

Transtorno de Personalidade Borderline e os fatores que influenciam seu desenvolvimento: uma relação entre o comportamento autodestrutivo, relações familiares, traumas infantis e alterações fisiopatológicas

Borderline Personality Disorder and the factors that influence its development: a relationship between self-destructive behavior, family relationships, childhood trauma and pathophysiological changes

DOI:10.34117/bjdv9n5-100

Recebimento dos originais: 10/04/2023

Aceitação para publicação: 12/05/2023

Camila Caroline Matias

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Cesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: camilamatias@alunos.unicesumar.edu.br

Gabriela Thomé Reis

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Cesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: gabrielareis1@hotmail.com

Jean Carlos Fernando Besson

Doutor em Ciências Biológicas

Instituição: Universidade Cesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: jean.besson@docentes.unicesumar.edu.br

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) consiste em um distúrbio que possui como principais manifestações padrões de instabilidade e disfunção nos domínios emocional, comportamental, cognitivo e interpessoal, não possuindo uma fisiopatologia única definida na literatura. No entanto, acredita-se que está diretamente associado a diversos fatores que vão interferir no desenvolvimento cerebral, seja estrutural ou funcionalmente. As causas mais citadas na literatura incluem alterações neurológicas, influências genéticas e influências psicossociais. Contudo, a expressão do fenótipo do TPB e a manifestação dos sintomas está diretamente relacionada aos fatores ambientais em que o indivíduo está inserido. Por conseguinte, esses pacientes desenvolvem em sua personalidade traços marcantes como impulsividade, instabilidade afetiva, sentimentos de vazio, situações de raiva intensa e sintomas dissociativos, que podem se manifestar, muitas vezes, em comportamentos autodestrutivos na tentativa de sanar as suas aflições. Esses sintomas se acentuam por volta dos 14 aos 17 anos que, concomitantemente, corresponde ao período da adolescência em que o jovem experimenta mudanças significativas na consolidação da sua identidade, influenciada pelos fatores já relatados. No presente artigo de revisão sistemática, buscamos elucidar a definição de Transtorno

de Personalidade Borderline. Além de caracterizar a expressão do fenótipo TPB e a manifestação dos sintomas; o diagnóstico; e a fisiopatologia envolvida na doença, bem como os fatores ambientais, biológicos e genéticos envolvidos no transtorno que são considerados gatilhos para o desenvolvimento da personalidade Borderline. Para a realização desta revisão narrativa de literatura, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico (SCHOLAR), Portal Caps e Science Direct. Além disso, foram efetuadas consultas ao Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2014).

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline, alterações fisiopatológicas, comportamento autodestrutivo, adolescência, relações familiares, traumas infantis, ocitocina, receptores de ocitocina, manejo de Borderline, genética no Transtorno de Personalidade Borderline.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) consists of a disorder whose main manifestations are patterns of instability and dysfunction in the emotional, behavioral, cognitive and interpersonal domains, not having a single pathophysiology defined in the literature. However, it is believed that it is directly associated with several factors that will interfere with brain development, either structurally or functionally. The most cited causes in the literature include neurological alterations, genetic influences and psychosocial influences. However, the expression of the BPD phenotype and the manifestation of symptoms is directly related to the environmental factors in which the individual is inserted. Consequently, these patients develop strong personality traits such as impulsiveness, affective instability, feelings of emptiness, intense anger and dissociative symptoms, which can often manifest themselves in self-destructive behaviors in an attempt to remedy their afflictions. These symptoms become more pronounced around 14 to 17 years of age, which, at the same time, corresponds to the period of adolescence in which young people experience significant changes in the consolidation of their identity, influenced by the factors already mentioned. In this systematic review article, we seek to elucidate the definition of Borderline Personality Disorder. In addition to characterizing the expression of the TPB phenotype and the manifestation of symptoms; the diagnosis; and the pathophysiology involved in the disease, as well as the environmental, biological and genetic factors involved in the disorder that are considered triggers for the development of Borderline personality. In order to carry out this narrative literature review, searches were carried out in the electronic databases Scientific Electronic Library Online (Scielo), Google Scholar (SCHOLAR), Portal Caps and Science Direct. In addition, consultations were made with the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5 (APA, 2014).

Keywords: Borderline Personality Disorder, pathophysiological changes, self-destructive behavior, adolescence, family relationships, childhood trauma, oxytocin, oxytocin receptors, Borderline management, genetics in Borderline Personality Disorder.

1 INTRODUÇÃO

A personalidade pode ser definida sucintamente como as características individuais que correspondem a um padrão persistente de emoções, pensamentos e

comportamentos. Os traços da personalidade evidenciam consequências muito peculiares, no sentido de que suas características estão associadas a uma variedade importante de indicadores nos níveis individual, interpessoal e social. Sendo assim, os transtornos de personalidade foram introduzidos no DSM-IV como categorias diagnósticas na década de 1980, sendo pertencentes ao Eixo II (MAZER et al., 2017).

Eles podem ser caracterizados como: “(...) padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo”. A definição de um transtorno de personalidade (TP) se aplica, de modo geral, aos dez tipos vigentes de categorias diagnósticas específicas, reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas (MAZER et al., 2017).

O grupo A compreende os TP do tipo paranoide, esquizoide e esquizotípico, que compartilham características identificadas em indivíduos excêntricos e esquisitos. O grupo B constitui-se dos antissociais, histriônicos, narcisistas e borderlines; com estereótipos de indivíduos dramáticos, emotivos e erráticos. O grupo C engloba as personalidades evitativas, dependentes e obsessivo-compulsivas, que correspondem aos indivíduos com perfil ansioso e medroso (MAZER et al., 2017).

A partir disso, o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma síndrome caracterizada por humores instáveis, problemas de impulsividade e instabilidade emocional, apresentando repercussões nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem, que podem vir acompanhados de comportamentos suicida e auto-mutilatório. Sendo o termo “borderline” utilizado para classificar pessoas que se encontram no limite entre a neurose e a psicose (AMARAL et al., 2021).

É um transtorno psiquiátrico complexo, de diagnóstico diferencial difícil, onde a vulnerabilidade emocional e incapacidade de regular as emoções dos indivíduos com TPB evidenciam origens intimamente relacionadas com as predisposições biológicas, sendo exacerbadas por experiências ambientais específicas. A vulnerabilidade emocional desses pacientes consiste em uma sensibilidade elevada a estímulos emocionais, intensidade emocional extrema e um lento retorno ao nível emocional basal (NUNES et al, 2021).

O TPB não apresenta uma fisiopatologia única definida na literatura. No entanto, acredita-se que está diretamente associado a diversos fatores que vão interferir no desenvolvimento cerebral, seja estrutural ou funcionalmente, onde a expressão do

fenótipo do TPB e a manifestação dos sintomas está diretamente relacionada aos fatores ambientais em que o indivíduo está inserido (AMARAL et al., 2021).

Sendo assim, é dito que o meio no qual a criança e adolescente se desenvolve é um fator dominante e predisponente para o desenvolvimento dessa doença. Inerente a possibilidade de o ambiente influenciar o sistema nervoso central, a exposição excessiva ao estresse, especialmente nas fases precoces do neurodesenvolvimento, com maior sensibilidade e maior plasticidade cerebral, pode provocar alterações cerebrais significativas (JORDÃO; RAMIRES, 2010).

Essas modificações costumam ser duradouras e irreversíveis, ou difíceis de serem moduladas, o que se constitui um fator de risco para o desenvolvimento de prejuízos cognitivos posteriores, tendo afetado as funções exercidas por determinadas estruturas encefálicas, como comportamento, regulação emocional e funções cognitivas. Dessa forma, o mecanismo neurobiológico é principalmente influenciado pela exposição prolongada ao estresse, é responsável pela ativação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, desencadeando respostas neurobiológicas como a liberação de adrenalina e cortisol (AMARAL et al., 2021).

Neste cenário, muitos portadores do TPB apresentam drásticas reduções da sensibilidade dos feedbacks dessas glândulas. Além disso, existem alterações fisiológicas nos processos de “top-down” associados ao córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior, e de “bottom-up”, associados com o sistema límbico, como a amígdala, hipocampo e córtex insular, bem como, alterações anatômicas nessas estruturas acompanham estes processos (NUNES et al, 2021).

2 JUSTIFICATIVA

O Transtorno de Personalidade Borderline é considerado um transtorno psiquiátrico complexo, com alta vulnerabilidade emocional e incapacidade de regular as emoções. Pacientes portadores desse transtorno possuem sensibilidade elevada a estímulos emocionais, intensidade emocional extrema e lento retorno ao nível emocional basal. Além disso, são pacientes com tendência suicida.

Com isso, o estudo apresenta-se como um meio facilitador do entendimento diagnóstico, manejo clínico e tratamento de um paciente com Transtorno de Personalidade Borderline, permitindo a compreensão da fisiopatologia da doença e a relação dela com o comportamento autodestrutivo.

3 OBJETIVO

Objetivo geral da revisão é entender a relação dos fatores que influenciam no desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline com o comportamento autodestrutivo, relações familiares, traumas infantis e alterações fisiopatológicas destes pacientes. Ademais, objetivamos definir o Transtorno de Personalidade Borderline e seus critérios diagnósticos; Relacionar os fatores ambientais, biológicos e genéticos envolvidos no transtorno que são considerados gatilhos para o desenvolvimento da personalidade Borderline; Caracterizar a expressão do fenótipo do TPB e a manifestação dos sintomas.

4 METODOLOGIA

A pesquisa que será realizada compreende uma revisão bibliográfica descritiva e qualitativa com natureza exploratória, com o objetivo de compilar e organizar as informações e resultados de outros trabalhos científicos, de livros e de outros materiais reunidos nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google acadêmico (SCHOLAR), Portal Capes e Science Direct, visando responder à questão central da revisão: Transtorno de Personalidade Borderline e os fatores que influenciam seu desenvolvimento: uma relação entre o comportamento autodestrutivo, relações familiares, traumas infantis e alterações fisiopatológicas. Foram utilizados os descritores em Ciência da Saúde (DeCS) em língua portuguesa e inglesa: Transtorno de Personalidade Borderline ; Alterações fisiopatológicas; Comportamento autodestrutivo; Adolescência; Relações familiares; Traumas infantis; Ocitocina; Receptores de ocitocina; Manejamento de borderline; Genética no transtorno de personalidade borderline. Dessa forma, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, sendo utilizados artigos científicos publicados nas bases de dados eletrônicas citadas acima com período de publicação de 2010 a 2022, e sendo excluídos artigos que foram publicados antes de 2010. Ademais, como critério de exclusão, além dos trabalhos publicados antes do ano de 2010, temos as referências que não apresentaram conteúdos que contribuam para o cumprimento dos objetivos deste estudo, materiais não correspondentes ao tema da pesquisa e aqueles que não estiverem disponíveis na íntegra nas bases de dados pesquisadas.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 HISTÓRIA, EPIDEMIOLOGIA E DEFINIÇÃO

O transtorno de personalidade borderline, desde o século passado, vem se estabelecendo como uma categoria de relevância na psicopatologia, aparecendo como um diagnóstico sustentado pelo DSM que se aplica em aproximadamente 1,6% da população, podendo chegar a 5,9%, sendo mais comumente diagnosticado em adolescentes e adultos jovens, diminuindo sua prevalência em faixas etárias mais altas (APA, 2014).

Na atenção primária, essa prevalência é estimada em 6%, e alcança cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e 20% entre pacientes internados devido a doenças psiquiátricas. Além disso, pressupõe-se que o transtorno seja duas vezes mais comum no sexo feminino do que no masculino, onde indivíduos com TPB frequentemente têm antecedentes familiares de transtorno depressivo maior, transtornos por uso de álcool e de abuso de substância, em parentes de primeiro grau (LIMA et al., 2021).

Durante séculos, houve certa hesitação e tentativas falhas de nomear quadros tidos como intermediários entre a neurose e a psicose até chegarmos ao que hoje conhecemos como Transtorno de Personalidade Borderline. É importante ressaltar que até os sintomas diagnósticos do DSM 2 (1968) e do CID 9 (1976), o termo borderline esteve situado dentro do espectro das psicoses, particularmente associado à esquizofrenia, colocado quase que como sinônimo de esquizofrenia latente.

Desse modo, segundo Souza et al. (2005) no CID 9, a esquizofrenia borderline é dada como um quadro mental de esquizofrenia, porém sem sintomas clássicos dessa. É então no DSM 3 (1980) que o quadro vai se definir de modo radicalmente novo. Finalmente o DSM 3 exige, para a realização de determinado diagnóstico critérios específicos e explícitos de inclusão e exclusão. Desse modo, a confiabilidade dos diagnósticos melhorou de forma evidente. Aqui, o quadro borderline sai definitivamente do espectro da esquizofrenia e migra para os distúrbios de personalidade, e a esquizofrenia latente ou borderline dá origem a dois distúrbios de personalidade: o distúrbio esquizotípico de personalidade e o distúrbio borderline de personalidade. Em 1992 o CID 10, mantém o transtorno borderline no capítulo dos transtornos de personalidade emocionalmente instáveis e o do tipo esquizotípico no capítulo do espectro esquizofrênico. E dessa forma, foram mantidos no DSM 4 e 5 como conhecemos atualmente.

5.2 DIAGNÓSTICO

Em termos diagnósticos, segundo o DSM-5 (APA, 2014), o transtorno de personalidade geral é definido como: "um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo". No qual esse padrão deve se manifestar em pelo menos duas das quatro áreas seguintes: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos, não sendo mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno e nem é atribuível aos efeitos fisiológicos de outra substância ou condição médica. Sendo importante salientar que para que um TP seja diagnosticado antes dos 18 anos em um paciente, as características precisam estar presentes por pelo menos um ano.

O TPB é definido como "Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada." O diagnóstico pode ser estabelecido no início da vida adulta, quando o paciente exibir pelo menos cinco dos seguintes critérios diagnósticos do DSM-5 (APA, 2014):

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. Esses indivíduos vivenciam medos intensos de abandono e experimentam raiva inadequada mesmo diante de uma separação de curto prazo ou quando ocorrem mudanças inevitáveis de planos. O indivíduo tende a achar que esse "abandono" implica que eles são "maus".
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização. Eles idealizam cuidadores ou companheiros, podem exigir ficar muito tempo juntos e partilhar detalhes pessoais mais íntimos logo no início do relacionamento. Entretanto, podem mudar rapidamente da idealização para a desvalorização, sentindo que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o suficiente e não está presente o suficiente. Logo, estão propensos a mudanças dramáticas e repentinas na sua forma de enxergar os outros. Visto que esses indivíduos podem cuidar e empatizar, mas somente com a expectativa de que o outro estará presente quando chamado, em uma espécie de troca para atender suas próprias necessidades.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo. Há mudanças súbitas e dramáticas na autoimagem dessas pessoas, caracterizadas por metas, valores e aspirações vocacionais inconstantes. Podem ocorrer mudanças súbitas em opiniões e planos sobre carreira profissional, identidade sexual, valores e tipos de amigos.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). Podem apostar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, envolver-se em sexo desprotegido ou dirigir de forma imprudente.
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante.

Suicídio acontece em 8 a 10% desses indivíduos, sendo que atos de automutilação e ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns. A ideiação suicida é com frequência a razão pela qual essas pessoas buscam ajuda. Esses atos autodestrutivos são geralmente precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que o indivíduo assuma maiores responsabilidades.

6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p.ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).

7. Sentimentos crônicos de vazio.

8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).

Podem demonstrar sarcasmo extremo, amargura persistente ou ter explosões verbais. A raiva é geralmente provocada quando um cuidador ou companheiro é visto como negligente, contido, despreocupado ou como alguém que abandona. Tais expressões de raiva costumam ser seguidas de vergonha e culpa, contribuindo para o sentimento de ter sido mau.

9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Geralmente durante períodos de estresse extremo. Esses episódios ocorrem mais frequentemente em resposta a um abandono real ou imaginado.

Em relação ao curso do transtorno, o prejuízo na rotina diária e o risco de suicídio são maiores entre os adultos jovens e desaparecem gradualmente com o avançar da idade. Dos 30 aos 50 anos a maioria dos indivíduos alcança uma estabilidade maior nos seus relacionamentos e no seu funcionamento profissional (SADOCK et al., 2017).

Embora uma única entrevista muitas das vezes seja suficiente para o diagnóstico, é frequentemente necessário realizar mais de uma e espaçá-las ao longo do tempo. A avaliação pode ainda ser complicada pelo fato de que as características que definem um TP podem não ser consideradas problemáticas pelos indivíduos, ou seja os traços são com frequência egossintônicos. Por isso muitas vezes informações suplementares oferecidas por outros informantes podem ser úteis, devendo o clínico avaliar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo do tempo e em diversas situações (SADOCK et al., 2017).

5.3 ETIOPATOGENIA

A personalidade consiste no leque comportamental de cada indivíduo, sendo multideterminada. Dessa forma, ao falar de personalidade, apontamos uma tendência a se comportar de uma dada maneira em função de uma história passada de reforçamento, que é individual. E, o conjunto desses comportamentos ocorrem de forma consciente dentro das situações. Porém, esses padrões consistentes de comportamento podem não ser adequados do ponto de vista de uma dada cultura, isso resultante de um ambiente ao longo do tempo. Por isso, alguns indivíduos são dados como apresentando um transtorno de personalidade (SOUZA et al., 2005).

Conforme pesquisas, podemos concluir que as causas de TPB não estão completamente claras, porém todos os estudos convergem para uma mesma máxima. No entanto, o fato de o risco ser aumentado, não implica, necessariamente, no desenvolvimento do TPB. Da mesma forma, indivíduos que não apresentam tais fatores de risco podem desenvolver a patologia em algum período da vida (LIMA et al., 2021).

Em comparação com a população geral, o TPB é apresentado mais frequentemente em indivíduos que tenham dentre os fatores sociais, culturais e ambientais, a influência de eventos traumáticos como abuso físico, sexual e emocional; abandono; algum acontecimento marcante na infância, como a separação dos pais; relacionamentos instáveis; situações hostis e invalidações emocionais (NIMH, 2020). Existe também uma relação com mudanças estruturais e funcionais do cérebro, é possível destacar mudanças especialmente nas áreas que controlam impulso, regulam emoções e uma possível disfunção em algumas substâncias químicas como a serotonina. Por fim, é comum que pacientes Borderlines tenham parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno (APA, 2014; LIMA et al. 2005)

Sendo assim, podemos destrinchar os fatores etiológicos que possivelmente levam ao TPB da seguinte forma:

5.3.1 Fatores Ambientais

De acordo com o modelo cognitivo atual, o fator ambiental seria o mais importante para o desenvolvimento do transtorno, principalmente quando os indivíduos crescem em ambientes invalidantes.

5.3.1.1 Traumas Infantis

Segundo Nunes *et al.* (2015), os precursores para o desenvolvimento de um dado transtorno são presentes já na infância, mesmo que os sintomas deste apareçam apenas na vida adulta.

A vivência de eventos traumáticos, compreendidos como eventos que coloquem em risco a vida, a integridade física ou psicológica do próprio indivíduo ou de alguém próximo, é o principal fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais, em especial os transtornos da personalidade. Os eventos traumáticos mais comumente citados na literatura como preditores do aparecimento de sintomas de TPB são os abusos ou maus-tratos na infância (APA, 2014).

Nunes *et al.* (2015) relata em seu estudo que os sintomas do transtorno estão associados positiva e significativamente com o abuso físico, sexual e emocional, sendo que as maiores associações foram com o abuso emocional, isso porque dificilmente abuso sexual e/ou físico ocorrem na ausência de abuso emocional.

Estudos epidemiológicos mostraram que há uma tendência dos indivíduos TPB com histórico de maus-tratos nos anos iniciais da vida de manifestarem automutilação, sintomas dissociativos, distúrbios emocionais, psicose e angústia global de maneira mais grave comparado com aqueles que não sofreram na puerícia. Neste cenário, os diferentes traços de personalidade influenciam em como as pessoas reagem a situações de abuso e/ou negligência e isso interfere na desenvolvimento do transtorno, uma vez que a sensibilidade temperamental – níveis aumentados de emocionalidade e impulsividade – colaboram para a gênese da psicopatologia (EULER *et al.*, 2019).

5.3.1.2 Relações Familiares:

Estudos apontam que indivíduos com TPB apresentam uma vulnerabilidade biológica que os leva a ser extremamente sensíveis a estímulos emocionais, estando esse quadro estreitamente ligado ao contexto interpessoal no qual estão inseridos, onde são altamente sensíveis a qualquer quadro de estresse advindo desse contexto. E, em geral, vêm de famílias em que a relação à sua própria experiência quando criança foi invalidada, ridicularizada e ignorada (SOUZA *et al.*, 2005).

Dentre as características específicas das famílias de borderlines, a relação tende a ser pobre e distante, podendo-se ressaltar o investimento dos pais na relação conjugal, em detrimento da relação pais e criança, sendo esta, negligenciada pelos mesmos, pois o casal tende a se atacar, utilizando a criança, não lhe oferecendo, portanto, atenção, empatia, apoio e proteção necessários, nem os cuidados básicos. O padrão de patologia da dinâmica familiar do indivíduo border constitui, na infância, a presença de mães dominadoras, e pais hostis e distantes, e na vida adulta, relações conjugais conflituosas (ALMEIDA, 2022).

Foi comprovado que 14,9% das crianças abusadas/negligenciadas identificadas com TPB na fase adulta possuíam pais com Transtornos por uso de substâncias, Transtorno Depressivo Maior ou Transtorno de Estresse Pós-traumático, sendo comum encontrar psicopatologias em ambos os pais (ALMEIDA, 2022; HONORIO *et al.*, 2021).

As separações precoces também têm um grande impacto na etiopatogenia do borderline, de modo que se constatou um grande número de indivíduos com essa

patologia que reportavam terem vivido significativas separações (ALMEIDA, 2022). Podemos concluir então, que esses relacionamentos parentais disfuncionais são de extrema importância para o desenvolvimento de um traço de personalidade conflitante.

5.3.2 Fatores Biológicos

É possível compreender a manifestação do TPB desde o seu desenvolvimento à sua sustentação por diversos fatores neurobiológicos. Porém os estudos ainda mostram resultados heterogêneos, contraditórios e muitas vezes ambíguos. Sendo que, não fica claro se os achados são uma causa, consequência ou um produto acidental do transtorno. Portanto, fica clara a necessidade de estudos futuros que elucidem essas anormalidades, identifiquem se os achados são patognomônicos e quais as influências dessas modificações para os indivíduos com o transtorno.

Os atuais estudos se baseiam principalmente em: Alterações neuroendócrinas: sistema serotoninérgico e eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA); Alterações morfofuncionais, em especial na amígdala, no córtex cingulado anterior (ACC), no córtex pré-frontal dorsolateral (DLPFC) e no córtex orbitofrontal (OFC); E alterações na distribuição da substância cinzenta e branca (HONORIO et al., 2021). Consequentemente, a interação de todos esses sistemas vai dar origem ao desenvolvimento de fenômenos de neuroplasticidade do cérebro, determinando o comportamento básico de uma pessoa com o TPB.

5.3.2.1 Sistema Serotoninérgico

Segundo diversos estudos, podemos concluir que existe uma associação importante entre os comportamentos impulsivos e agressivos clássicos do TPB com anormalidades no metabolismo da serotonina. Isso porque a serotonina é responsável por atuar por meio de receptores 5-HT₂ nas regiões do córtex pré frontal, como o córtex orbitofrontal e o córtex cingulado anterior, que estão envolvidos tanto na modulação quanto na supressão do surgimento de comportamento agressivos. Por isso, quando temos uma hipofunção serotoninérgica nessas regiões, a impulsividade e agressividade aparecem como consequências (SIEVER, 2008)

Essa relação é apoiada pelo fato de que algumas medicações aliviam os sintomas do TPB, mesmo que eles ainda persistam. Sadock (2017) usa como exemplo a administração da Fluoxetina, inibidor seletivo de recaptação da serotonina, responsável por aumentar a concentração desse neurotransmissor no corpo e no cérebro, e que produz

mudanças drásticas em alguns traços de personalidades referentes ao caráter quando utilizadas no tratamento. Segundo ele, em muitos pacientes a serotonina diminui depressão, impulsividade e ruminação e pode produzir uma sensação geral de bem estar. Outra evidência relata níveis de ácido 5-hidróxi-indolacético (5-HIAA), o principal metabólito de serotonina, diminuídos, em pacientes com transtorno de personalidade agressivo ou indivíduos que tiveram tentativas violentas de suicídio. Por fim, a depleção de serotonina também está implicada na diminuição do aprendizado de cooperação e na diminuição da percepção de confiabilidade (SIEVER, 2008).

Além disso, vários estudos identificaram que há um papel diferente e complementar dos dois tipos de receptores 5-HT₂ da serotonina. Os receptores de 5-HT_{2A} estão envolvidos em impulsividade e agressividade aumentadas e os receptores de 5-HT_{2C} em impulsividade e agressividade diminuídas. Sendo que, Honório., et al (2021), associa isso com a influência de gênero no transtorno, visto que homens com TPB tem uma menor síntese de serotonina nos giros frontal medial, cíngulo anterior e temporal superior e no corpo estriado, enquanto as mulheres com TPB, tem menos áreas afetadas mas as que foram apresentam um maior potencial de ligação ao receptor 5-HT_{2A} (NUNES et al., 2015).

5.3.2.2 Outros Neurotransmissores E Neuropeptídeos

As catecolaminas dopamina e norepinefrina podem aumentar a probabilidade dos sintomas impulsivos. Isso porque, a atividade serotoninérgica diminuída se associa com a atividade noradrenérgica normal ou frequentemente aumentada nesses pacientes para isso. A dopamina foi em vários estudos, envolvida na iniciação e no desempenho do comportamento agressivo. Diante disso, anormalidades na atividade colinérgica e gabaérgica podem contribuir também para a hiperatividade das regiões límbicas subcorticais e disforia ou irritabilidade, que podem desencadear os sintomas já citados (SIEVER, 2008).

Os opiáceos também têm sido relacionados a agressão, particularmente agressão autodirigida. Sendo que as concentrações no LCR estão diminuídas nos pacientes com transtorno de personalidade, essa redução pode estar associada ao aumento da angústia de separação/abandono e da sensibilidade à rejeição, o que aumenta a probabilidade de comportamento agressivo e impulsivo pelo Border (SIEVER, 2008).

Por vezes, os indivíduos com esses traços apresentam níveis elevados de testosterona, 17-estradiol e estrona, que podem induzir a agressão e aumentar a capacidade de resposta dos circuitos cerebrais relacionados a ela (SIEVER, 2008).

É importante dizer também, que comportamentos autodestrutivos como, abuso de álcool, comida e drogas, assim como automutilação, liberam endorfina, a qual endogenamente apresenta efeitos semelhantes aos da morfina exógena, como analgesia e a supressão da excitação, trazendo a sensação de relaxamento. Isso pode, portanto, explicar a perpetuação desse tipo de comportamento nos indivíduos borderlines (NUNES et al., 2015).

5.3.2.3 Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (Hpa) X Disfunções Cerebrais

Esse eixo é o responsável por regular a resposta fisiológica ao estresse, sendo o hipocampo um importante regulador do sistema e tem como produto final a biossíntese do cortisol.

Segundo Honório., et al (2021) estudos de imagem apontam uma diminuição no volume do hipocampo bilateralmente em pacientes com TPB, sugerindo o trauma no início da vida e efeitos resultantes do cortisol como possíveis fatores causais dessa redução, onde essa evidência foi mais grave em pacientes com histórico de trauma infantil autorrelatado. Foi observado também, que as concentrações de cortisol geralmente são baixas nos indivíduos com alta agressividade, incluindo aqueles com comportamento destrutivo, criminoso e antissocial (SIEVER, 2008).

Estudos de neuroimagem com pacientes borderline indicam discrepâncias no volume de atividade neuronal em áreas específicas do cérebro relacionadas ao controle de emoções e impulsividade afetiva, como a área pré-frontal e o córtex cingulado, a amígdala e o hipocampo já citados. Sendo assim, o paciente não processa, amplifica, mantém ou atenua as emoções da forma correta. Isso leva a uma desregulação emocional que tem por característica uma sensibilidade excessiva a estímulos emocionais (em especial os negativos), com fortes reações a estes e lento retorno ao estado de relaxamento (NUNES et al., 2015).

Dados de neuroimagem de pacientes com TPB identificaram respostas aumentadas e prolongadas da amígdala, assim como atividade neural aumentada na ínsula anterior, refletindo na capacidade de um estímulo normalmente negativo não filtrado ser priorizado ou selecionado pela atenção ao invés de outros. Foi constatado que estes pacientes possuem uma tendência a concentrar sua atenção inicial a expressões negativas

e a atribuir raiva a expressões faciais ambíguas, apresentando maior empatia a situações aversivas ou angustiadoras, sendo um padrão plausível devido à familiaridade destes pacientes com situações e emoções negativas, as quais podem ser mais facilmente acessadas por eles (HERPERTZ; BERTSCH, 2015; DOMES et al., 2019).

Por meio do uso de ressonância magnética e morfometria baseada em Voxel, foram identificadas reduções volumétricas na amígdala, mas, em contrapartida, essa região tem uma hiperatividade e mal controle relatado, o qual pode levar a percepção majoritária de estímulos negativos não filtrados e ameaçadores (HERPERTZ; BERTSCH, 2015).

Indivíduos com transtorno de personalidade borderline, segundo Denny et al. (2018), podem apresentar hiperativação da rede relacionada tanto com a detecção de estímulos comportamentais relevantes quanto com a seleção de respostas e monitoramento de conflitos, apresentando um aumento na significância de estímulos sociais negativos repetidos.

Estudos feitos em pacientes com transtorno de personalidade borderline sugerem que o processamento de sinais de ameaça social é majoritariamente feito por mecanismos reflexos grosseiros inconscientes e precoces no córtex occipital. Estes pacientes apresentam deficiência na regulação afetiva, apresentando uma desregulação na atividade neuronal em áreas do córtex pré-frontal medial e lateral, os quais controlam e modulam a atividade emocional. Neste cenário, estudos de neuroimagem mostraram hipometabolismo pré-frontal durante processos regulatórios de controle, assim como redução da atividade no córtex cingulado anterior subgenua, mas aumento da atividade neuronal insular quando comparados a indivíduos saudáveis. Foram encontradas desconexões funcionais entre a amígdala e as regiões corticais pré-frontal ventral e medial quando expostos a estímulos tanto de ameaça quanto de segurança, assim como alterações estruturais nas áreas pré-frontal e límbica envolvidas na regulação afetiva (HERPERTZ; BERTSCH, 2015).

5.3.3 Fatores Genéticos e a Ocitocina

Sadock (2017) refere que há uma concordância do TPB com gêmeos monozigóticos muito maior do que entre gêmeos dizigóticos, inferindo que o TPB tem uma base genética importante. Encontrou-se uma sobreposição genética do TPB com Transtorno Depressivo Maior, sendo a depressão comum nos antecedentes familiares dos borderlines, e comumente presentes também no próprio border (SADOCK, 2017).

Honório (2021) traz que a maioria das anormalidades epigenéticas relacionadas ao TPB concentram seus genes relacionados ao estresse, neurodesenvolvimento e a condições neuropsiquiátricas. Sendo os principais genes sugeridos que apresentaram algum envolvimento com o transtorno foram: MAOA, MAOB, BNDF, HTR2A, 5-HTTLPR. Os genes que codificam monoamina oxidase A (MAOA) e monoamina oxidase B (MAOB) estão relacionados com o metabolismo das monoaminas (noradrenalina, dopamina e serotonina) essas contam com várias funções de neuromodulação anteriormente discutidas. Porém, foram relatadas metilações aberrantes em cinco locais CpG no gene promotor MAOA e em um local no gene promotor de MAOB. Foi apontado também um processo de metilação dimórfica entre gêneros, na qual os valores médios para homens se mostraram significativamente menores.

Dessa forma, concluíram que a hipermetilação relatada provoca uma inativação transcricional, e assim, redução dos níveis de monomania oxidase (BASTOS, 2011). Foi relatado que esses indivíduos com baixa atividade do gene MAO-A exibem mais agressividade e apresentam reduções de volume significativas na amígdala bilateral, cortes cinzelado anterior e cortes cinzelado anterior subgenua (SIEVER, 2008).

O gene promotor BNDF (fator neurotrófico derivado do cérebro), um neuropeptídeo com papel importante no neurodesenvolvimento e neuroplasticidade, exprimi também hipermetilação para os pacientes TPB, levando a influência na manifestação dos sintomas. E, distúrbios relacionados a genes do sistema serotoninérgico, com metilações aberrantes em - HTR2A e 5HTTLPR também foram relatados, tendo visto que esses estão associados aos principais mecanismos que podem gerar, ampliar e/ou manter a sintomatologia do TPB (HONORIO et al., 2021).

Segundo Herpertz e Bertsch (2015), existem novas evidências nas quais trazem o sistema ocitocinérgico para dentro da psicopatologia borderline, estando envolvido nos domínios de disfunção.

A ocitocina, fisiologicamente, age na modulação das adaptações sociais para abordagem comportamental e na modulação de regiões cerebrais envolvidas na empatia cognitiva e emocional, possuindo papel também na regulação do afeto e na melhora de experiências de recompensa social (HERPERTZ; BERTSCH, 2015). Além disso, também está relacionada a nossa percepção de si, a forma como lembramos das nossas relações passadas, interagimos socialmente e administramos o estresse, reduzindo a ansiedade e modulando a resposta endócrina (DOMES et al., 2019). Pacientes com

transtorno de personalidade borderline apresentam níveis de ocitocina mais baixos, assim como menor expressão do receptor de ocitocina (OXTR) (JAWAD et al., 2021).

De acordo com Jawad et al. (2021), é importante que vejamos os receptores de ocitocina (OXTR) por um ângulo de susceptibilidade diferente (também conhecido como plasticidade), onde a presença de determinado alelo (AA/AG vs GG) aumenta a susceptibilidade tanto a melhores desfechos quando na presença de um ambiente de desenvolvimento positivo quanto a piores desfechos quando em um ambiente de desenvolvimento negativo. Estudos identificaram que pessoas com genótipo AA/AG possuem uma relação direta do desenvolvimento de TPB com eventos adversos precoces, os quais não foram de significativa importância para o desenvolvimento do TPB em pessoas com genótipo GG. Além disso, ainda segundo Jawad et al. (2021), pessoas do subgrupo AA/AG desenvolveram maior empatia a dor psicológica após passarem por eventos de maus-tratos infantil, enquanto pessoas do subgrupo GG demonstraram-se inalteradas perante os mesmos. Dessa forma, existe a hipótese que o gene OXTR possui um papel no aumento desproporcional da empatia a dor psicológica em pacientes com TPB quando comparados ao grupo controle, onde essa desproporcionalidade acarretaria em relações perturbadas. Em suma, os genótipos AA/AG possuem menor risco que o normal de desenvolver TPB na presença de um bom ambiente familiar, ao mesmo tempo que possuem maior risco de desenvolver doenças psicológicas quando expostos a abuso na infância (JAWAD et al., 2021).

5.4 SINTOMATOLOGIA

A partir de toda a fisiopatologia do TPB, e de todos os critérios diagnósticos vistos anteriormente, podemos agora caracterizar os indivíduos borderlines. Segundo Sadock (2017), esses parecem estar em crise quase sempre, apresentam muitas variações de humor durante o dia. Seu comportamento é imprevisível e suas realizações dificilmente estão no mesmo nível de suas capacidades, o que pode levar esse paciente a atos autodestrutivos e agressividade com as pessoas ao seu redor. Seus relacionamentos são tumultuosos e dependem completamente da outra pessoa, não tolerando a ideia de ficar sozinho ou separados de seu objeto de desejo, além de projetarem neste uma idealização, que tende a não ser cumprida pelo outro, o que leva o paciente a crise. Tendem a se queixar se sentimentos crônicos de vazio e falta de senso de identidade, por vezes exibem um padrão de auto-aversão. As primeiras manifestações tendem a ocorrer no final da adolescência ou no início da vida adulta, permanecendo presentes em vários contextos da

vida do paciente, com tendência a remissão parcial dos sintomas a partir da quarta década de vida (PASTORE; LISBOA, 2014).

Então, no que se refere a estabilidade dos traços da personalidade *borderline*, a maioria dos estudos apontam que tendem a ser estáveis ao longo do tempo, sugerem também que os sintomas mais estáveis são aqueles ligados ao perfil cognitivo (exemplo: medo excessivo de abandono), enquanto as características mais comportamentais, como padrões impulsivos e automutilação, tendem a ser mais instáveis, e tendem a diminuir ao longo do desenvolvimento (MOREIRA et al., 2022).

Segundo Moreira et al. (2022), os indivíduos com menos sintomas ao diagnóstico e menos fatores de risco, principalmente relacionados ao histórico de abuso na infância, tendem a ter maior estabilidade. Sendo que, o histórico de traumas na infância, principalmente de abuso psicológico, é um dos principais fatores tanto para o desenvolvimento do TPB, quanto para a manutenção dos sintomas ao longo do tempo.

A partir dos estudos, podemos concluir que a característica central, mais frequente e saliente do comportamento dos pacientes *borderline*, é o caráter impulsivo e autodestrutivo de seus atos (PASTORE; LISBOA, 2014). No que tange à etiologia, a impulsividade se relaciona principalmente, com abuso físico, o que indica que indivíduos mais impulsivos tiveram, mais frequentemente, criações com estilo parental mais violento, onde castigos físicos eram comuns. E, já vimos que vários domínios cognitivos podem estar afetados em indivíduos *borderlines*, especialmente quando referidos às funções executivas, de atenção, concentração, memória, tomada de decisões e controle dos impulsos (MOREIRA et al., 2022).

A impulsividade é traduzida em consequências disfuncionais em curto, médio e longo prazos, e pode ser observada em comportamentos autodestrutivos como, automutilação, promiscuidade e abuso de substâncias, podendo também ser dirigida a outras pessoas com atos descontrolados de raiva ou ameaças. Ocorre quando existem mudanças no curso da ação do indivíduo, sem que tenha juízo consciente prévio, e se manifesta por uma tendência a agir com menor nível de planejamento (NUNES et al., 2015). Além disso, hipóteses sugerem que a impulsividade seja a característica central do transtorno, e que sustenta os outros sintomas *borderlines*. Champ et al (2008) demonstrou inclusive, que as pessoas com mais características *borderline* apresentavam níveis de impulsividade significativamente superiores a outras com menos características.

Portanto, a atenção para com esses pacientes deve ser redobrada, devido ao risco potencial para automutilações e suicídio. Foi observado, que nesses pacientes com

histórico de tentativa de suicídio, os déficits nas funções executivas são mais proeminentes, e o “centro de comando” do cérebro fica disfuncional, perpetuando um ciclo e gerando cada vez mais riscos para o paciente. Além disso, esses comportamentos estão frequentemente associados a necessidade de alívio de sofrimento, que vem de um desejo de se punir, buscando deslocar a atenção da dor emocional para uma lesão palpável, além de apresentar grande impacto na vida do paciente (LIMA et al., 2021).

Ademais, Santos GG e Neto GARM (2018) acrescentam que a pessoa com TPB sofre com uma angústia ambivalente de ser deixada, de perder ou de separar-se do seu objeto de desejo e, em contrapartida, de ser “engolida” por este mesmo objeto o qual acredita que invadirá seu espaço interno. Neste sentido, para evitar o abandono, o borderline procura estabelecer relações simbióticas com as pessoas das quais é próximo, que são pautadas na instabilidade afetiva de querer estar perto e querer distanciar-se dessas ao mesmo tempo. Além disso, é comum que esses indivíduos se submetam a relações abusivas, apenas para pertencer a determinado grupo ou pessoa, buscando evitar o abandono. E, quando o borderline se vê afastado do objeto de desejo, não por escolha própria, age com manipulação e agressividade.

5.5 TRATAMENTO

O tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, segundo Gunderson et al. (2018), deve-se iniciar com a elucidação do diagnóstico e educação do paciente sobre o curso esperado, genética e tratamento do transtorno, buscando a diminuição do sofrimento e a estabilização de um vínculo entre paciente e o médico. Dessa forma, o paciente deve ser informado que a psicoterapia aparece como um tratamento eficaz e de primeira linha, onde os medicamentos servem apenas como tratamento adjuvante e possuem benefício limitado ao tratar o transtorno (GUNDERSON et al., 2018; HERPERTZ; BERTSCH, 2015).

Diferentes programas de psicoterapia baseada em evidências podem ser utilizados, onde o clínico inicial deve desenvolver um plano de tratamento e metas a serem alcançadas, observando o risco de suicídio e monitorando o progresso do paciente, sendo importante salientar que não há evidências de que um programa terapêutico seja superior ao outro, mas sim possuem diferentes alvos terapêuticos (GUNDERSON et al., 2018; HERPERTZ; BERTSCH, 2015; CROCI et al., 2022).

A terapia medicamentosa, de acordo com Gunderson et al. (2018), é geralmente iniciada buscando o alívio das queixas relativas a depressão, mau humor ou ansiedade

dos pacientes com transtorno de personalidade borderline, porém nenhuma classe de medicação está estabelecida como tratamento consistente ou dramaticamente efetivo para o transtorno em si, podendo ser prescrita para tratar comorbidades pelo menor período de tempo possível. As medicações mais comumente utilizadas são os antidepressivos, os antipsicóticos e os estabilizadores de humor, onde os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) podem aumentar a conexão funcional do circuito pré-frontal-límbico e diminuir a atividade límbica em resposta a estímulos negativos e os antipsicóticos podem modular a saída pré-frontal de informações para os gânglios da base (HERPERTZ; BERTSCH, 2015; GUNDERSON et al., 2018).

Segundo Herpertz e Bertsch (2015), pesquisas recentes buscam elucidar quanto ao potencial terapêutico do uso da ocitocina, a qual talvez exerça efeito nos mecanismos relacionados à etiopatogenia borderline mencionados em Etiologia nesta presente revisão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo, após a análise dos artigos, pode-se concluir que o transtorno de personalidade borderline possui um impacto negativo na qualidade de vida do paciente quando não manejado corretamente, principalmente quando o relacionamos com os quadros de exacerbação dos sintomas. Tais sintomas são de difícil manejo terapêutico e podem interferir diretamente no prognóstico. A partir das referências revisadas, verificou-se também que o TPB tem etiologia complexa e o comportamento suicida e a instabilidade emocional, características centrais deste transtorno, são dependentes de múltiplos fatores, os quais precisam ser identificados precocemente em um paciente, então, reforça-se a necessidade de um diagnóstico precoce e eficaz nesses e ressalta-se a importância do conhecimento médico em identificar esse transtorno, diferenciando-o de outras causas intrínsecas ao adolescente. Assim, o trabalho conclui que são necessárias maiores pesquisas para elucidação completa dos fatores fisiopatológicos, que contribuem para o desenvolvimento do transtorno e para o tratamento adequado do mesmo, bem como pesquisas que elucidem mais afundo outras características envolvidas na sintomatologia do paciente, que permanecem ainda pouco exploradas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Josiane Cunha. AS RELAÇÕES FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE. 8. ed. Salvador: Revista Ciência (In) Cena, 2022. Disponível em: <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/cienciaincenabahia/article/view/869>. Acesso em: 07 mar. 2023.

AMARAL, Igor Amorim *et al.* Transtorno de Personalidade Borderline: perspectiva da automutilação em adolescentes. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 7, p. 45322-45337, 03 maio 2021.

ASSOCIATION, American Psychiatric (APA). MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: DSM - V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BASTOS, Teresa da Conceição de Neiva Moura. A Neurobiologia da Depressão. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Fmup, 2011.

CROCI, Marcos Signoretti *et al.* Manejo clínico geral (GPM) para o transtorno de personalidade borderline: um modelo generalista para a américa latina. **Debates em Psiquiatria**, [S.L.], v. 12, p. 1-26, 19 dez. 2022. Associação Brasileira de Psiquiatria. <http://dx.doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.446>.

Denny BT, Fan J, Fels S, Galitzer H, Schiller D, Koenigsberg HW. Sensitization of the Neural Salience Network to Repeated Emotional Stimuli Following Initial Habituation in Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2018 Jul 1;175(7):657-664. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17030367. PMID: 29961363; PMCID: PMC6032521.

DOMES, Gregor *et al.* Effects of intranasal oxytocin administration on empathy and approach motivation in women with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Translational Psychiatry*, [S.L.], v. 9, n. 1, 4 dez. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41398-019-0658-4>.

EULER, S., Stalujanis *et al.* (2019). Impact of Childhood Maltreatment in Borderline Personality Disorder on Treatment Response to Intensive Dialectical Behavior Therapy. *Journal of personality disorders*, 1–19. Advance online publication. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_461

GUNDERSON, John G. *et al.* Borderline personality disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-20, 24 maio 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>.

HERPERTZ, Sabine C.; BERTSCH, Katja. A New Perspective on the Pathophysiology of Borderline Personality Disorder: a model of the role of oxytocin. *American Journal Of Psychiatry*, [S.L.], v. 172, n. 9, p. 840-851, set. 2015. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020216>.

HONORIO, L. G. F.; KUWAKINO, M. K. S.; SOUZA, J. C. Teorias Etiológicas do Transtorno de Personalidade Borderline: da neurobiologia à epigenética. *Research Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 3, p. 1-8, 2021.

JAWAD, Muhammad Youshay et al. Role of Oxytocin in the Pathogenesis and Modulation of Borderline Personality Disorder: a review. *Cureus*, [S.L.], v. 13, n. 2, e13190, 7 fev. 2021. Cureus, Inc.. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.13190>.

JORDÃO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. **Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos**, Ribeirão Preto, 2010. DOI 10.1590/S0103-863X2010000300014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/Xf68YjjBwsfpzJf3znkbWvF/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2022

LimaC. S. de A.; AlmeidaA. L. R. de; SouzaB. E. M. de; RodriguesC. R. de S.; FariaI. C. L. de; NascimentoJ. M. L.; BolognaniM. V.; ChavesS. C. da S.; SoaresG. F. G. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 4, p. e7052, 24 abr. 2021.

MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 50, n. supl.1, p. 85-97, 2017. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p85-97. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542>. Acesso em: 28 abr. 2022.

MOREIRA, Nídgia Luísa Diniz et al. ESTABILIDADE DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E FATORES ASSOCIADOS. Belo Horizonte: *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 2022. 6 v. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/140>. Acesso em: 25 mar. 2023.

NIMH. National Institute of Mental Health. Borderline Personality Disorders Theory and Management. 2022. Disponível em: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder/borderlinepersonalitydis-508-qf-17-4928_156499.pdf.

NUNES, Fábio Luiz *et al.* Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2015, vol.11, n.2, pp. 68-76. ISSN 1808-5687. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150011>.

NUNES, Katiúscia Gomes; TONIETTO, Lauren; DIAS, Kelen; REGO, Carolina. O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. **Diaphora**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 4, p. 9-13, 21 maio 2021

PASTORE, Edilson; LISBOA, Carolina Saraiva de Macedo. Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. Porto Alegre: *Psicologia do Argumento*, 2014. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10923/23077>. Acesso em: 25 mar.

SADOCK, Benjamin J. et al. *Compêndio de Psiquiatria*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS GG e NETO GARM. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderlines. *Psicologia USP*, 2018; [SÉP]

SIEVER, Larry J.. *Neurobiology of Aggression and Violence*. 4. ed. S.I: The American Journal Of Psychiatry, 2008.