

BMJ Best Practice

Transtornos de personalidade

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	6
Classificação	6
Prevenção	8
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	10
Fatores de risco	13
Anamnese e exame físico	14
Exames diagnóstico	16
Diagnóstico diferencial	18
Critérios de diagnóstico	21
Tratamento	23
Abordagem passo a passo do tratamento	23
Visão geral do tratamento	30
Opções de tratamento	33
Novidades	50
Acompanhamento	51
Recomendações	51
Complicações	52
Prognóstico	52
Diretrizes	54
Diretrizes de diagnóstico	54
Diretrizes de tratamento	54
Recursos online	56
Nível de evidência	57
Referências	58
Aviso legal	67

Resumo

- ◇ Padrão crônico, relativamente comum, de anormalidades perceptivas e comportamentais. Elas se manifestam como problemas em pelo menos dois dos seguintes domínios: cognitivo-perceptivo, regulação do afeto, funcionamento interpessoal ou controle do impulso.
- ◇ Início dos sintomas em crianças/adolescentes com estabilidade ao longo do tempo.
- ◇ A apresentação típica envolve transtornos comórbidos (mais que um transtorno de personalidade ou diagnósticos adicionais de depressão, ansiedade, transtorno somatoforme ou relacionado ao abuso de substâncias).
- ◇ A relação contínua com médicos de atenção primária é essencial, mas sua manutenção pode ser desafiadora.
- ◇ O potencial para autolesão deve ser monitorado. Também há potencial para retração social.
- ◇ Indica-se psicoterapia na maioria dos casos. O uso seletivo de farmacoterapia pode fornecer benefícios adicionais.

Definição

Transtornos de personalidade referem-se a padrões duradouros de pensar e de sentir sobre si mesmo e sobre os outros que afetam de forma significativa e adversa o funcionamento do indivíduo nos vários aspectos da vida. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5),^[1] os transtornos de personalidade são classificados em 10 tipos distintos: paranoide, esquizoide, esquizotípica, antissocial, limítrofe, histriônica, narcisista, esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva. Nenhum dos critérios para transtornos de personalidade mudou no DSM-5 em relação à edição prévia, DSM-IV.

No processo de desenvolvimento do DSM-5, várias revisões que teriam mudado significativamente o método pelo qual os pacientes com tais transtornos são diagnosticados foram propostas. Entretanto, baseando-se no feedback de um estudo multinível das revisões propostas, a American Psychiatric Association decidiu por fim reter a abordagem categorial do DSM-IV, mantendo os 10 transtornos de personalidade anteriores. A motivação para o desenvolvimento do DSM-5 foi a falta de validade das categorias existentes de transtornos mentais, de acordo com critérios tradicionais,^[2] apesar de que novas opções para esses transtornos destinaram-se a atender a esses padrões de alguma forma. Infelizmente, os desenvolvedores do DSM-5 não melhoraram o problema de validade com nenhuma das categorias de diagnóstico, principalmente os transtornos de personalidade.

As revisões propostas que não foram aceitas para o corpo principal do manual foram aprovadas como um modelo híbrido dimensional-categorial alternativo que será incluído em um capítulo separado na Seção III do DSM-5. Esse modelo alternativo foi incluído para encorajar estudos adicionais sobre como essa nova metodologia poderia ser usada para avaliar a personalidade e para diagnosticar os transtornos de personalidade na prática clínica. A metodologia híbrida retém seis tipos de transtorno de personalidade: limítrofe, obsessivo-compulsiva, esquiva, esquizotípica, antissocial e narcisista. Além disso, o DSM-5 afastou-se do sistema multiaxial para uma avaliação nova que remove os limites arbitrários entre transtornos de personalidade e outros transtornos mentais.

Os transtornos de personalidade envolvem um padrão crônico tanto de percepção interna quanto de comportamento observável em pelo menos dois dos quatro seguintes domínios de sintomas: cognitivo-perceptivo, regulação do afeto, funcionamento interpessoal ou controle do impulso.^[1] Os transtornos de personalidade têm sido classificados em três categorias gerais ou grupos: grupo A (estranho/excêntrico); grupo B (dramático); grupo C (ansioso/receoso).^[1] Entretanto, os fundamentos sobre a qual os transtornos de personalidade têm sido definidos foi o tema de rigorosos debates. Assim, a avaliação e as recomendações de tratamento não compartilham as mesmas evidências de base que as usadas para os transtornos de humor, ansiedade, psicóticos e outros transtornos mentais principais do eixo I.^[3] Os transtornos de personalidade estão associados a um sofrimento significativo em todos esses domínios. Em unidades básicas de saúde, os médicos geralmente encontram pacientes com transtornos de personalidade no contexto de tratá-los para uma comorbidade clínica, como a depressão.^{[4] [5] [6]}

Epidemiologia

Estudos realizados nos EUA indicam uma taxa de prevalência para transtornos de personalidade DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição) de 9%^[8] a 11.2%.^[9] Um estudo comunitário de larga escala que utilizou um questionário estruturado administrado por entrevistadores leigos treinados obteve uma taxa de prevalência para qualquer transtorno de personalidade de 14.79%.^[10] Entretanto, na segunda fase desse estudo, com critérios mais rigorosos aplicados de acordo com o nível de sofrimento ou prejuízo, a taxa de prevalência para qualquer transtorno de personalidade foi de

9.1%.[11] O transtorno de personalidade esquizoide é mais comum em homens, sendo que o transtorno de personalidade esquizotípica é diagnosticado igualmente entre homens e mulheres.[11] O transtorno de personalidade antissocial é mais prevalente entre homens que entre mulheres;[10] [12] os homens também apresentaram taxas mais altas de transtornos nos grupos A (estranho/excêntrico) e B (dramático) em comparação com as mulheres.[8] A prevalência do transtorno de personalidade antissocial parece diminuir com o aumento da idade.[8] [12] Isso é observado na maioria dos outros transtornos de personalidade,[10] com exceção do transtorno da personalidade esquiva.[10] Um estudo longitudinal demonstrou que as taxas de prevalência diminuíram entre as idades de 22 e 33 anos.[9] Estudos europeus encontraram taxas de prevalência comparáveis[13] [14] e taxas de prevalência mais altas de transtornos do grupo B em uma faixa etária mais jovem.[14] As taxas de prevalência para os vários grupos variam de 1.5% para o grupo B a 6.0% para o grupo C.[12] As pesquisas são limitadas e inconsistentes em termos de taxas de prevalência diferenciais entre etnias diversas.[10] [12] A aplicação das taxas de prevalência dos critérios de prejuízo para ter qualquer transtorno de personalidade variam de 5.31% para asiáticos/nativos do Havaí/outras ilhas do Pacífico e não hispânicos a 17.37% para aborígenes norte-americanos/nativos do Alaska e não hispânicos.[11] Uma revisão de 15 estudos (5 deles considerados de alta qualidade) concluiu que a prevalência dos transtornos de personalidade é menor entre afro-americanos versus pessoas brancas, e que os dados limitados impossibilitam conclusões adicionais.[15]

Etiologia

Há evidência de efeitos genéticos e ambientais no desenvolvimento de transtornos de personalidade; entretanto, a contribuição relativa de cada um é variável.[16] [17] [18] [19] [20] [21] [22]

Uma linha de pesquisa investigou as alterações cerebrais em pacientes com transtornos de personalidade. Os achados neurobiológicos podem ser determinados geneticamente, uma causa direta de trauma emocional precoce ou uma consequência da atividade elevada dos sistemas neurobiológicos associados ao estresse. Pesquisas sugeriram uma ligação entre o trauma precoce e disfunções neurobiológicas posteriores.[23] Um estudo de variantes genéticas do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal mostrou uma forte associação entre trauma na infância e polimorfismos genéticos em homens e mulheres com transtorno de personalidade limítrofe.[24]

Em um estudo longitudinal em crianças acompanhadas ao longo de 4.5 anos após o nascimento, observou-se que a exposição ao estresse materno na primeira infância sensibilizou a resposta do eixo hipófise-adrenal das crianças para uma exposição subsequente.[25] Da mesma forma, uma investigação da exposição a adversidades pré-natais (ou seja, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, ansiedade e depressão) mostrou que a exposição a estresse elevado no útero foi associada a transtorno de personalidade limítrofe em crianças 11 a 12 anos depois.[26]

Fatores ambientais que têm sido ligados ao desenvolvimento de transtornos de personalidade incluem: maus tratos na infância, especialmente uma história de abuso físico durante a infância; abuso sexual; e abandono.[27] Estima-se que indivíduos que vivenciaram abuso ou abandono na infância apresentam possibilidade 4 vezes maior (ou mais) de serem diagnosticados com transtornos de personalidade quando comparados àqueles que não exibem tal história.[27] Entretanto, os resultados variam de acordo com a fonte da informação (autorrelato ou registros documentados de um período concomitante aos eventos).[27] Um estudo transversal comparando autorrelatos de adultos diagnosticados com transtorno da personalidade esquiva àqueles com fobia social demonstrou que o transtorno da personalidade esquiva estava altamente correlacionado à negligência e, mais acentuadamente, à negligência física.[28] Um estudo prospectivo encontrou altas taxas de transtorno de personalidade limítrofe em crianças com histórias de abuso físico ou

abandono (mas não de abuso sexual) quando comparadas aos controles.[29] No entanto, quando fatores como abuso de drogas/álcool e situação empregatícia dos pais foram considerados, a relação entre o abuso e o transtorno de personalidade limítrofe não foi menos significativa, demonstrando a natureza multifatorial desse transtorno.

Há evidências para dar suporte à contribuição genético-ambiental para o desenvolvimento de aspectos específicos dos transtornos de personalidade, como instabilidade emocional[30] e comportamento suicida.[31]

Fisiopatologia

A maioria dos estudos das bases biológicas dos transtornos de personalidade tem focado nos tipos esquizotípica e limítrofe.[32] O transtorno de personalidade esquizotípica tem sido associado com anormalidades de movimento, e distúrbios físicos menores não foram encontrados em pacientes com outros transtornos de personalidade ou controles.[32] Os estudos também indicam diferenças nas medidas neurobiológicas que distinguem os pacientes esquizotípicos tanto dos controles quanto dos pacientes com esquizofrenia.[32]

O transtorno de personalidade limítrofe tem sido associado à ruptura do sistema de serotonina (5-HT), à suspensão da via de opiáceos endógenos (implicada no comportamento repetitivo de automutilação não suicida) e ao funcionamento alterado de áreas do cérebro responsáveis pela agressividade impulsiva e pela regulação afetiva.[32] Estudos genéticos encontraram anormalidades no transportador de 5-HT, na triptofano hidroxilase e no gene do receptor de 5-HT2A.[33]

Acredita-se que conexões entre o córtex pré-frontal e a amígdala têm um papel fundamental na regulação de respostas emocionais e comportamentais. A desregulação emocional e a impulsividade, que são manifestações comuns dos transtornos de personalidade, podem estar relacionadas à regulação pré-frontal reduzida e/ou à ativação aumentada da amígdala.[34]

Acredita-se que a atividade dopaminérgica seja importante na emoção, no processamento de informações, no controle dos impulsos e na cognição; portanto, uma teoria sobre a disfunção da dopamina foi proposta, baseada na observação da redução de alguns sintomas do transtorno de personalidade limítrofe com o tratamento de antagonistas dos receptores da dopamina.[35] A teoria do envolvimento do sistema dopaminérgico no transtorno de personalidade limítrofe também é suportado por resultados de testes provocativos com anfetamina e metilfenidato em pessoas com o transtorno.[35]

O papel do sistema nervoso adrenérgico também foi demonstrado pela disfunção ou desregulações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.[24] [33]

A oxitocina foi proposta como um fator na psicopatologia do transtorno de personalidade limítrofe devido a seus efeitos na empatia e redes de recompensa, regulação afetiva e comportamento adaptativo.[36] O papel da oxitocina no transtorno de personalidade limítrofe ainda está sob investigação. No entanto, alguns estudos sugerem que níveis baixos de oxitocina endógena são um fator e desregulações no sistema da oxitocina foram encontradas em pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade limítrofe.[37]

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), classificação de transtornos de personalidade[1]

Três grupos: grupo A (estranho/excêntrico); grupo B (dramático); grupo C (ansioso/receoso).

- Grupo A: esquizoide, esquizotípica, paranoide
- Grupo B: limítrofe, histriônica, antissocial, narcisista
- Grupo C: esquiva, dependente, obsessivo-compulsiva

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10)[7]

Três grupos:

- Transtornos de personalidade específicos
- Transtornos de personalidade mistos e outros
- Alterações de personalidade duradouras, não atribuíveis a danos cerebrais ou à doença.

Prevenção secundária

Os médicos podem oferecer aconselhamento comportamental efetivo para doenças com probabilidade de serem impactadas pelos sintomas dos transtornos de personalidade, como o abuso de substâncias ou questões de estilo de vida importantes (alimentação e exercícios, comportamentos de risco, tabagismo). O aconselhamento pode ser oferecido a pacientes com transtornos de personalidade que também são pais para melhorar a comunicação da família e a parentalidade; os pacientes que são acompanhados por médicos de família têm a oportunidade de participar de uma sessão de aconselhamento familiar no contexto do cuidado clínico de rotina. Médicos de atenção primária que oferecem cuidados clínicos integrados com atenção a problemas psicossociais podem ajudar os pacientes a moderar a influência dos sintomas relacionados aos transtornos de personalidade no seu estado de saúde geral.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 22 anos de idade apresenta-se a um centro clínico familiar porque está preocupado com sensações de tontura e de fraqueza. Sua história médica não apresenta nada digno de nota e essa é a sua primeira visita ao centro médico. Durante a entrevista, o médico nota a expressão facial desanimada do paciente e pergunta sobre outros problemas. Ele admite que não dorme há 2 dias por causa de tensões em seu relacionamento com a namorada, que está visitando a família dela em outra parte do país. Ela pareceu distante no telefone, e ele está preocupado com a possibilidade de ela estar passando tempo com o seu ex-namorado, que reside na mesma cidade que a família dela. Ele solicita um medicamento para ajudá-lo a dormir e, após alguns minutos, confessa ao médico as oscilações de humor que tem experimentado recentemente. Ele admite que gostava de uma garota no passado, mas descobriu que ela não estava interessada nele. Desde então, tornou-se desesperançoso e desanimado. Ele reconheceu pensar que não queria mais viver e que não tinha mais esperança de encontrar alguém, mas não cogitava suicídio naquele momento. Em vez disso, ele se confortou em doar sangue, já que a imagem de seu próprio sangue era extremamente calmante. Ele também se sentiu seguro no ambiente controlado do centro de doação. No entanto, ele relata que nesse momento a intensidade de seu sofrimento é maior, que ele se sente "sozinho no mundo" e que mesmo os seus amigos estão "contra ele".

Outras apresentações

A variedade de transtornos de personalidade é grande e eles diferem acentuadamente em seus quadros clínicos. Ao contrário de outras doenças mentais nas quais os pacientes podem procurar assistência em unidades básicas de saúde, é pouco provável que pacientes com dificuldades de personalidades relatem que a sua "personalidade" seja a fonte de seu sofrimento. Em vez disso, os pacientes com transtornos de personalidade podem relatar sintomas de: transtorno persistente de humor ou de ansiedade; transtorno relacionado ao abuso de substâncias; sintomas múltiplos clinicamente inexplicáveis; ou dificuldades no funcionamento interpessoal. Muitas vezes, esses sintomas se manifestam em interações desafiadoras entre médico e paciente. A atenção a manifestações não verbais, como cicatrizes de comportamentos autoprejudiciais, também deve ser o foco de avaliação contínua. É pouco provável que o médico de atenção primária intervenha diretamente para tratar de problemas de personalidade, mas por meio do estabelecimento de um relacionamento terapêutico efetivo, pode ajudar o paciente a melhorar o "índice" dos sintomas que estão causando o sofrimento. Manter contato com os pacientes com transtornos de personalidade pode ser desafiador por causa da natureza das suas dificuldades, que sem dúvida se tornarão salientes de alguma maneira na interação clínica. Essas dificuldades podem incluir: indiferença; comportamentos ou padrões de pensamento estranhos; demonstrações de desregulação afetiva e automutilação; ou comportamento ansioso e carente com extrema dependência do médico para tomar decisões. Ao longo do tempo, um relacionamento efetivo facilitará o tratamento clínico das doenças crônicas e potencialmente resultará na melhora da qualidade de vida relacionada à saúde. Também poderá oferecer indiretamente ao paciente a oportunidade de desenvolver diferentes formas de se relacionar com outras pessoas e melhorar uma das características fundamentais da patologia de personalidade.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Ao contrário de pacientes com depressão ou ansiedade, pessoas com transtornos de personalidade não se apresentam para um médico de atenção primária procurando alívio para suas dificuldades de personalidade. Eles podem ter pouca ou nenhuma consciência de seus problemas de personalidade. A comorbidade de mais de um transtorno de personalidade é comum. A abordagem para o diagnóstico é focada em categorias de sintomas mais amplos. Os sintomas podem ser observáveis em interações entre o médico e o paciente ou estar presentes na história do paciente, obtidas através do próprio ou de fontes de informação paralelas.

Apesar de debates contínuos e não resolvidos nos campos da psiquiatria e da psicologia sobre a validade de modelos categoriais versus dimensionais de personalidade, a abordagem desta monografia é consistente com o modelo categorial.[42] [43] O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5) poderá, em versões futuras, incluir um modelo híbrido de avaliação, abrangendo a análise do funcionamento adaptativo.[44] [45]

A continuidade entre transtornos DSM-IV-TR do eixo I (mentais principais) e do eixo II (personalidade) tem sido outra área de investigação ativa.[46] [47] Alguns transtornos de personalidade têm várias características em comum com transtornos do eixo I (por exemplo, transtorno de personalidade esQUIVA e fobia social, tipo generalizado), enquanto outros podem compartilhar um substrato genético comum com transtornos do eixo I (por exemplo, transtorno de personalidade esQUIZOTÍPICA e esQUIZOFRENIA). O DSM-5 afastou-se do sistema multiaxial para uma avaliação nova que remove esses limites arbitrários entre transtornos de personalidade e outros transtornos mentais.[1]

Apresentação em unidade básica de saúde

Por definição, os transtornos de personalidade envolvem dificuldades significativas em interações interpessoais, com várias manifestações baseadas no tipo de transtorno ou combinação. Assim, é provável que o relacionamento entre o médico e o paciente seja afetado por esses problemas. Enquanto todas as interações vistas pelos médicos como 'difíceis' não são uma confirmação de um diagnóstico de transtorno de personalidade no paciente, encontros repetitivos desse tipo podem sugerir a consideração da presença de algum transtorno de personalidade.[48]

Apresentações adicionais em unidades básicas de saúde que podem indicar a presença de problemas significativos de personalidade incluem:

- Estresse agudo, demandas inapropriadas, irritação desproporcional
 - Cicatrizes ou outras marcas na pele indicativas de automutilação
 - Envolvimento frequente em discussões ou altercações
 - Queixas de sintomas de transtorno de ansiedade ou transtorno de humor crônico e persistente[6]
 - Abuso problemático de substâncias[6]
 - Presença de múltiplos sintomas clinicamente inexplicáveis[49]
 - Presença de problemas em crianças que podem sugerir um ambiente doméstico traumático.
- [CDC: Adverse Childhood Experiences (ACE) study]

Muitos dos sintomas de transtornos de personalidade podem ser agrupados nas categorias de:

- Cognitivo-perceptivo (apego rígido a ideias, pensamentos estranhos ou excêntricos, percepção equivocada da intenção dos outros)
- Desregulação afetiva (sintomas de humor e de ansiedade)

- Descontrole de impulsos (comportamentos agressivos ou autolesivos, promiscuidade sexual, abuso problemático de substâncias).

Critérios do DSM-5

Os vários tipos de transtorno de personalidade são definidos a seguir pelos critérios do DSM-5.[1]

- Transtorno de personalidade esquizotípica: deficits interpessoais e sociais marcados por desconforto com e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, acompanhados de distorções cognitivas/perceptivas e comportamento excêntrico; podem incluir ideias de referência, pensamentos ou discurso estranhos, experiências perceptivas incomuns, ansiedade social independentemente de familiaridade com a situação. Isso é classificado com transtornos do espectro da esquizofrenia na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição (CID-10).[7]
- Transtorno de personalidade esquizoide: padrão de distanciamento em relacionamentos sociais e expressão emocional restrita em interações interpessoais; solidão, indiferença em relação aos outros; isolado afetivamente.
- Transtorno de personalidade paranoide: suspeita e desconfiança dos outros, cujos motivos são vistos como malévolos; indivíduo desconfiado e rancoroso; percebe ameaças em eventos neutros.
- Transtorno da personalidade esquiva: inibição social, sentimentos de inadequação, hipersensibilidade a avaliações negativas; inibido interpessoalmente e extremamente relutante a assumir riscos pessoais, mesmo em atividades ocupacionais, devido ao medo de rejeição.
- Transtorno de personalidade dependente: necessidade excessiva de ser cuidado, levando a comportamento submisso e apegado; dificuldade na tomada de decisões na ausência de conselho; tem medo da solidão por insegurança de que é capaz de tomar conta de si mesmo.
- Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo: preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental/interpessoal (e subsequente falta de flexibilidade, abertura e eficiência); demasiadamente consciencioso, teimoso e excessivamente dedicado ao trabalho.
- Transtorno de personalidade limítrofe: instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem, afetos e impulsividade; irritação intensa e instabilidade afetiva; gestos/comportamentos suicidas recorrentes; comportamento impulsivo com potencial para autolesão.
- Transtorno de personalidade histriônica: emocionalidade excessiva e busca de atenção; desconforto quando não é o centro das atenções; expressão emocional oscilante e superficial; chama atenção para si por meio da aparência física; superficial.
- Transtorno de personalidade narcisista: grandiosidade (em fantasia e em comportamento), necessidade de admiração, falta de empatia; considera-se "especial" e necessita ser admirado; indisposição para reconhecer os sentimentos alheios; é arrogante e abusivo em relações interpessoais.
- Transtorno de personalidade antissocial: desrespeito e violação dos direitos dos outros que se inicia aos 15 anos de idade; impulsividade; engano; falta de remorso; envolvimento em atos ilegais ou demonstração de desrespeito por normas sociais.
- Transtorno de personalidade sem outra especificação (SOE): transtorno de personalidade que não satisfaz os critérios para nenhum transtorno específico; pode ter características de mais de um transtorno de personalidade sem atender a todos os critérios para nenhum deles; pode preencher os critérios de transtornos de personalidade que não estão incluídos no sistema de classificação.

Testes: entrevistas de rastreamento e ferramentas de autoavaliação

A avaliação da probabilidade de suicídio deve ser incluída na entrevista clínica. Os principais pesquisadores da área identificaram o desejo, a capacidade e a intenção de suicídio e a presença de atenuantes como variáveis críticas que devem ser avaliadas.[50] Ferramentas foram disponibilizadas a médicos de atenção primária para auxiliar na avaliação do suicídio. [\[Suicide Prevention Resource Center: suicide prevention toolkit for primary care practices\]](#)

Um teste por entrevista de rastreamento rápido para transtorno de personalidade, o Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS), foi validado em ambientes psiquiátricos.[51] [52] O teste parece ser mais útil para identificar pacientes dentro dos grupos A e C, mas é menos eficiente para identificar pacientes pertencentes ao grupo B.[52] O SAPAS foi utilizado em um estudo de larga escala que examinou os fatores relacionados à resposta ao tratamento com antidepressivos, e a disfunção da personalidade teve um impacto negativo significativo na resposta ao tratamento.[53] Entretanto, o SAPAS não é recomendado para o rastreamento de rotina em unidades básicas de saúde, nos quais a prevalência de transtorno de personalidade é menor que em ambientes psiquiátricos.[51] Nas unidades básicas de saúde, pode ser apropriado para uso em pacientes que possuem doenças psiquiátricas comórbidas, como ansiedade ou depressão.

Uma análise de três ferramentas rápidas de autoavaliação concluiu que essas ferramentas estão fortemente correlacionadas, e foram mais eficientes quando usadas com níveis de patologia de personalidade mais graves em amostras psiquiátricas.[54] O objetivo de uma ferramenta rápida de rastreamento por autoavaliação para transtornos de personalidade pode não ser atingível dado os fatores envolvidos (por exemplo, sobreposição entre transtornos de personalidade, assim como comorbidade com transtornos do eixo I).[54]

Testes: rastreamento para transtornos orgânicos

Em casos em que o paciente apresenta alterações súbitas de personalidade, causas orgânicas, como abuso de substâncias, neoplasias ou outras condições clínicas gerais, devem ser excluídas para que um diagnóstico de transtorno de personalidade seja considerado. Testes seletivos, como de imagem cerebral (tomografia computadorizada [TC] ou ressonância nuclear magnética [RNM]) e testes de drogas na urina podem ser úteis na investigação inicial de tais achados.

Testes: avaliação de rastreamento para comportamentos que afetam a saúde adversamente e para doenças psiquiátricas comórbidas

Muitas características de personalidade são estáveis ao longo do tempo, mas se tornam proeminentes de forma intermitente e são consideradas sintomas "alvo" para os esforços de tratamento (por exemplo, o comportamento de autolesão de um indivíduo com transtorno de personalidade limítrofe). Enquanto uma avaliação diagnóstica completa de transtornos de personalidade ou de características específicas tipicamente ocorre em ambientes especializados, médicos de atenção primária podem investigar comportamentos que afetam o estado de saúde de maneira adversa, como ideação e plano suicida, ansiedade e sintomas afetivos que pacientes com transtornos de personalidade vivenciam.[54] [55] Instrumentos de rastreamento que podem ser úteis nesse sentido incluem:

- Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD), através da qual se rastreia a presença de uma variedade de transtornos psiquiátricos, incluindo humor, ansiedade, somatoforme e alimentar, assim como abuso/dependência de álcool[56]
- Questionário sobre a saúde do(a) paciente-9 (PHQ-9), que fornece informações sobre a gravidade da sintomatologia de depressão incluindo autolesão e ideação suicida[57] [Patient Health Questionnaire PHQ-9]
- Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (TAG-7), que fornece informações sobre a gravidade da sintomatologia de ansiedade[58] [59]
- Questionário sobre Transtornos do Humor, através do qual se rastreia a presença de estados de humor elevados, hipomania e mania.[60]

Os pacientes com testes positivos para transtornos de humor, abuso de substância, história de autolesão deliberada e/ou tentativa de suicídio prévia podem estar em maior risco de suicídio.[61]

Encaminhamento a um especialista

Para uma avaliação detalhada das características de transtornos de personalidade e de seu potencial para impactar o relacionamento entre o médico e o paciente e a abordagem aos cuidados clínicos, os médicos de atenção primária devem considerar o encaminhamento a um profissional de saúde mental com treinamento na avaliação e no tratamento de pessoas com transtornos de personalidade. A entrevista estruturada e a administração de instrumentos de diagnóstico específicos, incluindo a administração de testes psicológicos, podem ser realizadas por tal profissional. O provedor de atenção primária também deve estar ciente de dois instrumentos comumente utilizados por psicólogos ou psiquiatras: o Inventário Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) e os transtornos de personalidade do eixo II da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição). Duas disciplinas, a psicologia clínica da saúde e a interconsulta psiquiátrica de ligação, estão particularmente relacionadas com a interface da saúde física e mental e o bem-estar, mas muitos tipos de provedores de saúde mental são habilitados nesta área em particular. Ao consultar o médico avaliador, é importante obter informações sobre sua prática em fornecer feedback aos pacientes. Isso permitirá que o médico de atenção primária considere questões adicionais do paciente concernentes à avaliação de maneira a evitar potenciais falhas de compreensão e de comunicação.

Fatores de risco

Fortes

história de abuso

- Relatos documentados de tipos diferentes de abuso revelaram alguns sintomas específicos de transtornos de personalidade que são mais prevalentes. Entretanto, quando dados de autorrelatos retrospectivos são incluídos, o número de transtornos de personalidade com sintomas elevados aumenta naqueles que relatam uma história de abuso.[27] Mais pesquisas são necessárias para esclarecer os mecanismos específicos pelos quais o abuso e o abandono resultarão no desenvolvimento de psicopatologia de personalidade, incluindo possíveis diferenças no impacto de diversos transtornos ou grupos de transtornos.[27]
- Os tipos de abuso e os sintomas específicos possivelmente associados a transtornos de personalidade incluem: abuso físico (sintomas antissociais, limítrofes, dependentes, esquizoides

elevados); abuso sexual (sintomas limítrofes elevados); abandono na infância (sintomas antissociais, de esquiva, limítrofes, dependentes, narcisistas, paranoides, esquizotípicos elevados).

história familiar de esquizofrenia

- Indivíduos com transtorno de personalidade esquizotípica são mais suscetíveis a ter um parente de primeiro grau com esquizofrenia ou um transtorno no espectro da esquizofrenia. Transtorno de personalidade esquizotípica possui uma ligação genética mais forte com a esquizofrenia que transtorno de personalidade esquizoide.[38] [39]

interações parentais negativas

- Ambientes domésticos caracterizados por punição rigorosa e falta de afeto parental estão associados a transtornos de personalidade na idade adulta.[40]

transtorno disruptivo/emocional na infância

- O transtorno de comportamento disruptivo na infância está associado a uma maior probabilidade de desenvolvimento de transtornos de personalidade do grupo B (dramático) que qualquer outro transtorno emocional.
- Para mulheres, ter um transtorno emocional na infância foi associado a uma probabilidade aumentada de desenvolvimento de transtornos de personalidade do grupo C (ansioso/receoso).[41]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

paranoia (comum)

- Uma característica cognitivo-perceptiva típica de transtornos de personalidade.
- Paciente com transtorno de personalidade paranoide: intenções ocultas observadas em ações neutras, pode suspeitar de dano ou engano do médico, suspeita de infidelidade do parceiro.
- Transtorno de personalidade limítrofe: pensamentos paranoides podem emergir na resposta ao estresse.

pensamentos estranhos (comum)

- Uma característica cognitivo-perceptiva típica de transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade esquizotípica: experiencia ideias de referência, pensamento mágico.

amplitude de emoções limitada (comum)

- Uma característica de humor típica da desregulação afetiva dos transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo: prefere a expressão racional em detrimento da emocional.
- Transtorno de personalidade esquizoide: amplitude restrita de emoções demonstradas; pode adiar a procura de atenção médica por não desejar contato e pode parecer frio/indiferente.

raiva e irritabilidade (comum)

- Sintomas de humor característicos da desregulação afetiva dos transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade antissocial: aparenta irritabilidade frequentemente.
- Transtorno de personalidade limítrofe: estados de raiva intensos e episódicos; pode refletir história de trauma e dissociação leve.

- Transtorno de personalidade paranoide: aparenta raiva frequentemente.

estados de humor instáveis e emocionalidade excessiva (comum)

- Sintomas de humor característicos da desregulação afetiva dos transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade limítrofe: estados de humor intensos e instáveis frequentemente ocorrendo em conjunto com idealização e desvalorização dos outros; a disforia crônica é comum.
- Transtorno de personalidade histriônica: emocionalidade excessiva e superficial.

ansiedade e tensão (comum)

- Sintomas de ansiedade característicos da desregulação afetiva dos transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade esquizoide: medo de rejeição, improvável que discorde do médico, ansioso socialmente.
- Transtorno de personalidade limítrofe: medo de rejeição, separação e abandono.
- Transtorno de personalidade dependente: experiencia dificuldade significativa quando solicitado a se engajar em tomada de decisão e tenta responsabilizar os outros pelos problemas de saúde.
- Transtorno de personalidade histriônica: torna-se ansioso com a discussão de problemas graves de saúde ou sentimentos difíceis.
- Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo: preocupação excessiva em fornecer respostas "corretas" às perguntas.
- Transtorno de personalidade paranoide: parece frequentemente tenso e hipervigilante.
- Transtorno de personalidade esquizotípica e esquizoide: desconforto com comunicação social e exame físico.

comportamentos impulsivos (comum)

- Indicadores de descontrole impulsivo característicos dos transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade antissocial: pode parecer cooperativo e encantador a princípio em um esforço para obter o desfecho desejado do médico, mas age repetidamente com desrespeito em relação à segurança e ao direito dos outros, com irresponsabilidade e falta de remorso; violência e abuso de substâncias são comuns.
- Transtorno de personalidade limítrofe: comportamentos autodestrutivos impulsivos e recorrentes, como cortes, abuso de substâncias e overdose de medicamentos, promiscuidade sexual.

grandiosidade (comum)

- Uma característica cognitivo-perceptiva típica de transtornos de personalidade.
- Transtorno de personalidade narcisista: senso de si próprio baseado em grandiosidade e necessidade de admiração, abusivo nas relações interpessoais, tem dificuldade de aceitar diagnósticos que desafiam o seu senso individual como infalível. Frequentemente existe em paralelo a um grau intenso de vergonha, raiva diante de humilhação.

evidência de autolesão (por exemplo, cicatrizes, queimaduras) (comum)

- Podem estar presentes.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
entrevista clínica <ul style="list-style-type: none"> Pessoas com transtornos de personalidade não se apresentam para um médico de atenção primária procurando alívio para suas dificuldades de personalidade, e podem ter pouca ou nenhuma consciência de seus problemas de personalidade. O diagnóstico será focado em categorias amplas de sintomas que são observáveis em interações entre o médico e o paciente ou estão presentes na história do paciente, obtidas através do próprio ou através de outras pessoas que conhecem o paciente (fontes paralelas). Testes de rastreamento adicionais para a avaliação de sintomas comórbidos podem ser úteis. Indica-se o encaminhamento a um especialista para uma avaliação detalhada das características dos transtornos de personalidade. 	sintomas que datam da adolescência/início da idade adulta; não ocorrendo somente na presença de outro transtorno, como depressão ou ansiedade; dificuldades significativas em interações interpessoais podem levar a uma suspeita de diagnóstico de transtorno de personalidade

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
perguntas para o rastreamento do risco de suicídio <ul style="list-style-type: none"> Há evidências inconclusivas para a avaliação de rotina do risco de suicídio nas unidades básicas de saúde. Os fatores de risco de suicídio mais fortes são: presença de transtornos de humor, abuso de substâncias comórbido, história de autolesão deliberada, tentativa de suicídio prévia. Ferramentas de rastreamento específicas para o risco de suicídio não foram validadas nas unidades básicas de saúde.^[61] 	positivo ou negativo para fatores que indicam risco aumentado de suicídio nesta população de pacientes
Standardized Assessment of Personality-Abbreviated Scale (SAPAS) <ul style="list-style-type: none"> Um teste por entrevista de rastreamento rápido para transtornos de personalidade que foi validado em ambientes psiquiátricos.^{[51] [52]} Nas unidades básicas de saúde, pode ser apropriado para uso em pacientes que possuem doenças psiquiátricas comórbidas, como ansiedade ou depressão. Entretanto, não é recomendado para o rastreamento de rotina em unidades básicas de saúde, nos quais a prevalência de transtornos de personalidade é menor que em ambientes psiquiátricos.^[51] 	pode demonstrar avaliações positivas para transtornos de personalidade
Inventário Multiaxial Clínico de Millon III (MCMI-III) <ul style="list-style-type: none"> Instrumento comumente usado que pode ser aplicado por psicólogos ou psiquiatras após encaminhamento de uma unidade básica de saúde. 	pode demonstrar avaliações positivas para transtornos de personalidade
transtornos de personalidade do eixo II da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) <ul style="list-style-type: none"> Instrumento comumente usado que pode ser aplicado por psicólogos ou psiquiatras após encaminhamento de uma unidade básica de saúde. 	pode demonstrar avaliações positivas para transtornos de personalidade

Exame	Resultado
tomografia computadorizada/ressonância nuclear magnética (TC/RNM) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> Requisitadas nos casos de aparecimento súbito de um ou mais dos seguintes fatores: sintomas cognitivo-perceptivos, desregulação afetiva, características atípicas ou descontrole comportamental impulsivo. Um resultado anormal poderia indicar a necessidade de testes neurológicos ou clínicos adicionais. Apesar de pacientes com transtorno de personalidade limítrofe terem demonstrado anormalidades na função cerebral,[32] estudos de imagem funcionais (por exemplo, RNM funcional, tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT], tomografia por emissão de pósitrons [PET]) são usados atualmente como ferramentas de pesquisa e não no diagnóstico clínico de rotina de transtorno de personalidade. 	normal no transtorno de personalidade
exame de urina para detecção de drogas <ul style="list-style-type: none"> Requisitado nos casos de um ou mais dos seguintes fatores: sintomas cognitivo-perceptivos, desregulação afetiva ou descontrole comportamental impulsivo. O transtorno de personalidade não será diagnosticado se os sintomas sugestivos ocorrerem apenas durante períodos de abuso ativo de substâncias. 	resultados positivos sugerem diagnóstico de abuso de substância comórbida ou de abuso de substância na ausência de transtorno de personalidade
Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD) <ul style="list-style-type: none"> Administrado em unidades básicas de saúde para pacientes com a possibilidade de transtorno(s) comórbido(s) do eixo I. O teste é composto por questionário aplicado ao paciente seguido de avaliação do clínico. Ele avalia a presença de transtornos de humor, ansiedade, somatoformes e transtornos alimentares, assim como o abuso/dependência de álcool.[56] 	normal ou um resultado sugerindo a presença de transtorno(s) comórbido(s) do eixo I
PHQ-9 <ul style="list-style-type: none"> Administrado em unidades básicas de saúde em pacientes com sintomas de depressão. Inclui uma pergunta sobre suicídio e autolesão. Interpretação dos escores: 5-9, sintomas mínimos; 10-14, sintomas leves; 15-19, sintomas moderados; 20 ou mais, sintomas graves.[57] [Patient Health Questionnaire PHQ-9] O transtorno de personalidade deve ser considerado em pacientes nos quais os escores de depressão não melhoram com o tratamento. 	escore indicativo da gravidade da depressão
questionário de transtorno de humor <ul style="list-style-type: none"> Administrado em unidades básicas de saúde em pacientes com sintomas de desregulação afetiva ou descontrole comportamental impulsivo. Um escore de rastreamento de transtorno de humor de 7 ou mais gera sensibilidade de 0.73 e especificidade de 0.90.[60] 	normal ou um resultado sugestivo de sintomas maníacos ou hipomaníacos
Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (TAG-7) e TAG-2 <ul style="list-style-type: none"> Administrado em unidades básicas de saúde em pacientes com sintomas de ansiedade. Um escore 8 no TAG-7 ou um escore 3 no TAG-2 (dois primeiros itens do TAG-7) são sugestivos de transtorno de ansiedade.[58] [59] 	escore indicativo da gravidade da ansiedade

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtornos de humor	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas se desenvolvem ao longo de períodos mais curtos de tempo e representam uma alteração de funcionamento;^[1] incluem sintomas somáticos, como insônia, perda de peso ou agitação psicomotora.^[1] Em pacientes com transtornos de personalidade, o humor é geralmente reativo, em reação a eventos interpessoais ou a experiências internas. Considere o transtorno de personalidade uma comorbidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica. Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5).^[1] Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD)^[56] pode indicar a presença de sintomas sugestivos de transtornos de humor. questionário de transtorno de humor^[60] pode indicar a presença de sintomas indicativos de estados de humor elevados (hipomania e mania). PHQ-9^[57] [Patient Health Questionnaire PHQ-9] pode indicar a presença de autolesão, ideação suicida.
Transtornos psicóticos	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de delírios e alucinações persistentes nos transtornos de personalidade.^[1] Entretanto, os pacientes com transtorno de personalidade limítrofe podem experienciar ideação paranoide transitória em resposta ao estresse; os pacientes com transtorno de personalidade esquizotípica podem experienciar ideias de referência (mas não delírios), assim como crenças estranhas ou pensamentos mágicos.^[1] Considere o transtorno de personalidade uma comorbidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica. Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5).^[1]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtornos de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • O transtorno de ansiedade social pode ser difícil de diferenciar do transtorno de personalidade esquiva, já que muitos dos sintomas se sobrepõem, e há controvérsias se esses dois transtornos são de fato distintos. Entretanto, o transtorno de personalidade esquiva parece envolver um prejuízo mais generalizado em múltiplas esferas de funcionamento. • O comportamento esquiva na agorafobia é limitado e relacionado à ocorrência de ataques de pânico (comparado com o transtorno de personalidade esquiva no qual o comportamento evasivo é evidente em uma variedade de ambientes envolvendo contatos interpessoais). • Presença de obsessões e de compulsões no transtorno obsessivo-compulsivo (comparado ao transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva onde características de perfeccionismo são aparentes). • Considere o transtorno de personalidade uma comorbidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista clínica. • Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5).^[1] • Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (TAG-7) ou TAG-2^[58] ^[59] pode indicar a presença de sintomas sugestivos de transtornos de ansiedade.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Transtornos relacionados ao abuso de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> Para o diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial ser realizado em associação com um diagnóstico relacionado ao abuso de substâncias, os sintomas do transtorno de personalidade antissocial devem estar presentes desde a infância (tipicamente antes do estabelecimento do transtorno relacionado ao abuso de substâncias) e acompanhar o paciente à idade adulta.[1] Considere o transtorno de personalidade uma comorbidade clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de urina para detecção de drogas. Entrevista clínica. Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5).[1] Avaliação de Transtornos Mentais na Atenção Primária (PRIME-MD)[56] [62] pode indicar a presença de sintomas sugestivos de transtornos de abuso/dependência de bebidas alcoólicas.
Alteração da personalidade devido a uma condição clínica geral	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas relacionados à personalidade representam uma alteração do nível basal de funcionamento e ocorrem devido a uma causa fisiológica direta (por exemplo, trauma cranioencefálico, doença endócrina ou outras condições envolvendo o sistema nervoso central [SNC]).[1] 	<ul style="list-style-type: none"> O exame físico ou neurológico pode revelar características sugestivas de uma doença clínica específica. Entrevista clínica com o paciente e, se possível, com uma fonte paralela. Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5).[1] Testes de imagem (tomografia computadorizada/ressonância nuclear magnética [TC/RNM] cranioencefálica), testes neuropsicológicos ou exames laboratoriais (por exemplo, testes da função tireoidiana [TFT]) podem apontar achados sugestivos.
Traços de personalidade subliminares	<ul style="list-style-type: none"> Características que não são consideradas rígidas, desadaptativas, estáveis e ligadas a prejuízos. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica Uso dos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5)[1] para descartar o diagnóstico de transtorno de personalidade

Critérios de diagnóstico

Transtorno de personalidade esquizotípica (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição [DSM-5])

Deficits interpessoais e sociais marcados por desconforto com e capacidade reduzida para relacionamentos íntimos, acompanhados de distorções cognitivas/perceptivas e comportamento excêntrico; podem incluir ideias de referência, pensamentos ou discurso estranhos, experiências perceptivas incomuns e ansiedade social independentemente de familiaridade com a situação.[1] Isso é classificado com os transtornos no espectro da esquizofrenia na Classificação Internacional de Doenças (CID-10).[7]

Transtorno de personalidade esquizoide (DSM-5)

Padrão de distanciamento em relacionamentos sociais e expressão emocional restrita em interações interpessoais; solidão, indiferença em relação aos outros; isolado afetivamente.[1]

Transtorno de personalidade paranoide (DSM-5)

Desconfiança e suspeita dos outros, cujos motivos são vistos como malévolos; indivíduo desconfiado e rancoroso; percebe ameaças em eventos neutros.[1]

Transtorno de personalidade esquiva (DSM-5)

Inibição social, sentimentos de inadequação, hipersensibilidade a avaliações negativas; inibido interpessoalmente e extremamente relutante a assumir riscos pessoais, mesmo em atividades ocupacionais, devido ao medo de rejeição.[1]

Transtorno de personalidade dependente (DSM-5)

Necessidade excessiva de ser cuidado, levando a comportamento submisso e apegado; dificuldade na tomada de decisões na ausência de conselho; tem medo da solidão por insegurança de que é capaz de tomar conta de si mesmo.[1]

Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (DSM-5)

Preocupação com ordem, perfeccionismo e controle mental/interpessoal (e subsequente falta de flexibilidade, abertura e eficiência); demasiadamente consciencioso, teimoso e excessivamente dedicado ao trabalho.[1]

Transtorno de personalidade limítrofe (DSM-5)

Instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem, afetos e impulsividade; irritação intensa e instabilidade afetiva; gestos/comportamentos suicidas recorrentes; comportamento impulsivo com potencial para autolesão.[1]

Transtorno de personalidade histriônica (DSM-5)

Emocionalidade excessiva e busca de atenção; desconforto quando não é o centro das atenções; expressão emocional oscilante e superficial; chama atenção para si através da aparência física; superficial.[1]

Transtorno de personalidade narcisista (DSM-5)

Grandiosidade (em fantasia e em comportamento), necessidade de admiração, falta de empatia; considera-se 'especial' e necessita ser admirado; indisposição para reconhecer os sentimentos alheios; é arrogante e abusivo em relações interpessoais.[1]

Transtorno de personalidade antissocial (DSM-5)

Desrespeito e violação dos direitos dos outros que se inicia aos 15 anos de idade; impulsividade; engano; falta de remorso; envolvimento em atos ilegais ou demonstração desrespeito por normas sociais.[1]

Transtorno de personalidade sem outra especificação (SOE) (DSM-5)

Transtorno de personalidade que não satisfaz os critérios para nenhum transtorno específico; pode ter características de mais de um transtorno de personalidade sem atender a todos os critérios para nenhum deles; pode preencher os critérios de transtornos de personalidade que não estão incluídos no sistema de classificação.[1]

Abordagem passo a passo do tratamento

O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade em uma unidade básica de saúde. O uso de técnicas específicas para traços de personalidade proeminentes demonstrados pelo paciente individual pode ajudar na formação e na manutenção de tal relacionamento. A psicoterapia e outras intervenções psicossociais são modalidades de tratamento úteis para um grande número desses pacientes. Tais tratamentos podem auxiliar os pacientes a navegar por problemas de relacionamento, a confrontar seus medos, a lidar com o trauma e com pensamentos perturbadores e disfuncionais e a adquirir as habilidades necessárias para levar uma vida mais satisfatória e saudável. O tratamento com medicamentos psicotrópicos pode ser utilizado seletivamente para abordar pensamentos, humor e comportamentos problemáticos que prejudicam significativamente o paciente ou que colocam as pessoas ao seu redor em risco. O abuso de substâncias, particularmente o abuso de álcool, é bastante comum nesses pacientes. O abuso deve ser identificado precocemente e abordado por meio de intervenções terapêuticas específicas, já que intensifica a morbidade psiquiátrica e clínica para esses pacientes.

Relacionamento com médico da unidade básica de saúde

Dadas as preocupações interpessoais de pacientes com transtornos de personalidade, o estabelecimento de um relacionamento duradouro entre o médico e o paciente consiste em um desafio particular. A priorização da relação médico-paciente e a melhor maneira de estabelecê-la e mantê-la tem sido discutida na literatura.[63] [64] O encaminhamento a um especialista em saúde mental deve ser feito com grande cuidado e apresentado ao paciente como uma avaliação de um sintoma que ele/ela concorda que é problemático, como ansiedade, depressão, uma mudança de estilo de vida preocupante ou um comprometimento funcional. O médico deve enfatizar que paciente continuará a ser acompanhado(a) após a consulta, e que o encaminhamento ao especialista não sugere o término do tratamento ou abandono. A importância de uma aliança terapêutica entre o médico e o paciente e da colaboração entre os provedores de tratamento tem sido enfatizada.[65] A decisão de encaminhamento é mais bem abordada de maneira colaborativa com o paciente, incorporando sua motivação, preferências e preocupações no plano de tratamento resultante.

Manejo do quadro agudo

Um desafio significativo que os médicos de atenção primária enfrentam no tratamento de pacientes com transtornos de personalidade envolve o manejo de situações agudas/emergentes.

Autolesão, ideação suicida ou potencial de dano a crianças

- Quando os pacientes expressam ideação suicida ou desejam se engajar em autolesão, a hospitalização parcial, o tratamento intensivo ou, em casos em que o risco iminente é crítico, a internação (voluntária ou involuntária) são opções de tratamento usuais. Os pacientes que necessitam desse tratamento estruturado e de alto nível podem apresentar: perturbações graves de pensamento, humor e/ou controle de impulsos; agressividade; desesperança; ou julgamento extremamente prejudicado.
- Embora a maioria dos estudos tenha focado no transtorno de personalidade limítrofe e no risco para o suicídio,[65] [66] o comportamento suicida em outros transtornos de personalidade também foi investigado.[67] [68]
- É imperativo que uma comunicação estreita seja estabelecida entre os provedores de serviços psiquiátricos agudos e o médico de atenção primária.

- O risco de suicídio é muito maior quando o transtorno de personalidade é comórbido com abuso de substâncias e/ou depressão maior.
- Os médicos de atenção primária também devem focar as competências parentais dos pacientes com transtornos de personalidade; eles provavelmente necessitarão de suporte significativo para que consigam manejar suas crianças. Devem ser tomadas medidas no âmbito da competência legal do profissional de atenção primária em casos com probabilidade de suicídio e de agressividade para proteger as crianças em tais ambientes domésticos.

Abuso de substâncias

- Os pacientes com intoxicação aguda de álcool ou de outra substância ou abuso extremamente problemático de substâncias podem requerer internação para desintoxicação e monitoramento subsequente. Isso pode ser particularmente necessário para pacientes com história de comportamento automutilador ou altamente impulsivo.
- Aqueles com histórias de abstinência de substâncias complicada ou de comorbidades clínicas graves também seriam considerados para o tratamento do abuso de substâncias em regime de internação. Esse tratamento pode ocorrer concomitantemente com a estabilização psiquiátrica.
- Após o período de internação para o tratamento do abuso de substâncias, o encaminhamento para um programa ambulatorial intensivo ou residencial de tratamento do abuso de substâncias, incluindo um programa de 12 passos, como o Alcoólicos Anônimos (AA) ou o Narcóticos Anônimos, proverá a continuidade dos cuidados.
- Assim como o encaminhamento a serviços psiquiátricos agudos, é muito importante que uma comunicação clara e oportuna ocorra entre os provedores do programa de tratamento de abuso de substâncias e o médico de atenção primária.

Manejo contínuo: relacionamento entre o médico e o paciente

Para todos os pacientes com transtornos de personalidade, a base do tratamento está no relacionamento com o médico. As sensibilidades interpessoais dos indivíduos com transtornos de personalidade variam substancialmente. Entretanto, todos os pacientes irão se beneficiar de um relacionamento consistente e estável, caracterizado pela comunicação clara e com limites bem estabelecidos. Outras estratégias de comunicação são recomendadas com base na identificação do transtorno de personalidade e estão listadas aqui. Elas podem se aplicadas em todas as interações com os pacientes, desde as que focam no manejo da doença até as que trabalham para a melhora no estilo de vida.

- Grupo A: estranho/excêntrico
 - Transtornos de personalidade esquizotípica, esquizoide, paranoide: comunicação objetiva, estilo não invasivo; demonstre interesse nas preocupações que o paciente compartilha.
- Grupo B: dramático
 - Transtorno de personalidade limítrofe: comunicação simples com limites claros e consistentes, comportamento calmo em resposta a crises inevitáveis, preparação do paciente para quaisquer mudanças práticas do tratamento (como cobertura durante um feriado), coordenação do cuidado com outros provedores de tratamento a fim de evitar o uso de cisão (um mecanismo de defesa em que o paciente enxerga outras pessoas como completamente boas ou ruins; isso pode levar a desentendimentos entre os responsáveis

- pelo tratamento do paciente). Além disso, considere ter um protocolo prático com relação à cobertura em horários incomuns e o uso de comunicação por e-mail.
- Transtorno de personalidade antissocial: comunicação objetiva e simples; limites claros e consistentes; exercite precaução ao prescrever substâncias controladas em razão do potencial para o uso ilegal. Além disso, esteja ciente que muitos desses pacientes não são confiáveis e têm tendência a desrespeitar regras.
 - Transtorno de personalidade histriônica: mantenha distância profissional, forneça tranquilização, aborde comportamentos sedutores de maneira objetiva, mantendo um limite profissional.
 - Transtorno de personalidade narcisista: reconheça o paciente como especial, passe autoconfiança nas interações, evite disputas pelo poder.
- Grupo C: ansioso
 - Transtorno da personalidade esQUIVA: evite comentários críticos, reforce comportamentos em que o paciente procura ajuda de maneira apropriada.
 - Transtorno de personalidade dependente: tolere pedidos repetidos de tranquilização; ofereça fontes úteis e suporte a autoeficácia do paciente; planeje visitas de atenção primária em horários regulares e pré-estabelecidos (como mensais), em vez de visitas não programadas induzidas pela emergência de novas queixas de sintomas.
 - Transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo: ofereça informação sobre condições/tratamentos sem discussões extensas; evite disputas pelo poder. Além disso, encoraje a procura restrita de informações na internet e em outras fontes, reforçando outros interesses (aqueles que suportam comportamentos funcionais, não relacionados à doença).

Manejo contínuo: psicoterapia

O outro elemento padrão no tratamento de transtornos de personalidade, a psicoterapia, tem demonstrado reduzir os sintomas efetivamente. Vários fatores dificultam a pesquisa de sua efetividade para essa condição, como: o uso de medidas de desfecho múltiplas sem padrões reconhecidos;^[69] a necessidade de ter o tratamento implementado por um provedor em vez do autor da intervenção terapêutica;^[69] a necessidade de acompanhamento em prazos mais longos;^[70] e o foco primário no transtorno de personalidade limítrofe.^[69] Entretanto, projetos que tentam superar esses fatores são possíveis.^{1[B]Evidence}

Uma revisão ressaltou a necessidade de identificar componentes efetivos de tratamentos de psicoterapia e de aumentar a extensão do acompanhamento, assim como as categorias de diagnóstico estudadas.^[72] Outras revisões enumeraram a eficácia do tratamento psicodinâmico em longo prazo em vários aspectos do funcionamento psiquiátrico, incluindo personalidade^[73] ^[74] e treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e sociais para pacientes com transtornos do grupo C.^[75] As seguintes formas de psicoterapia obtiveram desfechos positivos para pacientes com transtornos de personalidade.^{2[B]Evidence}

- Grupo A: estranho/excêntrico
 - Devido a dificuldades em se conectar com os outros, os pacientes com esse tipo de transtorno de personalidade podem ser relutantes a procurar tratamentos para questões

emocionais. Para pacientes com sintomas de abuso de substâncias, o encaminhamento para uma avaliação do abuso pode ser indicado.

- Grupo B: dramático
 - Transtorno de personalidade limítrofe: uma revisão destacou os tratamentos atuais baseados em evidências (terapia comportamental dialética [TCD], terapia baseada na mentalização e terapia focada na transferência) e nos componentes-chave do tratamento efetivo, incluindo a necessidade de um médico de atenção primária que dê suporte ao paciente, que aborde ameaças de suicídio e tenha atitude, que tenha autoconhecimento e que ofereça uma estrutura terapêutica bem definida.[76]
 - Outras intervenções promissoras incluem a terapia focada em esquemas. É uma terapia que combina técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC) com abordagens da psicoterapia dinâmica (interpretando os pensamentos e comportamentos dos pacientes) e habilidades de atenção plena. A terapia cognitivo-comportamental assistida manual (MACT) para autolesão e ideação suicida também é usada. Essa é uma abordagem em curto prazo (várias sessões) que combina técnicas de TCC com livretos informativos relevantes que reforçam essas técnicas e introduzem o paciente aos conceitos usados na TCD. Uma revisão sistemática comparando a eficácia de quatro modelos de tratamento para o transtorno de personalidade limítrofe (tratamento baseado na mentalização [TBM], psicoterapia focada na transferência [PFT], TCD e terapia focada no esquema [TFE]) demonstrou que todos eles são efetivos no tratamento do transtorno de personalidade limítrofe (TPL) (ou, pelo menos, em alguns aspectos), com um nível de eficácia que varia dependendo do parâmetro considerado. Os autores do estudo relatam que “de acordo com os critérios da American Psychiatric Association para tratamentos validados empiricamente, a PFT, a TCD e a TFE podem ser consideradas terapias bem estabelecidas para o TPL, enquanto o TBM satisfaz os critérios para um tratamento provavelmente eficaz”. [77] A internação parcial orientada psicanaliticamente também pode ser utilizada.[69] [72]
 - O transtorno de personalidade limítrofe é o único transtorno para o qual existe uma revisão Cochrane concluindo que, apesar de limitações, a psicoterapia é considerada um tratamento efetivo para essa condição.[78]
 - Transtorno de personalidade antissocial: o tratamento por manejo de contingência (uma terapia comportamental na qual comportamentos adaptativos são recompensados) pode ser usado. Pesquisas que se concentrem nos sintomas principais são necessárias.[79] Uma revisão concluiu que a TCC implementada em um ambiente residencial foi mais efetiva na redução de comportamentos criminais que o tratamento padrão, mas não foi mais efetiva que outras modalidades de tratamento.[80]
 - Para pacientes com sintomas de abuso de substâncias, o encaminhamento para uma avaliação do abuso pode ser indicado.
- Grupo C: ansioso
 - Transtorno da personalidade esQUIVA: a TCC é indicada.[69]
 - O treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais, psicodinâmicas e sociais é efetivo.[75]
 - Para pacientes com sintomas de abuso de substâncias, o encaminhamento para uma avaliação do abuso pode ser indicado.

- Transtorno de personalidade sem outra especificação (transtorno de personalidade misto)
 - A psicoterapia dinâmica em curto prazo,[81] a psicoterapia de apoio psicodinâmica de curto prazo associada a antidepressivos ou a TCD podem ser usadas.[82]
 - A psicoterapia adaptativa breve, uma abordagem dinâmica na qual um terapeuta trabalha com o paciente para identificar e alterar crenças e comportamentos desadaptativos no contexto do relacionamento terapêutico, pode ser indicada.
 - Para pacientes com sintomas de abuso de substâncias, o encaminhamento para uma avaliação do abuso é indicado.

Esses tratamentos serão tipicamente realizados por profissionais especializados. O médico de atenção primária pode oferecer apoio significativo para o paciente que participa de tais tratamentos através da manutenção de um alto grau de interesse em seu progresso e provendo comentários e observações de suporte durante a visita clínica. O diálogo entre o médico de atenção primária e o especialista pode ser altamente informativo para ambos os profissionais e ajudar cada um deles a ajustar a sua abordagem em relação aos pacientes ao longo do tempo.

Manejo contínuo: farmacoterapia

A pesquisa na área de farmacoterapia para transtornos de personalidade é repleta de dificuldades. Elas incluem (mas não estão limitadas a): foco quase exclusivo no transtorno de personalidade limítrofe, com pouca atenção aos outros transtornos;[83] e deficiências substanciais nos desenhos das pesquisas, incluindo falta de poder estatístico e prazos limitados com relação à duração do tratamento e ao acompanhamento. A situação é complicada pelo fato de os medicamentos serem usados com muita frequência no tratamento de transtorno de personalidade limítrofe apesar da escassez de evidência para seu uso.[84] Em um estudo, 78% dos pacientes com transtorno de personalidade limítrofe foram tratados com medicamentos por mais de 75% do tempo durante um período de 6 anos, e 37% desses pacientes tomavam 3 ou mais medicamentos.[85]

A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre o transtorno de personalidade limítrofe concluiu que não há evidências que dão suporte ao uso de medicamentos para ele.[86]

Muitos pacientes que se apresentam ao médico de atenção primária terão o transtorno de personalidade limítrofe e podem se engajar em atividade sexual arriscada e engravidar. A possibilidade de teratogenicidade deve ser considerada. Muitos pacientes apresentam problemas relacionados à autolesão e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada.

Grupo A: estranho/excêntrico

- Em geral, há uma escassez notável de estudos farmacoterápicos para os transtornos de personalidade esquizoide e paranoide.
- Similaridades entre os transtornos de personalidade esquizotípica, esquizoide e paranoide e os transtornos relacionados à esquizofrenia quanto à fenomenologia e à biologia têm justificado o uso de medicamentos antipsicóticos nesse grupo. Estudos sugerem que antipsicóticos em baixa dose que têm como alvo os sintomas tipo psicótico e o funcionamento geral podem ser efetivos.[87] [88]
- A questão da relação custo-efetividade entre os antipsicóticos de primeira versus os de segunda geração não foi adequadamente estudada. Uma prática baseada em evidências requer pesar o

risco de efeitos colaterais extrapiramidais ou de discinesia tardia versus a síndrome metabólica versus os potenciais benefícios.

- Os ensaios clínicos para o transtorno esquizotípico têm sido complicados pela comorbidade com outros transtornos psiquiátricos e com outros transtornos de personalidade. A maioria dos ensaios clínicos randomizados e controlados antigos sobre o transtorno de personalidade limítrofe incluíram pacientes com transtorno esquizotípico devido a questões conceituais.[87] [89] [90]
- Os antidepressivos podem ajudar a minimizar comportamentos de autolesão e sintomas depressivos e tipo psicóticos, como sugerido por alguns estudos abertos.[91] [92]

Grupo B: dramático

- A maioria das pesquisas farmacoterápicas sobre transtornos de personalidade tem focado no tipo limítrofe. Os médicos precisam ser cautelosos ao aplicar os achados de pesquisas a pacientes portadores do transtorno de personalidade limítrofe e extremamente doentes, já que muitos dos estudos recrutaram apenas pacientes ambulatoriais, que foram então excluídos se considerados suicidas ou se apresentaram uma tentativa de suicídio recente. Além disso, muitos estudos tiveram amostras pequenas e altas taxas de desistência, particularmente os de duração menor que 6 meses. Na maioria dos estudos, altas taxas de resposta ao placebo foram detectadas. Portanto, ensaios abertos devem ser interpretados com grande cautela. As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre o transtorno de personalidade limítrofe indicam que o tratamento medicamentoso não deve ser usado especificamente para o transtorno de personalidade limítrofe ou para os sintomas individuais ou para comportamentos associados ao transtorno (por exemplo, autolesão repetida, instabilidade emocional acentuada, comportamentos de risco e sintomas psicóticos transitórios).[86] Entretanto, as diretrizes NICE também sugerem que o tratamento medicamentoso deve ser considerado no tratamento geral de comorbidades clínicas em pacientes com transtornos de personalidade.[86]
- Estabilizadores do humor e anticonvulsivantes podem apresentar alguma efetividade no tratamento da impulsividade e da agressividade no transtorno de personalidade limítrofe. Estabilizadores do humor e anticonvulsivantes demonstraram um efeito moderado no tratamento da depressão no transtorno de personalidade limítrofe.[93] [94] No entanto, um ensaio randomizado controlado individualmente por placebo, duplo cego, de dois braços, realizado em 2018 com lamotrigina versus placebo mostrou que a adição de lamotrigina ao atendimento usual das pessoas com transtorno de personalidade limítrofe não foi clinicamente eficaz e não proporcionou um uso custo-efetivo dos recursos.[95] Os pacientes devem ser monitorados rigorosamente já que muitos deles toleram mal esses medicamentos, o que também limita a titulação dos mesmos. Apesar da impulsividade e da agressividade serem responsivas a esses tratamentos, há uma escassez de evidências sobre a melhora das perturbações interpessoais e de identidade.
- Para o transtorno de personalidade antissocial, a farmacoterapia baseada em evidências é restrita ao tratamento da agressividade impulsiva. O lítio pode melhorar as infrações disciplinares graves em prisioneiros.[96] A fenitoína tem sido associada à diminuição de atos agressivos e dos sintomas de tensão-ansiedade e depressivos em prisioneiros.[97] Melhoras na agressividade pareceram estar limitadas à agressividade impulsiva, e não à instrumental. Apesar da existência de algumas evidências para a utilidade desses medicamentos, os estudos são fracos demais em termos de metodologia para que quaisquer recomendações sejam feitas. As diretrizes do NICE sobre o transtorno de personalidade antissocial indica que intervenções farmacológicas não devem ser rotineiramente utilizadas para o tratamento do transtorno de personalidade antissocial ou dos comportamentos associados como agressividade, raiva e impulsividade.[98]

- Não há evidências para dar suporte a quaisquer recomendações farmacoterápicas nos transtornos de personalidade histriônico e narcisista.

Grupo C: ansioso

- O transtorno da personalidade esquiva é um transtorno de personalidade comum,[99] e é o mais estudado dos transtornos de personalidade do grupo C. No entanto, não há ensaios clínicos randomizados e controlados publicados sobre o tratamento medicamentoso de pacientes que atendam a todos os critérios do transtorno de personalidade do grupo C. O transtorno da personalidade esquiva é uma comorbidade clínica frequente em pacientes com vários transtornos de ansiedade do eixo I.[100] Recomenda-se que os médicos devam extrapolar a partir dos dados que são primariamente relacionados aos transtornos de ansiedade para aplicar estratégias de tratamento que foram primariamente desenvolvidas para a fobia social.[101] Os pacientes com transtorno de personalidade esquiva mostraram uma resposta favorável à venlafaxina e aos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs). Entretanto, a sertralina pode ser menos efetiva se os sintomas começaram na infância.[102]
- A gabapentina e a pregabalina demonstraram alguma eficácia na fobia social e podem beneficiar pacientes com transtorno de personalidade esquiva.[103] [104]
- Os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) reversíveis, como a moclobemida, possuem suporte para o seu uso.
- A fenelzina, se usada, requer grande cautela em relação a riscos graves e a efeitos colaterais.
- Os outros transtornos de personalidade nesse grupo, o transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva e o transtorno de personalidade dependente, têm evidências insuficientes para recomendar qualquer farmacoterapia.

Características múltiplas dos diferentes transtornos de personalidade

- Os pacientes com misturas de sintomas significativos (cognitivo-perceptivo, desregulação afetiva, descontrole da impulsividade e abuso de substâncias) são comumente encontrados.
- Intervenções farmacológicas complexas podem ser necessárias para abordar esses sintomas. Recomenda-se consultar um psiquiatra se benzodiazepínicos, estimulantes, opioides ou medicamentos psicotrópicos com potencial de superdosagem letal (antidepressivos tricíclicos e inibidor da monoaminoxidase [IMAO], lítio) forem prescritos ou considerados para uso.
- A consulta psiquiátrica pode também ser prudente para pacientes com resposta sintomática inadequada às intervenções medicamentosas iniciais, aos com sintomas psiquiátricos que estejam escalando em gravidade, e aos que se encontram em um regime complicado com a incorporação de agentes psicotrópicos múltiplos.

Psicofarmacologia direcionada aos sintomas

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5a. Edição (DSM-5) coloca maior ênfase na abordagem de diagnóstico dimensional aos transtornos de personalidade que o DSM-IV. Isso se traduz em uma ênfase no direcionamento das intervenções farmacoterapêuticas para a dimensão dos sintomas comuns a uma variedade de diagnósticos atuais do eixo II. Além disso, a psicofarmacologia direcionada aos sintomas foi previamente recomendada para o tratamento dos transtornos de personalidade.[83] [105] [106] Entretanto, uma metanálise levantou questões importantes com relação a algoritmos sugeridos anteriormente para o tratamento farmacológico de transtornos de personalidade graves. A revisão apontou que os antipsicóticos tiveram um efeito moderado nos sintomas cognitivo-perceptivos, e um efeito de moderado a amplo na raiva.[94] Os antidepressivos, entretanto, não evidenciaram nenhum efeito significativo no descontrole do comportamento impulsivo e no humor depressivo, mas teve um

efeito pequeno mas significativo na ansiedade e na raiva. Os estabilizadores do humor tiveram um efeito bastante grande no descontrole do comportamento impulsivo e na raiva, um efeito amplo na ansiedade, mas um efeito moderado no humor depressivo. O efeito de antidepressivos no funcionamento geral foi desprezível.[94] Uma revisão recomendou o uso clínico de ômega-3, de anticonvulsivantes e de agentes antipsicóticos atípicos no tratamento de traços de transtorno de personalidade limítrofe específicos do DSM-5, notavelmente desinibição, antagonismo e alguns aspectos de afetividade negativa.[107]

Uma metanálise relatou que muitos agentes antidepressivos demonstraram alguma evidência de efetividade no tratamento de pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.[108] Entretanto, os estudos disponíveis apresentam limitações metodológicas graves. Ensaio controlado adicional de agentes antidepressivos versus agentes ativos ou placebo são necessários, incluindo mais amostras e tratamentos com duração mais ampla, para confirmar indicações atuais para farmacoterapia de pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.

Os provedores de tratamento devem ser cautelosos com a prática da polimedicação e/ou de doses crescentes em pacientes com transtornos de personalidade devido a evidências insuficientes para sua eficácia e aos riscos consideráveis de efeitos adversos.[70]

Consulta de caso e autocuidado do médico

Devido aos vários desafios encontrados no trabalho com pacientes com transtornos de personalidade, os médicos devem exercer atividades como consultoria contínua de caso com um colega ou participação em um grupo Balint [The Balint Society (UK)] [American Balint Society] ou um fórum similar para provedores, nos quais casos difíceis possam ser discutidos. Tais atividades ajudam a manter o bem-estar do médico, melhorar a efetividade do trabalho com esses pacientes e aumentar a qualidade de vida profissional.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

(resumo)

**em risco de se prejudicar a si mesmo
ou aos outros, ou incapaz de atender
às suas próprias necessidades
básicas**



**com abuso ou
dependência de
substâncias**

1a

**hospitalização parcial ou
encaminhamento do paciente
hospitalizado**

mais

**encaminhamento para a avaliação do
abuso de substâncias**

Em curso

(resumo)

Em curso		(resumo)
grupo A (estranho/excêntrico): sem risco de vida		
■ paranoide, esquizoide ou esquizotípica	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	adjunto	antipsicóticos em baixa dose
	adjunto	antidepressivos
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
grupo B (dramático): sem risco de vida		
■ límitrofe	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	mais	psicoterapia
	adjunto	estabilizadores do humor ou anticonvulsivantes
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
■ narcisista	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
■ histriônica	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
■ antissocial	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	adjunto	psicoterapia
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
grupo C (ansioso): sem risco de vida		
■ esquiva	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	mais	psicoterapia
	adjunto	farmacoterapia
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Em curso		(resumo)
<div> <div>■ dependente</div> <div>■ obsessivo-compulsiva</div> </div>	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	mais	psicoterapia
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
	1a	estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente
	mais	psicoterapia
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias
características múltiplas dos diferentes transtornos de personalidade: sem risco de vida		
	1a	farmacoterapia complexa + encaminhamento psiquiátrico
	adjunto	encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo

em risco de se prejudicar a si mesmo ou aos outros, ou incapaz de atender às suas próprias necessidades básicas

em risco de se prejudicar a si mesmo ou aos outros, ou incapaz de atender às suas próprias necessidades básicas

1a

hospitalização parcial ou encaminhamento do paciente hospitalizado

» Os pacientes que necessitam desse tratamento estruturado e de alto nível podem apresentar: perturbações graves de pensamento, humor e/ou controle de impulsos; agressividade; desesperança; julgamento extremamente prejudicado.

» A hospitalização involuntária do paciente pode ser necessária.

» É imperativo que uma comunicação estreita seja estabelecida entre os provedores de serviços psiquiátricos agudos e o médico de atenção primária.

■ **com abuso ou dependência de substâncias**

mais

encaminhamento para a avaliação do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes com intoxicação aguda de álcool ou de outra substância e/ou padrão de abuso extremamente problemático de substâncias podem requerer tratamento hospitalar para desintoxicação e monitoração subsequente. Isso pode ser particularmente necessário para pacientes com história de comportamento autolesivo ou perturbação do controle dos impulsos. Aqueles com histórias de abstinência de substâncias complicada ou de comorbidades clínicas graves também devem ser considerados para o tratamento do abuso de substâncias em regime de internação.

» Esse tratamento pode ocorrer concomitantemente com a estabilização psiquiátrica.

» Após o período de internação para o tratamento do abuso de substâncias, o encaminhamento para um programa ambulatorial intensivo ou residencial de

Agudo

tratamento de abuso de substâncias, incluindo um programa de 12 passos como o Alcoólicos Anônimos (AA) ou o Narcóticos Anônimos (NA), proverá a continuidade dos cuidados.

Em curso

grupo A (estranho/excêntrico): sem risco de vida

■ **paranoide, esquizoide ou esquizotípica**

1a

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» Uma comunicação objetiva com estilo não invasivo é recomendada nesse grupo. O médico deve demonstrar interesse nas preocupações que o paciente está disposto a compartilhar.

» A escassez de pesquisas impossibilita conclusões sobre a eficácia da psicoterapia; portanto, um relacionamento de confiança com o médico de atenção primária pode ser particularmente importante.

adjunto

antipsicóticos em baixa dose

Tratamento recomendado para **ALGUNS** dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **aripirazol**: 2.5 a 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5-10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 30 mg/dia

OU

» **haloperidol**: 1-2 mg por via oral a cada 6-8 horas

OU

» **perfenazina**: 2-4 mg por via oral a cada 6-8 horas

» Há uma escassez notável de estudos farmacoterápicos para os transtornos de personalidade esquizoide e paranoide. Muitos pacientes com transtornos de personalidade apresentam problemas relacionados à autolesão

Em curso

e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada.

» Os antipsicóticos são de alguma forma úteis na redução dos sintomas tipo psicótico no tratamento do transtorno de personalidade esquizotípica.[87] [88]

» Os agentes antipsicóticos de primeira geração (por exemplo, haloperidol, perfenazina) estão associados à hiperprolactinemia e a anormalidades do movimento precoces (acatisia e parkinsonismo) e tardias (discinesia tardia), além da síndrome neuroléptica maligna. Os riscos versus os benefícios devem ser cuidadosamente considerados para pacientes individuais.

» Os antipsicóticos de segunda geração (por exemplo, aripiprazol) estão associados à síndrome metabólica e não estão livres dos mesmos riscos apresentados pelos antipsicóticos de primeira geração: distúrbios do movimento agudos e tardios e síndrome neuroléptica maligna.

adjunto antidepressivos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 a 75 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 75 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Em curso

» Há uma escassez notável de estudos farmacoterápicos para os transtornos de personalidade esquizoide e paranoide. Muitos pacientes com transtornos de personalidade apresentam problemas relacionados à autolesão e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada.

» Os antidepressivos podem ajudar a minimizar comportamentos de autolesão e sintomas depressivos e tipo psicóticos, como sugerido por alguns estudos abertos.^{[91] [92]}

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental^[62] e farmacoterapias indicadas.^[109]

grupo B (dramático): sem risco de vida■ **limítrofe****1a****estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente**

Em curso

- » O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.
- » A comunicação simples com limites claros e consistentes é recomendada. Os médicos devem ter um comportamento calmo em resposta a crises inevitáveis e preparar o paciente para quaisquer mudanças práticas do tratamento (como cobertura durante as férias). O acordo com o paciente sobre o manejo das crises (compromisso com o tratamento) é importante.[110]
- » Deve haver a coordenação do cuidado com outros provedores de tratamento a fim de evitar o uso de cisão (um mecanismo de defesa em que o paciente enxerga outras pessoas como completamente boas ou ruins; isso pode levar a desentendimentos entre os responsáveis pelo tratamento do paciente).
- » Um protocolo prático com relação à cobertura em horários incomuns e o uso de comunicação por via de e-mail deve ser considerado.

mais

psicoterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

- » O transtorno de personalidade limítrofe é o único transtorno para o qual existe uma revisão Cochrane concluindo que, apesar de limitações, a psicoterapia é considerada um tratamento efetivo para essa condição.[78]

- » As diretrizes baseadas em evidências para o transtorno de personalidade limítrofe são: terapia baseada na mentalização; terapia focada na transferência; terapia comportamental dialética e manejo psiquiátrico geral.[76]

adjunto

estabilizadores do humor ou anticonvulsivantes

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

- » **topiramato**: 25 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25-50 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

OU

Em curso

» **divalproato de sódio**: 250-500 mg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em 2-3 doses fracionadas inicialmente, aumentar em incrementos de 250-500 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 2500 mg/dia

OU

» **lítio**: 150 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 150-300 mg/dia a cada 3-5 dias de acordo com a resposta, máximo de 1500 mg/dia

Opções secundárias

» **lamotrigina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia durante a 1ª e 2ª semanas, seguidos por 50 mg uma vez ao dia durante a 3ª e 4ª semanas, seguidos por 100 mg uma vez ao dia durante a 5ª semana, pode aumentar até um máximo de 200 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas a partir da 6ª semana

» Há uma escassez de evidências sobre a farmacoterapia para os transtornos de personalidade. Muitos pacientes com transtornos de personalidade apresentam problemas relacionados à autolesão e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada. Pacientes com transtorno de personalidade limítrofe podem se engajar em atividade sexual arriscada e engravidar. A possibilidade de teratogenicidade deve ser considerada. É importante observar que o valproato (e seus análogos) não deve ser iniciado em mulheres em idade fértil, a menos que tratamentos alternativos não sejam adequados.^[111] Se estiverem em tratamento com valproato, as mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez para garantir que certas condições sejam atendidas (por exemplo, um teste de gravidez negativo) antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário. Elas devem receber informações e entender os riscos associados a esse medicamento durante a gravidez, bem como a necessidade de contracepção, a necessidade de consultar o próprio médico caso planejem engravidar (ou se já engravidaram) e a necessidade de revisão regular do tratamento. Em 2018, a European Medicines Agency (EMA) recomendou

Em curso

que o valproato e seus análogos sejam contraindicados no transtorno bipolar durante a gravidez, em razão do risco de malformações congênitas e de problemas de desenvolvimento no lactente/criança (não foram fornecidas orientações específicas sobre o valproato para transtornos de personalidade, uma vez que se trata de uso off-label).[111]

» As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre o transtorno de personalidade limítrofe indicam que o tratamento medicamentoso não deve ser usado especificamente para o transtorno de personalidade limítrofe ou para os sintomas individuais ou para comportamentos associados ao transtorno (por exemplo, autolesão repetida, instabilidade emocional acentuada, comportamentos de risco e sintomas psicóticos transitórios).[86] Entretanto, as diretrizes NICE também sugerem que o tratamento medicamentoso deve ser considerado no tratamento geral de comorbidades clínicas em pacientes com transtornos de personalidade.[86]

» Estabilizadores do humor, como o lítio, e anticonvulsivantes podem apresentar alguma efetividade no tratamento da impulsividade e da agressividade no transtorno de personalidade limítrofe. Estabilizadores do humor e anticonvulsivantes demonstraram um efeito moderado no tratamento da depressão no transtorno de personalidade limítrofe.[93] [94] No entanto, um ensaio randomizado controlado individualmente por placebo, duplo cego, de dois braços, realizado em 2018 com lamotrigina versus placebo mostrou que a adição de lamotrigina ao atendimento usual das pessoas com transtorno de personalidade limítrofe não foi clinicamente eficaz e não proporcionou um uso custo-efetivo dos recursos.[95]

» Os pacientes devem ser monitorados rigorosamente já que muitos deles toleram mal esses medicamentos, o que também limita a titulação dos mesmos. Apesar da impulsividade e da agressividade serem responsivas a esses tratamentos, há uma escassez de evidências sobre a melhora das perturbações interpessoais e de identidade.

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de

Em curso

natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental[62] e farmacoterapias indicadas.[109]

■ narcisista

1a

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» A comunicação recomendada entre o médico e o paciente inclui o reconhecimento do paciente como especial, passando autoconfiança nas interações e evitando disputas pelo poder.

» A maioria dos estudos de psicoterapia foca apenas no transtorno de personalidade limítrofe, e esta é uma fraqueza reconhecida na literatura.

» Não há evidências para dar suporte a quaisquer recomendações farmacoterápicas no transtorno de personalidade narcisista.

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado.

Em curso

Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental^[62] e farmacoterapias indicadas.^[109]

■ histriônica

1a

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» A comunicação recomendada entre o médico e o paciente inclui manter distância profissional, fornecer tranquilização, abordar comportamentos sedutores de maneira objetiva e manter um limite profissional.

» A maioria dos estudos de psicoterapia foca apenas no transtorno de personalidade limítrofe, e esta é uma fraqueza reconhecida na literatura.

» Não há evidências para dar suporte a quaisquer recomendações farmacoterápicas no transtorno de personalidade histriônico.

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação

Em curso

■ antissocial

1a

em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental[62] e farmacoterapias indicadas.[109]

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» A comunicação simples e objetiva entre o médico e o paciente é recomendada, com limites claros e consistentes. Exercite precaução ao prescrever substâncias controladas devido ao potencial para o uso ilegal. Além disso, o médico deve estar ciente que muitos desses pacientes não são confiáveis e têm tendência a desrespeitar regras.

adjunto

psicoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O tratamento por manejo de contingência (uma terapia comportamental na qual comportamentos adaptativos são recompensados) pode ser usado. Pesquisas que focam nos sintomas principais são necessárias.[79]

» Uma revisão concluiu que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) implementada em um ambiente residencial foi mais efetiva na redução de comportamentos criminais que o tratamento padrão, mas não foi mais efetiva que outras modalidades de tratamento.[80]

Em curso

adjunto encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental^[62] e farmacoterapias indicadas.^[109]

grupo C (ansioso): sem risco de vida■ **esquiva****1a estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente**

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» Os médicos devem evitar comentários críticos e reforçar comportamentos em que o paciente procura ajuda de maneira apropriada.

mais psicoterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Nota-se o progresso do treinamento de habilidades sociais no acompanhamento.^[75]

Em curso

adjunto

» Há resultados conflitantes sobre a eficácia relativa de outros tratamentos. Entretanto, as abordagens psicodinâmica e a TCC também se mostraram eficazes.[75]

farmacoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 10 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

OU

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 25 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» **venlafaxina**: 37.5 a 75 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 75 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 225 mg/dia

Opções secundárias

» **gabapentina**: 300 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 1800 mg/dia

OU

» **pregabalina**: 75 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 600 mg/dia

Opções terciárias

» **fenelzina**: 15 mg por via oral três vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 90 mg/dia

» Há uma escassez de evidências sobre a farmacoterapia para os transtornos de personalidade. Muitos pacientes com transtornos de personalidade apresentam problemas relacionados à autolesão e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais

Em curso

podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada.

» Os pacientes com transtorno de personalidade esquiva mostraram uma resposta favorável à venlafaxina e aos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs). Entretanto, a sertralina pode ser menos efetiva se os sintomas começaram na infância.[102]

» Os medicamentos listados acima devem ser as opções de primeira linha devido ao perfil de efeitos colaterais favorável. A gabapentina e a pregabalina demonstraram alguma eficácia na fobia social e podem beneficiar pacientes com transtorno de personalidade esquiva.[103] [104]

» Os inibidores da monoaminooxidase (IMAOs) reversíveis, como a moclobemida, possuem suporte para o seu uso.

» A fenelzina, se usada, requer grande cautela em relação a riscos graves e a efeitos colaterais.

» O uso de qualquer combinação desses medicamentos não é recomendada devido a potenciais interações medicamentosas perigosas, como a síndrome serotoninérgica, e também devido à falta de dados sobre sua eficácia.

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão

Em curso

■ dependente

1a

abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental[62] e farmacoterapias indicadas.[109]

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» Os médicos devem tolerar pedidos repetidos de tranquilização; oferecer fontes úteis e suportar a autoeficácia do paciente; e planejar visitas de atenção primária em horários regulares e pré-estabelecidos (como mensais), em vez de visitas não programadas induzidas pela emergência de novas queixas de sintomas.

» Há evidências insuficientes para recomendar qualquer farmacoterapia para o transtorno de personalidade dependente.

mais

psicoterapia

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Nota-se o progresso do treinamento de habilidades sociais no acompanhamento.[75]

» Há resultados conflitantes sobre a eficácia relativa de outros tratamentos. Entretanto, as abordagens psicodinâmica e a TCC também se mostraram eficazes.[75]

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com

Em curso

■ **obsessivo-compulsiva****1a**

naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental[62] e farmacoterapias indicadas.[109]

estratégias de manejo do relacionamento e da comunicação com o paciente

» O estabelecimento de um relacionamento de suporte estável entre o médico e o paciente é o ponto central da abordagem para manejar os pacientes com transtornos de personalidade.

» Os médicos devem oferecer informação sobre condições/tratamentos sem discussões extensas; disputas pelo poder devem ser evitadas.

» Em vez de encorajar a procura de informações na internet e em outras fontes, deve-se reforçar outros interesses (aqueles que auxiliam nos comportamentos funcionais, não relacionados à doença).

» Há evidências insuficientes para recomendar qualquer farmacoterapia para o transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva.

mais**psicoterapia**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Nota-se o progresso do treinamento de habilidades sociais no acompanhamento.[75]

» Há resultados conflitantes sobre a eficácia relativa de outros tratamentos. Entretanto, as abordagens psicodinâmica e a TCC também se mostraram eficazes.[75]

adjunto**encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de

Em curso

natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental^[62] e farmacoterapias indicadas.^[109]

características múltiplas dos diferentes transtornos de personalidade: sem risco de vida

1a

farmacoterapia complexa + encaminhamento psiquiátrico

» Os pacientes com misturas de sintomas significativos (cognitivo-perceptivo, desregulação afetiva, descontrole da impulsividade e abuso de substâncias) são comumente encontrados.

» Intervenções farmacológicas complexas podem ser necessárias para abordar esses sintomas. Muitos pacientes com transtornos de personalidade apresentam problemas relacionados à autolesão e à probabilidade de suicídio, o que torna a prescrição problemática, e os efeitos colaterais podem ser substanciais. Esses são fatores importantes quando a farmacoterapia está sendo considerada.

» Recomenda-se consultar um psiquiatra se benzodiazepínicos, estimulantes, opiídeos ou medicamentos psicotrópicos com potencial de superdosagem letal (antidepressivos tricíclicos e inibidor da monoaminoxidase [IMAO], lítio) forem prescritos ou considerados para uso.

Em curso

» A consulta psiquiátrica pode também ser prudente para pacientes com resposta sintomática inadequada às intervenções medicamentosas iniciais, aos com sintomas psiquiátricos que estejam escalando em gravidade, e aos que se encontram em um regime complicado com a incorporação de agentes psicotrópicos múltiplos.

adjunto

encaminhamento a programas de tratamento do abuso de substâncias

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Idealmente, o encaminhamento pode ser feito a um programa de tratamento de natureza multimodal com componentes clínicos, psiquiátricos, psicológicos, de aconselhamento e de treinamento de habilidades, como indicado. Além disso, deve-se encorajar a participação em reuniões de programas de 12 passos (por exemplo, AA ou NA).

» A farmacoterapia pode ser empregada para a promoção da abstinência de substâncias. O abuso de álcool é comum em pacientes com transtornos de personalidade. O tratamento com naltrexona, acamprosato ou dissulfiram pode ser benéfico a pacientes que estão tentando se abster do uso do álcool. A naltrexona pode ser utilizada por pacientes que continuam a usar o álcool em algum nível. O acamprosato demonstrou maior eficácia quando iniciado em pacientes atualmente abstinentes de álcool. O dissulfiram é utilizado por pacientes que estão abstinentes de álcool e têm intenção declarada de permanecer abstinentes.

» Nos casos em que o acesso ao tratamento do abuso de substâncias é limitado, os médicos de atenção primária podem utilizar intervenções de aconselhamento comportamental^[62] e farmacoterapias indicadas.^[109]

Novidades

Novas áreas de pesquisa

Pesquisas adicionais sobre os efeitos da oxitocina, vasopressina e opioides em relação ao apego social e à confiança interpessoal podem produzir novos agentes farmacológicos. Mais estudos são necessários para melhor entender a neurobiologia dessas doenças e os mecanismos neurais subjacentes para as várias características que compõem cada transtorno.

Recomendações

Monitoramento

É importante estabelecer e manter um relacionamento entre o médico e o paciente, que pode ser desafiador para os provedores de tratamento. O encaminhamento a um profissional da saúde mental com experiência em tratar pacientes com transtornos de personalidade será necessário para facilitar o diagnóstico e o tratamento. A comunicação efetiva entre os provedores de tratamento é essencial para facilitar a coordenação do cuidado e prevenir rompimentos que possam resultar em comunicação deficiente. Idealmente, visitas de acompanhamento do paciente são planejadas de acordo com o manejo das comorbidades clínicas, tanto psicológicas quanto clínicas, e não apenas baseadas na exacerbação dos sintomas relacionados ao transtorno de personalidade.

Instruções ao paciente

Os planos de tratamento e protocolos locais podem variar entre as regiões e as unidades de saúde. Uma estratégia de tratamento sugerida é ajudar o paciente a desenvolver e a manter um relacionamento de tratamento efetivo com o seu profissional de saúde. Sempre que possível, os pacientes devem ser aconselhados a selecionar um médico de atenção primária, que será identificado como tal em uma unidade de saúde considerada a "base" clínica para o tratamento. Os parâmetros da prática clínica, como horário de operação da unidade de saúde, informações de contato e disponibilidade fora dos horários habituais do médico ou substituto designado, e o protocolo com relação ao tipo de comunicação utilizado (por exemplo, e-mail, telefone) devem ser especificados no início do relacionamento. Os pacientes devem ser encorajados a participar ativamente no cuidado de sua saúde, a estabelecer e a alcançar os objetivos do tratamento, incluindo aqueles relacionados a alterações no estilo de vida e ao manejo de doenças crônicas. Deve-se ajudar os pacientes e suas famílias a localizar organizações de suporte dentro de suas comunidades. [\[National Alliance on Mental Illness \(US\)\]](#) O funcionamento social inadequado é uma complicação do transtorno de personalidade, e o estabelecimento de suporte social positivo é um objetivo desejável, particularmente para pacientes com crianças e aqueles com afecções clínicas crônicas.

No caso das mulheres em idade fértil, o tratamento com valproato não deve ser iniciado, a menos que tratamentos alternativos não sejam adequados; as mulheres em idade fértil devem seguir um programa de prevenção da gravidez durante o tratamento com medicamentos com valproato. Para os países da União Europeia, a European Medicines Agency (EMA) declara que tal programa deve incluir:[\[111\]](#)

- Uma avaliação do potencial da paciente para engravidar
- Testes de gravidez antes de iniciar e durante o tratamento, conforme necessário
- aconselhamento sobre os riscos do tratamento com valproato e a necessidade de contracepção eficaz durante todo o tratamento
- uma revisão do tratamento em curso por um especialista pelo menos uma vez ao ano
- Um formulário de reconhecimento dos riscos, ao qual pacientes e prescritores terão acesso em cada uma dessas revisões anuais para confirmar que o aconselhamento apropriado foi dado e compreendido.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
autolesão	longo prazo	alta
<p>Comportamentos de autolesão comuns incluem cortes e queimaduras.</p> <p>Pode estar presente em mais de 70% dos pacientes com transtorno de personalidade limítrofe.</p> <p>Associado à comorbidade psiquiátrica, incluindo transtornos depressivos e bulimia nervosa.</p>		
prejuízo no funcionamento social	longo prazo	alta
<p>A evolução em 10 anos do transtorno de personalidade limítrofe é caracterizada por prejuízo persistente e grave no funcionamento social.[114]</p>		
suicídio	longo prazo	baixa
<p>O risco de suicídio consumado durante a vida de pacientes com transtorno de personalidade limítrofe é de 10%.[65] [115]</p> <p>Alta letalidade de tentativas de suicídio está associada ao transtorno do estresse pós-traumático, aos transtornos afetivos, à fobia, ao transtorno de personalidade antissocial, ao abuso de substâncias, ao transtorno de personalidade esquizotípica e à anorexia nervosa comórbidos.[65] [115] [116]</p> <p>História comum de abandono ou de abuso.[116]</p> <p>Uma revisão concluiu que a psicoterapia em longo prazo, particularmente a terapia comportamental dialética e a psicoterapia baseada na mentalização, demonstrou ser efetiva na redução das tentativas de suicídio e no comportamento parassuicida.[117] Ambos os tratamentos possuem vários componentes em comum, e pesquisas adicionais são necessárias para avaliar sua eficácia.[117]</p>		

Prognóstico

Prognóstico

Estudos longitudinais questionaram a natureza estável dos sintomas dos transtornos de personalidade ao longo do tempo. Por exemplo, em um estudo com 290 pacientes hospitalizados com transtorno de personalidade limítrofe, 88% atingiram remissão; identificaram-se fatores que podem ser usados como preditivos de uma remissão mais rápida, incluindo a ausência de abuso sexual na infância.[\[112\]](#) Sugeriu-se que os sintomas podem ser atenuados com a idade. Os sintomas são frequentemente exacerbados em resposta a estressores. Mostrou-se que os transtornos de personalidade são responsivos ao tratamento, particularmente se um tratamento relativamente intensivo for realizado por um período de tempo extenso.[\[113\]](#) A evolução em 10 anos do transtorno de personalidade limítrofe também é caracterizada por prejuízo persistente e grave no funcionamento social.[\[114\]](#)

Impacto do diagnóstico

Deve-se ter cautela ao estabelecer e a documentar o diagnóstico do transtorno de personalidade por causa do significado ou estigma social associado a esse diagnóstico.

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care

Publicado por: US Preventive Services Task Force

Última publicação em:
2014

Oceania

Treatment guidelines for personality disorders

Publicado por: Project Air Strategy for Personality Disorders (Australia)

Última publicação em:
2015

Diretrizes de tratamento

Europa

Antisocial personality disorder: prevention and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2013

Borderline personality disorder: recognition and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2009

Internacional

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders

Publicado por: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Última publicação em:
2007

América do Norte

Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2005

América do Norte

Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors

Publicado por: American Psychiatric Association

Última publicação em:
2003

Oceania

Treatment guidelines for personality disorders

Publicado por: Project Air Strategy for Personality Disorders (Australia)

Última publicação em:
2015

Recursos online

1. [CDC: Adverse Childhood Experiences \(ACE\) study](#) (*external link*)
2. [Suicide Prevention Resource Center: suicide prevention toolkit for primary care practices](#) (*external link*)
3. [Patient Health Questionnaire PHQ-9](#) (*external link*)
4. [The Balint Society \(UK\)](#) (*external link*)
5. [American Balint Society](#) (*external link*)
6. [National Alliance on Mental Illness \(US\)](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Resposta ao tratamento: há evidências de qualidade moderada de um ensaio clínico randomizado e controlado de que pacientes com transtornos de personalidade tratados com psicoterapia individual eclética e ambulatorial tiveram desfechos melhores com relação a várias medidas quando comparados àqueles tratados com uma terapia abrangente com o modelo step-down (tratamento hospitalar inicial em curto prazo seguido de tratamento ambulatorial em grupo e individual) ao longo de 18 meses.^[71]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

2. Resposta à psicoterapia: há evidências de qualidade moderada para a efetividade das seguintes intervenções (versus o tratamento padrão ou controles de lista de espera) para as populações de pacientes especificadas: 1) terapia comportamental dialética para o transtorno de personalidade limítrofe; 2) regulação emocional em grupo para o transtorno de personalidade limítrofe; 3) terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade esquiva; 4) internação parcial orientada psicanaliticamente para o transtorno de personalidade limítrofe; 5) psicoterapia adaptativa breve para transtorno de personalidade misto; 6) psicoterapia dinâmica em curto prazo para transtorno de personalidade misto; 7) terapia cognitivo-comportamental assistida manual para transtorno de personalidade misto.^[69]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol.* 1994 Jun;47(6):647-57.
- Devens M. Personality disorders. *Prim Care.* 2007 Sep;34(3):623-40.
- Paris J. Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Sep;31(3):517-26.
- Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. Promising psychotherapies for personality disorders. *Can J Psychiatry.* 2010 Apr;55(4):202-10.
- Madeddu F, Aquaro P, Preti E. Psychotherapy for borderline personality disorder: A review of literature on the efficacy of four manualized treatments [in Italian]. *Italian J Psychopathol.* 2012;18(3):196-209. [Texto completo](#)
- Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;(8):CD005652. [Texto completo](#)
- Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jul 1;(7):CD004687. [Texto completo](#)
- Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2007;8(4):212-44. [Texto completo](#)
- Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Aug;68(8):827-37. [Texto completo](#)

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1970 Jan;126(7):983-7.
3. Lenzenweger M. The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *J Pers Dis.* 2006 Dec;20(6):645-70.

4. Bajaj P, Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2005 Jan;18(1):27-31.
5. Gunderson J, Weinberg I, Daversa M, et al. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1173-8.
6. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 1995 Apr;152(4):571-8.
7. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision: ICD-10. 2010 [internet publication]. [Texto completo](#)
8. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ 3rd, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2002 Jun;180(6):536-42. [Texto completo](#)
9. Crawford T, Cohen P, Johnson J, et al. Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *J Pers Disord*. 2005 Feb;19(1):30-52.
10. Grant B, Hasin D, Stinson F, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):948-58.
11. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010 Aug;24(4):412-26.
12. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, et al. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Sep 15;62(6):553-64. [Texto completo](#)
13. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.
14. Coid J, Yang M, Tyrer P, et al. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006 May;188(5):423-31. [Texto completo](#)
15. McGilloway A, Hall RE, Lee T, et al. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry*. 2010 May 11;10:33.
16. Reichborn-Kjennerud T. Genetics of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008 Sep;31(3):421-40.
17. Rhee S, Waldman I. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull*. 2002 May;128(3):490-529.
18. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000 Nov-Dec;41(6):416-25.

19. Bradley R, Jenei J, Westen D. Etiology of borderline personality disorder: disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *J Nerv Ment Dis.* 2005 Jan;193(1):24-31.
20. Coolidge F, Thede L, Jang K. Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *J Pers Disord.* 2001 Feb;15(1):33-40.
21. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Neale MC, et al. Genetic and environmental influences on dimensional representations of DSM-IV cluster C personality disorders: a population-based multivariate twin study. *Psychol Med.* 2007 May;37(5):645-53.
22. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Ystrøm E, et al. A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood. *Psychol Med.* 2015 Oct;45(14):3121-31.
23. Kaffman A, Meaney MJ. Neurodevelopmental sequelae of postnatal maternal care in rodents: clinical and research implications of molecular insights. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007 Mar-Apr;48(3-4):224-44.
24. Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, et al. The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016 Jun;266(4):307-16.
25. Essex MJ, Klein MH, Cho E, et al. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biol Psychiatry.* 2002 Oct 15;52(8):776-84.
26. Winsper C, Wolke D, Lereya T. Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11-12 years. *Psychol Med.* 2015 Apr;45(5):1025-37.
27. Johnson JG, Cohen P, Brown J, et al. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Jul;56(7):600-6. [Texto completo](#)
28. Eikenaes I, Egeland J, Hummelen B, et al. Avoidant personality disorder versus social phobia: the significance of childhood neglect. *PLoS One.* 2015 Mar 27;10(3):e0122846. [Texto completo](#)
29. Spatz Widom C, Czaja SJ, Paris J. A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord.* 2009 Oct;23(5):433-46.
30. Jang K, Dick D, Wolf H, et al. Psychosocial adversity and emotional instability: an application of gene-environment interaction models. *Eur J Pers.* 2005 Jun;19(4):359-72. [Texto completo](#)
31. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Jun;31(2):157-77. [Texto completo](#)
32. Mittal VA, Dhruv S, Tessner KD, et al. The relations among putative biorisk markers in schizotypal adolescents: minor physical anomalies, movement abnormalities, and salivary cortisol. *Biol Psychiatry.* 2007 May 15;61(10):1179-86.
33. New AS, Goodman M, Tribwasser J, et al. Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Sep;31(3):441-61,vii.

34. Johnson PA, Hurley RA, Benkelfat C, et al. Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2003 Fall;15(4):397-402.
35. Friedel RO. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacol*. 2004 Jun;29(6):1029-39.
36. Herpertz SC, Bertsch K. A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: a model of the role of oxytocin. *Am J Psychiatry*. 2015 Sep 1;172(9):840-51.
37. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann ID, et al. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Horm Behav*. 2013 Mar;63(3):424-9.
38. Kendler K, Czajkowski N, Tambs K, et al. Dimensional representations of DSM-IV Cluster A personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychol Med*. 2006 Nov;36(11):1583-91.
39. Tienari P, Wynne LC, Läksy K, et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003 Sep;160(9):1587-94.
40. Johnson JG, Cohen P, Chen H, et al. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 May;63(5):579-87. [Texto completo](#)
41. Helgeland MI, Kjelsberg E, Torgersen S. Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1941-7.
42. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *J Pers Disord*. 2007 Dec;21(6):626-37.
43. McCrae R, Löckenhoff C, Costa P. A step toward DSM-V: cataloguing personality-related problems in living. *Eur J Pers*. 2005 Jun;19(4):269-86. [Texto completo](#)
44. Skodol AE, Bender DS. The future of personality disorders in DSM-V? *Am J Psychiatry*. 2009 Apr;166(4):388-91.
45. Widiger TA. Assessment of DSM-5 personality disorder. *J Pers Assess*. 2015 Sep-Oct;97(5):456-66.
46. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, et al. Clarifying the convergence between obsessive compulsive disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord*. 2006 Jun;20(3):294-305. [Texto completo](#)
47. Huppert JD, Strunk DR, Ledley DR, et al. Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depress Anxiety*. 2008;25(5):441-8.
48. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, et al. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994 Jun;47(6):647-57.

49. Rost KM, Akins RN, Brown FW, et al. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992 Sep;14(5):322-6.
50. Joiner T, Kalafat J, Draper J, et al. Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):353-65.
51. Moran P, Leese M, Lee T, et al. Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): preliminary validation of a brief screen for personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003 Sep;183:228-32.
52. Hesse M, Moran P. Screening for personality disorder with the Standardised Assessment of Personality - Abbreviated Scale (SAPAS): further evidence of concurrent validity. *BMC Psychiatry*. 2010 Jan 28;10:10.
53. Gorwood P, Rouillon F, Even C, et al. Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression. *Br J Psychiatry*. 2010 Feb;196(2):139-42.
54. Morse JQ, Pilkonis PA. Screening for personality disorders. *J Pers Disord*. 2007 Apr;21(2):179-98.
55. Walters P, Moran P, Choudhury P, et al. Screening for personality disorder: a comparison of personality disorder assessment by patients and informants. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(1):34-9.
56. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994 Dec 14;272(22):1749-56.
57. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13. [Texto completo](#)
58. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6;146(5):317-25.
59. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7. [Texto completo](#)
60. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1873-5. [Texto completo](#)
61. LeFevre ML; US Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014 May 20;160(10):719-26. [Texto completo](#)
62. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004 Apr 6;140(7):557-68. [Texto completo](#)
63. Balint M. The doctor, his patient, and the illness. New York, NY: International Universities Press; 1957.
64. Devens M. Personality disorders. *Prim Care*. 2007 Sep;34(3):623-40.

65. Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Sep;31(3):527-43.
66. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, et al. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4):601-8.
67. Apter A, Bleich A, King RA, et al. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Feb;50(2):138-42.
68. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, et al. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiatry.* 1997 Feb;154(2):199-204.
69. Duggan C, Huband N, Smailagic N, et al. The use of psychological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Pers Ment Health.* 2007 Nov;1(2):95-125. [Texto completo](#)
70. Paris J. Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Sep;31(3):517-26.
71. Arnevik E, Wilberg T, Urnes Ø, et al. Psychotherapy for personality disorders: 18 months' follow-up of the Ullevål Personality Project. *J Pers Disord.* 2010 Apr;24(2):188-203.
72. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. Promising psychotherapies for personality disorders. *Can J Psychiatry.* 2010 Apr;55(4):202-10.
73. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA.* 2008 Oct 1;300(13):1551-65.
74. de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, et al. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(1):1-23.
75. Simon W. Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: a meta-analytic review. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2009;13(2):153-65.
76. Gunderson JG. Clinical practice. Borderline personality disorder. *N Engl J Med.* 2011 May 26;364(21):2037-42.
77. Madeddu F, Aquaro P, Preti E. Psychotherapy for borderline personality disorder: A review of literature on the efficacy of four manualized treatments [in Italian]. *Italian J Psychopathol.* 2012;18(3):196-209. [Texto completo](#)
78. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Aug 15;(8):CD005652. [Texto completo](#)
79. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD007668. [Texto completo](#)

80. Armelius BA, Andreassen TH. Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD005650. [Texto completo](#)
81. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 1;(7):CD004687. [Texto completo](#)
82. Dimeff LA, Koerner K, eds. *Dialectical behavior therapy in clinical practice*. New York, NY: The Guilford Press; 2007.
83. Duggan C, Huband N, Smailagic N, et al. The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Pers Ment Health*. 2008 Jul;2(3):119-70. [Texto completo](#)
84. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R, et al. Treatment of personality disorder. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):735-43.
85. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov;161(11):2108-14.
86. National Institute for Health and Care Excellence. *Borderline personality disorder: recognition and management*. Jan 2009 [internet publication]. [Texto completo](#)
87. Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, et al. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 Jul;43(7):680-6.
88. Koenigsberg HW, Reynolds D, Goodman M, et al. Risperidone in the treatment of schizotypal personality disorder. *J Clinical Psychiatry*. 2003 Jun;64(6):628-34.
89. Serban G, Siegel S. Response of borderline and schizotypal patients to small doses of thiothixene and haloperidol. *Am J Psychiatry*. 1984 Nov;141(11):1455-8.
90. Soloff PH, George A, Nathan RS, et al. Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. A double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Arch Gen Psychiatry*. 1986 Jul;43(7):691-7.
91. Markovitz PJ, Calabrese JR, Schulz SC, et al. Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991 Aug;148(8):1064-7.
92. Jensen HV, Andersen J. An open, noncomparative study of amoxapine in borderline disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989 Jan;79(1):89-93.
93. Mercer D, Douglass AB, Links PS, et al. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord*. 2009 Apr;23(2):156-74.
94. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jan;71(1):14-25.

95. Crawford MJ, Sanatania R, Barrett B, et al. Lamotrigine for people with borderline personality disorder: a RCT. *Health Technol Assess*. 2018 Apr;22(17):1-68. [Texto completo](#)
96. Sheard MH, Marini JL, Bridges CI, et al. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry*. 1976 Dec;133(12):1409-13.
97. Barratt ES, Kent TA, Bryant SG, et al. Controlled trial of phenytoin in impulsive aggression. *J Clinical Psychopharmacol*. 1991 Dec;11(6):388-9.
98. National Institute for Health and Care Excellence. Antisocial personality disorder: prevention and management. Mar 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
99. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Mar;51(3):215-24.
100. Alden LE, Laposa JM, Taylor CT, et al. Avoidant personality disorder: current status and future directions. *J Pers Disord*. 2002 Feb;16(1):1-29.
101. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(4):212-44. [Texto completo](#)
102. Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR, et al. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb;158(2):275-81.
103. Pande AC, Feltner DE, Jefferson JW, et al. Efficacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety disorder: a placebo-controlled, multicenter study. *J Clinical Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):141-9.
104. Pande AC, Davidson JR, Jefferson JW, et al. Treatment of social phobia with gabapentin: a placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 1999 Aug;19(4):341-8.
105. Soloff PH. Symptom-oriented psychopharmacology for personality disorders. *J Psych Prac*. 1998 Jan;4(1):3-11. [Texto completo](#)
106. Soloff PH. Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulse-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin*. 1998 Spring;62(2):195-214.
107. Ripoll LH. Clinical psychopharmacology of borderline personality disorder: an update on the available evidence in light of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Jan;25(1):52-8.
108. Bellino S, Bozzatello P, Blandamura A, et al. Antidepressants in the treatment of borderline personality disorder: a review of literature data [in Italian]. *J Psychopathol*. 2009;15(2):163-76. [Texto completo](#)
109. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, et al; Work Group on Substance Use Disorders. Treatment of patients with substance use disorders: second edition. *Am J Psychiatry*. 2006 Aug;163(8 Suppl):5-82.

110. Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner Jr TE. The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol*. 2006 Feb;62(2):243-51.
111. European Medicines Agency. New measures to avoid valproate exposure in pregnancy endorsed. Mar 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
112. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, et al. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):827-32.
113. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999 Oct;156(10):1563-9.
114. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug;68(8):827-37. [Texto completo](#)
115. Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, et al. High-lethality status in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2005 Aug;19(4):386-99.
116. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):20-6.
117. McMain S. Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Can J Psychiatry*. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):103S-14S.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web atualizada pela última vez em: Jan 09, 2019.

As monografias do BMJ Best Practice são atualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Michael J. Schrift, DO, MA

Director, Geriatric Psychiatry and Neuropsychiatry Division

Director, Geriatric Psychiatry Fellowship Training Program, Associate Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: MJS is on the advisory board for the Chicago Epilepsy Foundation.

// Reconhecimentos:

Dr Michael J. Schrift would like to gratefully acknowledge Dr Crystal T. Clark, and the late Dr Maria Devens, previous contributors to this topic. He would also like to acknowledge Dr Eric Gausche, who contributed the psychopharmacology sections for the initial version, and Dr Richard Stringham, who reviewed and approved information on the use of imaging and laboratory tests in the diagnosis section in the initial version. MD was an author of references cited in this topic. CTC, EG, and RS declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Anthony W. Bateman, FRCPsych

Consultant Psychiatrist and Visiting Professor

Halliwick Psychotherapy Unit, St Ann's Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: AWB declares that he has a bias towards the use of mentalization in the treatment of personality disorder.

Robin L. Kissell, MD

Director

Borderline Personality Disorder Initiative, Semel Institute, UCLA, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: RLK declares that she has no competing interests.

Justin Trevino, MD

Medical Director

Opioid Treatment Program, Dayton Veterans Affairs Medical Center, Dayton, OH

DIVULGAÇÕES: JT declares that he has no competing interests.

Dietmar Winkler, MD

Department of Psychiatry and Psychotherapy

Medical University of Vienna, Vienna, Austria

DIVULGAÇÕES: DW has received lecture fees from CSC Pharmaceuticals, GlaxoSmithKline, and Pfizer, and has served as a consultant for GlaxoSmithKline.