres com DBP são significativamente prejudicados no funcionamento psicossocial e ocupacional, com uma alta proporção

classificada como gravemente incapacitada de acordo com a lei alemã, desempregada e dependente do bem-estar social. Ademais, os familiares ficam consideravelmente sobrecarregados, pois muitas vezes estão envolvidos nos problemas interpessoais de homens e mulheres com TPB e em suas crises emocionais. Conseqüentemente, o transtorno está associado a prejuízos significativos na qualidade de vida e alto custo da doença (WAGNER T, et al., 2022; KRAUSE-UTZ A, 2022).

Tratamento

O tratamento de primeira linha de pacientes com TPB é a psicoterapia, como a terapia comportamental dialética (DBT), psicoterapia orientada para a transferência (TFP), terapia baseada em mentalização (MBT) e terapia do esquema (ST). Os tratamentos MBT e DBT são baseados em uma abordagem individual e em grupo com duração de 12 a 18 meses (VANEK J, et al., 2021; OUD M, et al., 2018; BOZZATELLO P e BELLINO S, 2020).

O DBT se concentra no tratamento dos sintomas observáveis do TPB, enquanto o MBT, o TFP e o ST se concentram em melhorar a compreensão do paciente sobre seus motivos, sentimentos e experiências. Modelos de tratamento geral menos intensivos podem ajudar a resolver a indisponibilidade considerável de especialistas em modelos de tratamento intensivo. O TPB comórbido pode interferir no tratamento de outros distúrbios, como depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social ou transtorno do pânico. Em contraste, outras condições comórbidas, como abuso de substâncias e transtorno de personalidade antissocial, podem prejudicar a eficácia do tratamento em pacientes com TPB (BOZZATELLO P e BELLINO S, 2020; DEL CASALE A, et al., 2021).

Tem sido evidente desde o final do século XX que a farmacoterapia associada à psicoterapia pode produzir uma melhora clinicamente significativa no humor e nos sintomas comportamentais de pacientes com TPB. Com base em seus mecanismos de ação específicos, diferentes psicofármacos podem atuar positivamente em diferentes tipos de sintomas do TPB.

Os medicamentos antipsicóticos são indicados no tratamento da esquizofrenia e das manifestações psicóticas dos transtornos do humor. Essas drogas podem contribuir para a estabilização do humor no tratamento de longo prazo dos transtornos depressivos maiores e bipolares. Essas drogas são amplamente utilizadas para o tratamento de vários sintomas que podem ocorrer em pacientes com TPB (DEL CASALE A, et al., 2021; STOFFERS-WINTERLING J, et al., 2020).

Uma das drogas mais utilizadas dessa classe é a Olanzapina, que é um antagonista dos receptores serotoninérgicos 5HT_{2A} e dopaminérgicos D₂. O tratamento do TPB com olanzapina na dose de 5 a 10 mg correlacionou-se com melhorias em diferentes sintomas, incluindo ideação paranoide, dissociação, bem como irritabilidade e comportamentos suicidas.

Outras evidências observaram a melhora tanto no TPB geral quanto nos sintomas depressivos usando olanzapina nesse tipo de paciente. Pesquisas posteriores demonstraram que a associação de olanzapina com fluoxetina pode ser mais eficaz do que a monoterapia com olanzapina em sintomas depressivos em TPB. Outros dados mostraram uma diminuição significativa nos sintomas depressivos e na ansiedade clínica. A terapia comportamental dialética adicionada correlacionou-se com uma melhora significativamente maior na frequência de episódios de impulsividade/agressividade. A olanzapina provou ser eficaz em mulheres com TPB para tratar os sintomas de ansiedade e episódios de angústia (DEL CASALE A, et al., 2021).

Um estudo sugeriu efeitos benéficos foram encontrados para outros antipsicóticos (decanoato de flupentixol, haloperidol, tiotixeno), estabilizadores de humor (carbamazepina, valproato semissódico, lamotrigina, topiramato) e suplementos dietéticos (ácidos graxos ômega-3) e que antidepressivos como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) não são amplamente utilizados, mas podem ser úteis em estados comórbidos, que são muito prevalente. Outros estudos sugerem que o tratamento com ISRSs tem efeitos sobre a conectividade corticolímbica e reduz a ativação da amígdala, aparentemente relacionada à integridade da função sináptica 1-5-HT (FERBER SG, et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de personalidade limítrofe é um grave problema tanto para o indivíduo, que muitas vezes fica incapacitado de realizar suas funções, tanto para a sociedade e o sistema de saúde que sofre com um grande ônus devido as inúmeras comorbidades coexistentes com o TPB. Nesse contexto, o tratamento desta condição é fundamental. A terapêutica de primeira linha para o TPB é a psicoterapia como a terapia comportamental dialética, psicoterapia orientada para a transferência, terapia baseada em mentalização e terapia do esquema. Além disso, podem ser utilizadas opções farmacológicas como os antipsicóticos e os antidepressivos.

REFERÊNCIAS

1. BELLINO S e BOZZATELLO P. Editorial: Borderline Personality Disorders in Adolescents: Clinical Challenges and Recent Advances. *Front Psychiatry*, 2022; 13: 854833.
2. BOZZATELLO P, et al. Borderline Personality Disorder: Risk Factors and Early Detection. *Diagnostics (Basel)*, 2021; 11(11): 2142.
3. BOZZATELLO P e BELLINO S. Interpersonal Psychotherapy as a Single Treatment for Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized-Controlled Study. *Front Psychiatry*, 2020; 11: 578910.
4. BOZZATELLO P, et al. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*, 2019; 10: 710.
5. CREMERS H, et al. Borderline personality disorder classification based on brain network measures during emotion regulation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2021; 271(6): 1169-1178.
6. DEL CASALE A, et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropharmacol*, 2021; 19(10): 1760-1779.
7. FERBER SG, et al. Targeting the Endocannabinoid System in Borderline Personality Disorder: Corticolimbic and Hypothalamic Perspectives. *Curr Neuropharmacol*, 2021; 19(3): 360-371.
8. GARTLEHNER G, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*, 2021; 35(10): 1053-1067.
9. HELLE AC, et al. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res*, 2019; 40(1): arcr.v40.1.05.
10. KRAUSE-UTZ A. Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2022; 9(1): 14.
11. KULACAOGLU F e KOSE S. Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain Sci*, 2018; 8(11): 201.
12. LO MONTE F e ENGLEBERT J. Borderline Personality Disorder, Lived Space, and the Stimmung. *Psychopathology*, 2022; 55(3-4): 179-189.
13. OUD M, et al. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 2018; 52(10): 949-961.
14. PARIS J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*, 2019; 55(6): 223.
15. RAMECKERS SA, et al. Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *J Clin Med*, 2021; 10(23): 5622.
16. REICHL C e KAESS M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*, 2021; 37: 139-144.
17. SKABEIKYTE G e BARKAUSKIENE R. A systematic review of the factors associated with the course of borderline personality disorder symptoms in adolescence. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2021; 8(1): 12.
18. STEAD VE, et al. Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 2019; 6: 3.
19. STOFFERS-WINTERLING J, et al. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Curr Psychiatry Rep*, 2020; 22(8): 37.

20. STOREBO OJ, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020; 5(5): CD012955.
21. TRULL TJ, et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personal DisordEmotDysregul*, 2018; 5: 15.
22. VANEK J, et al. Insomnia in Patients with Borderline Personality Disorder. *Nat Sci Sleep*, 2021; 13: 239-250.
23. VANWOERDEN S e STEPP SD. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, alternative model conceptualization of borderline personality disorder: A review of the evidence. *Personal Disord*, 2022; 13(4): 402-406.
24. VIDELER AC, et al. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 2019; 21(7): 51.
25. WAGNER T, et al. The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2022; 272(4): 741-752.
26. WAYDA-ZALEWSKA M, et al. Body Image in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Emerging Empirical Literature. *J Clin Med*, 2021; 10(18): 4264.
27. WOOD L, NEWLOVE L. Crisis-focused psychosocial interventions for borderline personality disorder: systematic review and narrative synthesis. *BJPsych Open*, 2022; 8(3): e94.
28. WU T, et al. Demystifying borderline personality disorder in primary care. *Front Med (Lausanne)*, 2022; 9: 1024022.