

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

# **Perturbação da Personalidade Borderline: qual o impacto na parentalidade e repercussões nos descendentes?**

Mariana da Costa Santos Coelho Freitas

**M**

2023



# **Perturbação da Personalidade Borderline: qual o impacto na parentalidade e repercussões nos descendentes?**

Revisão Bibliográfica

Dissertação de candidatura ao grau Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

**Junho de 2023**

**Estudante: Mariana da Costa Santos Coelho Freitas**

E-mail: [up201007200@icbas.up.pt](mailto:up201007200@icbas.up.pt)

Aluna do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

**Orientadora: Paula Cristina Cardoso Valente**

Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria. Centro Hospitalar Universitário de Santo António - Unidade Hospital Magalhães Lemos – Hospital de Dia

E-mail: [paulavalente62@gmail.com](mailto:paulavalente62@gmail.com)

**Co-orientadora: Maria Alice Soares Lopes**

Assistente Hospitalar Sénior de Psiquiatria. Centro Hospitalar Universitário de Santo António – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

E-mail: [maslopes@icbas.up.pt](mailto:maslopes@icbas.up.pt)

Mariana Costa Santos Coelho Freitas

---

Assinatura da Estudante

---

Assinatura do Orientador

---

Assinatura do Co-orientador

## **Dedicatória**

Ao meu Pai, ao Manel e ao Tio Morbey.

## **Agradecimentos**

Expresso o meu sincero agradecimento à minha orientadora Dra. Paula Valente e co-orientadora Professora Alice Lopes por terem aceitado fazer parte desta minha caminhada final.

## Resumo

A Perturbação de Personalidade Borderline caracteriza-se por instabilidade emocional, impulsividade marcada, dificuldades no relacionamento interpessoal, problemas de identidade que conduzem a angústia de abandono, sensação de vazio e de raiva intensos, e a comportamentos auto-lesivos e suicidas.

Esta revisão tem como objetivo compreender a perturbação de personalidade borderline e quais os impactos e repercussões que a perturbação poderá exercer na descendência de pais com este distúrbio, assim como, quais as estratégias e intervenções a adotar para minimizar as eventuais consequências negativas.

A parentalidade é, por si só, um desafio constante e para indivíduos com Perturbação de Personalidade Borderline, reveste-se de um período de stress adicional, associado a um conflito permanente entre a adaptação à nova condição e a gestão da sua própria doença. Existe uma clara dificuldade na criação e manutenção de um ambiente estável para a descendência, bem como na gestão e controlo de conflitos interpessoais. Assim, podemos considerar estes pais como particularmente em risco, uma vez que a doença está associada a uma sensibilidade e capacidade reduzidas em reconhecer emoções, perturbando a adaptação à parentalidade.

Os resultados desta pesquisa sugerem que a Perturbação de Personalidade Borderline, pode influenciar negativamente a experiência da parentalidade e, consequentemente, afetar negativamente o bem-estar emocional da descendência. É sugerido que os filhos de indivíduos com a perturbação, apresentam maior risco de vir a desenvolver problemas do foro psicológico e comportamental como instabilidade emocional, dificuldades interpessoais, comportamento impulsivo, depressão e ansiedade. Deste modo, é crucial intervir precocemente recorrendo a um conjunto de estratégias como um apoio social estruturado, uma intervenção concertada entre os diversos profissionais de saúde, programas de intervenção precoce cujo objetivo seja a promoção da saúde mental dos jovens cujos pais sofrem de transtornos mentais e o acompanhamento psicoterapêutico do doente e dos familiares que dela necessitarem.

**Palavras-Chave:** Perturbação de Personalidade Borderline; *cluster* B; parentalidade; impacto; descendência; relação pais-filhos; família; tratamento; doença mental; interação pais-filhos; relações interpessoais; comportamento parental.

## **Abstract**

Borderline personality disorder is characterized by emotional instability, marked impulsivity, difficulty in interpersonal relationships, as well as problems with identity and emotions, leading individuals with this disorder to fear abandonment, experience intense feelings of emptiness and anger, and engage in self-harming gestures and suicidal behaviors. The average prevalence of borderline personality disorder in the population is estimated to be around 1.6%, although it is believed to reach up to 5.9%.

This review aims to understand borderline personality disorder and the impacts and repercussions it may have on the offspring of parents with the disorder, as well as the strategies and interventions to adopt in order to minimize potential negative consequences. Parenthood itself is a constant challenge, and for individuals with borderline personality disorder, it becomes an additional period of stress associated with a constant conflict between adapting to the new condition and managing their own illness. There is a clear difficulty in creating and maintaining a stable environment for the offspring, as well as managing and controlling interpersonal conflicts. Thus, parents with the disorder are considered particularly at risk, as the illness is associated with reduced sensitivity and capacity to recognize emotions, disrupting the adaptation to parenthood.

The results of this research suggest that borderline personality disorder can negatively influence the experience of parenthood and, consequently, negatively affect the emotional well-being of their children. It is suggested that offspring of individuals with the disorder are at a higher risk of developing psychological and behavioral problems such as emotional instability, interpersonal difficulties, impulsive behavior, depression, and anxiety. Therefore, early intervention is crucial, involving a set of strategies such as structured social support, coordinated intervention among various healthcare professionals, early intervention programs aimed at promoting the mental health of young people whose parents suffer from mental disorders, and psychotherapeutic support for the patient and their family members in need.



**Keywords:** Borderline Personality Disorder; cluster B; parenthood; impact; offspring; parent-child relationship; family; treatment; mental illness; parent-child interaction; interpersonal relationships; parenting behaviors.

## **Lista de Abreviaturas**

**ICD-11:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Eleventh Revision

**DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition

**PPB:** Perturbação de Personalidade Borderline

**EUA:** Estados Unidos da América

**DSM-III:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition

**TEPT:** Transtorno de stress pós-traumático

**5-HTTLPR:** Região Polimórfica Ligada ao Gene do Transportador de Serotonina

**PET- Scan:** Tomografia de Emissão de Positrões

**SCID-5:** The Structured Clinical Interview for DSM-5 ®

**TSPT:** Transtorno de stress pós-traumático.

**TDAH:** Transtorno de défice de atenção e hiperatividade (TDAH)

**FDA:** Food and Drug Administration

**NICE:** National Institute for Health and Care Excellence

## Índice

|                                                                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <i>Dedicatória</i> .....                                                | <i>iv</i>   |
| <i>Agradecimentos</i> .....                                             | <i>i</i>    |
| <i>Resumo</i> .....                                                     | <i>ii</i>   |
| <i>Abstract</i> .....                                                   | <i>iv</i>   |
| <i>Lista de Abreviaturas</i> .....                                      | <i>vi</i>   |
| <i>Lista de Tabelas</i> .....                                           | <i>viii</i> |
| <i>Lista de Figuras</i> .....                                           | <i>ix</i>   |
| <b>1. Introdução</b> .....                                              | <b>1</b>    |
| <b>2. Metodologia</b> .....                                             | <b>4</b>    |
| <b>3. Perturbação de Personalidade Borderline</b> .....                 | <b>5</b>    |
| 3.1. História e Desenvolvimento da PPB.....                             | 5           |
| 3.2. Desenvolvimento e patogénese da PPB: fatores que os influenciam .. | 6           |
| 3.3. Caraterísticas Clínicas da PPB.....                                | 8           |
| 3.4. Epidemiologia e Comorbilidades .....                               | 10          |
| 3.5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico .....                         | 11          |
| 3.6. Diagnósticos Diferenciais .....                                    | 13          |
| 3.7. Tratamento .....                                                   | 15          |
| <b>4. O Impacto da PPB</b> .....                                        | <b>16</b>   |
| <b>5. A PPB e as Relações Interpessoais</b> .....                       | <b>17</b>   |
| 5.1. Teoria do Apego e PPB.....                                         | 18          |
| <b>6. PPB e a Parentalidade</b> .....                                   | <b>20</b>   |
| 6.1. Estratégias de Tratamento .....                                    | 24          |
| <b>7. Conclusão</b> .....                                               | <b>26</b>   |
| <i>Apêndice</i> .....                                                   | <i>29</i>   |
| <i>Bibliografia</i> .....                                               | <i>32</i>   |

## Lista de Tabelas

|                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela I</b> - Classificação dos Transtornos de Personalidade de acordo com o DSM-5. ....                                  | 29 |
| <b>Tabela II</b> - Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade, segundo o Modelo Alternativo (secção III) do DSM-5..... | 29 |
| <b>Tabela III</b> - Critérios De Diagnóstico Propostos para a PPB, segundo o Modelo Alternativo (secção III) do DSM-5.....    | 30 |
| <b>Tabela IV</b> - Principais Tratamentos Baseados em Evidências para a PPB.....                                              | 31 |

## **Lista de Figuras**

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Ferramenta de Rastreio e Avaliação "McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder"..... | 31 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## 1. Introdução

A personalidade pode definir-se como um padrão dinâmico e organizado de características psicológicas singulares de cada indivíduo, incluindo pensamentos, sentimentos e comportamentos, que resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Apresenta-se então como um fenómeno dinâmico e multifacetado, influenciado pela genética, pelo ambiente e pelas experiências vivenciadas.<sup>1</sup> A personalidade influencia todos os comportamentos humanos, podendo desencadear conflitos importantes com o meio envolvente de um indivíduo na configuração de traços e características incompatíveis. Várias teorias explicam a estrutura e o desenvolvimento da personalidade de formas diferentes, mas todas concordam que a personalidade influencia e determina o comportamento.<sup>2</sup>

Pode definir-se traços de personalidade como padrões persistentes de percepção, de relacionamento e de pensamento acerca do ambiente e de si mesmo, que são exibidos em múltiplas circunstâncias sociais e pessoais. Esses constituem perturbações da personalidade unicamente quando se revelam inflexíveis e mal-adaptativos, causando prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo considerável. Assim, as perturbações da personalidade são um grupo de transtornos mentais que afetam a maneira como um indivíduo pensa, sente e se comporta.<sup>3,4</sup>

As perturbações de personalidade são prevalentes em todo o mundo. No entanto, as taxas de prevalência agrupadas devem ser interpretadas sempre com alguma cautela devido aos grandes níveis de heterogeneidade, sendo necessários mais estudos com metodologias padronizadas para uma melhor compreensão das necessidades populacionais e variações regionais. Numa revisão sistemática global e meta-análise realizada em 2019, estimou a prevalência agrupada mundial de qualquer perturbação de personalidade em 7,8%. As taxas de prevalência foram maiores em países desenvolvidos com cerca de 9,6%, em comparação com os países menos desenvolvidos com cerca de 4,3%.<sup>5</sup> Estima-se que as perturbações de personalidade possam ser ligeiramente mais comuns no sexo masculino e em jovens, e entre as populações com menor nível de escolaridade e estrato social.<sup>4</sup>

No diagnóstico das perturbações da personalidade é fundamental que se avalie os padrões de funcionamento de longo prazo do indivíduo, e se faça a distinção dos

traços de personalidade que definem os transtornos, das características que surgem em resposta a eventos de stress específicos ou estados mentais transitórios como seja, por exemplo, depressão, ansiedade ou intoxicação por substâncias.<sup>3</sup>

As características de uma perturbação da personalidade tornam-se reconhecíveis comumente durante a adolescência ou no começo da vida adulta. As mudanças de humor frequentes, acessos de raiva, ansiedade social com dificuldade em estabelecer amizades, a necessidade de ser o centro das atenções, a sensação de se estar a ser amplamente enganado, incapacidade de reconhecer comportamentos próprios erráticos, exteriorizar e culpar os demais pelos seus sentimentos e comportamentos, são algumas das manifestações particularmente sugestivas de uma perturbação de personalidade.<sup>3,4</sup>

A classificação diagnóstica das perturbações da personalidade apoia-se fundamentalmente em dois manuais, o *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Eleventh Revision* – ICD-11 e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* – DSM-5. Nesta revisão será utilizada a classificação do DSM-5 pelo facto de ser o sistema mais utilizado pelos clínicos, a classificação padrão para os dados internacionais, apresentar maior concordância entre os avaliadores, e ser revista a cada 5 anos.<sup>6</sup>

O DSM-5, adota uma abordagem categórica para a avaliação e diagnóstico de perturbações de personalidade na seção II sob o título “*Critérios Diagnósticos e Códigos*”, onde inclui dez perturbações de personalidade agrupados em três clusters com base em semelhanças descritivas. O *cluster* A inclui as perturbações de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica; o ***cluster* B** inclui as perturbações de personalidade antissocial, **borderline**, histriónica e narcisista; o *cluster* C inclui as perturbações de personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva (**tabela I**). As estimativas de prevalência para os diferentes grupos sugerem 5,7% para as perturbações do cluster A, 1,5% para as do cluster B e 6% para as do cluster C.<sup>3</sup>

Alguns problemas do modelo categórico foram reconhecidos, como acentuada heterogeneidade entre doentes com o mesmo diagnóstico de perturbação de personalidade, sobreposição de várias perturbações no mesmo doente,

identificação de perturbações que não se encaixam em nenhum transtorno em particular sendo classificadas como perturbações da personalidade não especificadas, entre outras, o que levou a ser criado um modelo híbrido alternativo (categórico-dimensional) presente na seção III “*Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes*” do DSM-5, na tentativa de atenuar alguns desses problemas, guiar pesquisas adicionais e, assim, atender de melhor forma à prática clínica.<sup>3,7-9</sup>

Os indivíduos com perturbações de personalidade incluídos no *cluster* B, do qual faz parte então a Perturbação de Personalidade Borderline, têm sido caracterizados por apresentar pensamentos ou comportamentos dramáticos, emotivos ou erráticos e falta de empatia para com os outros. Adicionalmente, a impulsividade que se revela um importante traço de personalidade em várias condições de saúde mental, tem especial ênfase neste *cluster*.<sup>10-12</sup>

A Perturbação de Personalidade Borderline (PPB) caracteriza-se por instabilidade emocional, impulsividade marcada, dificuldade nos relacionamentos interpessoais e na relação com a auto-imagem, assim como, problemas de identidade e de afetividade, o que leva a que doentes com este tipo de perturbação sintam receio de serem abandonados, sensação de vazio e de raiva intensos o que, em determinadas situações, pode conduzir a comportamentos suicidas. Assim, estes doentes sofrem de considerável morbilidade e apresentam um aumento de mortalidade comparativamente à população em geral.<sup>10</sup>

Com esta revisão bibliográfica procura-se, após definir de forma mais aprofundada a Perturbação de Personalidade Borderline, a sua apresentação clínica, diagnóstico e tratamento, entender quais os desafios da parentalidade nestes doentes e qual o impacto da doença nos descendentes e no seu desenvolvimento emocional, assim como, quais as estratégias que poderão ser utilizadas para minorar os possíveis efeitos nocivos na descendência e, conseqüentemente, melhorar a relação pais-filhos.



## 2. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa de publicações médico-científicas indexadas nas bases de dados *PubMed* e *PsycINFO*, utilizando as palavras-chave anteriormente mencionadas, de forma isolada ou em combinação. Foram selecionados os artigos publicados de língua portuguesa e inglesa, desde o ano 2000 até ao presente ano de 2023, tendo sido dado maior ênfase aos artigos respeitantes à última década.

Adicionalmente, foi consultada bibliografia especializada na área da psiquiatria, como manuais de referência e repositório de informação médica, *UpToDate*.

A pesquisa bibliográfica assenta em 101 referências bibliográficas e terminou em 30/04/2023.

### 3. Perturbação de Personalidade Borderline

#### 3.1. História e Desenvolvimento da PPB

Adolph Stern foi um psiquiatra e psicanalista austríaco naturalizado americano que usou o termo “*borderline*” pela primeira vez em 1937, para definir um grande grupo de doentes que não se encaixavam no perfil de psicóticos nem no grupo de psiconeuróticos, descrevendo como características clínicas destes doentes, narcisismo, hipersensibilidade desmedida, rigidez psíquica e corporal, sentimento de inferioridade enraizado na personalidade do doente, uma profunda insegurança ou ansiedade, uso de mecanismos de projeção e dificuldades com o teste da realidade, principalmente nas relações interpessoais.<sup>13,14</sup> Outros médicos como Theophile Bonet em 1684, Charles H. Hughes em 1884, J. C. Rosse em 1890 e Kraepelin em 1921, tinham já descrito sintomas semelhantes, incluindo instabilidade de humor, imprevisibilidade, mania e melancolia. Apesar da maioria das perturbações da personalidade terem sido descritas pela primeira vez na Europa, foi então nos Estados Unidos da América (EUA) que o termo “*perturbação borderline*” foi cunhado por Adolph Stern. Anteriormente às décadas de 1960 e 1970, a PPB era considerada como esquizofrenia bordeline, mas acabou por ser classificada como um transtorno do humor semelhante ao transtorno bipolar, ciclotimia e distímia.<sup>15</sup>

Na evolução do termo *borderline*, Kernberg em 1975 introduziu o termo “organização da personalidade”, para se referir a um padrão consistente de funcionamento e comportamento caracterizado por instabilidade e refletindo uma auto-organização psicológica perturbada.<sup>14,15</sup> Quaisquer que fossem as estruturas psicológicas subjacentes, o conjunto de sintomas e comportamentos associados à personalidade *borderline* estava a tornar-se mais amplamente reconhecida, e incluía flutuações marcantes de períodos de confiança a momentos de desespero absoluto, perceção instável da auto-imagem, flutuações rápidas de humor com medos de abandono e rejeição, e uma forte tendência para pensamentos suicidas e automutilação. Sintomas psicóticos transitórios, incluindo breves delírios e alucinações, podem também estar presentes. As características que atualmente definem a perturbação de personalidade *borderline*, foram descritas por Gunderson e Kolb em 1978 e, desde então, foram incorporadas nas classificações

psiquiátricas contemporâneas.<sup>14</sup> A perturbação de personalidade borderline, tornou-se um diagnóstico oficial de perturbação de personalidade em 1980 com a publicação do DSM-III, mantendo-se assim até aos dias de hoje com o DSM-5.<sup>3,15</sup>

### **3.2. Desenvolvimento e patogénese da PPB: fatores que os influenciam**

A etiologia da PPB é complexa e permanece incerta. No entanto, a maioria das hipóteses sugere que a PPB se deve a uma combinação de fatores genéticos, neurobiológicos e psicossociais.<sup>14</sup> Sabe-se que a PPB é cerca de cinco vezes mais comum em familiares de primeiro grau de pessoas com a perturbação, do que na população em geral.<sup>3</sup> Em estudos realizados foi verificado que a taxa de concordância para PPB foi maior em gémeos monozigóticos comparativamente a gémeos dizigóticos.<sup>10</sup>

A instabilidade afetiva e a impulsividade foram descritas como fenótipos da PPB, assim como, relacionamentos conturbados compostos por uma combinação de medo do abandono, sensibilidade à rejeição e intolerância à solidão, culminando numa hipersensibilidade interpessoal. Gunderson e Lyons-Ruth fizeram uma revisão de uma série de estudos, em que doentes com PPB experimentaram tensão emocional aversiva, o que conduziu a comportamentos auto-lesivos motivados por interações emocionais negativas como rejeição e solidão. Foi percebido por estes autores, que os doentes com esta perturbação são mais sensíveis às emoções percecionadas nas reações faciais dos outros, especificamente as reações de raiva, sugerindo que a hipersensibilidade às interações interpessoais aumenta outros sintomas da PPB, como a labilidade emocional.<sup>16</sup>

Para uma melhor compreensão do conceito do fenótipo de hipersensibilidade interpessoal, foram examinados componentes do cérebro, nomeadamente o sistema serotoninérgico e dopaminérgico, tendo-se percebido que um distúrbio no sistema neurotransmissor da serotonina pode contribuir para a reatividade interpessoal ao stress, exibida por doentes com PPB. Esse distúrbio pode resultar de um defeito genético, alelo encurtado, de um transportador de serotonina. O defeito impacta negativamente no processo de recaptação da serotonina, levando a uma resposta aumentada na amígdala, aumentando os níveis de cortisol em

situações de stress.<sup>16</sup> Para além de uma possível ligação entre o defeito no alelo e a hipersensibilidade, foram encontradas outras ligações com os sintomas da PPB, especificamente o suicídio, tendo sido sugerido que o alelo encurtado no transportador da serotonina, estava ligado à região polimórfica ligada ao gene transportador de serotonina (5-HTTLPR), que é um fator de risco genético para o suicídio.<sup>16</sup>

Adicionalmente, através de PET-Scan foram capturadas imagens cerebrais de doentes com PPB, aquando da audição de uma história que evocava sentimentos de abandono, que mostraram maior fluxo sanguíneo para o córtex pré-frontal dorsolateral (responsável por lembrar pessoas que não estão presentes) e menor fluxo sanguíneo no cíngulo anterior (mede respostas mais complexas). Tal, levantou a hipótese de que experiências de trauma e abandono, resultam numa perceção alterada da memória, que quando associada a um aumento do medo, pode ser prejudicial nos doentes com PPB.<sup>16,17</sup> Também, estudos realizados recorrendo a neuroimagem, sugeriram disfunções em estruturas cerebrais responsáveis pela regulação do afeto, impulsividade e agressividade.<sup>18</sup>

A pesquisa pré-clínica sugere que talvez a função neuropeptídica alterada, seja a base dos problemas interpessoais dos doentes com PPB. Acredita-se que a insegurança da vinculação, levando a prejuízos na cognição social, incluindo representações desadaptativas de si mesmo, dos outros e de si mesmo em relação aos outros, esteja no centro das dificuldades interpessoais de doentes com PPB.<sup>19</sup> Além disso, inúmeros estudos de neurotransmissores e neuroimagem compararam doentes com PPB a controlos saudáveis, e encontraram anormalidades como disfunção da serotonina e reduções bilaterais no hipocampo, amígdala e outras regiões do lobo uma vez que os estudos incluíram e investigaram doentes adultos que já preenchiam critérios para PPB. Assim, não está claro se os factos neurobiológicos observados representam causas etiológicas ou sequelas do distúrbio.<sup>10</sup> Resultados de alguns estudos demonstraram défices neuropsicológicos generalizados em doentes com PPB relacionados, em grande parte, ao funcionamento do lobo frontal, apoiando a ideia de que muitos sintomas da perturbação, como instabilidade afetiva e distúrbio de identidade, são devidos a conexões interrompidas entre o córtex pré-frontal e outras regiões cerebrais que controlam funções cognitivas superiores.<sup>20</sup>

Para além dos fatores neurobiológicos, múltiplos componentes incluindo experiências adversas na infância como abuso físico, emocional e sexual, trauma ou negligência, assim como tipo de vínculo com cuidadores, parecem contribuir para o desenvolvimento da PPB. Há inclusivamente teorias que sugerem que o dano neural pode ser afetado por essas experiências.<sup>15</sup> Sabe-se que experiências adversas na infância estão fortemente associadas à PPB, sendo o trauma da infância o mais significativo fator de risco ambiental para o desenvolvimento da perturbação, embora não seja uma pré-condição necessária para que tal aconteça. Em alguns estudos prospetivos realizados, percebeu-se que maus-tratos na infância incluindo os diversos tipos de abuso, aumentou significativamente o risco de desenvolver PPB.<sup>21</sup>

### **3.3. Caraterísticas Clínicas da PPB**

Como já foi referido anteriormente, a PPB é então um transtorno psiquiátrico grave, caraterizado por ter um impacto negativo na estabilidade afetiva e nas relações interpessoais, bem como na auto-imagem. Os doentes com PPB apresentam impulsividade acentuada e, em determinadas situações, para alívio do seu sofrimento concretizam gestos de auto-mutilação e comportamentos suicidas, o que pode originar deficiências físicas e incapacidades significativas com prejuízo na sua vida quotidiana.<sup>14,22</sup>

A despersonalização/desrealização são sintomas centrais da PPB, e a dissociação pode ser uma característica proeminente em alguns indivíduos com este distúrbio. Pesquisas no subtipo dissociativo de transtorno de stress pós-traumático (TEPT) e despersonalização sugeriram que a dissociação pode ser uma forma de supermodulação emocional, promovendo emoções estressantes relacionadas ao trauma. Embora o curso da PPB seja geralmente positivo, alguns doentes apresentam recaídas ao longo do tempo.<sup>22</sup>

Um modelo organiza as características do distúrbio em três dimensões:

- relacionamento comprometido – caracterizando-se por relacionamentos instáveis, distúrbio de identidade e vazio crónico;
- desregulação afetiva – labilidade afetiva, raiva excessiva e esforços para impedir o abandono;

- desregulação do comportamento – com impulsividade, tendências suicidas e comportamento auto-lesivo.<sup>23</sup>

A instabilidade afetiva mostrou ser a manifestação isolada mais sensível e específica da PPB, num estudo realizado com 3.764 doentes, avaliados através de uma entrevista estruturada.<sup>24</sup> Os doentes com PPB geralmente têm relacionamentos tempestuosos, especialmente com as pessoas próximas. Muitas vezes o companheiro outrora tido como confidente e o seu apoio, pode repentinamente ser visto como cruel, traidor e “*persona non grata*”. O doente enquanto se sente apoiado, pode estar forte e sólido, no entanto, se esse apoio for incapaz de responder às suas necessidades, mesmo que por um período limitado, o doente com PPB pode sentir de imediato sentimentos de raiva, humilhação, exigência, depressão e, no extremo, exibir comportamentos suicidas.<sup>10</sup> Frequentemente os doentes tendem a ver os outros como totalmente bons ou totalmente maus, um fenómeno que foi apelidado por “divisão/clivagem”. Esta classificação rígida dos demais pode conduzir o doente a alternar entre pontos de vista extremos, e a considerar informações de forma seletiva de forma a confirmar a sua opinião no presente, podendo também afetar o tratamento.<sup>25</sup> Os doentes com PPB geralmente interpretam eventos, palavras e rostos neutros como “negativos”, havendo tendência para interpretar de forma errónea divergências ligeiras ou eventos adversos como um sinal de que o cuidador ou companheiro desejam terminar o relacionamento. Isto faz com que o doente muitas vezes reaja de forma desproporcionada com raiva, ameaças de auto-agressão. Com frequência estes episódios são seguidos por sentimentos de vergonha, culpa e inutilidade.<sup>10</sup>

Outra das características clínicas dos doentes com PPB, é o facto de estes poderem experimentar flutuações de humor repetidas e marcantes ao longo do dia, podendo períodos de eutímia alternar com intensa disforia episódica que inclui depressão, ansiedade e irritabilidade.<sup>10</sup> O comportamento impetuoso e auto-destrutivo é comum entre os doentes com PPB e pode assumir várias formas como abuso de substâncias, distúrbios alimentares (comendo excessivamente), gastos financeiros irresponsáveis, comportamentos sexuais de risco e condução imprudente. Ademais, estes indivíduos podem abandonar de forma repentina o seu emprego ou terminar uma relação com potencial duradouro, acabando por sabotar o seu próprio sucesso.<sup>10</sup>

As ameaças, gestos e tentativas de suicídio são manifestações comuns da PPB, sendo que aproximadamente 8 a 12% dos indivíduos com esta perturbação cometeram suicídio em estudos retrospectivos.<sup>26,27</sup> É de notar que avaliar o risco atual de intenção suicida de um doente é difícil, e atos de ameaças e comportamentos auto-lesivos, podem preceder um suicídio consumado, pelo que toda a ideação e ameaça suicida nestes doentes, devem ser levadas a sério.<sup>10</sup>

O curso da PPB é consideravelmente variável, sendo o padrão mais comum a instabilidade crónica no início da vida adulta, com episódios graves de descontrolo impulsivo e afetivo, e níveis elevados da utilização dos serviços de saúde. O prejuízo resultante da perturbação e o risco de suicídio são maiores entre os adultos jovens e desaparecem, de forma gradual, com o avançar da idade. Apesar de existir uma tendência para emoções intensas e impulsividade nos relacionamentos se perpetuarem durante a vida, os indivíduos que iniciam um tratamento apresentam melhorias durante o primeiro ano. Estima-se que entre os 30 e os 50 anos, a maioria dos doentes atinja uma melhor estabilidade tanto nos seus relacionamentos, como a nível profissional.<sup>3</sup>

### **3.4. Epidemiologia e Comorbilidades**

Dados epidemiológicos e clínicos, apesar de limitados, sugerem que o início da PPB ocorre na adolescência ou no início da idade adulta. O diagnóstico em adolescentes mostrou estabilidade, confiabilidade e validade, semelhantes ao diagnóstico em adultos.<sup>28,29</sup> Contrariamente ao que se pensou durante algum tempo de que a PPB teria um curso crónico e imutável ao longo da vida, uma revisão que contemplou 13 estudos de acompanhamento em que foram avaliados doentes com PPB com recurso a entrevistas estruturadas e critérios de diagnóstico bem definidos, mostrou que a remissão ocorreu em 45% dos doentes com a perturbação, durante um período amplo de acompanhamento.<sup>10</sup> Nas últimas duas décadas, estudos prospetivos longitudinais mais rigorosos demonstraram então que a maioria dos doentes com PPB entra em remissão.<sup>10,30</sup>

A prevalência média da PPB na população é estimada em 1,6%, embora se creia que possa chegar aos 5,9%, segundo o DSM-5. Essa prevalência estima-se que seja de cerca de 6% nos cuidados de saúde primários, 10% em doentes em regime de

ambulatório e de cerca de 20% entre doentes internados. A prevalência da perturbação poderá ser menor nas faixas etárias mais altas.<sup>3,31</sup>

A proporção entre mulheres e homens com a perturbação é maior em populações psiquiátricas face à população em geral, sendo a proporção de 3:1 em ambiente clínico. Essa discrepância sugere que as mulheres com PPB serão mais propensas a procurar tratamento do que os homens, estimando-se que 80% dos doentes que recebem tratamento sejam mulheres.<sup>10,32</sup> No entanto, dois estudos epidemiológicos da população geral nos EUA, mostraram que a prevalência ao longo da vida de doentes com PPB não difere significativamente entre homens e mulheres.<sup>33,34</sup>

Tal como as perturbações de personalidade em geral, também a PPB está associada a estratos sociais e níveis educacionais mais baixos.<sup>32</sup>

Relativamente aos resultados da relação entre a PPB e a etnia, os resultados são mistos. Há estudos que encontraram taxas mais altas da perturbação em hispânicos em comparação com caucasianos e afro-americanos; outro estudo epidemiológico revelou que a PPB é menos frequente entre homens e mulheres hispânicos; enquanto um outro estudo mostrou que a PPB não estava significativamente relacionada à raça ou etnia.<sup>10</sup>

Importa referir que é comum os doentes com PPB apresentarem concomitantemente outros transtornos psiquiátricos, em especial transtornos de humor – depressivo e bipolar, ansiedade, uso de substâncias e transtornos somatoformes (como hipocondria, transtorno de somatização, distúrbio de dor somatoforme). No entanto, os estudos não têm sido consistentes relativamente a quais transtornos ocorrem de forma concomitante com mais frequência.<sup>10,35</sup>

### **3.5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico**

O diagnóstico clínico da PPB deve ser apoiado numa ampla avaliação psiquiátrica, devendo os clínicos utilizar as fontes de informação disponíveis para fazer o diagnóstico, incluindo a história clínica, as observações durante as entrevistas, informações de familiares e amigos e registos médicos. Os doentes deverão ser avaliados quanto à ocorrência concomitante de transtornos mentais e transtornos



devido ao uso de substâncias, tendências suicidas e comportamentos auto-lesivos.<sup>10</sup>

Existem alguns instrumentos de rastreio e avaliação de perturbações de personalidade, incluindo a PPB. A ferramenta “*McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*” (**figura 1**) é útil para o rastreio de doentes com PPB. Cada um dos 10 itens é dicotómico, e a ferramenta apresenta boas propriedades psicométricas com uma sensibilidade de cerca 0,81 e especificidade de 0,85. Esta ferramenta destina-se então apenas à triagem e não ao diagnóstico final.<sup>10,36</sup>

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-5 (The Structure Clinical Interview for DSM-5® - SCID-5) é outra das ferramentas existentes, que consiste num guia de entrevista semi-estruturada que permite traçar os principais diagnósticos do DSM-5. Deve ser executada por um clínico treinado que esteja familiarizado com a classificação e os critérios diagnósticos do DSM-5. Existem três versões diferentes disponíveis do SCID-5 para diagnosticar os principais diagnósticos do DSM-5; duas versões estão disponíveis para avaliar os transtornos de personalidade conforme lá apresentados no manual.<sup>10,37</sup>

Para ser diagnosticado com PPB, um indivíduo deverá apresentar, pelo menos, cinco dos nove critérios diagnósticos especificados no DSM-5, sendo que estes sintomas devem estar presentes por um período prolongado de tempo e em diferentes contextos da vida do indivíduo. Assim, os critérios diagnósticos para a PPB especificados no DSM-5 serão transcritos de seguida, e incluem um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da auto-imagem e dos afetos, e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

- 1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de auto-mutilação coberto pelo critério 5);
- 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 perceção de si mesmo.

- 4. Impulsividade em, pelo menos, duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsão alimentar). Nota: não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo critério 5;
- 5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas, ou comportamentos de auto-mutilação;
- 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 crónicos de vazio.
- 8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, lutas físicas recorrentes);
- 9. Ideação paranóide transitória associada a stress ou sintomas dissociativos intensos.

Como já foi mencionado anteriormente nesta revisão, foi criado um modelo híbrido (categórico-dimensional) alternativo presente na seção III do DSM-5, com uma nova abordagem dos transtornos de personalidade. Esta visa minimizar as limitações da abordagem categórica do diagnóstico, incluindo a dificuldade em encontrar zonas de distinção entre os diagnósticos, ou seja, a delimitação das perturbações mentais por fronteiras naturais. Por vezes, um doente típico que atende os critérios para um transtorno de personalidade específico, frequentemente cumpre também critérios para outras perturbações. Ademais, há doentes que tendem a apresentar padrões de sintomas que correspondem a mais de um transtorno. Neste modelo alternativo, os transtornos de personalidade são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade e por traços de personalidade patológicos. Assim, na seção III do documento são apresentados os critérios gerais para o transtorno de personalidade (**tabela II**), assim como os critérios diagnósticos propostos para a PPB.<sup>7,8,10</sup> (**tabela III**).

### 3.6. Diagnósticos Diferenciais

Alguns dos diagnósticos diferenciais a ter em conta na PPB, são:

- **transtornos bipolar e depressivo** – as síndromes de humor alternado (“oscilações de humor”) podem assemelhar-se à instabilidade afetiva da PPB, sendo

que no transtorno bipolar estão menos relacionadas a eventos do meio envolvente, comparativamente à PPB que comumente é desencadeada por elementos de stress como seja rejeição ou fracasso. A disforia que caracteriza o transtorno depressivo major pode estar presente na PPB, embora nesta seja marcado por estados afetivos que flutuam num único dia, ao passo que no transtorno depressivo major, está presente quase diariamente por, pelo menos, duas semanas. A PPB pode manifestar-se por episódios momentâneos que mimetizam tanto o transtorno depressivo como bipolar, pelo que o diagnóstico da PPB não deve ser feito com base nessa apresentação momentânea;

- **transtorno de stress pós-traumático (TSPT)** – a existência de história de trauma que é essencial para o diagnóstico deste transtorno pode, com frequência, estar presente em doentes com PPB. O TSPT é caracterizado por sintomas aquando da re-experiência do episódio traumático, evitamento e aumento da excitação, o que não faz parte da PPB. Assim como, problemas de auto-imagem e de relacionamentos interpessoais característicos da PPB, não fazem parte do TSPT;

- **transtorno de défice de atenção e hiperatividade (TDAH)** – a impulsividade e a labilidade afetiva podem caracterizar tanto a PPB como o TDAH. No entanto, a PPB não é tipicamente caracterizada por desatenção e o TDAH não é caracterizado por medo do abandono, comportamento auto-lesivos e relacionamentos interpessoais conturbados;

- **Outros transtornos de personalidade** – a PPB compartilha de certas características com outras perturbações de personalidade, sendo que o maior número de sobreposição ocorre com as perturbações de personalidade do cluster B.<sup>3,10,38</sup>

É também essencial, que se faça a distinção entre PPB e a mudança de personalidade devido a outra condição médica como, por exemplo, condição médica devida a alteração no sistema nervoso central. Ademais, deve distinguir-se a PPB de sintomas que possam advir do consumo permanente de substâncias, assim como, de problemas de identidade relativas a fases do desenvolvimento como é o caso da adolescência, e que não se qualificam como perturbação mental.<sup>3,10</sup>

### 3.7. Tratamento

O tratamento de doentes com PPB é desafiante. Deve começar com a explicitação do diagnóstico e educação sobre o curso esperado da doença, genética e tratamento do distúrbio, pois esta abordagem poderá diminuir o sofrimento e estabelecer uma aliança fundamental entre o médico e o doente. Adicionalmente, deve ser explicado que terapias mais eficazes têm vindo a ser desenvolvidas, e que envolvem a aprendizagem de cuidar de si mesmo, e que a farmacoterapia serve apenas como adjuvante no tratamento. É com frequência que os doentes com PPB são diagnosticados de forma errónea, o que conduz a tratamentos desadequados (tabela IV).<sup>21,39</sup>

O tratamento de primeira linha para a PPB é a psicoterapia. De entre os principais tratamentos baseados em evidências para PPB estão:

- **Terapia comportamental dialética** (*Dialectical behaviour therapy* - DBT);
- **Terapia baseada na mentalização** (*Mentalization-based treatment* - MBT);
- **Terapia focada na transferência** (*Transference-focused psychotherapy* - TFP);
- **Boa gestão psiquiátrica geral** (*General “good” psychiatric management* - GPM);
- **Terapias cognitivas e comportamentais.** <sup>21,40</sup>

A duração ideal da psicoterapia não é conhecida, no entanto, os doentes geralmente requerem bastantes meses a anos de tratamento.<sup>40</sup>

No geral, as evidências indicam que a eficácia das farmacoterapias para o tratamento da PPB é limitada. Antipsicóticos, anticonvulsivantes e antidepressivos de segunda geração não foram capazes de reduzir consistentemente a gravidade da doença. Os antipsicóticos de segunda geração tiveram um efeito limitado na gravidade dos sintomas específicos da PPB, no entanto, melhoraram os sintomas psiquiátricos gerais.<sup>41</sup> Os tipos mais comuns de medicamentos administrados a doentes com PPB são, por esta ordem, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, antidepressivos atípicos, ansiolíticos, antipsicóticos e estabilizadores do humor. Apesar de tal por vezes se praticar, nenhuma classe de medicamentos é consistentemente eficaz, sendo que nenhum está aprovado pela “*Food and Drug*

*Administration – FDA*” para o tratamento da PPB. Muitas vezes, os medicamentos são usados com o objetivo de aliviar sintomas como depressão, ansiedade ou flutuações do humor.<sup>21</sup>

Segundo as *guidelines* do National Institute for Health and Care Excellence - NICE - do Reino Unido, os medicamentos psicotrópicos não devem ser utilizados para tratar a sintomatologia da PPB, mas podem ser prescritos para transtornos co-mórbidos pelo menor período de tempo possível. Ter em conta, que frequentemente os doentes resistem à interrupção farmacológica, mesmo quando os sintomas chave permanecem inalterados ou exacerbados.<sup>21</sup> Assim, o benefício da combinação de psicoterapia com farmacoterapia no tratamento da PPB é inconclusivo.<sup>42</sup>

Importa também referir, que o apoio e envolvimento da família e dos amigos são essenciais no tratamento, ajudando na acomodação das sensibilidades dos doentes, na validação do seu sofrimento, na escuta e como lidar perante ameaça de suicídio ou comportamentos auto-destrutivos.<sup>21</sup>

A maioria dos doentes gradualmente entra em remissão sintomática, sendo que tal poderá ser acelerado com recurso à psicoterapia, no entanto, e embora os comportamentos de auto-agressão e propensão a crises possam diminuir ao longo do tempo, o curso natural e os tratamentos eficazes da PPB, geralmente deixam muitos doentes com deficiências sociais persistentes relacionados com depressão.<sup>21</sup>

#### **4. O Impacto da PPB**

A PPB é uma perturbação grave que resulta em elevados níveis de morbilidade psicossocial com prejuízos funcionais significativos e redução da qualidade de vida, conduzindo a uma grande utilização dos serviços de saúde.<sup>24,42</sup> Apesar de alguns doentes com PPB serem capazes de viver uma vida plena, há doentes que experimentam prejuízos significativamente maiores na sua vida profissional e nos seus relacionamentos, necessitando do máximo apoio por parte dos profissionais de saúde e das pessoas em seu redor. Os doentes com PPB podem apresentar uma variedade de comportamentos destrutivos e impulsivos, como auto-agressão,

distúrbios alimentares, comportamentos aditivos de substâncias e álcool, com cerca de 60 a 70% dos doentes a tentar o suicídio em algum momento das suas vidas.<sup>14,43</sup>

Importa referir que para além dos custos diretos da doença, deve ser também tido em conta os custos indiretos associados, como por exemplo, a ausência laboral ou a falta de produtividade, estimando-se que esses custos poderão ser quatro vezes maiores do que os custos diretos. Mais difícil de contabilizar são os impactos na vida dos próprios doentes como seja, divórcio e eventuais batalhas judiciais, e consequências para os cuidadores, como sentimentos de angústia, ansiedade e mesmo depressão que acarretarão, inevitavelmente, outros custos.<sup>21</sup>

Um estudo realizado no Reino Unido em 2002 estimou os custos por doente com PPB que contactam com os cuidados primários, como sendo de cerca de £3000 anualmente. Na Alemanha, em 2007, o tratamento hospitalar da PPB foi estimado em €3,5 bilhões anuais, cobrindo cerca de 25% dos custos totais para o tratamento psiquiátrico hospitalar do país. Na Holanda, em 2008, o custo médio de um doente com PPB encaminhado para tratamento psicoterapêutico foi estimado em cerca de €11.000 durante 12 meses antes do tratamento.<sup>14</sup>

## **5. A PPB e as Relações Interpessoais**

Os indivíduos com PPB experimentam reações emocionais mais fortes em contexto de interação social, o que muitas vezes os leva a reagir de forma mais extremada aos eventos. Foi demonstrado que estes doentes apresentam sentimentos negativos significativamente mais intensos, perante um cenário social imaginário envolvendo ser provocado por alguém, o que expressa a dificuldade emocional experimentada por estes doentes perante situações sociais que eles percecionam como sendo stressantes. De forma geral, ao analisar relacionamentos amorosos e a satisfação por parte dos doentes com PPB, foram encontrados sentimentos como insatisfação, violência, crítica e emoções negativas, sendo a experiência de raiva ou irritabilidade particularmente comuns. Além disso, foi sugerido que o sentimento de raiva, surge com frequência quando o doente com PPB, perceciona o seu companheiro(a) como sendo negligente ou que o abandona.<sup>44-47</sup> Os indivíduos com PPB frequentemente anseiam por conexão e pertença, o que nem sempre é

possível, e que pode induzir uma resposta exagerada à rejeição. Ademais, estes doentes apresentam algumas deficiências na percepção, nomeadamente incapacidade de reconhecer e interpretar, sob ponto de vista emocional, determinados contextos sociais o que os leva a ter visões mais negativas face a essas situações. Tal conduz, com alguma frequência, a consequências diretas no comportamento destes doentes, como ações de auto-agressão causado por esse desajuste social.<sup>44,48,49</sup>

Alguns estudos relacionaram a observação imprecisa e a identificação do afeto facial nos outros indivíduos, por parte dos doentes com PPB, tendo sido mesmo identificada incapacidade de reconhecer e discriminar emoções negativas nos demais, como medo e a raiva.<sup>50,51</sup> Foi mesurada a atividade cerebral através de ressonância magnética funcional e medições da condutância da pele de indivíduos com PPB enquanto viam imagens, com a intenção de lhes provocar feedback emocional intenso, que demonstrou comprometimento fisiológico, fazendo com que os doentes tenham dificuldade na interação com os outros no que toca a qualquer capacidade emocional.<sup>52,53</sup> Assim, o estilo relacional dos doentes com PPB é caracterizado como intenso e instável, marcado ainda por medo de abandono, e por titubear entre idealização e desvalorização.<sup>54</sup>

### **5.1. Teoria do Apego e PPB**

Foi proposto há mais de 30 anos que um sistema comportamental de apego regula as respostas da criança quando esta experimenta sofrimento emocional, e que as figuras que oferecem contacto, conforto e segurança, facilitam o processo de desenvolvimento da regulação emocional e bem-estar da criança, bem como, as suas expectativas de que os relacionamentos íntimos poderão fornecer um porto e base seguros. No caso de existir negligência ou abuso, os esquemas de apego são tipicamente negativos. Crianças que foram vítimas de maus-tratos, frequentemente inferem nelas próprias características negativas, podendo levá-las a concluir que são merecedoras de tal tratamento, verem-se como fracos, indefesos, indignos para receber amor, assim como, a perceberem os outros como perigosos e tal refletir-se nos seus relacionamentos futuros.<sup>55-57</sup> Alguns dados sugerem que um apego inseguro, especialmente ansioso-preocupado, está acentuadamente representado entre doentes com PPB. Características fundamentais desta perturbação, como relacionamentos interpessoais intensos e

instáveis, sentimentos de vazio, acessos de raiva, receio crônicos de abandono, intolerância à solidão, e falta de um senso estável de si mesmo, pode resultar de dificuldades de apego.<sup>55,58,59</sup>

O papel da segurança do apego no desenvolvimento da regulação emocional é fundamental, concluindo-se que a ansiedade durante esse período, pode estar relacionada com a instabilidade emocional, marcada por raiva inapropriada e comportamentos impulsivos como atos auto-lesivos e suicidas. Adicionalmente, a falta de auto-estima e crença em si próprio pode conduzir a que, por vezes, se faça uso da sexualidade na tentativa de obtenção de amor e intimidade, manifestando-se como comportamentos sexuais disfuncionais. Há mesmo estudos que sugerem que indivíduos com apego ansioso, tendem a usar a sexualidade para alcançar segurança nos seus relacionamentos. Assim, os resultados sugerem que a gravidade dos maus-tratos infantis por uma figura de apego, é provável que desencadeie crenças negativas sobre si mesmo em relacionamentos futuros o que, por sua vez, poderá vir eventualmente a aumentar o risco de experimentar sintomas relacionados com a PPB.<sup>55,60,61</sup>

Um apego desorganizado pode então levar a que os indivíduos com PPB se tornem mais vulneráveis às experiências psicossociais mencionadas anteriormente. Embora a relação entre o diagnóstico da PPB e o tipo de apego não seja óbvia, sabe-se que a perturbação está fortemente associada ao vínculo inseguro, existindo indícios de desorganização. A insegurança precoce do apego emocional é uma característica relativamente estável de qualquer indivíduo, havendo estudos que sugere que o apego na infância pode de facto ser um fator importante no desenvolvimento da PPB. Percebeu-se que indivíduos constitucionalmente vulneráveis e/ou expostos a influências que prejudicam o desenvolvimento das capacidades cognitivas sociais, como negligência nos primeiros relacionamentos, desenvolvem-se com uma capacidade prejudicada tanto de representar, como de modular o afeto e de controlar a capacidade de atenção. Esses fatores, com ou sem trauma adicional, podem conduzir a alterações nos mecanismos neurais de excitação. Ademais, originar alterações estruturais e funcionais no cérebro em desenvolvimento, que a menos que medidas corretivas adequadas sejam tomadas, a PPB pode vir a desenvolver-se.<sup>14,25,62</sup> São vários os estudos que apontam para uma elevada prevalência de apego emocional inseguro em doentes com PPB.<sup>25</sup>



## 6. PPB e a Parentalidade

Para o adulto com PPB, a transição para a parentalidade pode ser uma experiência traumática. Importa referir que há situações em que a gravidez pode ocorrer como resultado de um comportamento descuidado impulsivo ou relacionamentos instáveis ou abusivos. O desejo de se tornarem pai ou mãe nestes doentes, por vezes, pode ser ambivalente e envolver motivações geradoras de conflitos, como o desejo de cuidar, a necessidade de ser cuidado e o reviver experiências traumáticas de apego anteriores. Muitos dos progenitores com PPB, percecionam a criação de um filho como uma tarefa árdua e ameaçadora, relembrando eventuais episódios da sua infância caracterizada por rejeição, desvalorização e insegurança. Assim, para o pai ou mãe com PPB pode tornar-se penoso promover a segurança do apego nos seus filhos, por meio de cuidados consistentes e empáticos, fazendo com que as tarefas psicológicas da paternidade sejam particularmente opressivas para estes doentes.<sup>63</sup>

A parentalidade e a presença da PPB podem ter um impacto significativo na descendência. Como já fomos expondo ao longo desta revisão, a PPB é caracterizada por instabilidade emocional, relacionamentos turbulentos, impulsividade e percepção negativa de si mesmo.<sup>64</sup> Estes padrões de comportamento podem influenciar a forma de como os pais interagem com os seus filhos, criando um ambiente instável e imprevisível com repercussões nesses. Os pais com PPB podem ter dificuldade em manter relacionamentos saudáveis e estáveis, conduzindo a separações ou divórcios que culminam em mudanças frequentes no ambiente familiar, o que pode revelar-se perturbador e stressante para as crianças. Adicionalmente, a instabilidade emocional característica da PPB com as consequentes variações de humor, podem gerar nas crianças sentimentos de ansiedade, confusão e insegurança, e de como perante determinadas situações os seus pais irão reagir. Importa também referir, que a dificuldade que os pais com PPB têm em lidar com as suas próprias emoções, vivenciando períodos de lutas internas, podem negligenciar emocionalmente os seus filhos, não reconhecendo e não respondendo às suas necessidades.<sup>64-66</sup> Outra situação a ter-se em conta, é o facto de as crianças tenderem a observar e imitar o comportamento dos pais. Assim, uma criança que cresce observando os comportamentos impulsivos, explosivos ou auto-lesivos dos pais com PPB, podem ser influenciadas a adotar esses comportamentos.<sup>67,68</sup> Alguns estudos sugerem que a descendência de pais

com PPB, poderão apresentar um risco acrescido de desenvolver problemas de saúde mental, incluindo a própria PPB, depressão, ansiedade, assim como eventuais comportamentos auto-lesivos e suicidas. Tal, pode dever-se a uma combinação de fatores genéticos e ambientais.<sup>66,69</sup>

As mães com PPB podem apresentar dificuldades em se relacionar, ajustar, interiorizar e criar vínculo com os seus bebés.<sup>70</sup> Alguns estudos apontam para que as mães com a perturbação possam ser, por vezes, mais agressivas e responder de forma inadequada às necessidades dos filhos, mostrando menor afeto positivo face ao sofrimento deles quando comparadas a um grupo controlo de mães sem a perturbação.<sup>44,71</sup> Adicionalmente, as mães com PPB relataram níveis mais baixos de auto-estima materna, competência e satisfação, maior angústia e menor estrutura emocional na interação com os seus filhos, quando comparado com o grupo controlo de mães sem a perturbação.<sup>72</sup> Num estudo realizado em que foi comparado um grupo de crianças com mães diagnosticadas com PPB, com outro cujas mães não tinham esse diagnóstico, os resultados sugeriram que os bebés das mães com PPB eram menos atentos e menos interessados nessas, quando interagiam durante brincadeiras livres o que poderia, segundo os autores do estudo, conduzir a padrões de evitação relativamente às suas mães.<sup>73</sup>

Outro estudo conduzido em 2003, no qual bebés com 2 meses de idade filhos de mães com PPB viam uma imagem fixa do rosto, evidenciaram olhares mais desorientados e menor capacidade de resposta do que bebés cujas mães não tinham PPB. Assim, levantou-se a hipótese de que os bebés desenvolveram desregulação emocional quando em situações interpessoais stressantes.<sup>74</sup> O mesmo grupo de bebés foi acompanhado até aos 12 meses de idade, tendo-se observado que 80% dos bebés expressaram padrões de comportamento similares a apego desorganizado ao interagir com as suas mães. Perante a experiência de expor os bebés a um rosto estranho, estes apresentaram um humor mais aborrecido e comportamento desorganizado, demorando mais tempo a recuperar, sugerindo um aumento da desregulação afetiva.<sup>75</sup> Percebeu-se que os pais com PPB têm dificuldade em entender e responder ao estado emocional do bebé, podendo ter interpretações erradas ou evitar as comunicações desse. Há inclusivamente algumas mães que descrevem sentir-se estranhas, ansiosas, sobrecarregadas ou até mesmo zangadas com o bebé desde o nascimento.<sup>63</sup> Assim, mães com PPB podem apresentar dificuldades no vínculo, sintonização afetiva e apego,

aumentado o risco de os seus filhos poderem vir a desenvolver um transtorno psiquiátrico, nomeadamente PPB.<sup>70,76,77</sup>

Numa pesquisa em que se observou um grupo de crianças entre os 4 e os 7 anos de idade de mães com PPB com outro de mães sem a perturbação, em que as crianças eram convidadas a representar a relação cuidador-criança e do seu eu, assim como a regulação emocional nas suas histórias, observou-se que as crianças cujas mães tinham a perturbação, exibiram uma regulação emocional mais pobre e envolvimento em histórias baseadas em fantasias, incluindo, com maior frequência, histórias traumáticas. Adicionalmente, as suas histórias eram também mais propensas a incluir medo do abandono e temas baseados em vergonha.<sup>78-80</sup> Nos estudos realizados com adolescentes em idade escolar cujas mães tinham PPB, obtiveram-se resultados semelhantes, tendo-se encontrado em adolescentes com maiores défices de atenção e níveis de agressividade, face a adolescentes filhos de pais sem o diagnóstico.<sup>81,82</sup>

Uma meta-análise recente, realizada acerca da influência da paternidade no desenvolvimento de perturbações da personalidade, mostrou que a parentalidade desajustada com pouco conforto emocional, rejeição, baixa satisfação materna com a criança, hostilidade, e disciplina ou punição demasiado duras, escassa comunicação e emoções negativas maternas e inconsistência, representou um fator de risco psicossocial para o desenvolvimento de PPB. Estudos adicionais revelaram que esta poderá estar, de facto, associada a pais cuja parentalidade se processa de forma desajustada, tendo as crianças cujos pais tenham diagnóstico de PPB maior propensão de a vir a desenvolver no futuro.<sup>69,83-88</sup>

Os transtornos psiquiátricos parentais conferem risco genético e ambiental à descendência. Os pais exercem maior influência na modelação e formação do ambiente dos filhos face aos demais familiares, pelo que os seus transtornos psiquiátricos apresentam maior probabilidade de desempenhar um papel na transmissão da doença. Assim, familiares de indivíduos com PPB exibem taxas mais elevadas de transtornos psiquiátricos comparativamente à população em geral, havendo estudos familiares de parentes de primeiro grau que apontam para uma prevalência ou risco de morbilidade de cerca de 4 a 20 vezes maior de vir a desenvolver PPB e características relacionadas. Adicionalmente, também se crê que exista uma forte agregação familiar de características centrais da PPB como

instabilidade afetiva, impulsividade e problemas nas relações interpessoais. E considerando essa agregação familiar dessas características de PPB, parece também apontar para que a descendência apresente risco aumentado para desenvolver outros transtornos psiquiátricos como seja depressão major, outras perturbações de personalidade e transtornos devido ao uso de substâncias.<sup>77,88,89</sup>

Percebeu-se então, que a parentalidade desajustada poderá mediar a associação entre os transtornos psiquiátricos parentais e os transtornos psiquiátricos da descendência. Existem modelos de desenvolvimento da PPB que postulam que as experiências parentais desadequadas, atuam juntamente com as vulnerabilidades genéticas das crianças, colocando-as em risco. Alguns indivíduos com PPB descreveram retrospectivamente os seus pais como indiferentes e emocionalmente sub e sobre envolvidos, definindo o relacionamento com os seus cuidadores e o ambiente em suas casas como conflituoso e inconsistente.<sup>89</sup> Importa também mencionar que comportamentos desorientados e confusão de papéis no relacionamento pais-filhos, tem também impacto nos filhos que possam ter transtornos psiquiátricos, nomeadamente sintomas iniciais de PPB como automutilação e tendências suicidas, que se verificou estarem presentes em alguns adolescentes. Em alguns estudos, estes relataram igualmente menor cuidado por parte dos progenitores, bem como situações de controlo excessivo e intromissão, níveis inadequados de afeto, carinho, empatia e proximidade.<sup>88,90,91</sup> Portanto, o comportamento parental desajustado está associado ao aumento do risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos nos filhos, aparentando ser um importante mediador da associação entre os sintomas psiquiátricos dos pais e filhos.<sup>88,92</sup>

Outro aspeto a dar nota é o possível papel das hormonas na doença mental, nomeadamente na PPB. As hormonas oxitocina, cortisol e testosterona estão envolvidas no processamento de recompensa e stress, influenciando significativamente as interações mãe-filho. Alterações hormonais têm sido associadas à PPB, tendo-se percebido que mães com esta perturbação, tendem a perceber as interações com a criança como menos recompensadoras e mais stressantes, sendo essas interações frequentemente menos recíprocas e com estados mais negativos, isto é, comportamentos tensos, restritivos e desorganizados. Assim, têm sido estudados os mecanismos hormonais subjacentes à interrupção da interação mãe-filho na PPB.<sup>93</sup> Num estudo realizado,

verificou-se que a ocitocina diminuiu e o cortisol permaneceu inalterado nas mães com PPB, enquanto as mães saudáveis apresentaram níveis de ocitocina estáveis e diminuição do cortisol após a interação livre com as suas crianças. Os níveis basais de testosterona foram significativamente maiores em mães com PPB. A reatividade ao cortisol e os níveis de testosterona mediam a associação entre PPB materna e estados negativos diádicos durante a interação. Desta forma, estes achados sugerem que alterações na ocitocina, cortisol e testosterona poderão contribuir para interrupções na interação mãe-filho na PPB, podendo a interação com o filho não resultar em recompensa e alívio do stress em mães com a perturbação da mesma forma como em mães sem a perturbação.<sup>93</sup>

## **6.1. Estratégias de Tratamento**

Para além das estratégias gerais de tratamento para a PPB já abordadas no capítulo 3.7., alguns autores sugerem que o apoio social é fundamental como moderador entre a doença mental dos pais, a parentalidade na PPB e o seu comportamento. O stress acumulado de ter de lidar com uma perturbação mental e cuidar de uma criança em simultâneo, pode impedir a melhoria dos sintomas e o comportamento parental positivo. Por outro lado, observou-se que os fatores que reduzem o stress parental diminuem tanto a gravidade da psicopatologia parental, bem como promovem um comportamento parental positivo, sendo o apoio social e familiar fundamentais, servindo como um fator de resiliência. No geral, percebeu-se que o apoio social pode promover diretamente mudanças no comportamento dos pais, facilitando a parentalidade positiva por meio do seu efeito nas habilidades dos mesmos e na gravidade dos sintomas, impedindo que a psicopatologia parental seja encaminhada para a criança. No entanto, é essencial perceber que os efeitos do apoio social podem ser moderados por outros fatores, tais como, ambientais, o *status* socio-económico, características da rede social, género ou gravidade da sintomatologia. O apoio social pode ser prestado através da associação entre instituições especializadas e profissionais de saúde, assim como, através de programas de grupo que possibilitem o intercâmbio de experiências entre pais.<sup>94</sup>

É de suma importância, por isso, que pais com PPB sejam apoiados logo antes do seu bebé nascer, como forma de os preparar da melhor forma e acompanhá-los em todo o processo, minimizando os aspectos menos positivos que a parentalidade possa exercer sobre eles. Os profissionais de saúde devem ter atitudes e

abordagens de tratamento concertadas, desde o médico de família, o obstetra, o psiquiatra e até mesmo o pediatra, no acompanhamento da grávida/mãe e ajudá-la assim, a melhorar a sua relação com o seu filho. Estas mães e pais, poderão beneficiar de terapias em conjunto com os seus bebés, ajudando no fortalecimento dos laços fundamentais para uma parentalidade positiva. Inclusivamente, o tratamento de mulheres com PPB antes da maternidade, teria um impacto positivo na vida de seus filhos e nos seus relacionamentos.<sup>70,91,95</sup>

Alguns autores propuseram um programa de treino para mães com PPB, com o objetivo de aprimorar as suas habilidades parentais, ensinando-as acerca das necessidades primárias das crianças, como lidar com o stress, regulação emocional e auto-cuidado. Esse programa consiste em uma sessão semanal, durante 12 semanas, conduzida por profissionais com experiência no tratamento da PPB. Foi baseado no conceito da terapia comportamental dialética, com grupos de 4 a 8 mães com crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos. Cada sessão é dividida em duas partes, sendo a primeira parte focada na discussão do trabalho de casa dos participantes, e a segunda parte onde é introduzido um novo tópico. São distribuídos em todas as sessões informação dos tópicos discutidos e quais as tarefas para as sessões seguintes. O programa inclui os seguintes módulos: psicoeducação, *mindfulness*, necessidades básicas das crianças, stress e gestão do mesmo, estrutura e flexibilidade, lidar com conflitos, lidar com emoções, o corpo, suposições básicas sobre parentalidade e auto-cuidado. Este programa apesar de promissor, carece de ser avaliado por um estudo randomizado controlado para um melhor entendimento quanto à sua eficácia e efetividade.<sup>72,96-98</sup>

A melhoria do bem-estar e a saúde mental dos jovens é crucial nas atuais políticas da União Europeia e da Organização Mundial da Saúde. A intervenção *Child Talk+* é principalmente orientada para a promoção de saúde mental positiva para jovens, cujos pais sofrem de transtornos mentais. A intervenção visa potenciar os modelos de serviço já existentes, e tem como objetivo melhorar as estratégias terapêuticas dos doentes com crianças pequenas e ajudar a definir abordagens preventivas do bem-estar das crianças. A *Child Talks+* foi desenvolvida na Holanda sendo prática regular há cerca de duas décadas nesse país. Nesta intervenção, os profissionais dialogam com a família acerca da situação dos filhos e das suas necessidades, quando um dos seus pais luta com problemas de saúde mental. Consiste na realização de quatro conversas/reuniões em separado. As duas iniciais envolvendo

o doente e possivelmente o seu parceiro, seguidas de mais duas reuniões envolvendo o doente (e o seu parceiro) e as crianças envolvidas, procurando assim, ajudar os filhos de pais com doença mental, a lidar de melhor forma com a situação, e minimizar assim os impactos na própria saúde mental.<sup>99</sup> Pais com PPB e os seus filhos, necessitam de intervenções validadas e direcionadas que impeçam a transmissão transgeracional desta incapacitante perturbação, e que possam conduzir à eventual redução da incidência e prevalência da PPB.<sup>100</sup>

Desta forma, e porque estudos recentes sugerem que os familiares de doentes com PPB apresentam face aos grupos controlo, um maior quadro depressivo, sintomatologia ansiosa mais acentuada, pior qualidade de vida, bem como, critérios de diagnósticos de perturbações de personalidade em alguns deles, torna-se crucial o acompanhamento psicológico desses familiares e intervir precocemente. Assim, é fundamental a família fazer parte do tratamento, até porque são também são parte da solução.<sup>101</sup>

## 7. Conclusão

A perturbação de personalidade borderline, pertencente ao *cluster* B das perturbações de personalidade segundo a classificação categórica do DSM-5, apresenta como características centrais instabilidade nos relacionamentos interpessoais e no afeto, problemas de identidade e autoimagem, bem como impulsividade marcada. Adicionalmente, gestos auto-lesivos e tentativas de suicídio, poderão estar frequentemente presentes na PPB.

O diagnóstico da PPB nem sempre é fácil e linear, uma vez que muitas vezes estão presentes concomitantemente outros transtornos, como transtornos de humor, ansiedade e/ou uso de substâncias. O diagnóstico passa por uma avaliação psiquiátrica abrangente, baseado em critérios de referência como é o caso do DSM-5, existindo alguns instrumentos de rastreio e avaliação que podem ser úteis como a ferramenta “*McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*” ou a SCID-5. Geralmente, o início da PPB ocorre na adolescência ou começo da idade adulta, não sendo geralmente diagnosticada em crianças. A primeira linha de tratamento da PPB é a psicoterapia, sendo a eficácia das farmacoterapias limitada.

Ao longo desta revisão, foi explorado o impacto e as possíveis repercussões na descendência da PPB. Uma das principais conclusões é que a presença de um progenitor com esta perturbação, pode contribuir para um ambiente familiar débil, instável e disfuncional, o que tem um impacto negativo nos familiares diretos e, portanto, nos filhos. Os pais com esta perturbação apresentam dificuldade na adaptação à parentalidade que é, por si só, uma etapa desafiante, tornando-se fundamental o apoio a estes doentes na nova condição. Mães com PPB exibem comportamentos menos sensíveis, maior dificuldade no reconhecimento das necessidades básicas e das emoções dos seus filhos, o que as leva frequentemente a sentir angústia e sintomas depressivos nessa fase das suas vidas. Assim, o vínculo criado entre pais-filhos é, muito frequentemente, frágil. Os filhos de pais com PPB enfrentam, frequentemente, dificuldades emocionais e comportamentais, como problemas de regulação emocional, tendência a comportamentos impulsivos e relações instáveis, correndo maior risco de vir a desenvolver perturbações mentais, incluindo a própria PPB. Salienta-se que, especialmente na primeira infância, o comportamento materno é crucial para o desenvolvimento saudável de necessidades pessoais, padrões de apego e identidade e estratégias comportamentais interpessoais, pelo que debilidades nesse período exercem um impacto tão significativo na descendência.

Reveste-se assim de grande importância avaliar e planear estratégias de tratamento, que visem melhorar as habilidades parentais de indivíduos com PPB. É fundamental atuar precocemente facilitando o desenvolvimento saudável da criança. A implementação de abordagens multidisciplinares e holísticas, poderá ajudar a mitigar os efeitos negativos na saúde mental da descendência e a promovê-la, tanto no próprio doente, como nos seus familiares. O apoio social concertado, a articulação entre os diversos profissionais de saúde que acompanham estes doentes, uma intervenção estruturada como por exemplo a Child Talks +, e a psicoterapia, tanto no próprio doente, como também nos familiares que dela precisem, são essenciais para que se obtenham resultados positivos.

Por último, importa ressaltar que nem todas as crianças de pais com PPB desenvolverão problemas de saúde mental, uma vez que existem diversos fatores envolvidos no desenvolvimento de uma criança, incluindo o ambiente familiar, a presença de apoio social, o acesso a recursos e a própria predisposição genética.



No entanto, a chave poderá passar pela identificação e intervenção precoces, pelo suporte emocional adequado e pelo acesso a acompanhamento psicológico permanente.

## Apêndice

### Tabelas

**Tabela I - Classificação dos Transtornos de Personalidade de acordo com o DSM-5.**

Adaptado de: Amboss. Personality Disorders. Disponível em <https://next.amboss.com/us/article/nP072T7q=personality%20disorders>. Consultado pela última vez a 2023/04/20.

| <i>Cluster</i>   | Características Comportamentais                                                                                                                                                            | Perturbações de Personalidade                                                                                                              | Condições Associadas Comumente                                                                          |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Cluster A</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Peculiar</li><li>• Excêntrico</li><li>• Incapaz de estabelecer relacionamentos interpessoais próximos</li><li>• Tipicamente: sem psicose</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Paranóide</li><li>• Esquizóide</li><li>• Esquizotípica</li></ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Perturbações Psicóticas (ex. esquizofrenia)</li></ul>           |
| <i>Cluster B</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Dramático</li><li>• Emocional</li><li>• Errático</li></ul>                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Antissocial</li><li>• <b>Borderline</b></li><li>• Histriônica</li><li>• Narcisista</li></ul>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Transtornos de humor</li><li>• Uso de drogas de abuso</li></ul> |
| <i>Cluster C</i> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Temeroso</li><li>• Evitante</li><li>• Ansioso</li></ul>                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Personalidade Evitante</li><li>• Personalidade Dependente</li><li>• Obsessivo-compulsiva</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Perturbação de Ansiedade</li></ul>                              |

**Tabela II - Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade, segundo o Modelo Alternativo (secção III) do DSM-5.**

Retirado de: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*. 5th ed. American Psychiatric Association. 2013; 761. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

As características essenciais de um transtorno da personalidade são:

- Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade (*self*/interpessoal).
- Um ou mais traços de personalidade patológicos.
- Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
- Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta.
- Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
- Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave).
- Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural.

### Tabela III - Critérios De Diagnóstico Propostos para a PPB, segundo o Modelo Alternativo (secção III) do DSM-5.

Retirado de: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*. 5th ed. American Psychiatric Association. 2013; 766-767. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Autoimagem acentuadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, frequentemente associada a autocritica excessiva; sentimentos crônicos de vazio; estados dissociativos sob estresse.
  2. **Autodirecionamento:** Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira.
  3. **Empatia:** Capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e as necessidades das outras pessoas associada a hipersensibilidade interpessoal (i.e., propensão a se sentir menosprezado ou insultado); percepções seletivamente parciais dos outros em relação a atributos negativos ou vulnerabilidades.
  4. **Intimidade:** Relações íntimas intensas, instáveis e conflitantes, marcadas por desconfiança, carência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; relações íntimas frequentemente encaradas em extremos de idealização e desvalorização e alternando entre envolvimento excessivo e retraimento.
- B. Quatro ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir, no mínimo um dos quais deve ser (5) Impulsividade, (6) Exposição a Riscos ou (7) Hostilidade:
1. **Labilidade emocional** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Experiências emocionais instáveis e frequentes alterações do humor; as emoções são facilmente provocadas, intensas e/ou desproporcionais aos fatos e circunstâncias.
  2. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a estresses interpessoais; preocupação com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de desmoronar ou perder o controle.
  3. **Insegurança de separação** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Medo de rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, associado a temor de dependência excessiva e completa perda da autonomia.
  4. **Tendência à depressão** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos frequentes de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de recuperação de tais humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha difusa; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
  5. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação momentânea sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade para estabelecer ou seguir planos; senso de urgência e comportamento de auto-agressão sob estresse emocional.
  6. **Exposição a riscos** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem consideração das consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
  7. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos.

## Tabela IV - Principais Tratamentos Baseados em Evidências para a PPB.

Retirado de: Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4. doi:10.1038/nrdp.2018.29

| Type of therapy (abbreviation)                | Description                                                                                                                                                                                                                     | Frequency of treatment (hours per week)                                                                                                | Training                                            |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Dialectical behaviour therapy (DBT)           | Individual and group components using a cognitive-behavioural model; emphasizes that patients build skills for self-harm and emotion regulation; therapy coaches are active, directive and validating                           | 1-Hour individual, 2-hour group (24 hours per day, 7 days per week availability) and 2-hour therapist consultation (>5 hours per week) | Two 5-day workshops                                 |
| Mentalization-based treatment (MBT)           | Individuals and group components using a developmental model; emphasizes that patients consider the effects of the self on others and vice versa; therapists are active, curious and validating                                 | 1-Hour individual, 2-hour group and 1-hour therapist consultation (4 hours per week)                                                   | One 3-day workshop                                  |
| Transference-focused psychotherapy (TFP)      | Individual psychotherapy using a psychoanalytic model; focuses on the integration of disowned ('split-off') aggression, especially as it occurs within the therapy relationship; therapists are active, neutral and challenging | 2-Hour individual (when necessary) consultation (2 hours per week)                                                                     | Two 3-day workshops and 1 year of group supervision |
| General ('good') psychiatric management (GPM) | Individual case-management-orientated therapy focusing on situational stressors and social adaptation; medication and family and group interventions are added as needed; therapists are active, directive and challenging      | 1-Hour individual (when necessary) consultation (1 hour per week)                                                                      | One-day workshop and supervision when necessary     |

## Figuras

|    |                                                                                                                                                                                                                          | Yes | No |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 1  | Have any of your closest relationships been trouble by a lot of arguments or repeated breakups?                                                                                                                          | 1   | 0  |
| 2  | Have you deliberately hurt yourself physically (e.g. punched yourself, cut yourself, burned yourself)? How about made a suicide attempt?                                                                                 | 1   | 0  |
| 3  | Have you had at least two other problems with impulsivity (e.g. eating binges and spending sprees, drinking too much and verbal outbursts)?                                                                              | 1   | 0  |
| 4  | Have you been extremely moody?                                                                                                                                                                                           | 1   | 0  |
| 5  | Have you felt very angry a lot of the time? How about often acted in an angry or sarcastic manner?                                                                                                                       | 1   | 0  |
| 6  | Have you often been distrustful of other people?                                                                                                                                                                         | 1   | 0  |
| 7  | Have you frequently felt unreal or as if things around you were unreal?                                                                                                                                                  | 1   | 0  |
| 8  | Have you chronically felt empty?                                                                                                                                                                                         | 1   | 0  |
| 9  | Have you often felt that you had no idea of who you are or that you have no identity?                                                                                                                                    | 1   | 0  |
| 10 | Have you made desperate efforts to avoid feeling abandoned or being abandoned (e.g., repeatedly called someone to reassure yourself that he or she still cared, begged them not to leave you, clung to them physically)? | 1   | 0  |

**Figura 1 - Ferramenta de Rastreamento e Avaliação "McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder".**

Retirado de: NovoPsych. <https://novopsych.com.au/wp-content/uploads/2023/02/msi-bpd-borderline-personality-disorder-assessment-blank-form.pdf>

## Bibliografia

1. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press; 2017.  
doi:10.1093/med/9780198747437.001.0001
2. APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association. Accessed April 7, 2023.  
[https://dictionary.apa.org/personality?\\_ga=2.60753005.1788259285.1680527575-1081135639.1637766713](https://dictionary.apa.org/personality?_ga=2.60753005.1788259285.1680527575-1081135639.1637766713)
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
4. Skodol A. Overview of personality disorders. UpToDate. Published June 2023. Accessed April 1, 2023.  
[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-personality-disorders?search=personality%20disorders&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#references](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-personality-disorders?search=personality%20disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#references)
5. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, et al. The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2020;216(2):69-78.  
doi:10.1192/bjp.2019.166
6. Tyrer P. A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(4):280-285.  
doi:10.1192/apt.bp.113.011296
7. Esbec E, Echeburúa E. The hybrid model for the classification of personality disorders in DSM-5: a critical analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(5):177-186.
8. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2):92-98.  
doi:10.1002/wps.20050
9. Skodol A. Dimensional-categorical approach to assessing personality disorder pathology. UpToDate. Published September 21, 2021. Accessed March 20, 2023.  
[https://www.uptodate.com/contents/dimensional-categorical-approach-to-assessing-personality-disorder-pathology?search=Dimensional-categorical%20approach%20to%20assessing%20personality%20disorder%20pathology.%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/dimensional-categorical-approach-to-assessing-personality-disorder-pathology?search=Dimensional-categorical%20approach%20to%20assessing%20personality%20disorder%20pathology.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
10. Skodol A. Borderline personality disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. Published June 2, 2022. Accessed March 15, 2023.  
[https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis?search=personality%20disorders&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H462912444](https://www.uptodate.com/contents/borderline-personality-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis?search=personality%20disorders&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H462912444)
11. Turner D, Sebastian A, Tüscher O. Impulsivity and Cluster B Personality Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(3).  
doi:10.1007/s11920-017-0768-8
12. Kraus G, Reynolds DJ. The “A-B-C’s” of the cluster B’s: identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clin*

- Psychol Rev.* 2001;21(3):345-373. doi:10.1016/s0272-7358(99)00052-5
13. Stefana A. Adolph Stern, father of the “borderline personality.” Accessed March 3, 2023. [https://www.researchgate.net/profile/Alberto-Stefana/publication/284733558\\_Adolph\\_Stern\\_father\\_of\\_term\\_borderline\\_personality/links/5658e90a08ae1ef9297e1397/Adolph-Stern-father-of-term-borderline-personality.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alberto-Stefana/publication/284733558_Adolph_Stern_father_of_term_borderline_personality/links/5658e90a08ae1ef9297e1397/Adolph-Stern-father-of-term-borderline-personality.pdf)
  14. National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society., Royal College of Psychiatrists. *Borderline Personality Disorder : Treatment and Management*. British Psychological Society; 2009.
  15. Millon Theodore, Grossman Seth, Meagher SE. *Masters of the Mind : Exploring the Story of Mental Illness from Ancient Times to the New Millennium*. Wiley; 2004.
  16. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD’s interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment- developmental model. *J Pers Disord.* 2008;22(1):22-41. doi:10.1521/pedi.2008.22.1.22
  17. Schmahl CG, Elzinga BM, Vermetten E, Sanislow C, Mcglashan TH, Douglas Bremner J. Neural Correlates of Memories of Abandonment in Women with and without Borderline Personality Disorder. *Biol Psychiatry* . 2003;54(2):142-151. doi:10.1016/S0006-3223(03)01720-1
  18. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet.* 2004;364:453. doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
  19. Beeney JE, Stepp SD, Hallquist MN, et al. Attachment and social cognition in borderline personality disorder: Specificity in relation to antisocial and avoidant personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2015;6(3):207-215. doi:10.1037/per0000110
  20. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res.* 2005;137(3):191-202. doi:10.1016/j.psychres.2005.07.004
  21. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4. doi:10.1038/nrdp.2018.29
  22. Shrivastava A, De Sousa A, Shah N. *Handbook on Optimizing Patient Care in Psychiatry*. 1st Edition. Routledge; 2022. doi:10.4324/9780429030260
  23. Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor Analysis of the DSM-III-R Borderline Personality Disorder Criteria in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry.* 2000;157(10):1629-1633. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1629
  24. Zimmerman M, Multach MD, Dalrymple K, Chelminski I. Clinically useful screen for borderline personality disorder in psychiatric outpatients. *British Journal of Psychiatry.* 2017;210(2):165-166. doi:10.1192/bjp.bp.116.182121
  25. Gunderson J, Links P. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2th Edition. American Psychiatric Press; 2008.
  26. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(5):319-324. doi:10.1080/08039480500320025

27. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(6):315-323. doi:10.1080/10673220216229
28. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(5):410-413. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x
29. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-793. doi:10.1542/peds.2013-3677
30. Zanarini MC, Frances Frankenburg ER, Hennen J, Bradford Reich D, Silk KR. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):827-832. doi:10.1176/ajp.2006.163.5.827
31. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. Borderline Personality Disorder. StatPearls Publishing. Published January 2023. Accessed April 20, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
32. Paris J. Borderline personality disorder. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(12):1579-1583. doi:10.1503/cmaj.045281
33. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2009;69(4):533-545. doi:10.4088/jcp.v69n0404
34. 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
35. 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
36. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL, Frankenburg FR, Hennen J. A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord*. 2003;17(6):568-573. doi:10.1521/pedi.17.6.568.25355
37. American Psychiatric Association Publishing. The Structured Clinical Interview for DSM-5®. Accessed April 6, 2023. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
38. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018;41(4):575-582. doi:10.1016/j.psc.2018.07.001
39. Paris J. The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:277-290. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457
40. Skodol A. Approach to treating patients with borderline personality disorder. Published December 14, 2022. Accessed April 16, 2023. [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-patients-with-borderline-personality-disorder?search=personality%20disorders&topicRef=6619&source=se\\_e\\_link](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-patients-with-borderline-personality-disorder?search=personality%20disorders&topicRef=6619&source=se_e_link)

41. 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
42. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. In: *The Lancet*. Vol 377. Elsevier B.V.; 2011:74-84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5
43. Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-26. doi:doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20
44. Lazarus SA, Cheavens JS, Festa F, Zachary Rosenthal M. Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):193-205. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.007
45. Chapman AL, Walters KN, Dixon Gordon KL. Emotional reactivity to social rejection and negative evaluation among persons with borderline personality features. *J Pers Disord*. 2014;28(5):720-733. doi:10.1521/pedi\_2012\_26\_068
46. Tragesser SL, Lippman LG, Trull TJ, Barrett KC. Borderline personality disorder features and cognitive, emotional, and predicted behavioral reactions to teasing. *J Res Pers*. 2008;42(6):1512-1523. doi:10.1016/j.jrp.2008.07.003
47. Kuhlken K, Robertson C, Benson J, Nelson-Gray R. The interaction of borderline personality disorder symptoms and relationship satisfaction in predicting affect. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2014;5(1):20-25. doi:10.1037/per0000013
48. Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, et al. Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder ply "gestures," manipulative, attention seek-factors specific to suicide attempts associated. *Suicide and Life-Threatening Behavior The American Association of Suicidology*. 2006;36(3):313-322.
49. De Panfilis C, Riva P, Preti E, Cabrino C, Marchesi C. When Social Inclusion Is Not Enough: Implicit Expectations of Extreme Inclusion in Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(4):301-309. doi:10.1037/per0000132
50. Unoka Z, Fogd D, Füzy M, Csukly G. Misreading the facial signs: Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2011;189(3):419-425. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.010
51. Merkl A, Ammelburg N, Aust S, et al. Processing of visual stimuli in borderline personality disorder: A combined behavioural and magnetoencephalographic study. *International Journal of Psychophysiology*. 2010;78(3):257-264. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.08.007
52. Dziobek I, Preißler S, Grozdanovic Z, Heuser I, Heekeren HR, Roepke S. Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*. 2011;57(2):539-548. doi:10.1016/j.neuroimage.2011.05.005
53. Clifton A, Pilkonis PA, Mccarty C. Social networks in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2007;21(4):434-441. doi:10.1521/pedi.2007.21.4.434



54. Gunderson JG. Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1637-1640. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07071125
55. Godbout N, Daspe MÈ, Runtz M, Cyr G, Briere J. Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychol Trauma*. 2019;11(1):90-98. doi:10.1037/tra0000403
56. MacIntosh HB, Godbout N, Dubash N. Borderline Personality Disorder: Disorder of Trauma or Personality, a Review of the Empirical Literature. *Canadian Psychology*. 2015;56(2):227-241. doi:10.1037/cap0000028
57. Godbout N, Briere J, Sabourin S, Lussier Y. Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse Negl*. 2014;38(2):317-325. doi:10.1016/j.chiabu.2013.10.001
58. Scott LN, Kim Y, Nolf KA, et al. Preoccupied Attachment and Emotional Dysregulation: Specific Aspects of Borderline Personality Disorder or General Dimensions of Personality Pathology? *J Pers Disord*. 2013;27(4):473-495. doi:10.1521/pedi\_2013\_27\_099
59. Beeney JE, Wright AGC, Stepp SD, et al. Disorganized Attachment and Personality Functioning in Adults: A Latent Class Analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2017;8(3):206-216. doi:10.1037/per0000184
60. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Second edition. Guilford Press; 2017.
61. Selby EA, Braithwaite SR, Joiner TE, Fincham FD. Features of Borderline Personality Disorder, Perceived Childhood Emotional Invalidation, and Dysfunction Within Current Romantic Relationships. *Journal of Family Psychology*. 2008;22(6):885-893. doi:10.1037/a0013673
62. Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanal Inq*. 2003;23(3):412-459. doi:10.1080/07351692309349042
63. Newman L, Stevenson C. Parenting and borderline personality disorder: Ghosts in the nursery. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005;10(3):385-394. doi:10.1177/1359104505053756
64. Kiel EJ, Viana AG, Tull MT, Gratz KL. Emotion socialization strategies of mothers with borderline personality disorder symptoms: The role of maternal emotion regulation and interactions with infant temperament. *J Pers Disord*. 2016;31(3):399-416. doi:10.1521/pedi\_2016\_30\_256
65. Brenner S, Chipman J, Derbidge C, et al. Children's Emotion Regulation Difficulties Mediate the Association Between Maternal Borderline and Antisocial Symptoms and Youth Behavior Problems Over 1 Year. *J Pers Disord*. 2016;31(2):170-192. doi:10.1521/pedi\_2016\_30\_244
66. Whalen DJ, Kiel EJ, Tull MT, Latzman RD, Gratz KL. Maternal borderline personality disorder symptoms and convergence between observed and reported infant negative emotional expressions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(3):229-238. doi:10.1037/per0000116
67. Kluczniok D, Boedeker K, Hindi Attar C, et al. Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with

- remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *J Affect Disord.* 2018;231:63-73. doi:10.1016/j.jad.2018.02.001
68. Dittrich K, BERPpohl F, Kluczniok D, et al. Alterations of empathy in mothers with a history of early life maltreatment, depression, and borderline personality disorder and their effects on child psychopathology. *Psychol Med.* 2020;50(7):1182-1190. doi:10.1017/S0033291719001107
  69. Petfield L, Startup H, Droscher H, Cartwright-Hatton S. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health.* 2015;18(3):67-75. doi:10.1136/eb-2015-102163
  70. Chlebowski SM. The Borderline Mother and her Child: A Couple at Risk. *Am J Psychother.* 2013;67(2):153-164. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.2.153
  71. Kiel EJ, Gratz KL, Moore SA, Latzman RD, Tull MT. The Impact of Borderline Personality Pathology on Mothers' Responses to Infant Distress. *Journal of Family Psychology.* 2011;25(6):907-918. doi:10.1037/a0025474
  72. Renneberg B, Rosenbach C. "There is not much help for mothers like me": Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder - a newly developed group training program. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2016;3(1). doi:10.1186/s40479-016-0050-4
  73. Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2007;41(7):598-605. doi:10.1080/00048670701392833
  74. Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP. "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *British Journal of Psychiatry.* 2003;183(SEPT.):239-247. doi:10.1192/bjp.183.3.239
  75. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005;17(2):329-347. doi:10.1017/s0954579405050169
  76. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(7):753-762. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.65
  77. Zanarini MC, Frankenburg FR, Yong L, et al. Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Pers Disord.* 2004;18(5):439-447. doi:10.1521/pedi.18.5.439.51327
  78. MacFie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2009;21(3):993-1011. doi:10.1017/S0954579409000534
  79. Trupe RD, Macfie J, Skadberg RM, Kurdziel G. Patterns of emotional availability between mothers and young children: Associations with risk factors for borderline personality disorder. *Infant Child Dev.* 2018;27(1). doi:10.1002/icd.2046

80. Kluczniok D, Boedeker K, Hindi Attar C, et al. Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children. *J Affect Disord.* 2018;231:63-73. doi:10.1016/j.jad.2018.02.001
81. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(8):965-972. doi:10.1097/01.chi.0000222790.41853.b9
82. Frankel-Waldheter M, Macfie J, Strimpfel JM, Watkins CD. Effect of maternal autonomy and relatedness and borderline personality disorder on adolescent symptomatology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2015;6(2):152-160. doi:10.1037/per0000109
83. Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A Systematic Review of Risk Factors Prospectively Associated With Borderline Personality Disorder: Taking Stock and Moving Forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* Published online 2016:316-323. doi:10.1037/per0000186.supp
84. Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2018;23(1):57-76. doi:10.1177/1359104517712778
85. Boucher MÈ, Pugliese J, Allard-Chapais C, et al. Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health.* Published online 2017. doi:10.1002/pmh
86. Winsper C, Leraya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;44:13-24. doi:10.1016/j.cpr.2015.12.001
87. Eyden J, Winsper C, Wolke D, Broome MR, MacCallum F. A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 2016;47:85-105. doi:10.1016/j.cpr.2016.04.002
88. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics.* 2021;11(11). doi:10.3390/diagnostics11112142
89. Stepp SD, Olino TM, Klein DN, Seeley JR, Lewinsohn PM. Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2013;4(3):223-229. doi:10.1037/per0000015
90. Vanwoerden S, Kalpakci A, Sharp C. The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Res.* 2017;257:462-471. doi:10.1016/j.psychres.2017.08.015
91. Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting stress and competence in borderline personality disorder is associated with mental health, trauma history, attachment and reflective capacity. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020;7(1). doi:10.1186/s40479-020-00124-8

92. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS. Association of Maladaptive Parental Behavior With Psychiatric Disorder Among Parents and Their Offspring. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(5):453-460. doi:10.1001/archpsyc.58.5.453
93. Bonfig J, Herpertz SC, Schneider I. Altered hormonal patterns in borderline personality disorder mother-child interactions. *Psychoneuroendocrinology*. 2022;143:105822. doi:10.1016/j.psyneuen.2022.105822
94. Seeger FR, Neukel C, Williams K, et al. Parental Mental Illness, Borderline Personality Disorder, and Parenting Behavior: The Moderating Role of Social Support. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(11):591-601. doi:10.1007/s11920-022-01367-8
95. Williams AS, Apter G. Helping mothers with the emotional dysregulation of borderline personality disorder and their infants in primary care settings. *Aust Fam Physician*. 2017;46(9). doi:https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.075046366263492
96. Rosenbach C, Heinrichs N, Kumsta R, Schneider S, Renneberg B. Study protocol for a multi-center RCT testing a group-based parenting intervention tailored to mothers with borderline personality disorder against a waiting control group (ProChild\*-SP1). *Trials*. 2022;23(1). doi:10.1186/s13063-022-06531-2
97. Moran P, Bick D, Biddle L, et al. A feasibility randomised controlled trial with an embedded qualitative evaluation of perinatal emotional skills groups for women with borderline personality disorder: protocol for the EASE study. *Pilot Feasibility Stud*. 2022;8(1). doi:10.1186/s40814-022-01177-y
98. Francis JL, Sawyer A, Roberts R, Yelland C, Drioli-Phillips P, Sved Williams AE. Mothers with borderline personality disorders' experiences of mother-infant dialectical behavior therapy. *J Clin Psychol*. 2022;79(5):1245-1260. doi:10.1002/jclp.23465
99. Reedtz C, van Doesum K, Signorini G, et al. Promotion of Wellbeing for Children of Parents With Mental Illness: A Model Protocol for Research and Intervention. *Front Psychiatry*. 2019;10. doi:10.3389/fpsy.2019.00606
100. Florange JG, Herpertz SC. Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2). doi:10.1007/s11920-019-0996-1
101. Guillén V, Bolo S, Fonseca-Baeza S, et al. Psychological assessment of parents of people diagnosed with borderline personality disorder and comparison with parents of people without psychological disorders. *Front Psychol*. 2023;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.1097959

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR**

