

---

## Manejo clínico geral (GPM) para o transtorno de personalidade borderline: um modelo generalista para a América Latina

*General psychiatric management (GPM) for borderline personality disorder: a generalist model for Latin America*

*Manejo clínico general (GPM) para el trastorno limítrofe de la personalidad: un Modelo generalista para América Latina*

---

Marcos Signoretti Croci  - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Marcelo José Abduch Adas Brañas - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Carl Fleisher - [ORCID](#)

Teresa Carreño - [ORCID](#)

Maria Dayana Jurado Andia - [ORCID](#)

Eduardo Martinho Júnior - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Lois W Choi-Kain - [ORCID](#)

---

### RESUMO:

Por muitos anos, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) foi considerado como uma condição de saúde mental intratável. No entanto, diversos tratamentos desenvolvidos nas últimas décadas, como a Terapia Comportamental Dialética (DBT), o Tratamento Baseado na Mentalização (MBT) e a Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) provaram o contrário. O problema do ponto de vista de saúde pública é que a disponibilidade dessas intervenções é limitada. Nesse contexto de alta demanda de profissionais treinados, o Bom Manejo Clínico (GPM) e outras abordagens generalistas surgiram. Este artigo revisa a estrutura e os principais fundamentos do GPM que orientam os clínicos não especialistas a planejar um tratamento baseado na medicalização do transtorno, no gerenciamento de caso e em intervenções psicoterapêuticas de suporte. Nós também ilustramos a abordagem com um exemplo de caso e,

finalmente, apresentamos desenvolvimentos mais recentes, como a integração de GPM com a DBT e o GPM para adolescentes (GPM-A).

**Palavras-chave:** transtorno da personalidade *borderline*, saúde pública, administração de caso, psicoterapia, terapêutica

---

### **ABSTRACT:**

For many years, *borderline* personality disorder (BPD) has been regarded as an untreatable mental health condition. However, several effective evidence-based treatments developed in the last decades, such as dialectical behavior therapy (DBT), mentalization-based treatment (MBT) and transference focused psychotherapy (TFP), proved otherwise. The problem from a public health perspective is that their availability is limited. In this context of increased need for trained clinicians, general psychiatric management (GPM) and other generalist approaches emerged. This article reviews GPM's major foundations and framework that guide non-specialized clinicians to structure a treatment based on medicalization of the disorder, case management and supportive psychotherapeutic interventions. We also illustrate the approach with a case vignette and finally present newer developments, such as integration with DBT and GPM for adolescents (GPM-A).

**Keywords:** *borderline* personality disorder, public health, case management, psychotherapy, therapeutics

---

### **RESUMEN:**

Durante muchos años el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) fue considerado una condición intratable. Aun así, diversos tratamientos efectivos basados en la evidencia fueron desarrollados en las últimas décadas, como, Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) y Psicoterapia Centrada en la Transferencia (TFP), los cuales probaron lo contrario. El problema desde el punto de vista de la salud pública es que la disponibilidad de estas intervenciones es limitada. En este contexto de gran demanda de clínicos entrenados, el Manejo Psiquiátrico General (GPM) y otros abordajes generalistas surgieron. Este artículo revisa la estructura y los principales fundamentos del GPM que orientan a los clínicos no especialistas a planear un tratamiento basado en la medicalización del trastorno, en el gerenciamiento del caso y en intervenciones psicoterapéuticas de apoyo. Nosotros también ilustramos el abordaje con un ejemplo de caso y finalmente, presentamos los desarrollos más recientes, como la integración con el DBT y el GPM para adolescentes (GPM-A).

**Palabras clave:** transtorno de personalidad limítrofe, salud pública, manejo de caso, psicoterapia, terapéutica

**Como citar:** Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW. Manejo clínico geral (GPM) para o transtorno de personalidade borderline: um modelo generalista para a América Latina. *Debates em Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 2022;12:1-26. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.446>

**Fonte de financiamento:** não se aplica

**Parecer CEP:** não se aplica

**Recebido em:** 13/12/2022

**Aprovado em:** 16/12/2022

**Publicado em:** 19/12/2022

**Conflito de interesses:** Brañas MJAA e Croci MS recebem honorários da editora Manole pela edição de livros-textos de psiquiatria. Choi-Kain LW recebe honorários da editora Springer e da American Psychiatric Association Press por livros relacionados ao GPM.

**Contribuições dos autores:** Conceitualização, design do estudo, interpretação dos dados de literatura escrita, rascunho do original e aprovação da versão final: Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW - Escrita, revisão crítica e edição: Croci MS, Brañas MJAA, Choi-Kain LW

## Introdução

Psicoterapias manualizadas e validadas empiricamente revolucionaram as atitudes em relação ao Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), que já foi considerado um problema de saúde mental intratável. Além de prevalente, o TPB está associado à morbidade grave, à mortalidade e a custos elevados 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 base empírica para o manejo clínico generalista para TPB foi estabelecida com as publicações dos dois maiores estudos de psicoterapia em nível ambulatorial para o TPB, comparando a DBT e o MBT a tratamentos menos intensivos, mas bem informados 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"><li>• Psicoeducação</li><li>• Atividade e não reatividade</li><li>• Apoio</li><li>• Ponderação</li><li>• Adaptação à singularidade dos pacientes e das situações clínicas (<i>i.e.</i>, flexibilidade e pragmatismo)</li></ul>
Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Profissional e real</li></ul>
Estrutura de tratamento essencial	<ul style="list-style-type: none"><li>• A mudança é esperada</li><li>• O gerenciamento de caso é primário: foco em "ter uma vida"</li><li>• Princípios de manejo de segurança</li><li>• Intervenções ecléticas</li><li>• Coordenação de tratamentos complementares: psicofarmacologia conservadora, colaboração entre profissionais, intervenções de grupo e família</li></ul>
Papel esperado do paciente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Responsável (autonomia) e participação ativa</li><li>• no tratamento</li></ul>

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



Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW (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.

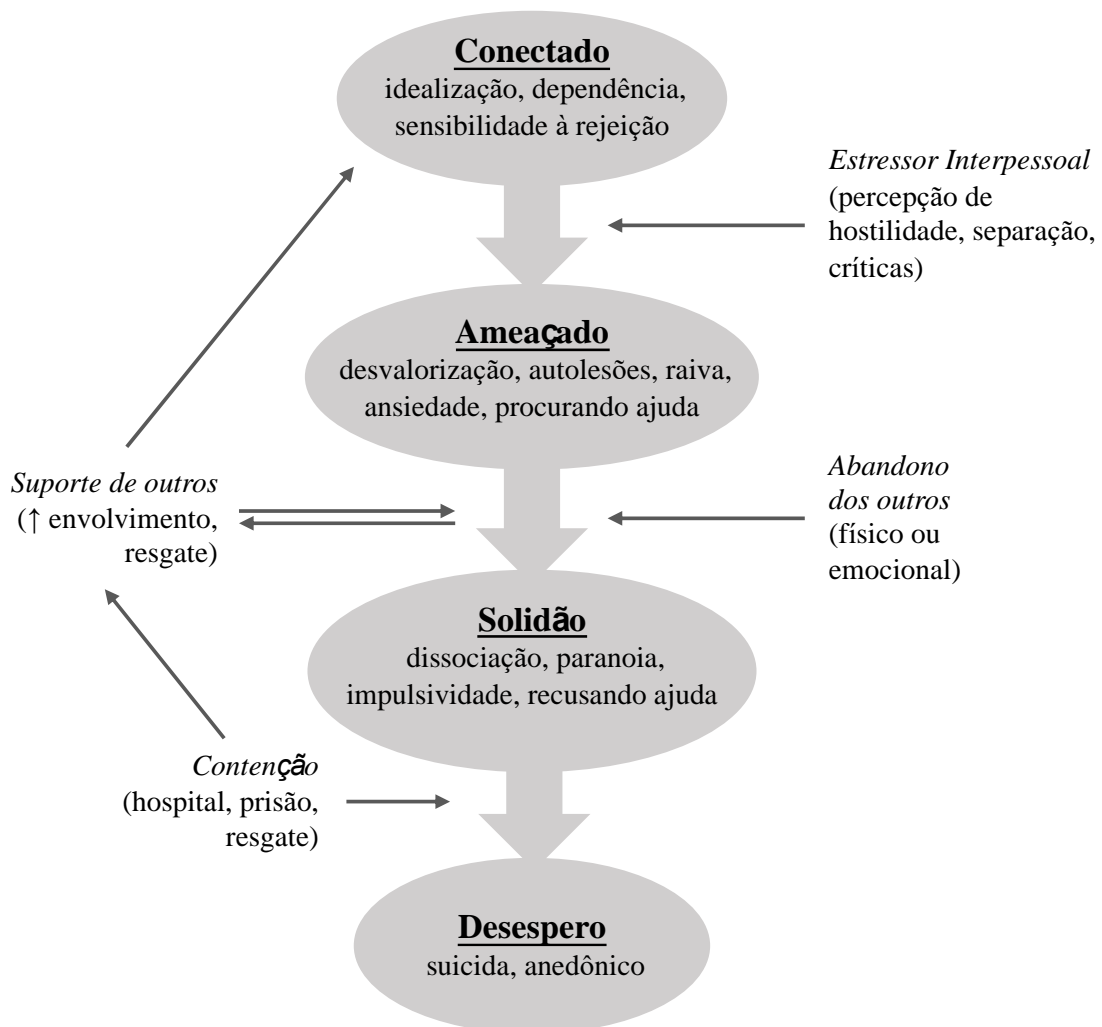
Além disso, focar apenas nos "transtornos do eixo I" pode aumentar o risco de polifarmácia iatrogênica [30, 31] e as comorbidades, depressão e ansiedade, por exemplo, remitem mais lentamente ou até têm menor probabilidade de remitir quando o TPB não é abordado [32].

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.

### Teoria do GPM

A formulação central de Gunderson para o TPB é o modelo da Hipersensibilidade Interpessoal, que explica as oscilações psicopatológicas ao longo de um *continuum* de conectividade interpessoal [Figura 1].



**Figura 1.** Hipersensibilidade Interpessoal [25]

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



Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW  
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 da Aliança Educacional Nacional](#) 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, “inclinarse” [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.

Atividades vocacionais e acadêmicas podem proporcionar estrutura e ajudá-los a construir uma autoestima mais estável [25]. Depois, conseguir parcerias amorosas bem-sucedidas se tornará mais provável. Mais ainda, enfatizar a funcionalidade ocupacional e social é um aspecto distinto do GPM que foi incorporado devido a dados advindos de estudos longitudinais mostrando que uma parcela significativa de pacientes com TPB tem dificuldade em conseguir trabalhar em tempo integral e em ter relacionamentos duradouros [21].

### **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].

O uso de contratos de “não suicídio” é desencorajado, mas pacientes e clínicos devem construir de forma colaborativa um plano de crise que ajude o paciente a identificar sinais de alerta e a implementar estratégias que o

ajudem a se acalmar e a buscar ajuda. Este procedimento fomenta a autonomia [48].

## 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.

As comorbidades são esperadas com o TPB. De forma geral, priorize tratar o TPB em relação à depressão unipolar, aos transtornos de ansiedade e ao transtorno de personalidade narcisista. Entretanto, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), os episódios de mania ou hipomania e a anorexia nervosa são prioridades em relação ao TPB [55]. Quando há transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos por uso de substâncias, bulimia nervosa e TAB tipo II, use o julgamento clínico.

## 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

Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW 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.

É recomendado que os papéis sejam claramente definidos e a comunicação deve ser aberta entre todos os envolvidos. O clínico “principal” irá manejar a segurança, avaliar o progresso e liderar as decisões do tratamento. Os profissionais devem evitar difamar uns aos outros e encorajar os pacientes a expressar as suas queixas diretamente. Esclarecer sobre como funciona a confidencialidade é crucial. Ofereça validação, psicoeducação e objetivos compartilhados para promover a colaboração, especialmente, se o diagnóstico ou a estrutura de tratamento forem questionados. Se os outros membros da equipe permanecerem desconectados em relação ao tratamento, reavalie como continuar o tratamento.

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.

Ela está em uso de venlafaxina, quetiapina, lítio e alprazolam sem eficácia consistente. Após explorar a sua sintomatologia ao longo do tempo, você nota que seus sintomas melhoram e pioram de acordo com estressores interpessoais e que não há evidência de episódios de humor tipicamente encontrados em transtorno bipolar. Por causa de conflitos com colegas, que denotam uma alta sensibilidade, ela teve que mudar diversas vezes de escola. Seus pais acham difícil entender o seu comportamento, o qual eles caracterizam como oscilações súbitas de humor e episódios frequentes de ansiedade e raiva. Ao longo do último semestre, ela sentiu-se pressionada por seus pais a conseguir um emprego ou a começar a faculdade e os culpa pelo seu sofrimento. Quando se sente sobrecarregada, sua mãe proporciona a ela mais apoio e resolve por ela os seus problemas.

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”.



Na próxima sessão, seus pais expressam dúvidas sobre ela ter um diagnóstico real: "Quando ela estava no pronto-socorro, logo após ter se cortado, ela estava rindo!". Ao mesmo tempo, eles mostram-se inseguros com a ideia de diminuir as medicações: "Eles são a única coisa que faz com que ela se acalme e durma". Você empatiza com a dificuldade deles, ensina-lhes o modelo da hipersensibilidade interpessoal e o papel das medicações. A mãe da paciente é grata, e o seu pai demonstra ceticismo, mas ambos estão dispostos a aprender mais sobre o diagnóstico e a como serem mais suportivos. Você fornece a eles o Guia de Família e outros recursos que estão disponíveis on-line. Além de enfatizar que é vital que aprendam como trabalhar "juntos como um time para ajudá-la", já que a cisão reforça o pensamento de "tudo ou nada". Você concorda em se reunir com eles no futuro para avaliar se esse novo conjunto de técnicas que aprenderam está sendo efetivo.

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.

Depois de três meses, ela conta-lhe que tomou um punhado de medicações ansiolíticas de sua mãe para "apagar". Camila acusa-o de ter tirado a única medicação que a fazia se sentir melhor. Depois de falar a ela que você sente muito que se sintam assim, você aponta que ela tem enviado mensagens ao ex-namorado e não tem obtido resposta. Ela demonstra raiva e diz: "Ele é um cara horrível, que nunca me amou. Como eu pude ser tão idiota?". Depois de escutá-la e dar-lhe apoio, ela chora. Ao rever o que houve na semana passada, Camila sentiu-se sozinha após perceber que todos os seus amigos já estavam na faculdade, "vivendo uma vida plena e cheia de festas animadas" que ela segue de perto nas redes sociais. Este é o porquê de ela ter tentado contatar o ex-namorado. Você revisa com ela o plano de segurança adicionando algumas estratégias de como

lidar com a ansiedade, mas reforça que ela precisa de melhores suportes sociais. “De novo, você me vem com essa de ‘melhores suportes sociais e estrutura na minha vida’. Você parece um disco quebrado, sabia?” Você fica surpreso com o comentário dela e, quando está prestes a responder, ela diz: “Você está certo. Eu já deveria ter superado isso”. Então você diz: “Eu ficarei contente em ajudá-la com isso”.

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

---

Croci MS, Brañas MJAA, Fleisher C, Carreño T, Jurado Andia MD, Martinho Júnior E, Choi-Kain LW  
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

1. 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>
2. 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>
3. 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>
4. 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>
5. 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>
6. 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>
7. 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>

8. 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>
9. 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>
10. 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.000000000000113>
11. 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:psych/9780199644209.001.0001>
12. 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>
13. 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>
14. Gunderson JG, Links PS. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2008. 350 p.

15. Gunderson JG, Links PS. Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014. 168 p.
16. 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>
17. 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>
18. 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>
19. 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, D.C: 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.000000000000112>
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. Unruh BT, Gunderson JG. "Good Enough" psychiatric residency training in borderline personality disorder: challenges, choice points, and a model generalist curriculum. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(5):367-77.  
<https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000119>
28. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006;14(5):249-56.  
<https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
29. Rüsç N, Hölzer A, Hermann C, Schramm E, Jacob GA, Bohus M, et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2006;194(10):766-73.  
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>

30. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry*. 2013;202(s54):s24-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>
31. Fineberg SK, Gupta S, Leavitt J. Collaborative deprescribing in borderline personality disorder: a narrative review. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(2):75-86. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000200>
32. Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea MT, Morey LC, Sanislow C, Grilo CM, Stout RL, Zanarini MC, McGlashan TH, Skodol AE. Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(11):1529-34. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09748>
33. Ridolfi ME, Rossi R, Occhialini G, Gunderson JG. A Randomized controlled study of a psychoeducation group intervention for patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2019;81(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.19m12753>
34. 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>
35. 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>
36. 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>

37. 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>
38. 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>
39. 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>
40. 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>
41. 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>
42. 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>
43. 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>
44. Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(2):234-6. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>

- 45. 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>
- 46. 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>
- 47. 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>
- 48. 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>
- 49. 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>
- 50. 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>
- 51. 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>
- 52. 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>

53. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, Kasper S, Greil W. Psychopharmacological treatment of 2195 inpatients 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>
54. 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>
55. 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>
56. 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>
57. 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>
58. 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>
59. 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>

- 60. 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>
- 61. 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>
- 62. 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>
- 63. Sonley AKI, Choi-Kain LW, American Psychiatric Association Publishing. [editors]. Good psychiatric management and dialectical behavior therapy: a clinician's guide to integration and stepped care. Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing; 2021. 173 p.
- 64. Choi-Kain LW, Sharp C, American Psychiatric Association Publishing [editors]. Handbook of good psychiatric management for adolescents with borderline personality disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021.