

## Transtorno de Personalidade Borderline e suas apresentações clínicas

### Borderline Personality Disorder and its clinical presentations

DOI:10.34119/bjhrv6n6-218

Recebimento dos originais: 20/10/2023

Aceitação para publicação: 24/11/2023

#### **Yasmim de Souza Brasil dos Reis**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninorte (UNINORTE)

Endereço: Alameda Alemanha, 200, Jardim Europa, Rio Branco - AC, CEP: 69915-901

E-mail: nimsay.souza@gmail.com

#### **Brenda de Oliveira Tertuliano**

Graduanda em Medicina

Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC)

Endereço: Av. Dona Renata, 71, Centro, Araras - SP, CEP: 13606-134

E-mail: brenda\_tertuliano@hotmail.com

#### **Cícero Ribeiro Cândido**

Graduado em Psicologia

Instituição: Faculdade Santa Maria (FSM)

Endereço: BR 230, Km 504, Cajazeiras - PB

E-mail: cicero.ribeirosjp@gmail.com

#### **Daiana de Freitas Ferreira Ramos**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninorte (UNINORTE)

Endereço: Alameda Alemanha, 200, Jardim Europa, Rio Branco - AC, CEP: 69915-901

E-mail: daiana.ferreira14@hotmail.com

#### **Eduardo Cammerer Mombelli**

Residente em Medicina de Família e Comunidade

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS - SESDF)

Endereço: SMHN, Quadra 3, Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-907

E-mail: mombelli.eduardo@gmail.com

#### **Gloria Bernardi Torres**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - campus Aparecida extensão Goiânia

Endereço: Avenida T-13 Qd. S-06, Lts.08/13 Setor Bela Vista, Goiânia - GO

E-mail: bernardiglortorres@gmail.com

#### **Igor Carneiro Rodrigues**

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Av. da Universidade, 2853, Benfica, Fortaleza, CEP: 60020-181

E-mail: ig\_carneiro@hotmail.com

**Madeline Medeiros Oliveira**

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Christus (UNICHRISTUS)

Endereço: Av. Dom Luís, 911, Meireles, Fortaleza - CE, CEP: 60160-230

E-mail: madeline\_med@hotmail.com

**Maria Luiza Moura Sousa Silva**

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, Teresina - PI, CEP: 64073-505

E-mail: mouramarialuiza11@gmail.com

**Inácio Gomes de Brito Filho**

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Itaperi, Fortaleza - CE, CEP: 60714-903

E-mail: inaciogbf@gmail.com

**RESUMO**

**Objetivo:** Compreender as características clínicas do Transtorno de Personalidade Borderline. **Metodologia** O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa da literatura que teve como base trabalhos encontrados nas bases de dados da SciElo, Pubmed, Google Scholar e BVS. Para isso, foram utilizadas pesquisas escritas na língua inglesa, portuguesa e espanhola. Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados foram “Transtorno da Personalidade Borderline”, “Sintomas gerais” e “Evolução clínica” a partir do operador booleano “AND”. **Resultados:** Evidencia-se que o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é mais prevalente em mulheres do que em homens, com uma razão de 3:1, apresentando uma forte base genética, com uma herdabilidade estimada em 60%. Por certo, o TPB está relacionado a experiências traumáticas na infância, especialmente abuso físico, sexual e emocional, podendo envolver alterações neurobiológicas nos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e noradrenérgico, bem como na estrutura e função de regiões cerebrais envolvidas na regulação emocional, como a amígdala, o córtex pré-frontal e a ínsula. **Conclusão:** o TPB é um transtorno complexo e multifatorial, que requer uma compreensão abrangente de suas características clínicas, etiológicas, diagnósticas e terapêuticas. Notoriamente, trata-se de uma condição que pode causar grande sofrimento e prejuízo para as pessoas afetadas e seus familiares, mas também pode ser tratado com eficácia, se houver acesso a recursos adequados e especializados.

**Palavras-chave:** Transtorno da Personalidade Borderline, sintomas gerais, evolução clínica.

**ABSTRACT**

**Objective:** Understand the clinical characteristics of Borderline Personality Disorder. **Methodology:** The present study is an integrative bibliographic review of the literature based on works found in the SciElo, Pubmed, Google Scholar and VHL databases. For this, research written in English, Portuguese and Spanish was used. The Health Sciences Descriptors used were “Borderline Personality Disorder”, “General symptoms” and “Clinical evolution” using the Boolean operator “AND”. **Results:** It is clear that Borderline Personality Disorder (BPD) is more prevalent in women than in men, with a ratio of 3:1, presenting a strong genetic basis, with an estimated heritability of 60%. Certainly, BPD is related to traumatic experiences in childhood, especially physical, sexual and emotional abuse, and may involve neurobiological changes in the serotonergic, dopaminergic and noradrenergic systems, as well as in the structure

and function of brain regions involved in emotional regulation, such as the amygdala, the prefrontal cortex and the insula. Conclusion: BPD is a complex and multifactorial disorder, which requires a comprehensive understanding of its clinical, etiological, diagnostic and therapeutic characteristics. Notoriously, it is a condition that can cause great suffering and harm to those affected and their families, but it can also be treated effectively if there is access to adequate and specialized resources.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, general symptoms, clinical evolution.

## 1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) trata-se de uma desordem multifatorial de personalidade capaz de englobar uma extensa variabilidade sintomatológica, quais sejam: descontrole emocional, impulsividade, auto sabotagem, tendência ao suicídio e em alguns casos a necessidade de intervenções psiquiátricas (Andrade et al, 2022).

A prevalência estimada do TPB na população geral em países ocidentais varia entre 0,4 e 3,9%, tendo um maior acometimento do sexo feminino, representando 75% dos casos (APA, 2014). Em populações psiquiátricas clínicas, a prevalência do TPB é alta e estimada em 10% para pacientes ambulatoriais e 15-25% para pacientes internados (Gunderson JG. 2009). De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais representam em média 13% da população mundial, sendo aproximadamente 450 milhões de pessoas. Mediante os números supracitados, é esperado que em 2030 esse valor acometa em média até 15% da população mundial (OMS, 2011).

Indivíduos com TPB são usuários frequentes de cuidados primários de saúde geral, ao passo que a prevalência ao longo da vida do TPB entre pacientes de cuidados primários é cerca de quatro vezes maior do que na população em geral. Consequentemente, os custos sociais do TPB são substanciais, ao passo que os custos anuais diretos de saúde e os custos indiretos em termos de perda de produtividade são mais de 16 vezes maiores entre pacientes com TPB em comparação com controles pareados sem TPB (Gunderson JG. 2009).

A etiologia exata do TPB ainda é incerta e heterogênea, sendo que as explicações atuais assumem o modelo de diátese-estresse, com uma interação entre a experiência de eventos traumáticos durante a infância, como abuso sexual, e fatores genéticos. Os sintomas do TPB costumam aparecer pela primeira vez na adolescência, embora a maioria dos indivíduos com TPB experimente uma diminuição dos sintomas na idade adulta e cerca de 85% alcancem a remissão diagnóstica em 10 anos após o diagnóstico (Lenzenweger MF., et al. 2007).

A sintomatologia engloba sentimentos como medo de abandono, impulsividade, raiva intensa e uma autoimagem instável, capaz de persistir ao longo da vida e afetar o funcionamento social. É comum indivíduos com TPB apresentarem outros transtornos mentais associados, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno por uso de substâncias e transtornos alimentares (Gunderson JG., et al. 2011).

O diagnóstico do TPB pode ser desafiador devido a semelhanças com outras condições, principalmente transtornos de humor. Diferentes estudos demonstram a necessidade de alteração dos critérios, além de metodologias psicoterapêuticas e embasamento teórico. Notoriamente, a consolidação diagnóstica do TPB se dar por critérios clínicos baseados no DSM-V (Zimmerman M., et al. 2005). Por se tratar de uma condição multifatorial o tratamento engloba a utilização de psicofármacos, além de acompanhamento psiquiátrico e psicológico. É importante salientar que as terapias instituídas seguem um padrão de individualidade (Soares, 2010).

Por certo, o presente artigo tem como objetivo compreender as características do Transtorno de Personalidade Borderline evidenciando suas principais apresentações clínicas a fim de contribuir para redução da estigmatização e preconceito acerca dessa condição.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa da literatura que teve como base trabalhos encontrados nas bases de dados da SciELO, Pubmed, Google Scholar e BVS. Para isso, foram utilizadas pesquisas escritas na língua inglesa, portuguesa e espanhola.

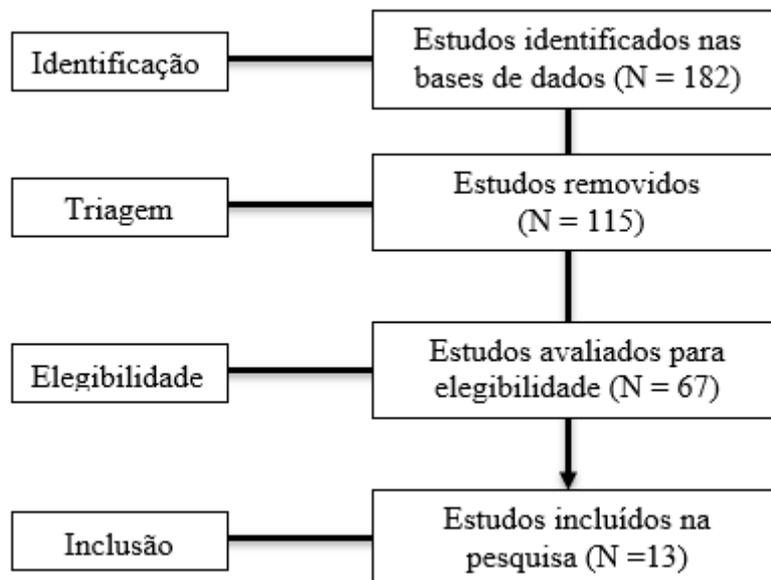
Os Descritores em Ciências da Saúde utilizados foram “Transtorno da Personalidade Borderline”, “Sintomas gerais” e “Evolução clínica” a partir do operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão consistiram em utilizar pesquisas que levaram em consideração a inclusão com a temática do trabalho de forma conjunta, ou seja, abordaram o Transtorno de Personalidade Borderline e os sintomas gerais em associação com a evolução clínica. Já os critérios de exclusão, foram as pesquisas que abordaram informações incompatíveis com a temática e/ou apresentaram duplicidade de informações.

Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, os estudos foram enumerados de maneira ordinal e arquivadas em uma planilha eletrônica para melhor organização. Com isso, foi feita a leitura íntegra dos artigos em questão e, posteriormente, retiradas as principais informações para o desenvolvimento da revisão bibliográfica.

Com os descritores em ciência da saúde e os critérios de inclusão e exclusão, foram encontradas 182 referências. De acordo com cada base de dados tem-se que: Scielo (n = 1);

Pubmed (n = 6); Google Scholar (169) e BVS (6). Do total de produções, 115 foram excluídas, restando apenas 67 estudos. Após análise, 13 artigos foram devidamente incluídos para o desenvolvimento desta pesquisa. Os detalhes da busca foram apresentados no fluxograma a seguir referente a **Figura 1**.

Figura 1 – Fluxograma da análise e seleção dos artigos



Fonte: Autoria própria, 2023.

### 3 RESULTADOS

O TPB foi abordado em meados de 1884, designado como “*borderline insanity*” a fim de caracterizar indivíduos tidos na época como loucos, sem que houvesse uma descrição precisa e concreta do quadro envolvido. Sabidamente, tal condição enfrentou diferentes definições no decorrer dos anos podendo ser encontrada na literatura como “esquizofrenia pseudoneurótica”, “estados limite” e “transtorno de caráter psicótico” (Guitana, 2018; Silva, 2018).

Atualmente o TPB faz parte do DSM-V designado como uma psicopatologia da personalidade, estando em conjunto com outros transtornos como Transtorno de Personalidade Antissocial, Narcisista e Histriônica. No manual descritivo evidencia-se tal condição com um padrão instável no que diz respeito a relações interpessoais, autoimagem, afeto e também a impulsividade (APA, 2014).

Designado como uma condição multifatorial e de alta complexidade englobando aspectos psicopatológicos, o TPB engloba uma extensa variabilidade clínica, sintomatológicas, comportamental e cognitiva. Mediante os estudos selecionados, evidencia-se que tal condição

tem seu início comumente na adolescência, sendo que alguns indivíduos podem ter a abertura do quadro no início da vida adulta (Andrade et al, 2022).

Considera-se que o TPB não apresenta uma fisiopatologia esclarecida e única, uma vez que estudos para o embasamento dessa condição são relativamente precários. Contudo, é visto que fatores neurobiológicos, genéticos e psicossociais são fatores capazes de interferir na desenvoltura cerebral, no âmbito estrutural e funcional (Gunderson JG., et al. 2011).

Estudos demonstram que o TPB é definido como uma condição desencadeada no início da adolescência, de maneira que sintomas como impulsividade, instabilidade e a desestabilização emocional, evidenciados durante esse período. Além disso é observado no indivíduo a fragilidade de ego, sentimentos de vazio e raiva, ansiedade e comportamento autodestrutivo, podendo ocasionar até o suicídio. Nesse sentido, o TPB está presente na Classificação Internacional de Doenças (CID) como F60.3 e dentro do DSM-V é designado ao grupo B (Gabbard, 2016). O DSM-V estabelece critérios específicos para que seja possível a avaliação e diagnóstico do indivíduo com TPB, conforme quadro 1.

Quadro 1: Critérios para diagnóstico e avaliação do Transtorno de Personalidade Borderline

**Critérios Diagnósticos 301.83 (F60.3)**

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e do afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme o indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado;
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex: gastos, sexo, abuso de substâncias, direção irresponsável, compulsão alimentar);
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
6. Instabilidade afetiva devido 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);
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: Adaptado APA 2014 p.663.

A Entrevista Diagnóstica para indivíduos com possível TPB, é uma ferramenta validada e frequentemente utilizada que é geralmente considerada o “padrão ouro”; no entanto, ela pode levar de 30 a 60 minutos para ser efetivada. Vários instrumentos de autor relato foram desenvolvidos na última década, mas são raramente usados na prática clínica rotineira. Um questionário de autor relato comumente usado para transtornos de humor - o Questionário de

Transtorno de Humor - frequentemente confunde o transtorno de personalidade borderline com o transtorno bipolar (TB) (Zimmerman M., et al. 2010).

O primeiro critério afetivo é a presença de “instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor que dura horas a raramente mais do que alguns dias”, de modo que essas frequentes mudanças de humor podem parecer se sobrepor ao transtorno bipolar, mas há várias diferenças claras. Nota-se que a duração das flutuações no TPB é menor do que no transtorno bipolar, de modo que as mudanças de humor devem permanecer consistentes e persistir por pelo menos 4 dias para atender aos critérios de um episódio hipomaníaco e 7 dias para um episódio maníaco, no TB (Paris J. 2003).

Uma segunda diferença é a persistência da labilidade afetiva ao longo da vida, em vez de durante um episódio de humor discreto. Além disso, os sintomas do TPB melhoram gradualmente com o tempo. Em contraste, o TB tem períodos discretos tanto para a mania quanto para a depressão que fazem os pacientes apresentarem e funcionarem de forma distintamente diferente de sua linha de base, e esses episódios podem ocorrer em qualquer momento durante a vida do paciente (Zanarini et al. 2007).

Os sintomas impulsivos do TPB podem ser mais evidentes para os médicos, mas eles ainda podem trazer dificuldades diagnósticas. Pacientes com tentativas recorrentes de suicídio ou ameaças ou episódios de automutilação são comumente vistos no pronto-socorro e em avaliações psiquiátricas. Entre 60% e 78% dos pacientes com o transtorno manifestaram comportamentos suicidas, com mais de 90% se engajando em automutilação. O corte persistente como forma de regular as emoções é uma característica do distúrbio, assim como as overdoses recorrentes relacionadas a eventos estressantes (Zaheer et al. 2008).

Em comparação com as experiências psicóticas dos pacientes com esquizofrenia, as dos pacientes com TPB são muito mais propensas a serem curtas, circunscritas e ou baseadas na realidade ou totalmente fantásticas. Outras características cognitivas que são comuns incluem despersonalização, desrealização e ilusões (Zlotnick et al. 2003).

Notoriamente o tratamento do TPB tende a apresentar certa dificuldade devido sua especificidade e também mediante ao empenho enfrentado por profissionais da área da saúde em como abordar os indivíduos. Em muitos casos, é visto que os próprios pacientes não apresentam a percepção ideal de que estão com algum distúrbio que necessita de um tratamento, o que atrasa o diagnóstico e a busca por ajuda. É importante salientar que o indivíduo portador de TPB deve procurar ou então ser encaminhado para locais de especializados visando um atendimento multidisciplinar (Black DW., et al. 2014).

Quanto ao manejo terapêutico, no geral, as evidências disponíveis indicam que a eficácia das farmacoterapias para o tratamento do transtorno de personalidade borderline (TPB) é limitada. Em ensaios clínicos, antipsicóticos de segunda geração, anticonvulsivantes e antidepressivos não reduziram a gravidade do TPB. Evidências de baixa e muito baixa certeza indicam que anticonvulsivantes podem melhorar a raiva, agressão e labilidade afetiva, no entanto, as evidências são principalmente limitadas a estudos únicos (Gartlehner G, et al. 2021). Por certo, antipsicóticos de segunda geração tiveram pouco efeito na gravidade de sintomas específicos comumente associados ao TPB, mas melhoraram os sintomas psiquiátricos gerais. Dado que a maioria desses achados é baseada em evidências de baixa ou muito baixa certeza, os achados devem ser vistos com cautela (Bozzatello P., et al. 2017).

#### **4 CONCLUSÃO**

Na psiquiatria moderna, o transtorno de personalidade borderline tornou-se uma das principais condições psiquiátricas no âmbito da adolescência podendo acometer também adultos. Por certo, trata-se de um transtorno complexo e multifatorial, que requer uma compreensão abrangente de suas características clínicas, etiológicas, diagnósticas e terapêuticas. Notoriamente, trata-se de uma condição que pode causar grande sofrimento e prejuízo para as pessoas afetadas e seus familiares, mas também pode ser tratado com eficácia, se houver acesso a recursos adequados e especializados.

**REFERÊNCIAS**

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: APA, 2014.

Andrade, Milena Da Costa Araujo Pereira De, et al. “Transtorno de personalidade Borderline: apresentações clínicas e tratamentos / Borderline personality disorder: clinical presentations and treatments”. *Brazilian Journal of Health Review*, vol. 5, no 2, março de 2022, p. 5219–31

Black DW, Zanarini MC, Romine A, Shaw M, Allen J, Schulz SC. Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2014;171(11):1174-1182. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13101348

Bozzatello P, Rocca P, Uscinska M, Bellino S. Efficacy and Tolerability of Asenapine Compared with Olanzapine in Borderline Personality Disorder: An Open-Label Randomized Controlled Trial. *CNS Drugs*. 2017;31(9):809-819. doi:10.1007/s40263-017-0458-4

Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. 2009;15(3):163-172. doi:10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0

Gabbard, Glen O. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. Porto Alegre: ArtMed, 2016.

Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. 2021;35(10):1053-1067. doi:10.1007/s40263-021-00855-4

Guitana, CMJA. *Comportamento autolesivo na personalidade borderline (Tese de Doutorado)*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2018. Available from: <http://hdl.handle.net/10451/38929>.

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;68(8):827-837. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37

Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):530-539. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121825

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey. 2005 Jul;62(7):768.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553-564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019

Paris J. Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *J Pers Disord*. 2003;17(6):479-488. doi:10.1521/pedi.17.6.479.25360

Silva DAR. Transtorno de personalidade borderline: da disease vista pelos psiquiatras à sua compreensão sobre a illness de seus pacientes (Tese de Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2018.

Soares, M. H. (2010). Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. *Acta Paul Enferm*; 23(6):852-8.

Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(3):527-ix. doi:10.1016/j.psc.2008.03.007

Zanarini MC, Frankenburg FR, Bradford Reich D, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35(1):63-67. doi:10.1097/JCP.0000000000000232

Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):929-935. doi:10.1176/ajp.2007.164.6.929

Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2008;22(3):284-290. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.284

Zimmerman M, Galione JN, Ruggero CJ, et al. Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(9):1212-1217. doi:10.4088/JCP.09m05161yel

Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911-1918. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911

Zlotnick C, Johnson DM, Yen S, et al. Clinical features and impairment in women with Borderline Personality Disorder (BPD) with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(11):706-713. doi:10.1097/01.nmd.0000095122.29476.ff