

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG

**ANÁLISE ETIOLÓGICA E TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE**

Lucas Prata de Oliveira

**Manhuaçu
2023**

Lucas Prata de Oliveira

**ANÁLISE ETIOLÓGICA E TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador(a): Pedro Antonio Grossi Laguardia

**Manhuaçu
2023**

Lucas Prata de Oliveira

**ANÁLISE ETIOLÓGICA E TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
BORDERLINE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso Superior de Medicina do Centro Universitário UNIFACIG, como requisito parcial à obtenção do título de Médico.

Orientador(a): Pedro Antonio Grossi Laguardia

Banca Examinadora

Data de Aprovação: ____/____/____.

Dr. Pedro Antonio Grossi Laguardia /Centro Universitário -
UNIFACIG

**Manhuaçu
2023**

RESUMO

Dentre os transtornos de personalidade existentes, o transtorno de personalidade borderline é o segundo mais prevalente na população geral e gera repercussões negativas e destrutivas, tanto para o paciente quanto para o seu círculo social. A melhor maneira de manejá-lo clinicamente é um desafio na saúde mental, portanto, o presente trabalho tem por objetivo revisar a literatura disponível a fim de compreender formas de facilitar o processo psicopatológico desses pacientes a partir do conhecimento etiológico do transtorno e das opções terapêuticas disponíveis para a condição. A gênese do transtorno de personalidade borderline se apresenta de maneira multifatorial, mas acredita-se que experiências emocionais negativas em excesso na infância sejam capazes de modular o funcionamento neuroendócrino do indivíduo em um fenômeno de neuroplasticidade, o que pode acarretar na manifestação do transtorno. Já em relação aos tratamentos propostos, os desafios clínicos são atenuados com a utilização da terapia comportamental dialética como primeira linha terapêutica, porém, apesar de não haver consenso em relação à terapia farmacológica, psicofármacos específicos devem ser considerados em casos individualizados. Além disso, o programa Family Connect se mostrou eficaz como terapia familiar na melhora da qualidade de vida dos cuidadores de indivíduos com o transtorno.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, etiologia personalidade limítrofe, psicoterapia borderline, terapia comportamental dialética, terapia familiar, desregulação emocional.

ABSTRACT

Among the existing personality disorders, borderline personality disorder is the second most prevalent in the general population and generates negative and destructive repercussions, both for the patient and their social circle. The best way to clinically manage it is a challenge in mental health, therefore, the present work aims to review the available literature in order to understand ways to facilitate the psychopathological process of these patients based on the etiological knowledge of the disorder and the therapeutic options available for the condition. The genesis of borderline personality disorder presents itself in a multifactorial manner, but it is believed that excessive negative emotional experiences in childhood are capable of modulating the neuroendocrine functioning of the individual in a phenomenon of neuroplasticity, which can result in the manifestation of the disorder. As for the proposed treatments, the clinical challenges are attenuated with the use of dialectical behavioral therapy as the first-line therapeutic approach, however, despite the lack of consensus regarding pharmacological therapy, specific psychopharmacological agents should be considered in individualized cases. Additionally, the Family Connect program has shown to be effective as a family therapy in improving the quality of life of caregivers of individuals with the disorder.

Key-words: borderline personality disorder, borderline personality etiology, borderline psychotherapy, dialectical behavior therapy, family therapy, emotional dysregulation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. METODOLOGIA.....	6
3. DESENVOLVIMENTO.....	6
3.1. ANÁLISE ETIOLÓGICA	6
3.2. PSICOTERAPIA	7
3.3. FARMACOTERAPIA	8
3.4. TERAPIA FAMILIAR	10
4. DISCUSSÃO	12
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
6. REFERÊNCIAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), um transtorno de personalidade é um padrão persistente de pensamentos, emoções e comportamentos desadaptativos que causam prejuízo na vida do indivíduo. Dentre os dez transtornos de personalidade identificados, o TPB é o segundo mais comum, com prevalência mundial de até 6% (APA, 2014). Caracterizado por instabilidade emocional, relacionamentos intensos, autoimagem variável, impulsividade e comportamentos autodestrutivos, o TPB tem um impacto significativo na vida pessoal, social e profissional do indivíduo (LINEHAN, 2010).

O TPB apresenta uma variedade de sintomas e uma etiologia multifatorial, o que torna desafiador tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde mental compreenderem a condição, realizar o diagnóstico e manejar o transtorno. A causa exata ainda não é completamente compreendida, mas evidências sugerem uma combinação complexa de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo (GUNDERSON et al., 2018).

No que diz respeito ao manejo terapêutico do TPB, a APA (2014) recomenda uma abordagem multimodal e integrada, que inclui psicoterapia, farmacoterapia e envolvimento familiar complementar. No entanto, a escolha medicamentosa e a identificação da abordagem terapêutica mais adequada demandam considerações individuais (LINKS; ROSS; GUNDERSON, 2015).

Ao considerar o TPB como uma condição psiquiátrica de prevalência significativa e de sintomatologia complexa, inclusive com tendências autodestrutivas, surge, diante do exposto, a questão central desta pesquisa: de que forma o entendimento etiológico do TPB, bem como o conhecimento acerca das opções de tratamento podem contribuir para mitigar os desafios enfrentados no manejo clínico dessa condição?

Delinha-se então, como objetivo da pesquisa, discutir a relação do entendimento etiológico e do conhecimento acerca do manejo terapêutico do TPB com desfechos positivos no processo psicopatológico do paciente. Para tanto, pretende-se realizar uma investigação na literatura científica a fim de identificar os fatores etiológicos associados ao TPB, revisar as abordagens terapêuticas mais adequadas para o transtorno e compreender os desafios encontrados no manejo clínico do paciente limítrofe.

A necessidade de compreender a gênese e as opções terapêuticas do transtorno se justifica pela busca de um melhor manejo clínico para a condição, que apresenta sintomas impactantes tanto para o indivíduo afetado quanto para seu ambiente social. Os impactos negativos são claramente observados, uma vez que estudos indicam que aproximadamente 10% dos portadores de TPB têm histórico de pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida, conforme relatório da APA (2014).

O presente estudo realizará uma revisão dos temas propostos na sessão de desenvolvimento. A metodologia utilizada na pesquisa será detalhada, seguida por uma discussão baseada na revisão. Por fim, serão apresentadas as considerações finais do trabalho.

2. METODOLOGIA

Na confecção do presente trabalho realizou-se uma revisão bibliográfica exploratória, em abordagem qualitativa, acerca da etiologia e das opções terapêuticas do TPB. De acordo com Gil (2010), a revisão bibliográfica é uma etapa fundamental da pesquisa científica que consiste em uma análise minuciosa e crítica da literatura existente sobre determinado tema, com objetivo de reunir, selecionar e avaliar de forma sistemática os estudos, artigos, livros e outras fontes relevantes.

Para a busca de trabalhos como fontes literárias, foram realizadas pesquisas manuais de conteúdos didáticos contidos em livros e revistas científicas, além da utilização de recomendações textuais de instituições de pesquisa em psiquiatria. Na busca, foram empregadas as seguintes palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, etiologia personalidade limítrofe, psicoterapia borderline, terapia comportamental dialética, terapia familiar e desregulação emocional, nas bases de dados Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e US National Library of Medicine (PubMed), no período de 19/02 a 16/04 de 2023. Não foi realizada limitação quanto à data de publicação das fontes pesquisadas. A partir das bases de dados escolhidas, 52 fontes literárias foram selecionados para leitura prévia, das quais 43 foram selecionadas para contribuir na revisão proposta no presente estudo.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. Análise etiológica

A dificuldade encontrada para formular uma base etiológica sólida para o TPB advém do fato do aparecimento do transtorno estar ligado à interação de fatores intrínsecos ao paciente, relacionados ao funcionamento fisiológico e biogenético, com fatores extrínsecos vivenciados pelo indivíduo ao ter contato com experiências sociais negativas na formação de sua personalidade (DENNY et al., 2018).

A despeito dos fatores neurobiológicos, as repercussões sintomatológicas do TPB estão ligadas a alterações neuroendócrinas do sistema Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), bem como a possíveis alterações morfofuncionais em estruturas do sistema límbico, como a amígdala e o hipocampo (RUOCCO et al., 2013).

O eixo HHA coordena a resposta ao estresse através da produção de cortisol e é regulado pelo hipotálamo e hipocampo (NUNES et al., 2021). Para investigar a atividade do eixo HHA em pacientes com TPB, Carrasco et al. (2007) conduziram um teste de supressão com dexametasona em 32 pacientes limítrofes e 18 pacientes controle, sem a psicopatologia, onde foi demonstrada maior supressão do cortisol nos pacientes com TPB. No entanto, Fernando et al. (2012) observaram níveis mais elevados de cortisol em pacientes com TPB, tanto antes quanto após a administração do corticoide, através de outro teste de supressão com dexametasona.

O hipocampo e a amígdala são importantes estruturas do sistema límbico cerebral, envolvidas no armazenamento e formação de memórias emocionais e verbais, bem como na geração de respostas emocionais no TPB (THOMASON; MARUSAK, 2017). Na avaliação morfológica dessas estruturas, Schmahl et al. (2009) realizaram uma análise volumétrica da amígdala e do hipocampo em 25 mulheres com TPB e em outras 25 pertencentes ao grupo controle, saudável à condição. Através da ressonância magnética, foi observada uma diminuição significativa no volume do hipocampo nas pacientes com TPB, mas não foram encontradas diferenças significativas no volume da amígdala entre os grupos.

Em outro estudo, Weniger et al. (2009) através do uso de ressonância magnética estrutural tridimensional, avaliou o volume da amígdala e do hipocampo de

49 mulheres, onde 24 possuíam diagnóstico de TPB e 25 representaram o grupo controle, sem o transtorno. Os resultados apresentados apontaram redução de 34% e 12% no volume da amígdala e do hipocampo, respectivamente, nas mulheres com personalidade limítrofe em relação ao grupo controle.

A exposição excessiva ao estresse, especialmente nos primeiros anos de vida, pode afetar a regulação emocional e causar mudanças na resposta ao estresse (MCCRORY; GERIN; VIDING, 2017). Dessa maneira, estímulos estressantes em excesso podem levar ao desenvolvimento de um padrão neuroendócrino favorável ao surgimento do TPB (RODRIGUES, 2017). Além disso, experiências iniciais de apego desempenham um papel importante na formação do padrão de personalidade e na capacidade de lidar com questões emocionais e comportamentais relacionadas às interações sociais (CROWELL; BEAUCHAINE; LINEHAN, 2009).

Em estudo recente, Geselowitz et al. (2021) avaliaram a relação de Experiências Adversas na Infância (EAIs) com desenvolvimento de características de personalidade limítrofe em 170 adolescentes entre 14 e 19 anos. A partir do uso de escores e da aplicação de questionários, concluiu-se que as EAIs que envolvem doenças psiquiátricas dos pais, traumas físicos ou verbais e exposição à pobreza são as experiências de vida mais fortemente ligadas à sintomatologia emocional e comportamental o TPB.

A partir da Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C), Hecht et al. (2014) conduziram um estudo comparativo entre 599 crianças, das quais 314 possuíam histórico de abuso físico ou de negligência, enquanto as outras 285 representaram o grupo controle, sem histórico de maus tratos. O estudo permitiu concluir que a população de crianças com histórico de maus-tratos apresentou pontuação média 10,04% mais alta na BPFS-C em relação às crianças sem relato de episódios de abuso físico ou negligência.

Em relação à hereditariedade, um estudo comparativo conduzido por Gunderson et al. (2011) envolveu 132 pacientes diagnosticados com TPB e 134 pacientes sem o transtorno. Através da aplicação de questionários específicos a 314 pais e irmãos dos indivíduos com TPB e a 337 pais e irmãos dos indivíduos sem o transtorno, verificou-se que a taxa de prevalência de personalidade limítrofe entre os familiares dos indivíduos diagnosticados com o transtorno foi de 14,1%, enquanto a prevalência entre os familiares dos indivíduos sem o transtorno foi de 4,9%.

Outro estudo, conduzido por Torgersen (2000), investigou a influência hereditária nas manifestações do TPB por meio da comparação de 221 gêmeos, sendo 92 monozigóticos e 129 dizigóticos, com idades entre 19 e 35 anos. A partir de entrevistas clínicas e questionários estruturados, percebeu-se que a taxa de prevalência de TPB entre os gêmeos monozigóticos foi de 35%, enquanto entre os dizigóticos foi de 7%.

3.2. Psicoterapia

Devido à complexidade sintomatológica do TPB, é importante que os pacientes limítrofes tenham um ambiente terapêutico seguro e estruturado, onde possam explorar suas emoções e pensamentos disfuncionais, a fim de possibilitar mudanças positivas nos comportamentos relacionados ao transtorno. Nesse sentido, a psicoterapia desempenha um papel essencial ao desafiar padrões de pensamentos negativos e promover o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional saudáveis (LINEHAN, 2010).

No contexto psicoterapêutico, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) reconhece que os sintomas e comportamentos disfuncionais são mediados

cognitivamente. Através da colaboração terapeuta-cliente, a TCC capacita o indivíduo a identificar, questionar e substituir padrões cognitivos disfuncionais por pensamentos mais adaptativos, o que resulta em redução de sintomas e melhoria na qualidade de vida (SILVA; BEZERRA, 2021).

Diversos modelos baseados na TCC foram propostos para melhorar o tratamento do TPB, vistas as necessidades específicas do paciente limítrofe. Nesse sentido, destaca-se a Terapia Comportamental Dialética (TCD), reconhecida como a abordagem psicoterapêutica mais adequada para o TPB, pois atende às demandas emocionais e comportamentais desadaptativas associadas ao transtorno (KLIEM; KRÖGER; KOSFELDER, 2010).

Proposta por Marsha M. Linehan, a TCD surgiu na década de 1980 devido à eficácia das estratégias dialéticas no tratamento do TPB. Desde então, a modalidade psicoterapêutica tem se mostrado uma opção promissora no tratamento do TPB e outras condições clínicas complexas. O trabalho de Linehan na elaboração da terapia baseada em estratégias dialéticas tem sido amplamente estudado e aplicado, o que resulta em melhorias significativas na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos com TPB (SADI, 2015).

A dialética é caracterizada pelo confronto entre opostos na tentativa de impulsionar a busca por superação por meio de uma síntese integradora (RODRIGUEZ, 2017). Desse modo, a TCD busca promover mudanças nos padrões de pensamento disfuncionais em indivíduos com TPB, ao mesmo tempo em que enfatiza a aceitação de suas experiências emocionais, cognitivas e comportamentais, com promoção de um relacionamento terapêutico positivo (LINEHAN, 2010).

No contexto do TPB, o uso de técnicas de mindfulness na TCD é essencial para reduzir comportamentos impulsivos, instabilidade nos relacionamentos e disfunções gerais relacionadas ao transtorno (LINEHAN, 2010). O mindfulness envolve práticas como atenção à respiração, exploração de sensações corporais e exercícios de atenção plena durante atividades diárias, o que promove o desenvolvimento da consciência corporal e a habilidade de estar presente física e mentalmente no momento presente (CRESWELL et al., 2019).

Além de criar um ambiente de validação para as questões emocionais, cognitivas e comportamentais do paciente e utilizar o mindfulness para desenvolver a consciência e a regulação emocional, é essencial na TCD a aplicação de técnicas terapêuticas focadas na melhoria de habilidades sociais e de resolução de problemas, na intenção de promover relações sociais saudáveis e funcionais em pacientes com TPB (LEE; HARMS; JEFFERY, 2022).

A fim de escancarar a repercussão da TCD em pacientes limítrofes, Neacsiu, Rizvi e Linehan (2010) conduziram um estudo com 108 mulheres diagnosticadas com TPB para investigar a relação entre o uso das habilidades da TCD, a gravidade dos sintomas do transtorno e o funcionamento social e emocional. O estudo utilizou uma abordagem metodológica abrangente, com entrevistas estruturadas, questionários, escalas de avaliação e registros clínicos. A amostra foi dividida em dois grupos: um grupo submetido à TCD e um grupo controle. Após um período de 12 meses de tratamento e 16 meses de acompanhamento, foi observada uma diminuição estimada de 9% na probabilidade de tentativas de suicídio e de 17% na ocorrência de episódios de automutilação não suicida entre os participantes que demonstraram maior uso das habilidades da TCD.

3.3. Farmacoterapia

As manifestações clínicas do paciente com TPB podem variar desde desregulações cognitivas sutis até crises emocionais e comportamentais graves, muitas vezes associadas a comorbidades psiquiátricas (BISKIN, 2015). Portanto, apesar da aparente necessidade farmacológica dessas repercussões clínicas, não há um consenso na comunidade científica sobre a eficácia da farmacoterapia como opção de tratamento para o TPB, devido às preocupações com os riscos e benefícios, bem como ao potencial uso excessivo de medicamentos em pacientes vulneráveis psicologicamente (STOFFERS; STOREBØ; LIEB, 2020).

Além da APA, o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) do Reino Unido desempenha papel importante no campo da saúde mental, ao fornecer diretrizes clínicas no assunto. Enquanto a APA é composta por médicos psiquiatras, o NICE possui uma estrutura multiprofissional na área de saúde mental. Embora ambos concordem que a psicoterapia é o tratamento de escolha para o TPB, existem divergências em relação ao uso de medicamentos (SUBTIL, 2018).

A partir de ensaios clínicos randomizados, não há evidências suficientes para sustentar o uso de farmacoterapia no tratamento do TPB, apesar de existir uma indicação para o uso de medicamentos em planos terapêuticos breves, especialmente no controle de crises agudas e no manejo de comorbidades psiquiátricas. (NICE 2009). Por outro lado, deve-se considerar o uso de psicofármacos em pacientes limítrofes, incluindo estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos, como uma terapia adicional no tratamento do TPB, ao visar benefícios positivos na redução dos sintomas associados ao transtorno (APA, 2014).

Os antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor são medicamentos com potencial utilidade na abordagem dos sintomas depressivos e psicóticos, além de atuarem na redução dos episódios de comportamentos impulsivos e desregulação emocional. Dessa forma, caso um paciente apresente dificuldades no controle dos sintomas decorrentes do TPB, o profissional deve considerar não apenas a internação em uma clínica psiquiátrica, mas também a utilização de psicofármacos (LIETOR; CUEVAS; PRIETO, 2021).

O uso de antidepressivos no tratamento do TPB tem resultados limitados. Os ISRSs podem ter efeitos modestos na redução da ansiedade, depressão e labilidade afetiva, mas não mostram melhorias significativas na redução da agressividade impulsiva. Os antidepressivos tricíclicos são ineficazes devido a potenciais efeitos anticolinérgicos que podem piorar os sintomas impulsivos, agressivos e suicidas. Já os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAOs) embora tenham sido considerados uma opção para pacientes com TPB com depressão atípica, possuem tolerabilidade reduzida e possíveis reações adversas que limitam seu uso nesse contexto (RIPOLL, 2013).

O uso de antipsicóticos típicos no tratamento do TPB não é amplamente recomendado devido aos potenciais efeitos colaterais extrapiramidais que podem agravar o quadro clínico (STOFFERS et al., 2010). Em contraste, os antipsicóticos atípicos, com melhor tolerabilidade, mostram tendências significativas de melhora na impulsividade agressiva, sintomas psicóticos e instabilidade emocional. Entre os antipsicóticos atípicos, a olanzapina, o aripripazol e a quetiapina são preferencialmente utilizados devido aos benefícios observados nesses sintomas específicos do TPB (ABRAHAM; CALABRESE, 2008).

A base de evidências acerca do manejo terapêutico farmacológico no TPB é limitada devido ao pequeno número de amostras, bem como do curto tempo dos ensaios (MERCER; DOUGLASS; LINKS, 2009). Além disso, a comum presença de comorbidades psiquiátricas coexistindo com sintomas advindos primariamente do

transtorno de personalidade dificulta as análises dos estudos propostos (GRANT et al., 2008).

Entretanto, o profissional deve fornecer, se clinicamente necessário, aporte farmacológico com base em evidências ideais a partir de análises comparativas entre medicamentos específicos versus placebo realizadas por ensaios clínicos randomizados (RIPOLL, 2013).

Com base em dados de 1.768 participantes, Ingenhoven et al., (2010) realizaram uma revisão de dezenove ensaios clínicos randomizados que investigaram o uso de psicofármacos versus placebo em pacientes com TPB. Acerca dos estabilizadores de humor avaliados (lamotrigina, divalproato de sódio e topiramato), não foram observadas diferenças significativas em relação ao placebo na redução da gravidade do transtorno. No entanto, evidências indicaram melhorias nos sintomas de raiva, agressão e labilidade afetiva associados ao TPB. O topiramato demonstrou melhorias na psicopatologia geral, enquanto a lamotrigina e o divalproato de sódio não apresentaram efeitos significativos.

No que diz respeito à comparação entre antipsicóticos atípicos e placebo, Ingenhoven et al. (2010) destacaram a eficácia na redução dos sintomas depressivos, bem como uma melhora significativa nos sintomas de raiva e agressividade com o uso de aripiprazol e quetiapina de liberação prolongada. No entanto, foi observada uma maior incidência de eventos adversos, como boca seca, constipação, tontura, sedação e ganho de peso. Em relação ao estudo que avaliou o uso de antidepressivos versus placebo, não foram encontradas diferenças significativas na redução de raiva, agressão ou tentativas de suicídio com o uso de fluoxetina.

Black et al. (2014) conduziram um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo para avaliar a eficácia e tolerabilidade da quetiapina de liberação prolongada em baixas e moderadas doses no tratamento de pacientes adultos com TPB. O estudo incluiu 95 participantes divididos em três grupos: baixa dose (150mg/dia), dose moderada (300mg/dia) e placebo. A eficácia foi avaliada utilizando a Escala de Zanarini para Avaliação do TPB. Durante o período de oito semanas de tratamento, todos os grupos mostraram melhora nos escores da escala Zan-BPD. O grupo tratado com baixa dose de quetiapina apresentou uma melhora significativa na gravidade geral do TPB em comparação com o grupo placebo, com um tamanho de efeito considerado grande. No entanto, não houve diferença significativa na melhora entre o grupo tratado com dose moderada de quetiapina de liberação prolongada e o grupo placebo.

3.4. Terapia familiar

Familiares cuidadores de indivíduos com TPB convivem com nível importante de prejuízos cotidianos, com possibilidade de sobrecarga objetiva, representada por prejuízos físicos ou financeiros, e de sobrecarga subjetiva, que diz respeito à presença de consequências emocionais (SUTHERLAND; BAKER; PRINCE, 2020). Dessa maneira, a psicoeducação surge como tratamento complementar importante na busca pela diminuição das sobrecargas vivenciadas pelos familiares de indivíduos limítrofes TPB (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Diversos programas psicoeducativos foram propostos para atender cuidadores de indivíduos com TPB, embora tenha surgido tardiamente (HOFFMAN; FRUZZETTI; BUTEAU, 2007). Entre tais programas, o Family Connection (FC) apresenta um maior respaldo empírico, com desenvolvimento pela National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (FLYNN et al., 2017). O FC está disponível gratuitamente em diversos países, como Estados Unidos, Brasil, Canadá e Austrália,

tem sua organização realizada por profissionais de saúde mental e consiste em doze encontros presenciais ou virtuais, com duração de duas horas cada, destinados a familiares ou cuidadores de pacientes com TPB (LILJEDAHL et al., 2019).

Os métodos do FC são fundamentados na TCD e são guiados por três objetivos principais: aumentar o conhecimento sobre o transtorno, desenvolver habilidades para lidar com reações sociais negativas e estabelecer uma rede de apoio social entre os familiares de pessoas com TPB por meio de trocas de experiências (HOFFMAN; FRUZZETTI; BUTEAU, 2007).

Foi conduzido um estudo com cinquenta e cinco familiares cuidadores de pessoas com TPB que participaram integralmente do programa FC ao longo de doze semanas. O objetivo era avaliar as mudanças nas sobrecargas subjetivas e objetivas, bem como nas queixas de depressão. Os resultados revelaram uma redução de 41% nas queixas subjetivas e 52% nas queixas objetivas em comparação com o período pré-FC. Além disso, observou-se uma diminuição de 32% nas queixas de depressão dos participantes após a conclusão do programa. No entanto, quando comparados os resultados imediatamente após o programa e três meses após, não foram encontradas mudanças significativas nos aspectos avaliados (HOFMANN; FRUZZETTI; BUTEAU, 2007).

4. DISCUSSÃO

Diante do que foi revisado, infere-se que, de fato, tanto a base etiológica, quanto o manejo terapêutico do transtorno de personalidade limítrofe se apresenta de maneira multimodal, visto que há uma quantidade significativa de estudos que colocam a disposição do leitor opções de tratamento para o TPB, bem como diversas maneiras de se enxergar a causalidade por trás do transtorno. Dessa maneira, serão discutidas as características do TPB sob a ótica de sua análise etiológica e de suas opções terapêuticas sobre as quais foi possível revisar na literatura acessada.

Em relação à hipótese etiológica do TPB no contexto da neurobiologia, foram observadas alterações em diferentes estruturas cerebrais que estão envolvidas na manifestação dos sintomas característicos da personalidade limítrofe. Especificamente, foram encontradas evidências de alterações morfofuncionais em estruturas do sistema límbico, assim como em mecanismos fisiológicos relacionados ao cortisol. No entanto, a literatura revisada revela resultados inconsistentes, o que torna a compreensão das alterações neurobiológicas no TPB ainda inconclusiva.

Os dois achados sobre as alterações morfológicas em estruturas do sistema límbico em pacientes com TPB indicam uma convergência na redução significativa do volume do hipocampo. No entanto, em relação ao volume da amígdala cerebral, os estudos apresentam divergências, com um deles demonstrando uma diminuição significativa, enquanto o outro não evidencia qualquer redução importante na estrutura. Tais achados evidenciam a possível presença de alterações morfológicas em estruturas-chave relacionadas à sintomatologia do TPB, entretanto sugerem que tais alterações não seguem padrões consistentes.

Da mesma maneira, não foi possível encontrar consenso entre os estudos analisados a respeito da atividade do eixo HHA a partir do quantitativo de cortisol, visto que a quantidade do hormônio se mostrou tanto aumentada, quanto diminuída em pacientes com TPB, a depender do estudo. Essa divergência faz ser possível levantar a hipótese de que o mecanismo neuroendócrino do TPB está mais ligado a uma desregulação de cortisol do que especificamente ao aumento ou diminuição desse hormônio nos indivíduos limítrofes.

Essas descobertas ressaltam a complexidade do TPB e a necessidade de mais pesquisas para elucidar as bases neurobiológicas do transtorno. Estudos futuros devem abordar aspectos como a heterogeneidade dos sintomas, a influência de fatores ambientais e genéticos, e a interação entre diferentes estruturas cerebrais. Compreender essas alterações neurobiológicas contribuirá para um melhor entendimento do TPB e pode fornecer insights importantes para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes.

Em relação ao papel da hereditariedade como causa do TPB, os estudos revisados corroboram com a ideia da existência de um componente genético na etiologia do transtorno. No entanto, é importante considerar que o resultado positivo para a presença desse fator, encontrado por Gunderson et al., (2011), pode levantar dúvidas, uma vez que a maior prevalência de personalidade limítrofe em familiares de pacientes com TPB também pode estar associada a fatores de relacionamentos interpessoais. Entretanto, os resultados de Torgersen (2009) conseguem fornecer, de maneira complementar, evidências importantes do papel genético na etiologia do transtorno, ao demonstrar uma maior prevalência de TPB na amostra de gêmeos monozigóticos em comparação com a amostra de gêmeos dizigóticos.

Ao reconhecer a influência genética no transtorno, é possível realizar uma investigação familiar na busca por características de personalidade limítrofe no meio social do paciente, o que pode facilitar a atuação terapêutica completa e estendida na busca por melhores desfechos clínicos.

Pôde-se também analisar o impacto de experiências negativas na presença de personalidade limítrofe, com evidências positivas para a maior probabilidade da presença de características do TPB em crianças com histórico de negligência ou de abuso físico. Afim de complementar a hipótese etiológica psicossocial, um segundo estudo evidenciou que o histórico de doenças psiquiátricas dos pais, traumas físicos ou verbais e exposição à pobreza são os EIAs mais fortemente ligados à presença de personalidade limítrofe. Além disso, Rodriguez et al., (2018) e McCrory et al., (2017) trazem, em estudos consensuais, o conceito da interferência das experiências negativas na infância na modulação da personalidade do indivíduo.

O conhecimento dos profissionais de saúde mental sobre o impacto das experiências negativas na infância e das EIAs mais prevalentes nos pacientes com TPB pode possibilitar uma abordagem mais precisa do transtorno, ao permitir direcionamentos mais assertivos na busca por experiências sociais pregressas no curso psicopatológico dos pacientes. Dessa maneira, espera-se melhorar a experiência investigativa nas entrevistas psiquiátricas e sessões psicoterapêuticas.

No que diz respeito ao manejo terapêutico de pacientes com TPB, foram identificadas divergências nas recomendações entre as principais instituições de pesquisa em saúde mental. Enquanto a instituição americana apresentou uma abordagem tolerante em relação à farmacoterapia no transtorno, a britânica NICE não recomendou o uso de psicofármacos no tratamento direto do TPB. No entanto, ambas instituições concordaram quanto à recomendação da psicoterapia como primeira opção de tratamento, além de também validarem a terapia familiar como uma opção complementar.

Estudos teóricos, como Silva e Bezerra (2021) e Sadi (2011) apresentaram-se convergentes ao validar os estudos realizados por Marsha M. Linehan na aplicação da TCD como a principal abordagem de psicoterapia recomendada para o tratamento do TPB. A revisão da literatura revelou resultados positivos na prática da TCD em pacientes com TPB, ao demonstrar uma associação significativa entre o uso dessa psicoterapia e a redução de tentativas de suicídio e episódios de automutilação não suicida.

Ao compreender o papel importante da psicoterapia e, mais especificamente, ao reconhecer a TCD como principal escolha terapêutica do TPB, percebe-se que há significativa possibilidade de atenuação e prevenção das manifestações de episódios autodestrutivos em pacientes limítrofes.

No manejo terapêutico farmacológico do transtorno, houve discordância teórica na formulação de recomendação quanto ao uso de antidepressivos para efeitos positivos diretos no TPB, visto que tanto Lietor et al., (2021), quanto a APA (2014) reconhecem esses psicofármacos como opções terapêuticas, ao passo que NICE (2009) desaconselha seu uso. Entretanto, todas as três literaturas apresentaram consenso no reconhecimento dos antipsicóticos e dos estabilizadores de humor como passíveis de efeitos satisfatórios no tratamento do transtorno.

Da análise de ECRs, foi possível inferir que, apesar de não poder afirmar relevante redução na gravidade do TPB, a utilização de estabilizadores de humor e de antipsicóticos podem diminuir a incidência de sintomatologia relacionada à raiva e agressividade, com destaque para a lamotrigina e a quetiapina como psicofármacos que possuíram evidências de melhora do quadro geral do transtorno. Por outro lado, os mesmos estudos trouxeram comprovação da falta de evidências a respeito do uso de antidepressivos relacionado a melhora do quadro do TPB.

Também foi possível compreender a importância da terapia familiar a partir da conceituação do programa FC. A respeito do programa proposto, percebe-se grande vantagem de aderência familiar visto o impacto positivo significativo em familiares que aderiram ao programa. Além disso, sua gratuidade lhe garante caráter de alta acessibilidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo observou-se que a aplicação de opções terapêuticas específicas podem ser importante nos desfechos positivos mais satisfatórios no tratamento do TPB. Além disso, entender a diversidade etiológica do transtorno pode escancorar as demandas terapêuticas do paciente e, conseqüentemente, melhorar o manejo clínico do transtorno.

A análise das causas do TPB proporcionou uma compreensão mais profunda da influência dos fatores psicossociais no início da vida de indivíduos limítrofes, ao confirmar a presença de modulação neurobiológica dependente de experiências emocionais negativas persistentes. Além disso, também foi observada a contribuição genética na origem desse transtorno.

A partir da revisão terapêutica do TPB, reconheceu-se a TCD como a abordagem principal para o tratamento da condição, com a explanação de suas práticas e de suas vantagens. Ademais, foram validadas possíveis vantagens do uso de estabilizadores de humor e antipsicóticos na redução dos sintomas gerais do TPB. Por fim, a participação em programas de terapia familiar mostrou-se benéfica às pessoas que integram o ciclo social do indivíduo limítrofe.

Ao reconhecer as hipóteses sobre as causas do TPB, bem como as opções terapêuticas mais adequadas, espera-se aumentar a possibilidade de intervenções clínicas mais eficazes no curso desse transtorno, tanto para o paciente limítrofe quanto para seu círculo social.

Esse estudo procurou apenas realizar uma discussão prévia sobre a importância de conhecer as complexas bases etiológicas e terapêuticas do TPB para o manejo clínico satisfatório da condição.

Sugere-se que estudos posteriores possam se interessar por essa temática, incorporando novas evidências sobre o impacto de experiências sociais negativas na modulação neurobiológica do indivíduo limítrofe, bem como sobre opções terapêuticas mais adequadas para o TPB. Dessa maneira, espera-se que fiquem ainda mais elucidadas estratégias competentes para o manejo do transtorno.

6. REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, P. F.; CALABRESE, J. R. Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? **Journal of affective disorders**, v. 111, n. 1, p. 21–30, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto alegre: Artmed, 2014.
- BISKIN, R. S. The lifetime course of borderline personality disorder. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, v. 60, n. 7, p. 303–308, 2015.
- BLACK, D. W. et al. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **The American journal of psychiatry**, v. 171, n. 11, p. 1174–1182, 2014.
- BORBA, L. DE O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588–594, 2008.
- CARRASCO, J. L. et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, v. 190, p. 357–358, 2007.
- CRESWELL, J. D. et al. Mindfulness training and physical health: Mechanisms and outcomes: Mechanisms and outcomes. **Psychosomatic medicine**, v. 81, n. 3, p. 224–232, 2019.
- CROWELL, S. E.; BEAUCHAINE, T. P.; LINEHAN, M. M. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. **Psychological bulletin**, v. 135, n. 3, p. 495–510, 2009.
- DENNY, B. T. et al. Sensitization of the neural salience network to repeated emotional stimuli following initial habituation in patients with borderline personality disorder. **The American journal of psychiatry**, v. 175, n. 7, p. 657–664, 2018.
- CARVALHO FERNANDO, S. et al. Associations of childhood trauma with hypothalamic-pituitary-adrenal function in borderline personality disorder and major depression. **Psychoneuroendocrinology**, v. 37, n. 10, p. 1659–1668, 2012.
- FLYNN, D. et al. Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. **Borderline personality disorder and emotion dysregulation**, v. 4, n. 1, p. 18, 2017.
- GESELOWITZ, B. et al. Preschool age predictors of adolescent borderline personality symptoms. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 60, n. 5, p. 612–622, 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. [s.l.] Atlas, 2010.

GRANT, B. F. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **The journal of clinical psychiatry**, v. 69, n. 4, p. 533–545, 2008.

GUNDERSON, J. G. et al. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 753–762, 2011.

GUNDERSON, J. G. et al. Borderline personality disorder. **Nature reviews. Disease primers**, v. 4, p. 18029, 2018.

HECHT, K. F. et al. Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. **Development and psychopathology**, v. 26, n. 3, p. 805–815, 2014.

HOFFMAN, P. D.; FRUZZETTI, A. E.; BUTEAU, E. Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. **Journal of mental health (Abingdon, England)**, v. 16, n. 1, p. 69–82, 2007.

INGENHOVEN, T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: Meta-analyses of randomized controlled trials. **The journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 01, p. 14–25, 2010.

KLIEM, S.; KRÖGER, C.; KOSFELDER, J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 78, n. 6, p. 936–951, 2010.

LEE, R. K.; HARMS, C. A.; JEFFERY, S. E. The contribution of skills to the effectiveness of dialectical behavioral therapy. **Journal of clinical psychology**, v. 78, n. 12, p. 2396–2409, 2022.

LIETOR, M. D. C. M.; CUEVAS, I.; PRIETO, M. B. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review. **European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 64, n. S1, p. S439–S439, 2021.

LILJEDAHN, S. I. et al. Family Connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study. **Borderline personality disorder and emotion dysregulation**, v. 6, n. 1, p. 14, 2019.

LINEHAN, Marsha. **Terapia cognitivo comportamental para transtorno de personalidade borderline**. Porto alegre: Artmed, 2010.

LINKS, P. S.; ROSS, J.; GUNDERSON, J. G. Promoting Good Psychiatric Management for patients with Borderline Personality Disorder: Promoting good

psychiatric management. **Journal of clinical psychology**, v. 71, n. 8, p. 753–763, 2015.

MCCRORY, E. J.; GERIN, M. I.; VIDING, E. Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry - the contribution of functional brain imaging. **Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines**, v. 58, n. 4, p. 338–357, 2017.

MERCER, D.; DOUGLASS, A. B.; LINKS, P. S. 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**, v. 23, n. 2, p. 156–174, 2009.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. **Borderline personality disorder: The NICE guideline on treatment and management**. Leicester, England: British Psychological Society, 2009.

NEACSIU, A. D.; RIZVI, S. L.; LINEHAN, M. M. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. **Behaviour research and therapy**, v. 48, n. 9, p. 832–839, 2010.

NUMINOUS BY RARA THEME. **O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: REVISÃO DE LITERATURA E EVIDÊNCIAS RECENTES – Eduardo Mazzetti Subtil**. Disponível em: <<https://www.polbr.med.br/2018/09/02/o-tratamento-farmacologico-no-transtorno-de-personalidade-borderline-revisao-de-literatura-e-evidencias-recentes-eduardo-mazzetti-subtil/>>. Acesso em: 28 mar. 2023.

RIPOLL, L. H. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. **Dialogues in clinical neuroscience**, v. 15, n. 2, p. 213–224, 2013.

RODRIGUES, L. E. B. **Terapia comportamental dialética e terapia de aceitação e compromisso : uma introdução para profissionais da saúde mental**. 2017.

RUOCCO, A. C. et al. Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: an activation-likelihood-estimation meta-analysis. **Biological psychiatry**, v. 73, n. 2, p. 153–160, 2013.

SADI, H. DE M. **Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de transtorno de personalidade borderline**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 15 ago. 2015.

SCHMAHL, C. et al. Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder. **Journal of psychiatry & neuroscience: JPN**, v. 34, n. 4, p. 289–295, 2009.

STOFFERS, J. et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 6, p. CD005653, 2010.

STOFFERS-WINTERLING, J.; STOREBØ, O. J.; LIEB, K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: An update of published, unpublished and ongoing studies. **Current psychiatry reports**, v. 22, n. 8, p. 37, 2020.

SUTHERLAND, R.; BAKER, J.; PRINCE, S. Support, interventions and outcomes for families/carers of people with borderline personality disorder: A systematic review. **Personality and mental health**, v. 14, n. 2, p. 199–214, 2020.

THOMASON, M. E.; MARUSAK, H. A. Toward understanding the impact of trauma on the early developing human brain. **Neuroscience**, v. 342, p. 55–67, 2017.

TORGERSEN, S. Genetics of patients with borderline personality disorder. **The Psychiatric clinics of North America**, v. 23, n. 1, p. 1–9, 2000.

Vista do O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. Disponível em: <<http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/241/220>>. Acesso em: 22 mar. 2023.

Vista do Terapia cognitivo–comportamental e terapia comportamental dialética no tratamento do transtorno da personalidade borderline. Disponível em: <<https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/776/280>>. Acesso em: 1 abr. 2023.

WENIGER, G. et al. Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. **Journal of psychiatry & neuroscience: JPN**, v. 34, n. 5, p. 383–388, 2009.