



ARTIGO DE REVISÃO/REVIEW ARTICLE

Tratamento Farmacológico das Dimensões Sintomáticas da Perturbação de Personalidade *Borderline*: Recomendações Baseadas na Evidência

Drug Treatment of Borderline Personality Disorder Symptomatic Dimensions: Evidence-Based Recommendations

✉ CARLOS SIOPA*¹, ✉ FRANCISCO SILVA¹, ✉ INÊS SOUTO BRAZ¹

1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Departamento de Neurociências e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

RESUMO

A perturbação de personalidade *borderline* (PPBL) constitui-se como uma perturbação da personalidade usualmente exigente quanto ao tratamento, caracterizada por desregulação afetiva persistente, instabilidade da identidade ou autoestima, impulsividade, conflitos interpessoais persistentes e comportamentos autolesivos. O intenso sofrimento subjetivo e o aumento das necessidades de saúde também são característicos desta perturbação. Embora a psicoterapia seja o tratamento *gold-standard*, o tratamento farmacológico torna-se necessário em vários casos. As presentes recomendações visam uma melhor gestão farmacológica da PPBL, fundamentada numa revisão abrangente da literatura que incluiu estudos relevantes e orientações clínicas de organizações como o National Institute for Health and Care Excellence, a World Federation of Societies of Biological Psychiatry e o Australian National Health and Medical Research Council. Diferentes fármacos podem efetivamente melhorar diferentes dimensões sintomáticas: alterações cognitivo-percetuais, desregulação afetiva, impulsividade e disfunção interpessoal. As principais conclusões indicam que os antidepressivos, particularmente os ISRS e os tricíclicos, demonstram eficácia na redução dos sintomas depressivos e da impulsividade. Os estabilizadores de humor, incluindo a lamotrigina e o valproato, mostraram benefícios para a desregulação emocional e comportamentos impulsivos. Os antipsicóticos, nomeadamente o aripiprazol e a olanzapina, proporcionam alívio da desregulação emocional severa e da agressão impulsiva. Destaca-se a eficácia do aripiprazol no tratamento de todas as dimensões sintomáticas. Contudo, uma consideração cuidadosa do perfil de efeitos adversos é crucial, dado o potencial para efeitos indesejáveis, particularmente em populações vulneráveis. Apesar da utilidade reconhecida das intervenções farmacológicas, as limitações na literatura existente, como a variabilidade metodológica e a falta de consenso nas definições de sintomas, limitam a interpretação dos resultados. São necessários estudos longitudinais que avaliem tanto os resultados a curto como a longo prazo do tratamento farmacológico. Um compromisso contínuo com a investigação, dentro de um quadro multidisciplinar, é essencial para otimizar a gestão clínica da PPBL e aprimorar a nossa compreensão da eficácia dos psicofármacos nesta perturbação.

ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) constitutes a hard to treat personality disorder, characterized by persistent emotional dysregulation, identity and self-esteem instability, impulsivity, persistent interpersonal conflicts, and self-harming behaviors. The intense subjective distress and increased healthcare needs are also characteristic. While psychotherapy remains the gold standard for treatment, pharmacotherapy is essential for many individuals with BPD. These guidelines aim for a better pharmacological management of BPD, based on a comprehensive literature review that included relevant studies and clinical guidelines from organizations such as National Institute for Health and

Recebido/Received: 2023-12-29

Aceite/Accepted: 2025-01-05

Publicado Online/Published Online: 2025-01-10

Publicado/Published: –

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Carlos Siopa | carlosiopa@hotmail.com | Av. Prof. Egas Moniz MB, 1649-028 Lisboa

© Author(s) (or their employer(s)) and Portuguese Journal of Psychiatry and Mental Health 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

Care Excellence, World Federation of Societies of Biological Psychiatry and Australian National Health and Medical Research Council. Distinct drugs can effectively target distinct symptom domains: cognitive-perceptual alterations, emotional dysregulation, impulsivity, and interpersonal dysfunction.

Key findings indicate that antidepressants, particularly SSRIs and tricyclics, demonstrate efficacy in reducing depressive symptoms and impulsivity. Mood stabilizers, including lamotrigine and valproate, have shown benefits for emotional dysregulation and impulsive behaviors. Antipsychotics, notably aripiprazole and olanzapine, provide relief from severe emotional dysregulation and impulsive aggression. The efficacy of aripiprazole in the treatment of all symptom dimensions is highlighted. However, careful consideration of the side-effect profile is crucial, given the potential for adverse effects, particularly in vulnerable populations.

Despite the recognized utility of pharmacological interventions, the limitations within the existing literature, such as methodological variability and lack of consensus on symptom definitions, complicate result interpretation. Therefore, longitudinal studies assessing both short-term and long-term outcomes of pharmacological treatments are warranted. A continued commitment to research, within a multidisciplinary framework, is essential for optimizing the clinical management of BPD and enhancing our understanding of the efficacy of pharmacotherapy in this complex disorder.

Palavras-chave: Antidepressivos/uso terapêutico; Antipsicóticos/uso terapêutico; Perturbação de Personalidade Borderline/tratamento farmacológico; Psicoterapia

Keywords: Antidepressive Agents/therapeutic use; Antipsychotic Agents/therapeutic use; Borderline Personality Disorder/drug therapy; Psychotherapy

INTRODUÇÃO

A personalidade refere-se ao conjunto dos padrões persistentes e generalizados de funcionamento do indivíduo, que o caracterizam e distinguem dos pares. Remete-se a padrões de resposta comportamental e afetiva, permitindo antecipar a reação aos estímulos a que é sujeito.¹

Algumas das características da personalidade podem ser agrupadas e permitir o diagnóstico de uma perturbação da personalidade, devido ao seu caráter desadaptativo.¹ Entre as diferentes perturbações da personalidade, a perturbação de personalidade *borderline* (PPBL) [DSM-5TR] é particularmente relevante, não só pelo seu impacto no sofrimento subjetivo do doente e daqueles que o rodeiam, como também pela frequência com que estes doentes contactam com os cuidados de saúde.^{2,3}

Os doentes com PPBL apresentam, com frequência, desregulação afetiva, instabilidade da autoestima ou da identidade, impulsividade, conflituosidade persistente nas relações interpessoais e comportamentos autolesivos com ou sem ideação suicida.^{2,4} No que se refere à abordagem terapêutica destes doentes, o *gold-standard* de tratamento é a psicoterapia.² As diferentes orientações psicoterapêuticas foram modificadas de acordo com os resultados de ensaios aleatorizados e controlados, potenciando a eficácia do tratamento. Assim, a Terapia Comportamental Dialética foi adaptada da Psicoterapia Comportamental; a Psicoterapia Focada nos Esquemas foi adaptada da Psicoterapia Cognitiva; a Psicoterapia Focada na Transferência foi adaptada da Psicanálise; a Psicoterapia Baseada na Mentalização foi adaptada da Psicoterapia Psicodinâmica; estas constituem, a título de exemplo, orientações estruturadas e baseadas na evidência, com eficácia similar entre si. Esta abordagem terapêutica é usualmente associada a tratamento psicofarmacológico. Foram avaliadas diferentes orientações psicoterapêuticas quanto à eficácia, obtendo-se de modo

consistente um incremento no funcionamento psicossocial, nomeadamente através da diminuição da frequência de comportamentos autolesivos e da redução do período sob cuidados hospitalares, estes resultados mais especificamente associados à Terapia Comportamental Dialética.^{5,6} Neste sentido, o tratamento combinado com psicofármacos e psicoterapia é adaptado ao perfil clínico do doente, promovendo a autonomização do mesmo.⁶

A partir de estudos recorrendo à análise de *cluster*, foi possível agrupar os sintomas que caracterizam a PPBL em 4 domínios.⁷ O primeiro domínio, as alterações cognitivo-perceptuais que englobam os fenómenos micro-psicóticos (ideação delirante e alucinações auditivas/visuais) e também a despersonalização/desrealização, que podem surgir transitariamente em episódios de crise. O segundo domínio, a impulsividade que se caracteriza por respostas não premeditadas e disfunção de controlo inibitório, com potencial de colocar o doente em risco. O terceiro domínio, a desregulação afetiva que se caracteriza por uma elevada reatividade emocional, com dificuldade em retornar ao estado emocional basal. O quarto e último domínio, a disfunção interpessoal que se caracteriza por relações interpessoais instáveis e conflituais, caracterizadas por mudanças dramáticas do envolvimento e idealização do outro, consoante o cumprimento das próprias expectativas. É informada por uma dificuldade no reconhecimento dos sentimentos e necessidades do outro e uma hipersensibilidade à possibilidade de rejeição, sendo o comportamento estritamente influenciado por um evitamento de abandono, real ou imaginário.^{7,8} É importante sublinhar a evidência de que estas dimensões sintomáticas estão associadas a circuitos neurais e neurotransmissores distintos, apesar destes ainda não serem claros ou consensuais.⁹ Esta variabilidade de apresentação e circuitos envolvidos pode ajudar a explicar a heterogeneidade clínica da PPBL. Adicionalmente,

este facto pode também justificar, pelo menos em parte, a resposta individual diferencial de conjuntos de doentes a diferentes psicofármacos administrados e a dificuldade no desenho de estudos de psicofármacos nesta população de doentes. Parece ser assim importante o rigor psicopatológico na avaliação destes doentes de forma que a terapêutica psicofarmacológica prescrita possa ser individualizada e baseada num racional mais robusto.

As abordagens psicoterapêuticas baseadas na evidência apresentam 5 características comuns: abordagens estruturadas (ou dirigidas por manual) às diferentes problemáticas da perturbação; incentivo do sentido de agência (os doentes deverão ser incentivados a assumir autocontrolo); elaboração do nexo entre sentimentos e ações consequentes; abordagem ativa, responsiva e de validação; inter ou supervisão de casos.⁵ No entanto, apesar de a psicoterapia ser o tratamento *gold-standard*, a maioria destes doentes necessitam de tratamento psicofarmacológico. Cerca de 78% utilizam psicofármacos durante mais de 75% do período de doença. Adicionalmente, 37% cumprem tratamento com mais do que um fármaco,¹⁰ que é grande medida prescrita *off-label*, particularmente durante episódios de crise.^{6,11} É, portanto, fundamental o papel que os psicofármacos podem ter para a gestão terapêutica destes doentes.

É objetivo desta *guideline*, organizar as recomendações para a utilização de psicofármacos na PPBL.

MÉTODOS

A elaboração desta *guideline* assentou em revisão bibliográfica por pesquisa na MEDLINE (National Library of Medicine, Bethesda, Estados Unidos da América), com inclusão de publicações em língua portuguesa e inglesa e sem balizamento temporal. Optamos por consultar as normas de orientação clínica do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), da World Federation of Societies Of Biological Psychiatry (WFSBP) e do National Health and Medical Research Council (NHMRC). Esta revisão foi complementada com a consulta do Maudsley's Prescribing Guidelines in Psychiatry. A qualificação do nível de evidência segue as indicações GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) e a respetiva classificação é a adotada pela Direção Geral de Saúde para a emissão das Normas Clínicas elaboradas pelo Departamento da Qualidade na Saúde.

GUIDELINE

a. Circunstâncias para Utilização dos Psicofármacos^{2,6}

As normas internacionais reportam-se ao tratamento da PPBL e admitem que os psicofármacos sedativos poderão ser utilizados em contexto de crise.

b. Recomendações Gerais de Prescrição Farmacológica²

Estão identificadas um conjunto de recomendações para a prescrição de fármacos no tratamento da PPBL. São estas:

- a prescrição do menor número de caixas quando há risco de sobredosagem;
- acordar com o doente quais os sintomas que se pretende tratar e antecipar a duração desse tratamento;
- acordar um plano para potenciar a adesão terapêutica;
- descontinuar o fármaco se não ocorrer remissão sintomática;
- se não for possível suspender o fármaco do período de crise após uma semana, deverão haver reavaliações frequentes para avaliar a sua eficácia, efeitos adversos, abuso ou dependência e essa frequência deverá ser acordada com o doente.

c. Perfil de Fármacos a Utilizar^{2,12}

Os fármacos selecionados deverão reunir um conjunto de qualidades, como a melhor tolerabilidade, menor perfil de desenvolvimento de tolerância ou de abuso, maior segurança na sobredosagem e prescritos na dose mínima eficaz.

d. Duração Recomendada do Tratamento Psicofarmacológico^{2,6,13}

Quanto ao período indicado há divergências: durante 1 semana segundo as normas da NICE (2009) e 3 meses segundo as normas da WFSBP (2007), devendo ser utilizadas as menores doses possíveis.

De acordo com a última revisão sistemática da Cochrane, sobre a eficácia de psicofármacos para as distintas dimensões sintomáticas da PPBL, a duração do tratamento poderá estender-se para lá de 1 semana, se benéfico. Alerta ainda que, em período de crise, pode ser ponderado uso de fármacos sedativos a curto-prazo (até 1 semana), evitando mais do que um fármaco, dos quais se excluem os anti-histamínicos. Apesar dessa revisão sistemática sugerir que a olanzapina apresenta um perfil de efeitos desfavorável no tratamento de comportamentos autolesivos e suicidários, uma revisão sistemática mais recente não replica esse dado.

e. Dimensões Sintomáticas que Beneficiam de Tratamento Farmacológico¹⁴

Os sintomas da PPBL que poderão beneficiar de tratamentos farmacológico são agrupados em quatro dimensões sintomáticas, que são as alterações cognitivo-percetuais, a desregulação afetiva, a impulsividade/alterações comportamentais e a disfunção interpessoal.⁷ A Tabela 1 e a Tabela 2 identificam os psicofármacos com maior nível de evidência no tratamento das diferentes dimensões sintomáticas descritas.

f. Graus de Evidência por Fármaco dentro da sua Classe Psicofarmacológica

i. Antidepressivos^{2,16,17}

Os antidepressivos tricíclicos associam-se a uma redução dos sintomas depressivos, de impulsividade e de comportamentos agressivos. Destes, foram avaliados a amitriptilina e imipramina (Nível de evidência A).¹⁷ Num ensaio clínico, a amitriptilina demonstrou efeito superior ao placebo no tratamento dos sintomas depressivos, de comportamentos agressivos, de despersonalização, de ideação paranoide, de

sintomas obsessivo-compulsivos e de desesperança (Nível de evidência B). Os SSRI enquanto classe associam-se a atenuação da desregulação afetiva (Nível de evidência A). A fluoxetina, a sertralina e a venlafaxina tratam a desregulação afetiva, impulsividade, alterações cognitivo-perceptuais e melhoram o funcionamento global (Nível de evidência A). Alguns dos ensaios evidenciam benefícios na impulsividade após 1 semana de tratamento, sem relação com a evolução dos sintomas depressivos. As doses utilizadas foram: fluoxetina até 80 mg/dia, sertralina até 200 mg por dia e venlafaxina até 400 mg por dia. Em particular, a fluoxetina demonstrou ser eficaz no tratamento da irritabilidade, de comportamentos agressivos, da ansiedade, de sintomas depressivos, da raiva e na melhoria do funcionamento global (Nível de evidência B). A fluvoxamina também demonstrou eficácia no tratamento da desregulação afetiva (Nível de evidência B).

ii. Benzodiazepinas^{6,18-21}

As benzodiazepinas são desencorajadas, enquanto classe, pelo seu efeito deletério nas funções cognitivas e coordenação motora, bem como pelo efeito sedativo que se considera interferir negativamente com a abordagem psicoterapêutica. O risco de adição e de reações paradoxais poderá ser superior na população com PPBL. O risco de reações paradoxais é superior com o alprazolam e este fármaco poderá agravar a impulsividade e alterações comportamentais (Nível de evidência B). O clonazepam poderá ser útil como tratamento adjunto de sintomas de ansiedade e sentimentos de raiva (Nível de evidência C).

iii. Estabilizadores de Humor e Outros Anticonvulsivantes^{13,15,16,22}

O lítio associa-se a benefícios na impulsividade, raiva e comportamentos autolesivos, mas tem risco de toxicidade importante (Nível de evidência B).

O valproato semissódico associa-se a benefícios nos comportamentos agressivos, sintomas depressivos, desregulação afetiva, raiva e na disfunção interpessoal (Nível de evidência A).

A lamotrigina associa-se a benefício no tratamento da desregulação afetiva, raiva e impulsividade (Nível de evidência A).

A carbamazepina associa-se a benefício na impulsividade, comportamento agressivo, raiva, sintomas depressivos ou ansiosos e desregulação afetiva (Nível de evidência A). Estudos com Nível de evidência C reportam benefício global significativo.

A oxcarbazepina (entre 1200 e 1500 mg por dia) demonstra benefícios no tratamento de ansiedade, disfunção interpessoal, impulsividade, desregulação afetiva e raiva (Nível de evidência B).

O topiramato associa-se a benefícios no tratamento da disfunção interpessoal, sintomas depressivos e ansiosos, de psicopatologia geral, raiva e de impulsividade (Nível de evidência A).

iv. Antipsicóticos^{5,13,15,16,23}

O haloperidol associa-se a benefícios no tratamento de desregulação afetiva, na diminuição de tentativas de suicídio e dos níveis de raiva (Nível de evidência A). Associa-se também a benefícios no tratamento de sintomas depressivos, impulsividade e ideação paranoide (Nível de evidência B).

A clozapina demonstra eficácia no tratamento de impulsividade, alterações cognitivo-perceptuais, comportamentos autolesivos, abuso de substâncias e sintomas depressivos (Nível de evidência B).

A risperidona associa-se a benefícios no tratamento de comportamentos agressivos, desregulação afetiva, ideação paranoide e disfunção interpessoal (Nível de evidência B). A formulação injetável de longa duração quinzenal atenua sintomas ansiosos (Nível de evidência C).

A olanzapina associa-se a benefícios no tratamento de comportamentos agressivos, desregulação afetiva, sintomas depressivos, alterações cognitivo-perceptuais e de ansiedade (Nível de evidência A). Apresenta ainda benefícios no tratamento da disforia crônica, disfunção interpessoal e raiva (Nível de evidência B). A evidência quanto à eficácia da olanzapina no tratamento de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio é inconsistente, havendo ensaios que reportam aumento do risco de suicídio (Nível de evidência B).

O aripiprazol associa-se a benefícios no tratamento da desregulação afetiva, alterações cognitivo-perceptuais, disfunção interpessoal, sintomas depressivos, tentativas de suicídio, de sintomas de psicopatologia geral e impulsividade (Nível de evidência A).

A quetiapina associa-se a benefícios no tratamento de comportamentos agressivos, impulsividade e ansiedade (Nível de evidência B).

A ziprasidona não apresentou benefícios no tratamento de qualquer dimensão sintomática da PPBL.

Tabela 1. Grau de Evidência por Classe Farmacológica

CLASSE FARMACOLÓGICA	PSICOFÁRMACO	SINTOMAS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Antidepressivos Tricíclicos	Amitriptilina	Sintomas depressivos, impulsividade e comportamentos agressivos	A
		Despersonalização, ideação paranoide, sintomas obsessivo-compulsivos e desesperança	B
	Imipramina	Sintomas depressivos, impulsividade e comportamentos agressivos	A
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina	Fluoxetina	Desregulação afetiva, impulsividade e alterações cognitivo-percetuais	A
		Irritabilidade, comportamentos agressivos, sintomas depressivos e ansiosos e raiva	B
	Fluvoxamina	Desregulação afetiva	B
	Sertralina	Desregulação afetiva, impulsividade e alterações cognitivo-percetuais	A
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina	Venlafaxina	Desregulação afetiva, impulsividade e alterações cognitivo-percetuais	A
Benzodiazepinas	Clonazepam	Tratamento adjunto de sintomas de ansiedade e raiva	C
	Lítio	Impulsividade, raiva e comportamentos autolesivos	B
Estabilizadores de Humor	Valproato Semissódico	Comportamentos agressivos, sintomas depressivos, desregulação afetiva, raiva e disfunção interpessoal	A
		Lamotrigina	Desregulação afetiva, raiva e impulsividade
	Carbamazepina	Impulsividade, comportamento agressivo, raiva, sintomas depressivos e ansiosos e desregulação afetiva	A
	Oxcarbazepina	Ansiedade, disfunção interpessoal, impulsividade, desregulação afetiva e raiva	B
	Topiramato	Disfunção interpessoal, sintomas depressivos e ansiosos, raiva e impulsividade	A
Antipsicóticos Típicos	Haloperidol	Desregulação afetiva, tentativas de suicídio e raiva	A
		Sintomas depressivos, impulsividade e ideação paranoide	B
Antipsicóticos Atípicos	Clozapina	Impulsividade, alterações cognitivo-percetuais, comportamentos autolesivos, abuso de substâncias e sintomas depressivos	B
	Risperidona	Comportamentos agressivos, desregulação afetiva, ideação paranoide e disfunção interpessoal	B
	Risperidona Injetável Quinzenal	Sintomas ansiosos	C
	Olanzapina	Comportamentos agressivos, desregulação afetiva, sintomas depressivos, alterações cognitivo-percetuais e ansiedade	A
		Disforia crónica, disfunção interpessoal e raiva	B
Aripiprazol	Desregulação afetiva, alterações cognitivo-percetuais, disfunção interpessoal, sintomas depressivos, tentativas de suicídio e impulsividade	A	
Quetiapina	Comportamentos agressivos, impulsividade e ansiedade	B	

Tabela 2. Recomendações de Prescrição na Perturbação da Personalidade Borderline por Domínio Sintomático

DIMENSÃO SINTOMÁTICA	RECOMENDAÇÃO PSICOFARMACOLÓGICA
Desregulação afetiva	Aripiprazol, Carbamazepina, Fluoxetina, Haloperidol, Lamotrigina, Olanzapina, Sertralina, Topiramato, Valproato Semissódico, Venlafaxina
Alterações cognitivo-percetuais	Aripiprazol, Fluoxetina, Olanzapina, Sertralina, Venlafaxina
Impulsividade e alterações comportamentais	Aripiprazol, Carbamazepina, Fluoxetina, Haloperidol, Lamotrigina, Olanzapina, Sertralina, Topiramato, Valproato Semissódico, Venlafaxina
Disfunção interpessoal	Aripiprazol, Topiramato, Valproato Semissódico

CONCLUSÃO

Os fármacos apresentam, individualmente, consistência variável quanto aos efeitos benéficos nos *outcomes* avaliados em cada estudo. Esses *outcomes* refletem a pluralidade de sintomas que caracterizam a PPBL. Para a seleção do melhor fármaco, deverão ser identificadas as manifestações sintomáticas a tratar, considerar as recomendações gerais de prescrição incluindo o perfil de tolerância e selecionar aquele que apresenta melhor qualidade de evidência para as respetivas manifestações.

As dimensões sintomáticas que mais consistentemente beneficiam de tratamento farmacológico são a impulsividade/alterações comportamentais e a desregulação afetiva.

O aripiprazol apresenta maior consistência de benefício no tratamento de um maior número de sintomas e com eficácia demonstrada em todas as dimensões sintomáticas, pelo que se admite como uma escolha de princípio adequada.

Em suma, embora os resultados destaquem a utilidade de intervenções farmacológicas no tratamento das diferentes dimensões sintomáticas da PPBL, é crucial reconhecer as limitações presentes na literatura atual. A diversidade de metodologias e a falta de consenso na definição e avaliação dos sintomas contribuem para a complexidade na interpretação dos resultados. Para preencher as lacunas de conhecimento existentes, propõe-se a implementação de estudos longitudinais que avaliem não apenas a eficácia a curto prazo, mas também o impacto a longo prazo das intervenções farmacológicas. O compromisso contínuo com a investigação, através de uma abordagem integrada e multidisciplinar, é fundamental para aprimorar a compreensão da eficácia dos tratamentos farmacológicos e para otimizar a gestão clínica da PPBL.

Prémios e Apresentações Anteriores: O presente estudo e respetivos resultados foram apresentados em comunicação oral no 1.º Encontro da Secção de Perturbações da Personalidade da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, em abril de 2024, onde foi distinguido com um prémio.

Awards and Previous Presentations: This study and its results were presented as an oral communication at the 1st Meeting of the Personality Disorders Section of the Portuguese Society of Psychiatry and Mental Health, in April 2024, where it was awarded a prize.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

Proveniência e Revisão por Pares: Não solicitado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

CS: Concetualização do manuscrito; pesquisa bibliográfica; redação do manuscrito.

FS: Pesquisa bibliográfica; redação do manuscrito.

ISB: Revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

CS: Conceptualization of the manuscript; bibliographical research; writing of the manuscript.

FS: Literature search; drafting the manuscript.

ISB: Critical revision of the manuscript.

All the authors approved the final version to be published.

REFERÊNCIAS

1. Millon T. Invited Essay What Is a Personality Disorder? *J Pers Disord*. 2016;30:289-306.
2. Borderline personality disorder: recognition and management: Clinical guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2009.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Chicago: APA; 2022.
4. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4:1-21. doi:10.1038/nrdp.2018.29
5. Rocca P, Marchiaro L, Cocuzza E, Bogetto F. Treatment of borderline personality disorder with risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:241-4. doi:10.4088/JCP.V63N0311
6. Herpertz S, Zanarini M, Schulz C, Siever L, Lieb K, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8:212-44. doi:10.1080/15622970701685224
7. Paris J. The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *J Pers Disord*. 2007;21:457-73. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.457.
8. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4: 18029. doi:10.1038/nrdp.2018.29
9. Westlund Schreiner M, Klimes-Dougan B, Mueller BA, Nelson KJ, Lim KO, Cullen KR. Neurocircuitry associated with symptom dimensions at baseline and with change in borderline personality disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2019;290:58-65. doi:10.1016/j.pychresns.2019.07.001
10. Zanarini, Mary C, Frankenburg, et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2108-14.
11. Zanarini MC. Borderline personality disorder. Boca Raton: CRC Press; 2005.
12. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:735-43. doi:10.1016/S0140-6736(14)61394-5
13. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010;196:4-12. doi:10.1192/bjp.bp.108.062984
14. Bohus M, Schmahl C, Lieb K. New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6:43-50. doi:10.1007/s11920-004-0038-4
15. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*. 2008;22:671-92. doi:10.2165/00023210-200822080-00005
16. Australian Government, National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2012.
17. Direção-Geral da Saúde. Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência [consultado Out 2023]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia-pdf.aspx>
18. Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 14th ed. London: Wiley-Blackwell; 2021.
19. Díaz-Marsá M, González Bardanca S, Tajima K, García-Albea J, Navas M, Carrasco JL. Psychopharmacological treatment in borderline personality disorder. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:39-49.
20. Lieb K, Stoffers J, Dulz B. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Nervenheilkunde*. 2014;33:720-2. doi:10.1055/s-0038-1627733
21. Freinhar JP, Alvarez WA. Clonazepam: A novel therapeutic adjunct. *Int J Psychiatry Med*. 1985;15:321-8. doi:10.2190/6dk0-tpwy-mcdj-ddf9
22. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2009;70:14379. doi:10.4088/JCP.08R04526GRE
23. Díaz-Marsá M, Galian M, Montes A, Fernández R, Arza R, López-Ibor J, et al. Risperidona intramuscular de acción prolongada en el trastorno límite de la personalidad resistente al tratamiento. Un estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:70-4.