

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: ABORDAGENS TERAPÊUTICAS E MANEJO CLÍNICO

Borderline personality disorder: therapeutic approaches and clinical management

Julia da Silva Pinheiro¹; Carolina André Castro Godoi²; Júlia Helena Estrella³;
Emanuel Fortunato Pereira Alves⁴; Ana Carolina Almeida Mauadié⁵; Manoela dos Santos Campos⁶;
Gabriela Carlot Pilonetto⁷; Isadora Pinheiro Falcão⁸; Daila Huwe Wergutz⁹;
Mariana de Araújo Sá¹⁰; Letícia Vitória Velasco Galdino¹¹; Dionei Alchaar Costa¹²;
Ana Livia Felipe Domiciano Centeno¹³; Mariana Gabriela Silveira de Siqueira¹⁴

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 2 | Ano 2024

RESUMO

Durante muitos anos, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) foi considerado como uma condição de saúde mental difícil de tratar. No entanto, nos últimos anos, diversos métodos terapêuticos, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), o Tratamento Baseado na Mentalização (MBT) e a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP), mostraram o contrário. O desafio atual é a disponibilidade limitada dessas terapias. Diante dessa alta procura por profissionais capacitados, surgiram abordagens generalistas como o Bom Manejo Clínico (GPM). Este artigo explora a estrutura e os princípios do GPM, que guiam os clínicos gerais no planejamento de tratamentos médicos para o transtorno, no manejo de casos e em intervenções terapêuticas de apoio. Também exemplificamos a abordagem com um caso específico e examinamos os desenvolvimentos mais recentes, como a integração do GPM com a DBT e o GPM voltado para adolescentes (GPM-A).

Palavras-chave: Psiquiatria, Tratamento, Transtornos, Borderline

ABSTRACT

For many years, Borderline Personality Disorder (BPD) was considered a difficult mental health condition to treat. However, in recent years, several therapeutic methods, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT), Mentalization-Based Treatment (MBT) and Transference-Focused Psychotherapy (TFP), have shown otherwise. The current challenge is the limited availability of these therapies. Given this high demand for trained professionals, generalist approaches such as Good Clinical Management (GPM) emerged. This article explores the structure and principles of the GPM, which guide general practitioners in planning medical treatments for the disorder, case management, and supportive therapeutic interventions. We also exemplify the approach with a specific case and examine more recent developments, such as the integration of GPM with DBT and GPM aimed at adolescents (GPM-A).

Keywords: Psychiatry, Treatment, Disorders, Bordelline

- 1 Uninove vergueiro
- 2 Zarns Itumbiara
- 3 Universidade Nove de Julho
- 4 FAMP- Faculdade Morgana Potrich
- 5 Instituição é Zarns Medicina Ftc
- 6 Zarns Medicina Ftc
- 7 FAMP- Faculdade Morgana Potrich
- 8 Faculdade Zarns
- 9 Universidad Maria Auxiliadora
- 10 Universidade Ceuma (Uniceuma)
- 11 CEUMA - campus Imperatriz
- 12 Universidade CEUMA- Imperatriz MA
- 13 Universidade Nove de Julho - Campus Vergueiro - SP
- 14 Universidade Federal de Rondonópolis

Autor de correspondência

Julia da Silva Pinheiro

Julia.p.pinheiro@uni9.edu.br

DOI: [10.36692/V16N2-35R](https://doi.org/10.36692/V16N2-35R)

INTRODUÇÃO

As terapias psicológicas padronizadas e com comprovação empírica trouxeram uma grande mudança nas percepções sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), que costumava ser visto como um problema de saúde mental sem solução. O TPB, além de ser bastante comum, está ligado a sérias complicações de saúde, mortalidade e altos custos para a sociedade.^[1-4]

Esses tratamentos intensivos baseados em evidências para o TPB, mais notavelmente a Terapia Comportamental Dialética - Dialectical Behavior Therapy (DBT) ^[5], o Tratamento Baseado na Mentalização - Mentalization-Based Treatment (MBT) ^[6] e a Psicoterapia Focada na Transferência - Transference Focused Psychotherapy (TFP) ^[7] produzem efeitos comparáveis entre si ^[8]. Esses tratamentos para o TPB empregam perspectivas distintas na teoria, na prática e no treinamento para enfatizar sua validade e confiabilidade. Entretanto, não há até o momento provas de que essas características específicas e distintivas proporcionem vantagens de um tratamento sobre o outro.

Além disso, existe uma disparidade significativa entre a pequena disponibilidade de clínicos treinados e a grande demanda criada pela alta prevalência de pacientes com essa condição [9]. A estrutura multidisciplinar, intensiva, rigorosa e muitas vezes longa desses tratamentos torna impossível a ampla implementação fora de sistemas de saúde com muitos recursos ^[9, 10].

A boa notícia é que algumas abordagens generalistas de manejo clínico para o TPB, tanto para adolescentes quanto para adultos, apresentaram resultados empíricos comparáveis aos tratamentos “padrão-ouro” nos principais desfechos avaliados. Deste modo, podem ser consideradas variantes genéricas e eficazes de tratamento ^[11, 12, 13]. Reduzidos aos elementos essenciais básicos de um tratamento efetivo para o TPB, esses tratamentos generalistas podem ser aplicados de forma mais ampla, tornando o bom cuidado para o TPB mais acessível e sustentável para os sistemas de saúde em todo o mundo.

A fundamentação prática para o tratamento clínico generalista do TPB foi estabelecida através da divulgação dos principais estudos de psicoterapia ambulatorial para TPB, que compararam a DBT e o MBT com tratamentos menos intensivos, porém bem embasados para o TPB.^[11, 13]

Com base no guia clínico essencial de John Gunderson ^[14], o Manejo Clínico Geral (também conhecido como Bom Manejo Clínico ou Good Psychiatric Management (GPM) [15] levou a reduções semelhantes em comportamento suicida, autolesão, sintomas do TPB e depressão, quando comparado com a DBT, sem diferenças na melhora de funcionamento social e qualidade de vida ^[13].

Esses resultados foram mantidos por 24 meses após o tratamento ^[16]. Similarmente, enquanto as melhoras com MBT ocorreram a uma taxa mais rápida do que o seu comparador generalista, o Manejo Clínico Estruturado

- Structured Clinical Management (SCM), o MBT teve resultados comparáveis ao SCM. Uma metanálise recente confirmou a eficácia semelhante tanto em tratamentos protocolados especializados como generalistas para TPB em adultos^[17].

Esta revisão apresentará o GPM como um protótipo de uma abordagem manualizada, mas flexível, que integra elementos-chave efetivos de tratamentos específicos para o TPB, organizados de uma forma prática para serem implementados nos ambientes terapêuticos habituais em que os clínicos veem e atendem a maioria dos pacientes. Serão descritos os ingredientes básicos do GPM, isto é, comunicação diagnóstica, psicoeducação, estabelecimento de metas, manejo de segurança, psicofarmacologia conservadora e tratamento de comorbidades.

Visão geral do Manejo Clínico Geral

O GPM é um tratamento generalista para pacientes com TPB que incorpora três elementos essenciais: a medicalização do transtorno, o gerenciamento ou administração de caso e a psicoterapia de suporte^[18]. Há um quarto componente que é a coordenação estratégica de tratamentos complementares, quando úteis, (p. ex., psicofarmacologia direcionada a sintomas, manejo de comorbidades e intervenções de família e de grupo).

No GPM, os aspectos médicos do TPB, por exemplo a psicoeducação, são confortavelmente comunicados inicialmente no tratamento. À medida que o tratamento progride, o clínico concentra-se na vida fora do tratamento e maneja a psicopatologia e o funcionamento do paciente com uma pluralidade de técnicas

psicoterápicas e princípios de tratamento. Durante esse processo, o clínico e o paciente trabalham de forma colaborativa para definir e alcançar objetivos realistas que são escolhidos de forma flexível, com base nas preferências do paciente, ao mesmo tempo que se mantém o foco em alavancar o funcionamento vocacional e social do paciente^[19].

Apesar do GPM ser orientado de forma psicoterapêutica e utilizar estratégias cognitivo-comportamentais, por exemplo lição de casa e contingências, e psicodinâmicas, por exemplo monitoramento da contratransferência e interpretação da agressividade, a sua abordagem primária não é a psicoterapia com ambição de mudança psicológica profunda^[20]. E sim o gerenciamento de caso “bom o suficiente” para melhorar o funcionamento vocacional e social.

O clínico orientado pelo GPM deve ter em mente seus princípios e fundamentos básicos [Tabela 1] que orientam a postura terapêutica do profissional, o funcionamento da relação terapêutica, a estrutura de tratamento essencial e as responsabilidades esperadas do paciente em relação a si mesmo e ao tratamento.

Normalmente o GPM é oferecido semanalmente, mas isso não é obrigatório. A frequência, duração e continuação do tratamento dependem de sua utilidade, ou seja, se houver melhora clínica. O fundamento lógico para essa abordagem é evitar tratamentos que reforcem a dependência excessiva. Além de ineficazes, intervenções desse tipo podem ser até prejudiciais, já que a evolução natural do TPB, mesmo sem tratamento intensivo e específico, é de remissão sintomática^[21].

➡ **Tabela 1.** Princípios e fundamentos do GPM [23, 25]

| Área | Princípios e fundamentos |
|-----------------------------------|--|
| Postura clínica | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducação • Atividade e não reatividade • Apoio • Ponderação • Adaptação à singularidade dos pacientes e das situações clínicas (<i>i.e.</i>, flexibilidade e pragmatismo) |
| Relação terapêutica | <ul style="list-style-type: none"> • Profissional e real |
| Estrutura de tratamento essencial | <ul style="list-style-type: none"> • A mudança é esperada • O gerenciamento de caso é primário: foco em “ter uma vida” • Princípios de manejo de segurança • Intervenções ecléticas • Coordenação de tratamentos complementares: psicofarmacologia conservadora, colaboração entre profissionais, intervenções de grupo e família |
| Papel esperado do paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Responsável (autonomia) e participativa no tratamento |

Uma vez que o GPM é uma intervenção menos intensiva e que exige menos recursos, embora ainda eficaz, uma estratégia razoável é que esse tratamento possa ser a abordagem primária para o TPB, reservando os tratamentos mais intensivos, especializados e baseados em evidência

(TBE) para aqueles que não responderem ao GPM [10]. A integração com DBT, MBT e TFP e sua implementação em uma vasta gama de configurações clínicas, por exemplo internações psiquiátricas, departamentos de emergência, serviços de interconsulta, ambulatórios e serviços de saúde mental universitários, foram detalhadas em publicações de um guia prático [22] e em periódicos científicos [23, 24].

O treinamento do GPM é atualmente oferecido em um workshop de um dia. O seu manual e as demonstrações em vídeo estão atualmente disponíveis em inglês e em português [15,

25]. Estratégias para o ensino de GPM em programas de residência também foram descritas [26, 27].

Comunicação diagnóstica

É muito comum pacientes com TPB procurarem tratamento para problemas concomitantes, como autolesão, uso de substâncias ou diagnósticos equivocados, como Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Depressão Refratária. Em casos mais sutis, o diagnóstico de TPB só se torna evidente ao longo do tratamento, por exemplo reações negativas à disponibilidade entre sessões, explosões de raiva, desconfiança e uso indevido dos medicamentos.

Devido ao estigma dos profissionais de saúde e dos pacientes relacionados ao TPB [28, 29], muitos clínicos evitam comunicar o diagnóstico por muitas crenças equivocadas, por exemplo o paciente será discriminado ou se sentirá

ofendido; transmitirá desesperança; transtornos do antigo eixo I do DSM-IV explicam melhor a psicopatologia, ou devem ser tratados primeiramente; TPB é intratável e não melhora ao longo do tempo^[30].

O GPM advoga fortemente a comunicação diagnóstica precoce, uma vez que, de forma geral, diminui a sensação de isolamento, promove a aliança no tratamento, reassegura ao paciente a competência dos clínicos, diminui a crítica parental, aumentando a colaboração da família, e ancora as expectativas sobre a evolução dos tratamentos e do papel das medicações.

Além disso, focar apenas nos “transtornos do eixo I” pode aumentar o risco de polifarmácia iatrogênica^[30, 31] e as comorbidades, depressão e ansiedade, por exemplo, remitem mais lentamente ou até têm menor probabilidade de remitir quando o TPB não é abordado^[32].

Uma das estratégias mais diretas de comunicar o diagnóstico de TPB é ler com o paciente os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), item por item, perguntando ao paciente se cada sintoma está de acordo com a sua experiência. Os pacientes geralmente se sentem aliviados por entender que outras pessoas se sentem da mesma maneira e que uma condição médica explica os seus sintomas.

Quando os pacientes se sentem conectados e são amparados e acolhidos por uma pessoa significativa, o self idealizador, dependente, ansioso e colaborativo é visível.

Quando se sentem rejeitados, hostilizados ou abandonados, os pacientes borderline tendem a desvalorizar o outro e apresentam raiva e comportamento autolesivo e suicida. Enquanto estão nesse estado, eles podem ser “resgatados” pelos outros, retornando à posição de conexão. Por outro lado, se os outros se afastam, eles sentem-se sozinhos, dissociados, paranoicos e até ficam mais impulsivos. Caso continuarem sem obter a resposta de apoio dos outros, como do clínico, eles avançam para um estado suicida e de desespero ainda maior, em que a contenção física e os ambientes estruturados podem tornar-se necessários, por exemplo hospital, tratamento residencial e unidades ambulatoriais intensivas.

Esse modelo ajuda o clínico a antecipar mudanças na psicopatologia em resposta ao suporte social. O clínico orientado pelo GPM sonda ativamente eventos interpessoais adversos ao notar essas mudanças sintomáticas (veja abaixo).

Psicoeducação

A psicoeducação é em si mesma uma forma eficaz de tratamento e está associada a uma melhora significativa da sintomatologia borderline^[33, 34]. Pacientes e famílias aprendem que o TPB é altamente hereditário^[35] e tem uma chance boa de remissão sintomática, apesar do prognóstico funcional ser menos otimista^[21]. Os pacientes aprendem também o modelo interpessoal descrito acima. Sugestões de livros, diretrizes e recursos on-line são oferecidos para os

pacientes e para a família, como o Guia de Família [36], disponível em seis línguas, incluindo inglês, espanhol e português, no site HYPERLINK “<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/>” da HYPERLINK “<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/>” Aliança HYPERLINK “<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/>” Educacional HYPERLINK “<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/>” Nacional HYPERLINK “<https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/>” para o TPB.

Ativo, suportivo e ponderado, não reativo

Os clínicos que são neutros ou passivos podem acidentalmente desencadear o medo do abandono, entre outras emoções negativas. Isso pode explicar por que as técnicas psicanalíticas tradicionais se mostraram ineficazes [37]. A atividade do clínico em responder ao que os pacientes dizem ou fazem, questionando o que aconteceu e mostrando interesse, é crucial. Isso não significa ser reativo. Os pacientes podem se comportar impulsivamente ou revelar ideação

suicida, o que pode fazer com que os clínicos ajam ao invés de “pensar antes” e refletir. Por exemplo, hospitalizar os pacientes por reflexo devido às ameaças suicidas pode reforçar tais comportamentos como uma forma disfuncional de pedir ajuda ou de escapar de problemas do mundo real, encorajando ganhos secundários. Durante esse processo de exploração ativa, é também de suma importância o uso de técnicas de apoio e empatia, como em qualquer outro tratamento para TPB [38].

Não são apenas estressores interpessoais que afligem os pacientes, mas também o contrário, isto é, os sintomas dos pacientes borderline prejudicam as interações interpessoais [39, 40, 41]. A conectividade interpessoal promovida pelo clínico acalma os pacientes e abre caminho para a formação de uma incipiente aliança terapêutica. Durante o comportamento impulsivo e as tempestades emocionais, isso pode ser desafiador. Ainda assim, em vez de ser reativo, levar para o lado pessoal ou se afastar, os clínicos devem, de forma ponderada e curiosa, “inclinarem-se” [42] e ajudá-los a metabolizar suas experiências, mantendo o pressuposto de que os processos de hipersensibilidade interpessoal estão em jogo.

Relação terapêutica: profissional e real

O clínico também está sujeito às dinâmicas interpessoais características da psicopatologia do TPB. Além do papel do clínico de trabalhar de

acordo com diretrizes próprias de um setting terapêutico e de intervir com base em treinamento e conhecimento, tratar pacientes com TPB elicia reações emocionais intensas nos terapeutas. Essas experiências podem ser uma fonte valiosa de informações sobre processos interpessoais que são um elemento-chave do funcionamento da personalidade de acordo com os modernos manuais diagnósticos^[43, 44]. Revelações cuidadosas sobre os seus sentimentos são uma fonte de validação e podem servir para mostrar o efeito que o comportamento do paciente tem em você (teste de realidade). Mostrar seus erros modela humildade. Esses fenômenos “reais” podem fortalecer a aliança terapêutica e servir como experiências corretivas^[45].

Gerenciamento de caso: foco na vida fora do tratamento

Como mencionado anteriormente, os clínicos focam mais na vida do paciente fora do tratamento (“ter uma vida ativa”). Autolesão e controle dos impulsos são importantes, mas são alvos secundários^[42]. O terapeuta trabalha de forma pragmática e colaborativa na resolução de problemas que dificultam o paciente a atingir seus objetivos, enquanto advoga a favor de se dar “um passo por vez”, por exemplo trabalho voluntário antes do remunerado e matricular-se em poucas matérias por vez antes de atividades acadêmicas em tempo integral.

Pacientes com TPB esperam trabalhar nas suas dificuldades de relacionamentos. Mesmo

assim, as suas necessidades básicas, como tarefas do dia a dia, educação acadêmica e questões de saúde e de trabalho devem ser priorizadas por causa de suas vulnerabilidades interpessoais^[26]. “Trabalhar primeiro”, depois vida amorosa.

Manejo de comportamento suicida e de autolesão

O comportamento suicida e de autolesão é fonte de preocupação para todos os envolvidos no cuidado dos pacientes com TPB. No GPM, o comportamento suicida pode ser entendido como uma reação extrema a estressores interpessoais, e há uma série de princípios que os clínicos podem seguir para manejar a segurança, ao mesmo tempo promovendo a autonomia do paciente e a diminuição de risco legal para o clínico. O mais importante é demonstrar preocupação com qualquer comunicação de intenção suicida enquanto, concomitantemente, avalia-se o risco. Estimar a periculosidade do comportamento atual, por exemplo diferenciando autolesão sem intenção suicida de comportamento suicida, e avaliar o risco de suicídio são as principais estratégias.

Dado que a maioria dos pacientes tem algum nível crônico de ideação suicida, uma forma útil de fazer tais estratificações é o modelo de “risco crônico agudizado”. Esse tipo de avaliação ajuda a monitorar fatores que aumentam, por exemplo depressão, uso de substâncias e perdas interpessoais, ou que diminuem o risco de suicídio, por exemplo habilidades de enfrentamento,

novas fontes de suporte e conseguir reconhecer alternativas, além do risco basal do TPB^[46].

Outros componentes do manejo de risco são o esclarecimento dos fatores precipitantes, o envolvimento do paciente no manejo de sua segurança, a comunicação transparente sobre os limites do clínico, o uso de consultoria com colegas e a escolha sábia do setting clínico apropriado para o cuidado, por exemplo ambulatório, enfermaria ou tratamento residencial. As internações são vistas como o último recurso, e os clínicos devem ponderar sobre seus riscos e benefícios^[47].

Farmacoterapia

Dois princípios definem a abordagem farmacológica no GPM. Primeiro, menos é mais^[49]. Em segundo lugar, a relação com o prescritor é mais importante do que a medicação prescrita^[50]. Algumas ferramentas, tais como a aliança terapêutica, a psicoeducação^[33] e a monitorização do progresso do paciente, podem excluir a necessidade de medicação.

O estado atual do paciente orienta a tomada de decisão. Para pacientes com sofrimento agudo, mas leve, não prescreva; eles devem aprender a usar habilidades de enfrentamento (coping). Se um paciente solicitar medicação, mas não estiver sofrendo severamente, o ideal é discutir cuidadosamente sobre a necessidade do medicamento para evitar prejudicar o senso de agenciamento. Para pacientes que estão em sofrimento muito intenso, os prescritores podem sugerir medicamentos, embora esperar e observar de forma cautelosa seja razoável.

Ao prescrever, desafie pontos de vista dicotômicos, por exemplo a medicação funciona ou não. Em vez disso, estabeleça métricas concretas relacionadas aos objetivos do tratamento. Recomendamos iniciar qualquer medicamento com uma dose baixa (subterapêutica). Da mesma forma, titule mais gradualmente do que o normal. Antidepressivos^[49, 51], estabilizadores de humor^[49, 52] ou antipsicóticos^[53, 54] podem ser úteis em diferentes sintomas. É imperativo evitar a polifarmácia. Aconselhamos que os medicamentos sejam descontinuados após um determinado período, a menos que proporcionem benefício claro.

Tratamento em Equipe

Os tratamentos em equipe podem melhorar o tratamento e reduzir o burnout do clínico. A estrutura mais comum inclui um profissional médico (psiquiatra, médico da atenção primária ou de outra especialidade) e um psicoterapeuta. O médico também pode oferecer orientação familiar. Modalidades adicionais, por exemplo grupo, apoio didático, podem melhorar ainda mais a eficácia do tratamento. O uso de qualquer modalidade adicional deve ser decidido pela necessidade e não por reflexo.

O envolvimento familiar é essencial^[56]. Normalmente, isso envolve a resolução de problemas, ao invés de terapia. Inclua padrastos quando possível. Construa uma aliança terapêutica fornecendo psicoeducação e validação^[57]. Com irmãos, avalie suas necessidades de apoio

e faça recomendações explícitas. Desafios comuns podem incluir solicitações para violar a confidencialidade, alegações de abuso, pais que criticam o tratamento ou não colaboram.

Coordenadores ou outros funcionários de ensino superior podem ajudar no tratamento e estão em uma posição vantajosa para apoiar o “trabalho” do jovem adulto: aprender. Acomodações podem ser úteis, se específicas e previsíveis. São comuns desafios como as preocupações dos pais sobre o estigma, o gerenciamento das hospitalizações, o retorno às aulas e o equilíbrio entre os riscos e os benefícios das acomodações acadêmicas^[57].

Os grupos são altamente valiosos [58]. Grupos terapêuticos, inclusive treino de habilidades, ou extracurriculares, clubes e esportes, proporcionam socialização, mentalização, formação de identidade, relacionamentos de apoio, estratégias de autocontrole, habilidades sociais e busca de objetivos^[59–61].

Desafios comuns podem incluir resistência à participação devido à hipersensibilidade interpessoal, comportamentos de interferência no grupo, contágio de comportamentos^[62], relacionamentos exclusivos, conflitos e faltas repetidas.

Caso ilustrativo

Esta vinheta clínica ilustra uma abordagem baseada em GPM para um caso no qual tratamentos prévios focaram no manejo medicamentoso de transtornos do humor.

Camila é uma mulher de 20 anos que vem ao seu consultório com os pais. Ela recentemente recebeu alta de um serviço de emergência três dias depois de uma ameaça de suicídio após um término de relacionamento. Essa jovem, com uma aparência ligeiramente “infantil”, conta que vivencia sintomas depressivos “desde sempre” e que tem episódios de autolesão, cortes, que começaram aos 12 anos.

Você concorda em atendê-la uma vez por semana e agenda uma consulta com seus pais para psicoeducação. Você revê os critérios do DSM-5 com ela, pedindo exemplos reais que ela tenha vivido e que ilustrem cada critério diagnóstico. Ela instantaneamente gosta de sua abordagem e diz que “esses sintomas explicam tudo”. Camila diz: “Você tem que dizer aos meus pais que sou borderline”. Você valida seu sentimento de se sentir compreendida, mas fala que vocês vão trabalhar juntos para que ela aprenda a lidar com o TPB. E, caso o tratamento não se mostrar útil, ou seja, se ela não demonstrar sinais de melhora do autocontrole e, eventualmente, “ter uma vida”, trabalho ou retorno à faculdade, a continuação do tratamento será reavaliada. Ela rapidamente concorda e diz: “Eu faço qualquer coisa para sair da casa dos meus pais o mais rápido possível”.

Ao longo das próximas semanas, você obtém uma ideia melhor do que desencadeia a sua hipersensibilidade interpessoal e trabalha com ela em como estar mais consciente disto. Mais ainda, você começa a conhecê-la um pouco melhor e descobre que ela é uma ótima fotógrafa.

Durante os primeiros meses, ela gradualmente começa a se sentir melhor e a tolerar a diminuição do alprazolam e do lítio, o que melhora a sua cognição. Ela estava estudando sozinha e de forma inconsistente para entrar na faculdade durante alguns dias por semana, gastando a maior parte de seu tempo vendo vídeos on-line. No entanto, estava mais ativa, saindo para correr e frequentando aulas de inglês. Você tem que periodicamente lembrá-la sobre as tarefas de casa do tratamento, sendo uma delas realizar um diário do humor que lhe ajuda a estar mais envolvida no seu automonitoramento.

Ela concorda em entrar em um cursinho noturno preparatório para o vestibular, no qual faz algumas novas amizades. Camila tem alguns episódios de beber compulsivo, mas está estudando de forma consistente para as provas de fim de ano. Vocês trabalham de forma colaborativa, você lhe dá conselhos sobre os estudos e tenta ajudá-la com o medo de fracasso. Camila continua a apresentar episódios de maior intensidade emocional, mas, com o seu reassuramento, consegue manejá-los cada vez mais sem precisar de intervenções dos outros e sem que esses episódios atrapalhem de forma tão significativa os seus esforços em construir uma vida. As suas demandas diárias, faculdade, relacionamentos e obrigações, começam a estruturar suas decisões e sua forma de lidar com o cotidiano e com a solidão.

Direções Futuras

O GPM é uma abordagem do tipo gerenciamento de caso que tem como características principais ser flexível, pragmático e baseado em princípios psicoterapêuticos. É destinado ao tratamento do TPB e pode ser facilmente integrado à prática clínica.

Diretrizes de como adaptar o GPM a settings terapêuticos variados, por exemplo enfermarias psiquiátricas, pronto-atendimentos, para diferentes profissionais, por exemplo clínicos em atenção primária, psicofarmacologistas, e na combinação com outros tratamentos, por exemplo MBT, DBT, TFP, já estão disponíveis^[22].

Um outro exemplo é o livro intitulado “GPM e DBT: integração e modelo stepped care” (em inglês, GPM and DBT: integration and stepped care) que também foi recentemente publicado^[63]. Trata-se de um guia prático sobre como navegar no modelo stepped care e combinar, ou usar de forma sequencial, componentes de ambos os tratamentos.

Além disso, o GPM também foi recentemente adaptado para adolescentes (GPM-A)^[64]. Com uma ênfase maior no envolvimento familiar e nas questões do desenvolvimento do adolescente, o GPM-A é uma abordagem generalista promissora que pode promover o diagnóstico e a intervenção precoce e, assim, ajudar os adolescentes atingirem os marcos normais do desenvolvimento.

Essas novas adaptações necessitarão de mais estudos, mas, assim como em outros

modelos médicos de tratamento, apoiam-se no conhecimento científico atual e nas recomendações de especialistas para prover orientações aos clínicos que atendem pacientes típicos na prática clínica do dia a dia, não em psicoterapia especializada. Enquanto psicoterapias manualizadas e baseadas em evidência para o TPB sempre estarão em demanda, o GPM proporciona aos clínicos, aos pacientes e aos familiares um modelo de cuidados básicos para que se inicie o tratamento e que é bom o suficiente para a maioria dos casos.

REFERÊNCIAS

- Hastrup LH, Jennum P, Ibsen R, Kjellberg J, Simonsen E. Societal costs of borderline personality disorders: a matched controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(5):458-67. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2001;42(6):482-7. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJV. The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*. 2008;22(3):259-68. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010;24(4):412-26. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1563-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):922-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Iliakis EA, Sonley AKI, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Treatment of borderline personality disorder: is supply adequate to meet public health needs? *PS*. 2019;70(9):772-81. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900073>
- Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):342-56. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000113>
- Bateman A, Krawitz R. *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals*. Oxford: Oxford University Press; 2013. 231 p. <https://doi.org/10.1093/med/psy ch/9780199644209.001.0001>
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, Germano D, Nistico H, McDougall E, Weinstein C, Clarkson V, McGorry PD. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):477-84. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1365-74. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Gunderson JG, Links PS. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2008. 350 p.
- Gunderson JG, Links PS. *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014. 168 p.
- McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(6):650-61. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>
- Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018;52(10):949-61. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Gunderson J, Masland S, Choi-Kain L. Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*. 2018;21:127-31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- Kolla NJ, Links PS, McMain S, Streiner DL, Cardish R, Cook M. Demonstrating adherence to guidelines

- for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2009;54(3):181-9. <https://doi.org/10.1177/070674370905400306>
20. Unruh BT, Sonley AKI, Choi-Kain LW. Integration with mentalization-based treatment. In: *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder: a practical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019. p. 307-26.
21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):476-83. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
22. Choi-Kain LW, Gunderson JG, American Psychiatric Association Publishing. [editors]. *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder: a practical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
23. Finch EF, Brickell CM, Choi-Kain LW. General psychiatric management: an evidence-based treatment for borderline personality disorder in the college setting. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2019;33(2):163-75. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1491361>
24. Hong V. Borderline personality disorder in the emergency department: good psychiatric management. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):357-66. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000112>
25. Gunderson JG, Links PS. *Manual do bom manejo clínico para transtorno de personalidade borderline*. São Paulo: Hogrefe; 2018.
26. Bernanke J, McCommon B. Training in good psychiatric management for borderline personality disorder in residency: an aide to learning supportive psychotherapy for challenging-to-treat patients. *Psychodynamic Psychiatry*. 2018;46(2):181-200. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.2.181>
27. Patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2019;81(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12753>
28. Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, Fitzmaurice GM. Randomized Controlled Trial of Web-Based Psychoeducation for Women With Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11153>
29. Skoglund C, Tiger A, Rück C, Petrovic P, Asherson P, Hellner C, Mataix-Cols D, Kuja-Halkola R. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*. 2021;26(3):999-1008. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0>
30. Gunderson JG, Berkowitz C. Family guidelines: multiple family group program at McLean Hospital. [Adaptado para o português, em 2006, por Brañas MJAA, Croci MS e Martinho Júnior E]. <https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2020/02/Family-Guidelines-Final-Portuguese-Version.pdf>
31. Gunderson JG, Bateman A, Kernberg O. Alternative perspectives on psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder: the case of “Ellen”. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1333-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07050727>
32. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT. Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(1):60-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0167-x>
33. Conway CC, Boudreaux M, Oltmanns TF. Dynamic associations between borderline personality disorder and stressful life events over five years in older adults. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2018;9(6):521-9. <https://doi.org/10.1037/per0000281>
34. Stepp SD, Whalen DJ, Scott LN, Zalewski M, Loeber R, Hipwell AE. Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Dev Psychopathol*. 2014;26(2):361-78. <https://doi.org/10.1017/S0954579413001041>
35. Winsper C, Hall J, Strauss VY, Wolke D. Aetiological pathways to borderline personality disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4(1):10. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0060-x>
36. Links PS, Ross J, Gunderson JG. Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder: promoting good psychiatric management. *J Clin Psychol*. 2015;71(8):753-63. <https://doi.org/10.1002/jclp.22203>
37. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
38. Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(2):234-6. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>
39. Schiavone FL, Links PS. Common elements for the psychotherapeutic management of patients with self injurious behavior. *Child Abuse & Neglect*. 2013;37(2-3):133-8. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.09.012>
40. Links PS, Gould B, Ratnayake R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):301-10. <https://doi.org/10.1177/070674370304800505>
41. Vijay NR, Links PS. New frontiers in the role of hospitalization for patients with personality disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2007;9(1):63-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0011-0>
42. Palmer BA. Discussion of emotional processing in a ten-session general (good) psychiatric treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*.

2015;9(1):79-80. <https://doi.org/10.1002/pmh.1288>

43. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2020;21(1):47-61. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1686482>

44. Gunderson JG, Choi-Kain LW. Medication management for patients with borderline personality disorder. *AJP*. 2018;175(8):709-711. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18050576>

45. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *Journal of Personality Disorders*. 2009;23(2):156-174. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.156>

46. Abraham PF, Calabrese JR. Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? *Journal of Affective Disorders*. 2008;111(1):21-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.01.024>

47. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, Kasper S, Greil W. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: a comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(6):763-772. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.03.017>

48. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*. 2006;21(6):345-53. <https://doi.org/10.1097/01.yic.0000224784.90911.66>

49. Grilo CM, Stout RL, Markowitz JC, Sanislow CA, Ansell EB, Skodol AE, et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1629-35. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04200gre>

50. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Develop Psychopathol*. 2005;17(4). <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>

51. Lawn S, McMahon J. Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2015;22(4):234-43. <https://doi.org/10.1111/jpm.12193>

52. Bo S, Vilmar JW, Jensen SL, Jørgensen MS, Kongerslev M, Lind M, Fonagy P. What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Curr Opin Psychol*. 2021;37:7-12. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.008>

53. Fonagy P, Luyten P, Allison E. Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: a new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *J Pers Disord*. 2015;29(5):575-609.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>

54. Driessens CMEF. Extracurricular activity participation moderates impact of family and school factors on adolescents' disruptive behavioural problems. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1110. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2464-0>

55. Oberle E, Ji XR, Guhn M, Schonert-Reichl KA, Gadermann AM. Benefits of extracurricular participation in early adolescence: associations with peer belonging and mental health. *J Youth Adolescence*. 2019;48(11):2255-70. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01110-2>

56. Hooley JM, Franklin JC. Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Sci*. 2018;6(3):428-51. <https://doi.org/10.1177/2167702617745641>

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.