



**Perturbação Estado-Limite da Personalidade:**  
Epidemiologia, Etiologia, Diagnóstico Diferencial,  
Diagnóstico e Tratamento

Catarina Mónica Dias Rocha Nabiço

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Sílvia Alexandra Albuquerque e Castro

junho 2023



### **Declaração de Integridade**

Eu, Catarina Mónica Dias Rocha Nabiço, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39404 de/o Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 / 06 / 2023

*Catarina Mónica Dias Rocha Nabiço*

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)



## Resumo

No *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR*, perturbações da personalidade são definidas como “um padrão estável de experiência interna e comportamento, que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade”.

Dentre as diversas perturbações da personalidade existentes, inserida no grupo B das mesmas, encontra-se a Perturbação Estado-Limite ou *Borderline* da Personalidade.

Esta perturbação está associada a comportamentos impulsivos, imprevisíveis, instáveis e autodestrutivos (suicídio ou automutilação), assim como a sentimentos de vazio, irritabilidade afetiva e raiva inapropriada, sendo estes apenas alguns sintomas associados a esta patologia.

Neste artigo de revisão, pretende-se que esta perturbação seja abordada, nomeadamente, a nível de epidemiologia, etiologia, diagnóstico diferencial, diagnóstico e tratamento.

## Palavras-chave

Perturbação Estado-Limite da Personalidade; Epidemiologia; Etiologia; Diagnóstico Diferencial; Diagnóstico; Tratamento



## **Abstract**

According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*, translated to Portuguese, personality disorders are defined as “a stable pattern of internal experience and behavior, that deviates noticeably from the expected for an individual in a certain culture, it’s global and inflexible, begins in adolescence or at the beginning of the adult age, it’s stable throughout the time and causes suffering or incapacity.”

Between all the personality disorders that exist, inserted in cluster B, we have the Borderline Personality Disorder.

This disorder is associated with impulsive, unpredictable, unstable and self-destructive (suicide and self-mutilation) behavior, as well as feelings of emptiness, affective irritability and inappropriate rage. These are a few of the signs and symptoms of this pathology.

In this revision text, this disorder is intended to be addressed, namely, in terms of epidemiology, etiology, differential diagnostic, diagnostic and treatment.

## **Keywords**

Borderline Personality Disorder; Epidemiology; Etiology; Differential Diagnostic; Diagnostic; Treatment



# Índice

1 Introdução	1
2 Epidemiologia	3
3 Etiologia	5
4 Diagnóstico Diferencial	9
5 Diagnóstico	17
6 Tratamento	27
7 Conclusão	37
8 Referências Bibliográficas	39



## Lista de Figuras

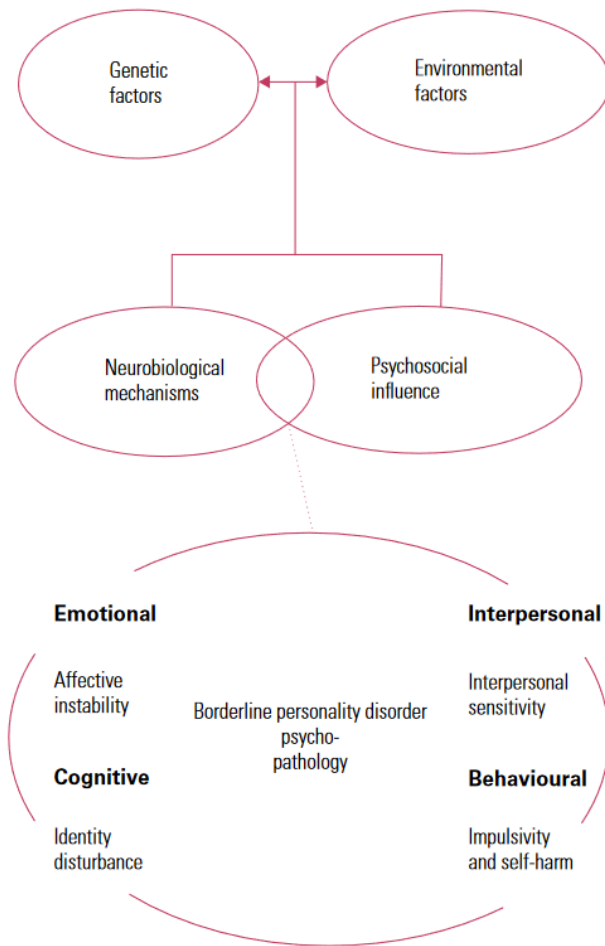


Figura 1 – “Etiologia da Perturbação Estado-Limite da Personalidade: O modelo biopsicossocial” (1)

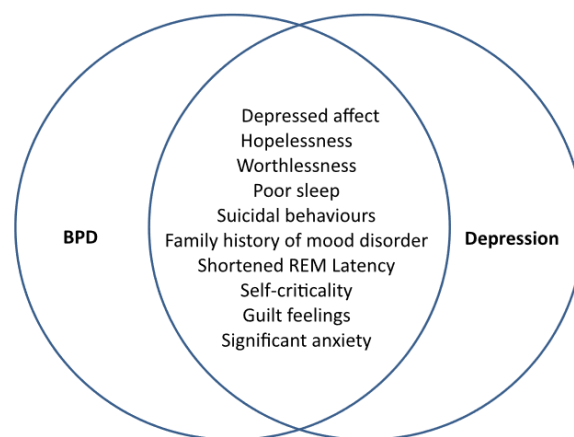


Figura 2 – “Características comuns à Perturbação Depressiva Major e à Perturbação Estado-Limite da Personalidade” (2)



## Lista de Tabelas

Feature	Bipolar II disorder	Borderline personality disorder
Heritability	More likely for there to be a first-degree relative with BP disorder (especially BP II)	Less likely to have a first-degree relative with BP disorder; more likely for relatives to have impulse control disorders (antisocial personality and substance abuse), unipolar depression or border-line features
Age of onset	Onset usually in late teenage years with a distinct 'trend-break'	Lack of clear onset, with emotional difficulties since childhood
Mood state precipitant	More likely autonomous (but can also be reactive)	More likely to be triggered by interpersonal interactions (such as perceived abandonment)
History of childhood sexual abuse	Lower likelihood	Higher likelihood
Gender	Slight female predominance	Female preponderance in clinical settings
History of other developmental trauma (e.g. physical and emotional abuse)	Lower likelihood	Higher likelihood
Early parental relationships	Distant/rejecting parent unlikely	Distant/rejecting parent likely
Childhood depersonalization	Unlikely	Likely
Psychotic features	Hypomanic states lack psychotic features by definition; BP II depressive states may rarely include psychotic features	Transient psychotic features are common, especially under stress
Phenomenology of 'highs'	Grandiosity, euphoria (can be irritable); anxiety typically abates	Euphoria rare or brief (i.e. <48 h); anxiety often distinctive
Depressive symptoms	More likely melancholic in nature	More likely non-melancholic in nature
Affective instability	Severity: May be present but generally not severe Quality: Shifts from euthymia to depression or elation Triggers: More likely autonomous	Severity: Commonly high Quality: Shifts from euthymia to anxiety or anger Triggers: More likely interpersonally driven
Emotional regulation	Maladaptive strategies less severe; adaptive strategies superior	Maladaptive strategies more severe; adaptive strategies impaired
Deliberate self-harm and suicide attempts	Less likely	More likely
Neuropsychological deficits	Both trait and mood-state dependent deficits; broad deficits in executive function and sustained attention	Executive function deficits less clear. Sustained attention intact
Impulsivity	More likely during a hypomanic episode; 'attentional impulsiveness'	Not necessarily related to mood state; 'non-planning impulsiveness'
Personality variables	No distinctive personality traits	Distinct sensitivity to criticism by others
Social cognition	Impaired theory of mind; likely moderated by mood state	Failure of 'mentalization'
Relationships	Generally stable relationships; less avoidance due to fear of rejection	Distinctive relationship difficulties; avoidance due to fear of rejection
Self-identity	May be impacted during mood episodes, but more stable when euthymic	'Painful incoherence'
Prognosis	Does not remit with age, and can often worsen	Tends to improve over time, and criteria for the disorder may not be met by middle age
Treatment response	Mood episodes likely to respond to mood stabilizers and atypical antipsychotic drugs	Poor response to mood stabilizers; non-specific response to medications (e.g. sedation)

Tabela 1 – “Características que diferenciam a Perturbação Bipolar tipo II da Perturbação Estado-Limite da Personalidade” (3)

## Perturbação Estado-Limite da Personalidade

Feature	Bipolar disorder	Borderline personality disorder	Bipolar disorder and borderline personality disorder
Manic-psychotic symptoms	BD-I: Manic-psychotic symptoms: - elevated mood - increased goal-directed activities - racing thoughts - reduced need for sleep - increased self-confidence - mood episodicity	Less history of psychotic symptoms during a mood episode.	
Affective symptoms	BD-I: a wider range of anxiety and depressive symptoms.	- An earlier onset of depressive episodes than BD. - Fewer overall episodes than BD. - Higher rates of dysphoria, irritability and interpersonal resentment.	Mixed features with anxiety, depression and suicidality common to both disorders
Temperament	Higher hyperthymic temperament.	Greater severity of cyclothymic, depressive, irritable and anxious temperament than BD.	Common temperamental diathesis - abnormal cyclothymic temperament - reactive instability - anxious-dependent and avoidant attitudes - impulsive reactive behavior
Emotional instability	- At least a 4-day mood course - Shifts from euthymia to depression/ elation - Shifts from depression to elation - Triggers of emotional instability not clear	- Mood tends to change over hours - Shifts from anger and anxiety to euthymia - Emotional reactivity to interpersonal challenges	Emotional instability is a shared feature but expressed differently in each disorder
Impulsivity	- Impulsivity is related to current mood state - Related to disinhibition	- Higher levels of impulsivity, as a trait - More hostile and aggressive - Higher rate of self-injury, suicidal and parasuicidal behavior - Tends to decrease over time	Impulsivity a shared feature with a different expression in each disorder
Coping strategies	Higher number of adaptive strategies than BPD: - planning - reappraisal - putting things into perspective. - ruminate	Higher number of maladaptive emotion regulation strategies than BD: - non-acceptance of emotional responses - limited access to emotion regulation strategies - lack of clarity around emotions and emotional awareness - difficulties in controlling impulsive behavior - a tendency to self-blame catastrophize and blame others.	Shared difficulty in coping but difficulties are in different areas
Childhood trauma	Higher rates of childhood trauma than in controls	More likely to report: - childhood sexual abuse - parental indifference - maternal abuse and over-control - developmental trauma - childhood depersonalization - distant/rejecting parenting	A shared feature, more marked in BPD
Neurocognitive deficits	- Slow processing speed - Deficits in sustained attention - High levels of attentional impulsiveness. - Significant deficits in strategy formation. - Sensitivity to high loss risks	More elevated response inhibition deficits than BD-II. - Fast processing speed - Reduced ability to discriminate stimuli - High levels of motor impulsivity and non-planning impulsivity. - Deficits in planning - Problems attending to and using reinforcement cues to identify negative outcomes	BD-II and BPD have shared difficulties in these neurocognitive domains: - cognitive flexibility and set-shifting - decision-making - sustained and selective attention - problem-solving - impairment in exerting control over interferences arising from semantic memory - Evaluating decision making
Neuroimaging data	- Significant alteration in the right dentate gyrus. - Small volume in the temporal and frontal lobes, precuneus, cerebellum and thalamic regions - increased connectivity in coupling of social salience-ventral medial prefrontal cortex and default mode precuneus networks	- CA1 region and the subiculum were bilaterally atrophic. - Small GM volume in the hippocampus, the amygdala and the prefrontal, frontal, parietal and occipital lobes. - Lower connectivity in the coupling of social salience-right fronto-parietal networks	Smaller hippocampal volumes than healthy controls and functional connectivity deficits

Tabela 2 – “Características específicas e partilhadas da Perturbação Bipolar e da Perturbação Estado-Limite da Personalidade” (4)

<b>DSM-IV</b>	<b>DSM-5</b>
1. Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence	Dropped <sup>1</sup>
2. Delirium, Dementia, and Amnesic and other cognitive disorders	17. Neurocognitive Disorders
3. Mental Disorders due to a general medical condition	Dropped <sup>1</sup>
4. Substance-related disorders	16. Substance-Related and Addictive Disorders
5. Schizophrenia and other psychotic disorders	2. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders
6. Mood Disorders	3. Bipolar and Related Disorders
7. Anxiety Disorders	4. Depressive Disorders
8. Somatoform Disorders	5. Anxiety Disorders
9. Factitious Disorders	9. Somatic Symptom and Related Disorders
10. Dissociative Disorders	Dropped <sup>1</sup>
11. Sexual and Gender Identity Disorders	8. Dissociative Disorders
12. Eating Disorders	13. Sexual Dysfunctions
13. Sleep Disorders	14. Gender Dysphoria
14. Impulse-Control Disorders not elsewhere classified	19. Paraphilic Disorders
15. Adjustment Disorders	10. Feeding and Eating Disorders
16. Personality Disorders	12. Sleep-Wake Disorders
N/A	15. Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorders
N/A	Dropped <sup>1</sup>
N/A	18. Personality Disorders
N/A	1. Neurodevelopmental Disorders
N/A	6. Obsessive-Compulsive and Related Disorders
N/A	7. Trauma- and Stressor-Related Disorders
N/A	11. Elimination Disorders
N/A	20. Other Mental Disorders
N/A	21. Medication-Induced Movement Disorders and Other Adverse Effects of Medication

<sup>1</sup> A notation of "dropped" does not imply that the specific disorders were removed; rather the overall classification is not included in DSM-5. Disorders in those classes were mainly recategorized.

Tabela 3 – “Classes de Distúrbios apresentadas pelo DSM-IV e DSM-5, conforme ordenadas no DSM-IV” (5)

## Perturbação Estado-Limite da Personalidade

Borderline personality disorder	Complex post-traumatic stress disorder
<p><i>Affect</i> Affect dysregulation is linked to interpersonal sensitivity and involves heightened emotional sensitivity, distress intolerance and maladaptive emotion regulation strategies, including self-harming behaviour and suicide attempts.</p> <p><i>Identity/sense of self</i> Typically unstable sense of self.</p> <p><i>Relationships</i> Fear of abandonment.</p> <p><i>Traumatic stressor</i> Experience of interpersonal victimisation is highly prevalent, but a history of a traumatic stressor event is not required for diagnosis.</p>	<p>Affective symptoms include emotional dysregulation in the form of both overregulation (emotional numbing, dissociation), underregulation (heightened emotional reactivity), behavioural difficulties such as anger or aggression, and poor coping efforts (e.g. alcohol or substance use).</p> <p>Persistently negative self-concept, with beliefs that one is diminished, defeated or worthless, along with feelings of guilt, shame and failure in relation to the traumatic event.</p> <p>Relationship avoidance and lack of emotional closeness.</p> <p>CPTSD by definition arises from exposure to a traumatic stressor typically of an extreme or prolonged nature from which escape is difficult or impossible. It has been suggested that CPTSD reflects the developmental impact of childhood exposure to interpersonal trauma in the form of impaired emotion processing, dissociative experiences and attachment insecurity (van Dijke 2018).</p>

Tabela 4 – “Algumas características no diagnóstico diferencial da Perturbação Estado-Limite da Personalidade e da Perturbação de *Stress* pós-traumático complexa” (1)

<p>According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5), Borderline Personality Disorder is characterized by a pervasive instability of social relationships, self-image, and emotions; marked impulsivity beginning in early adulthood and present in at least five of the following contexts:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment, reflecting intolerance to be alone;</li> <li>• Unstable and intense relationships marked by abrupt and extreme shifts between idealization and devaluation;</li> <li>• Identity disturbance, seen in an unstable self-image or sense of self;</li> <li>• Impulsivity that is potentially self-damaging in at least two of the following areas—spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating;</li> <li>• Recurrent suicidal gestures or threats, or self-mutilation;</li> <li>• Affective instability with marked mood reactivity;</li> <li>• Chronic feelings of emptiness;</li> <li>• Frequent displays of inappropriate or intense anger or difficult control of anger;</li> <li>• Transient and stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms</li> </ul>
---

Tabela 5 – “Critérios de diagnóstico da Perturbação Estado-Limite da Personalidade – DSM-V” (6,7)

Perturbação Estado-Limite da Personalidade

	DBT	ST
Case conceptualization	Focus on connection between emotion regulation skills deficit and dysfunctional behavior; emotion dysregulation is the central problem	Case conceptualization uses the mode concept; the frustration of basic needs and trauma in childhood leads to the development of maladaptive schemas and modes. For each individual, there is a case conceptualization in schema mode terms that fits the patient's profile.
Focus on childhood experiences	Primary focus on the present, focus on childhood experiences mainly in the context of validating emotional difficulties (level 4 validation)	Full integration: Current problems are associated with childhood experiences; psychoeducation for basic needs, the development of schemas and modes, emotionally processing aversive childhood memories to change the meaning of early experiences that underlie the schemas
Trained skills	Emotion regulation, stress tolerance, mindfulness, interpersonal skills	Awareness of one's own needs, schemas and modes. Although the functional expression of emotions, needs and assertiveness is encouraged, there is no explicit skill training in these areas.
General therapeutic strategies	Validation strategies Commitment strategies Dialectical strategies (balance between acceptance and change, pro-contra lists) Major use of cognitive and behavioral techniques	Special focus on experiential (esp. imagery rescripting and chair-dialogues) and relational techniques (limited reparenting, empathetic confrontation) Mode-specific use of cognitive and behavioral techniques
Analysis of problem behaviors	Chain analysis based on the DBT model for each type of problem behavior; hierarchy of problem behaviors; focus on obvious and threatening problem behaviors, such as suicide attempts, self-harm and impulsive behavior	Mode analysis/chair dialogues or imagery work to understand problematic situations from the perspective of the mode model, focus on obvious problem behavior, as well as "hidden" problem behaviors, such as avoidance or surrender
Structure of the individual therapy session	Fixed structure with a "crisp beginning" that includes a diary card, processing topics according to the DBT goal hierarchy, and focusing on emotions	No fixed structure specification, flexible hierarchy depending on the dominating mode and the frustrated needs
Structure of the group session	Homework and goal-related opening and closing rounds, teaching skills from the DBT modules with a fixed manual; focus on cognitive and behavioral therapeutic techniques	Begins with safety imagery, topics depend on the dominating mode; designed as a "group family" to create corrective experiences; a primary focus on experiential and relational techniques
Addressing self-injury	Fixed procedures according to protocol based strategies, top priority in goal hierarchy; self-injuries are usually discussed with behavioral analysis before addressing other issues	No fixed structure specification, and does not need to be treated as a first priority (only if highly threatening); therapeutic intervention is directed at the mode that underlies the self-injury
Addressing interpersonal problems of the patient	Psychoeducation for interpersonal skills; behavioral training with standard and individual role-play exercises	Understanding interpersonal problems by using the mode model; interpersonal problem patterns normally also arise in the therapeutic relationship and are directly addressed, focus on expressing ones' own needs and emotions; role-plays as needed but often in a later stage of therapy
Addressing emotional problems	Comprehensive psychoeducation in the modules for emotional management; mindfulness and acceptance of emotions; decisions about whether one should act according to or opposite from the emotion; emotion processing with the help of emotion protocols (cognitive approach)	Promotes experiencing emotions in a safe way; focus on needs (e.g., "What do I need when I'm sad?"); validating emotions and needs, when possible, fulfilling the need through limited reparenting, the empathetic confrontation of experiential avoidance that is displayed in the coping modes, experiential interventions, primarily imagery rescripting and chair dialogues, aim to develop corrective experiences
Developing the working alliance	Therapist acts as a 'coach' for the patient; the therapeutic team is at eye level with patient	Therapist acts, to a limited extent, as a 'good parent' with 'limited reparenting'; uses the working alliance to change modes
Mindfulness training	Central role; non-judgmental attitude is promoted	Not included in ST
Skills training in distress tolerance	High priority; psychoeducation, developing a skills chain for stress regulation	Limited use, primarily for emergency situations at the beginning of therapy

Tabela 6 – “As maiores diferenças entre a Terapia Comportamental Dialética (em inglês, DBT) e a Terapia do Esquema (em inglês, ST)” (8)



## Lista de Acrónimos

DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
TR	Texto Revisto
BPD	Borderline Personality Disorder
BP	Bipolar
BD	Bipolar Disorder
CPTSD	Complex post-traumatic stress disorder
DBT	Dialectical behavior therapy
ST	Schema therapy
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARN	Ácido ribonucleico
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
PET	Tomografia por Emissão de Positrões
PSPT	Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático
PHDA	Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção
SCID	<i>Structured Clinical Interview</i> para o DSM-V
MSI	<i>The McLean Screening Instrument</i>
MBT	Mentalization-Based Treatment
TFP	Transference-Focused Therapy
CBT	Cognitive behavioral therapy
PE	Prolonged Exposure
PTSD	Post-traumatic Stress Disorder



## Introdução

“Os *traços de personalidade* são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal. Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjectivo, se constituem como Perturbações da Personalidade.” (9)

“A característica essencial da Perturbação da Personalidade é um padrão estável de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura e se exprime em pelo menos 2 das seguintes áreas: cognição, afectividade, funcionamento interpessoal ou controlo dos impulsos (Critério A). Este padrão estável é inflexível e global, e persiste numa gama variada de situações sociais e pessoais (Critério B), originando sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade social, profissional ou noutras áreas importantes de funcionamento (Critério C). O padrão é estável, de longa duração, e o seu começo pode ser localizado na adolescência ou no início da idade adulta (Critério D). O quadro sintomatológico não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental (Critério E) e não é devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos, exposição a tóxicos) ou a um estado físico geral (por exemplo, traumatismo craniano) (Critério F). (...) Os itens em cada conjunto de critérios encontram-se ordenados por importância decrescente para o diagnóstico específico de cada Perturbação da Personalidade”. (9)

Uma destas Perturbações da Personalidade é a Perturbação Estado-Limite da Personalidade (*Borderline*). A Perturbação Estado-Limite da Personalidade é uma patologia de foro mental que se caracteriza por comportamentos impulsivos e relacionamentos instáveis. Esta Perturbação da Personalidade está associada a altas percentagens de suicídio.

Trata-se de uma patologia de difícil diagnóstico devido à existência de diversos aspetos semelhantes com outras doenças, nomeadamente a Perturbação Bipolar e a Perturbação Depressiva Major.

Nesta monografia, esta patologia será aprofundada nas suas diversas vertentes, com especial enfoque na Epidemiologia, na Etiologia, no Diagnóstico Diferencial, no Diagnóstico e no Tratamento.

## Epidemiologia

“A Perturbação Estado-Limite da Personalidade surgiu na ausência de uma categoria para classificar pessoas que se encontravam entre o diagnóstico de neurose e psicose.”(10)

“Estima-se que a prevalência da Perturbação Estado-Limite da Personalidade seja de cerca de 2 % na população em geral, cerca de 10 % no ambulatório de saúde mental e cerca de 20 % no internamento psiquiátrico.” (9,11) “Sobe até 30 % a 60 % na população com Perturbações da Personalidade.” (9)

Esta Perturbação da Personalidade é das mais comuns a nível clínico, pois indivíduos com esta perturbação recorrem frequentemente aos serviços médicos para obter formas de tratamento. (12) No entanto, também já se detetou, através de certos estudos de amostras não clínicas, que existem diversos indivíduos, com esta patologia, que não procuram qualquer tipo de tratamento psiquiátrico. (12)

A Perturbação Estado-Limite da Personalidade é uma patologia em que as mulheres são as mais representadas a nível clínico, apesar de se considerar que esta perturbação ocorre tanto em homens como em mulheres. (13) Esta situação deve-se ao fato de serem as mulheres, mais do que os indivíduos do sexo masculino, a procurarem ajuda médica, com o intuito de tratarem este tipo de patologia, que limita muitas das atividades da sua vida quotidiana. (14)



## **Etiologia**

De acordo com o modelo biopsicossocial, é necessário um conjunto de fatores para o desenvolvimento de uma Perturbação da Personalidade, nomeadamente, no caso da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, considera-se que estão envolvidos fatores genéticos e ambientais. (1) (Figura 1)

“A metilação do ADN, a modificação de histonas e a regulação pós-transcricional por ARNs não codificantes” são processos epigenéticos que podem ter um “papel na patogénese da Perturbação Estado-Limite da Personalidade como consequência da exposição ao *stress* durante o período da infância.” (1,15)

## **Fatores Biológicos**

### Fatores genéticos

O modelo dos cinco fatores da personalidade que tem como traços da personalidade, “o neuroticismo, introversão *versus* extroversão, afastamento *versus* abertura à experiência, oposição *versus* consensualidade, e conscienciosidade” (9) é um dos modelos propostos para definir perturbações da personalidade como “variantes desadaptativas de traços da personalidade que se confundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si.” (9,16)

Para o desenvolvimento da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, certos padrões de valores obtidos nas dimensões do modelo dos cinco fatores da personalidade simbolizam uma debilidade a nível genético. (16–18)

Um estudo realizado neste tema, revelou níveis elevados de correlação entre o neuroticismo e a abertura à experiência com a Perturbação Estado-Limite. (17–19)

Certos indivíduos com um padrão específico de traços de personalidade submetidos a influências ambientais próprias para a Perturbação Estado-Limite, nomeadamente, o abuso infantil, podem desenvolver a Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (16–18)

A agressividade e a impulsividade são dois dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade que, de acordo com certas evidências, são hereditários. (11)

### Mecanismos neurobiológicos

“O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal é um dos sistemas responsáveis pela regulação da resposta corporal ao *stress*, mas, perante um *stress* mais crónico, como, por exemplo, um trauma da infância, o funcionamento homeostático do sistema pode ficar prejudicado, aumentando o risco de desenvolver uma perturbação psiquiátrica associada ao *stress*, sendo um exemplo dessas perturbações, a Perturbação Estado-Limite da Personalidade.” (1,15,20)

“Certos neuropéptidos como a oxitocina, os opióides e a vasopressina podem se encontrar alterados na Perturbação Estado-Limite da Personalidade, constituindo o substrato neurobiológico para a sensibilidade interpessoal característica desta patologia.” (1,15)

“Certos estudos revelaram que alterações na função serotoninérgica podem ocasionar sintomas impulsivos e de agressividade nesta perturbação.” (1,15)

Já foram realizados diversos estudos para descobrir e avaliar possíveis alterações neurológicas que pudessem explicar os sinais e sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (1,15) Dentre os resultados obtidos, estudos de neuroimagem encontraram “défices a nível estrutural e funcional em regiões especializadas na regulação do afeto, reconhecimento de emoção e atenção, incluindo a amígdala, as áreas orbito frontais e o hipocampo.” (1,11,15,21–23)

O tamanho do hipocampo e da amígdala podem sofrer modificações perante a exposição ao *stress* ou a experiências de vida negativas e problemáticas em idades precoces. (1,11,15,20) Também já foram detetados nestes utentes, em estudos com RMN, um volume da amígdala reduzido e, em estudos com PET, “disfunções a nível frontolímbico”. (1,11,20)

A instabilidade afetiva, sintoma da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, pode estar associada às mudanças existentes nas áreas do cérebro relacionadas com o controlo e processamento das emoções. (1,22)

## **Fatores Psicossociais**

### Eventos adversos

Dentro da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, um aspeto com que esta patologia está altamente relacionada é o trauma sofrido na infância. (1) Por outro lado, a gravidade dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade também apresenta uma associação com este mesmo trauma. (1)

A história pessoal de abuso é uma característica frequente em pessoas com esta Perturbação da Personalidade, contudo o fato do paciente ter passado por uma situação de abuso sexual durante a sua infância não é condição determinante para despoletar este tipo de perturbação. (1,24) Uma vez que outras experiências e vivências negativas da infância, em particular, a negligência por parte dos cuidadores, também pode ser considerada um dos fatores de risco importantes. (1,24)



## Diagnóstico Diferencial

Diagnosticar corretamente a Perturbação *Borderline* da Personalidade demonstrou, até hoje, ser uma tarefa bastante difícil e árdua para os psiquiatras, pois trata-se de uma patologia com uma grande variedade de sinais e sintomas que são extensíveis a outras doenças. (25)

Revelou-se também de extrema importância o diagnóstico correto desta patologia, porque, perante patologias diferentes, é necessário encontrar diferentes tratamentos eficazes devidamente adequados à resolução de cada problema. (25)

Algumas das patologias com que a Perturbação *Borderline* da Personalidade pode ser confundida são as seguintes: a Perturbação Bipolar, a Perturbação Depressiva Major, a Esquizofrenia, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e a Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção. (25)

De acordo com a terminologia usada no DSM-IV, “A Perturbação Estado-Limite da Personalidade está associada regularmente a perturbações comórbidas do Eixo I e II, sendo que 84-85% dos pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade preenchem os critérios para terem um ou mais distúrbios de 12 meses do Eixo I e 73-79% preenchem os critérios para outra patologia crónica do Eixo II.” (12)

Diversos aspetos do DSM-5 diferem relativamente ao DSM-IV. (5,26) Um aspeto a mencionar é o abandono do sistema multiaxial no DSM-5, que foi utilizado no DSM-IV. (5,26) Este sistema é constituído por cinco eixos, sendo estes: o Eixo I, que se refere a patologias mentais e à Perturbação de Uso de Substâncias; o Eixo II, que está associado a Perturbações da Personalidade (onde se inclui a Perturbação Estado-Limite da Personalidade), assim como a atrasos a nível mental. (5) O Eixo III, por sua vez, refere-se a patologias médicas gerais; o Eixo IV, a aspetos ambientais e psicossociais que influenciam estas Perturbações e, por último, o Eixo V que se refere à Avaliação Global das Funções ou *Global Assessment of Functioning*, sendo que esta escala também não está incluída no DSM-5. (5,26)

Outras alterações observadas no DSM-5, relativamente ao DSM-IV, foram a categorização das patologias em diferentes classes, com adição de novas classes e remoção de outras, com o objetivo de agrupar patologias com características similares, nomeadamente a nível de

sintomas e possíveis mecanismos etiológicos semelhantes. (5,26) As novas alterações realizadas no DSM-5 relativamente a classes de patologias estão expostas na Tabela 3.

Os distúrbios do humor, da ansiedade e relacionados com o abuso de substâncias podem estar comumente associados com a Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (12,19)

Por outro lado, a Perturbação Bipolar, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção, abuso de substâncias, outras perturbações de ansiedade e perturbações da alimentação, ou seja, perturbações do Eixo I são comorbilidades comumente encontradas nos indivíduos com esta Perturbação da Personalidade. (19,23,25,27,28) A Perturbação de *Stress* Pós-Traumático não está presente em todos os doentes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade, mas é uma patologia frequente. (12)

Em geral, existem diferenças nas comorbilidades da Perturbação Estado-Limite da Personalidade entre homens e mulheres, sendo que as Perturbações Antissocial, Narcísica e Esquizotípica da Personalidade, assim como perturbações associadas ao abuso de substâncias são mais comuns nos indivíduos do sexo masculino. (1,12) Por outro lado, a Perturbação Histriónica da Personalidade, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, os distúrbios da alimentação, da afetividade e da ansiedade encontram-se com mais facilidade nas mulheres. (1,12)

## **Perturbação Bipolar**

De acordo com os estudos existentes e devido à semelhança de sintomas, constata-se que vários pacientes são diagnosticados, de forma errónea, como sendo portadores de Perturbação Bipolar, quando na realidade sofrem de Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (29,30) Notando-se a dificuldade em realizar um diagnóstico certo e correto deste tipo de doenças. (29,30)

Um estudo que foi analisado referiu que, em cerca de 80 a 90 % dos casos encontrados da Perturbação Estado-Limite da Personalidade ou da Perturbação Bipolar tipo I ou da Perturbação Bipolar tipo II, tendem a ser diagnosticados individualmente, sem a presença de outra destas patologias. (31) Porém, ainda existe um certo nível de comorbilidade entre estas perturbações. (31)

Episódios maníacos severos com características psicóticas estão frequentemente presentes na Perturbação Bipolar tipo I, o que permite uma diferenciação entre esta patologia e a Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (4)

Em contrapartida, relativamente à Perturbação Estado-Limite da Personalidade e à Perturbação Bipolar tipo II, trata-se de uma tarefa mais complicada. (4) Na Perturbação Bipolar tipo II, a impulsividade é uma característica constante da patologia, sendo que na Perturbação Estado-Limite da Personalidade, apesar de ser mais intensa, tende a diminuir com o tempo. (4)

Outros aspetos que diferenciam ambas as patologias, são os seguintes: a instabilidade afetiva que é de difícil distinção; os antecedentes familiares; as mudanças de humor que na Perturbação Estado-Limite, são por um período curto, comparativamente à Perturbação Bipolar tipo II; a hipomania da Perturbação Bipolar tipo II e, por último, os distúrbios do humor que, na Perturbação Estado-Limite, ocorrem por medo da perda ou rejeição (relacionamentos interpessoais), não tendem a suceder associados a este tipo de estímulos na Perturbação Bipolar tipo II. (3,4,32)

Relativamente a comorbilidades, certos estudos revelaram que, enquanto, a presença da Perturbação Estado-Limite da Personalidade ocasiona um aumento no número de episódios de humor da Perturbação Bipolar, a presença desta não aparenta causar nenhum efeito negativo na Perturbação Estado-Limite. (3) Por outro lado, a Perturbação Estado-Limite da Personalidade revelou-se um fator de risco para o desenvolvimento da Perturbação Bipolar e, a Perturbação Bipolar tipo II demonstra aumentar o tempo para a remissão da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (3)

Outras diferenças entre estas duas perturbações estão descritas nas Tabelas 1 e 2.

## **Perturbação Depressiva Major**

Nos pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade, sintomas depressivos são comuns. (2) (Figura 2) Porém, distinguir entre estes sintomas e os sintomas característicos de uma Perturbação Depressiva demonstra ser um trabalho de elevada dificuldade. (2)

Há certos aspetos que são capazes de auxiliar nesta determinação, nomeadamente, “as características dos estados disfóricos (se são transitórios e se reagem ao *stress*), a falta de resposta à medicação antidepressiva e a presença de resposta do humor depressivo à psicoterapia adequada para o tratamento da Perturbação Estado-Limite da Personalidade.”  
(2)

Os sintomas depressivos na Perturbação Estado-Limite são crónicos demonstrando-se através da alteração do humor, de acordo com as vivências do paciente e as suas respetivas relações interpessoais, que determinam o seu estado de espírito. (25) Relativamente às diferenças entre estas duas patologias, utentes com depressão não apresentam valores tão elevados de impulsividade quanto os doentes com a Perturbação Estado-Limite. (25) Em oposição, comportamentos autolesivos são pouco usuais na Perturbação Depressiva Major, mas são característicos da Perturbação Estado-Limite. (25)

## **Esquizofrenia**

Em geral, não há dificuldade na diferenciação entre a Perturbação Estado-Limite da Personalidade e a Esquizofrenia, considerando que esta última é caracterizada por doentes com “delírios e falta de resposta emocional”. (25)

Esta distinção complica-se quando nos deparamos com o quadro de um paciente que sofre de Perturbação Estado-Limite e que apresenta “sintomas micropsicóticos ou episódios psicóticos breves”. (25) Entre um quarto e metade dos casos observados, as características clínicas anteriormente mencionadas estão presentes na Perturbação Estado-Limite, especialmente, as alucinações auditivas. (25)

## **Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT)**

Em utentes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade foi demonstrada uma elevada taxa de trauma na infância, num estudo realizado há alguns anos. (25,33) Certos tipos de abuso infantil apresentam uma maior probabilidade de desenvolvimento de sequelas, contudo estes casos foram uma minoria. (25) Verifica-se a existência de um risco acrescido

para as crianças que sofrem, por exemplo, abuso sexual durante um período mais prolongado, de virem a desenvolver perturbações da personalidade. (25) Abuso esse, muitas vezes, realizado por familiares próximos. (25) No entanto, é de salientar, que apesar deste risco, existe uma quantidade significativa de crianças que não apresentam perturbações da personalidade, nomeadamente a Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (25)

Na realidade, a infância é uma etapa da vida humana determinante, onde qualquer situação problemática e adversa pode vir a provocar psicopatologias e uma Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, que se manifestarão na vida adulta. (25) No entanto, nem sempre esta situação determina a eclosão da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (25) Desta forma, não é condição indispensável que uma criança que tenha passado por adversidades seja sujeita a um diagnóstico, atendendo que para tal acontecer é necessário a observação de vários sintomas específicos. (25)

Associada à Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, existe agora a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático Complexa, em que o conjunto de sintomas presente, considera-se que possa ter sido causado por uma sujeição prolongada e simultânea a várias situações negativas indutoras de traumas. (25) A Tabela 4 apresenta algumas características desta patologia em comparação com as da Perturbação Estado-Limite da Personalidade.

## **Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção (PHDA)**

A Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção, clinicamente, é uma patologia associada à “falta de atenção e perda de foco mental”, que “começa na infância e que não pode ser diagnosticada em adultos se só aparece na adolescência ou em jovem adulto.” (25,34)

A Perturbação Estado-Limite da Personalidade pode ter como precursores as perturbações comportamentais da infância, nomeadamente a Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção, de acordo com alguns estudos. (25) “Isto, contudo, não significa que a maior parte das Perturbações Estado-Limite começam como a Perturbação da Hiperatividade ou Défice de Atenção ou que ambas são manifestações diferentes do mesmo fenótipo.” (25)

A Perturbação Estado-Limite da Personalidade pode estar relacionada com várias alterações de temperamento e de comportamento, todavia, encontrar uma relação entre fatores de risco numa idade precoce e respetiva manifestação em idade adulta não é algo de fácil comprovação. (25)

Por outro lado, a Perturbação Estado-Limite da Personalidade pode ter outras Perturbações da Personalidade como possíveis hipóteses de diagnóstico, dado que estas perturbações têm características em comum. (9) As Perturbações da Personalidade que fazem parte do Diagnóstico Diferencial da Perturbação Estado-Limite são as seguintes:

## **Perturbação Histrionica da Personalidade**

Assim como a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, a Perturbação Histrionica da Personalidade apresenta “desejo de atenção, comportamento manipulativo e rápidas mudanças emocionais”. (9)

O que distingue estas duas patologias, é que a Perturbação Estado-Limite da Personalidade é caracterizada por comportamentos autodestrutivos, “disrupções coléricas nas relações próximas e sentimentos crónicos de vazio e solidão.” (9)

## **Perturbação Esquizotípica da Personalidade**

Estas perturbações partilham “ideias e ilusões paranóides”, contudo estes sintomas, na Perturbação Estado-Limite da Personalidade são temporários e reagem a relacionamentos. (9)

## **Perturbação Paranóide e Narcísica da Personalidade**

Ambas estas patologias partilham com a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, “reações de raiva ao menor estímulo”, contudo estas duas diferenciam-se da Perturbação Estado-Limite, por características como a inexistência de impulsividade, de comportamentos autodestrutivos e de medo do abandono. (9)

Para além disso, estas duas perturbações apresentam uma certa “estabilidade da auto-imagem”. (9)

## **Perturbação Anti-Social da Personalidade**

A Perturbação Anti-Social da Personalidade e a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, relativamente a sinais e sintomas, têm ambas uma componente de manipulação. (9)

Contudo, enquanto a Perturbação Anti-Social da Personalidade é caracterizada por atitudes manipuladoras com o propósito de obtenção de “lucros, poder ou outra gratificação material”, a Perturbação Estado-Limite da Personalidade apenas deseja a atenção e “preocupação dos cuidadores.” (9)

## **Perturbação Dependente da Personalidade**

Ambas as patologias partilham o “medo do abandono”. (9) Em contrapartida, a reação que estas perturbações têm relativamente a este aspeto é o que as distingue. (9)

Por um lado, na Perturbação Estado-Limite da Personalidade, perante o temor de ser abandonado, o indivíduo responde com “sentimentos de vazio emocional, raiva e exigências”. (9) Por outro lado, a Perturbação Dependente da Personalidade, confrontada com uma situação semelhante, “reage com aumento do apaziguamento e

submissão, tentando rapidamente substituir a relação e assim obter o apoio de que necessita.” (9)

Também ocorre distinção entre estas perturbações pelo facto de que, a Perturbação Estado-Limite está associada a “relacionamentos intensos e instáveis.” (9)

## **Alteração da Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral**

Esta distinção deve ser realizada, pois a Alteração da Personalidade Secundária a Um Estado Físico Geral, está relacionada com características que “emergem pelos efeitos directos de um estado físico geral no sistema nervoso central”, como por exemplo, um traumatismo craniano. (9)

## **Perturbação Relacionada com a Cocaína sem outra Especificação**

A diferenciação também deve ser feita pois, os sintomas que estão a ser observados podem estar associados ao “uso crónico de substâncias”, independentemente de que substância se trate. (9)

## **Problema de Identidade**

Por último, a Perturbação Estado-Limite da Personalidade e o Problema de Identidade devem ser distinguidos, pois este último, relaciona-se com as questões e apreensões “de identidade relacionadas com uma fase de desenvolvimento (por exemplo, adolescência)”, sendo estes aspetos normais do crescimento, não se tratando de uma Perturbação da Personalidade. (9)

## Diagnóstico

Esta patologia é de caráter crónico, manifestando-se ao longo da vida adulta. (1) Apesar de diversos estudos referirem que os sintomas desta patologia se iniciam na adolescência ou no início da vida adulta, um número cada vez maior de estudos tem revelado que se pode diagnosticar esta patologia numa fase mais precoce da adolescência e até, na própria infância. (1,35,36) Os critérios de DSM-V usados para diagnosticar a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, tanto se aplicam aos adultos como aos jovens com menos de 18 anos. (1,36)

Porém, “para diagnosticar uma Perturbação da Personalidade numa pessoa com menos de 18 anos, as características terão de ter estado presentes pelo menos durante 1 ano.” (9) Para além disso, este diagnóstico em idades jovens, deve ser realizado com precaução com o intuito do diagnóstico não provocar danos do foro psicológico, uma vez que se desconhece a evolução da perturbação ao longo do tempo. (1,34,36)

Por outro lado, numa idade mais avançada, nomeadamente nos adultos na meia-idade ou idosos, estes problemas da personalidade também podem manifestar-se, quando certos fatores podem despoletar o distúrbio da personalidade, como é o caso de um fracasso no âmbito profissional, um divórcio, ou uma perda de alguém importante para o seu equilíbrio emocional. (1,9) No caso de doentes com estas idades mais avançadas, deve ser prestada uma maior atenção de forma a obter um melhor diagnóstico e opções terapêuticas pois, traços da Personalidade Estado-Limite, podem estar associados a uma menor qualidade de vida com o aumento da idade, não só a nível mental como físico. (37)

Um estudo realizado revelou que cerca de metade dos pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade sofreram remissão, após um período de 10 anos. (9,11) Outro estudo demonstrou que a maioria dos pacientes com diagnóstico de Perturbação Estado-Limite da Personalidade, por volta dos 40 anos de idade, já não preenchem os critérios para o diagnóstico desta perturbação, ou seja, a taxa de pacientes que remitem tende a aumentar com a idade. (11)

Este é um diagnóstico clínico, sem apoio de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, exames imagiológicos e análises laboratoriais. (35) Dentro dos diversos métodos utilizados para auxiliar à chegada de um diagnóstico, na investigação e na prática

clínica, as entrevistas e relatórios realizados pelo próprio paciente são os recursos mais usados. (27)

Para o diagnóstico da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, o *Structured Clinical Interview* para o DSM-V, também conhecido como SCID, é o *gold standard*, sendo que este se trata de uma entrevista, maioritariamente utilizada para investigações. (14) Por outro lado, como apoio para a obtenção de um diagnóstico, existem outras entrevistas estruturadas e semiestruturadas. (35)

Alguns estudos provaram que certos questionários e *screenings* são de confiança e sensíveis de forma a facilitar o diagnóstico desta patologia, nomeadamente, *The McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD)*. (1,14,38) Este teste consiste em 10 perguntas de verdadeiro ou falso, cada item corresponde a 1 ponto, “um valor igual ou superior a 7 demonstra boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de Perturbação Estado-Limite da Personalidade, como definido por DSM-IV” (1,38):

1. “Have any of your closest relationships been troubled by a lot of arguments or repeated breakups?
2. Have you deliberately hurt yourself physically (e.g., punched yourself, cut yourself, burned yourself). How about made a suicide attempt?
3. Have you had at least two other problems with impulsivity (e.g., eating binges and spending sprees, drinking too much and verbal outburst)?
4. Have you been extremely moody?
5. Have you felt very angry a lot of the time? How about often acted in an angry or sarcastic manner?
6. Have you often been distrustful of the other people?
7. Have you frequently felt unreal or as if things around you were unreal?
8. Have you chronically felt empty?
9. Have you often felt that you had no idea of who you are or that you have no identity?
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)?” (38)

Outros *screenings* e questionários que também podem ser utilizados com este objetivo são os seguintes: com 80 questões, o *Borderline Personality Questionnaire* e com 23 itens, o *The Borderline Symptoms List*. (14)

Porém, há dificuldade na criação de análises subjetivas dos pacientes relativamente à sua condição e comportamento advindos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade devido a vários fatores, a saber: a grande diversidade de sintomas apresentados; várias patologias associadas e simultâneas; sintomas pouco conclusivos e inexistência de exames complementares conclusivos para comprovação da perturbação. (27)

Os sintomas na Perturbação Estado-Limite da Personalidade ocorrem em 4 domínios: “o domínio emocional (humor instável, raiva), o domínio cognitivo/ideacional (distúrbios da identidade, dissociação, instabilidade de metas), o domínio interpessoal (relações conflituosas e instáveis, medo do abandono) e o domínio comportamental (automutilação, impulsividade).” (1,23,35) No mínimo, 5 dos 9 critérios específicos têm de estar presentes para esta patologia ser diagnosticada. (35) (Tabela 5)

De acordo com o DSM-V, o diagnóstico de Perturbação Estado-Limite da Personalidade está associado às seguintes características clínicas:

**1. “Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado” (7,39)**

O medo do abandono e da rejeição em relacionamentos é um aspeto que faz parte da patologia de *Borderline*. (1,9,23,35) Numa tentativa de evitar um possível abandono, os utentes podem cometer atos de suicídio ou automutilação. (1,9) Estes atos podem ser realizados devido à existência de um sentimento de medo relativamente a uma possível separação ou perda de alguém importante ou de algo. (1,9)

"Estes medos de abandono estão associados a uma intolerância a estarem sozinhos e à necessidade de terem outras pessoas próximas de si." (9) Porém, a própria causa da destruição das relações que o doente tenta proteger e preservar pode ser estes mesmos comportamentos. (1)

Por outro lado, estes indivíduos, de forma a evitar a experiência da rejeição, podem terminar antecipadamente os relacionamentos que, na sua opinião, estão destinados ao abandono e ao fracasso. (1,9)

**2. “Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização” (7,39)**

Outro aspeto a valorizar é a instabilidade de relacionamentos característica desta patologia.

(1) Isto é um aspeto de grande destaque, pois refere-se a todos os relacionamentos do paciente, não só a nível amoroso como também relacionamentos com amigos, pais e outros membros da família, sendo eles relacionamentos atuais ou do passado. (1) Normalmente, estes sintomas manifestam-se mais nos relacionamentos mais íntimos, contudo, em casos mais severos da doença, podem manifestar-se até nos relacionamentos menos chegados, como colegas de trabalho, por exemplo. (1)

Normalmente esta sintomatologia inclui falta de confiança em si próprio, problemas de insegurança e uma grande instabilidade emocional que podem levar a alterações sentimentais, passando do amor ao ódio muito rapidamente. (1,9,23) Estes indivíduos podem ser bastante sensíveis em relacionamentos e sofrer uma mudança abrupta dos seus pensamentos e sentimentos entre extremos, não só relativamente aos outros, mas a si próprio também. (1,9,23)

Estes pacientes com esta Perturbação da Personalidade "podem idealizar amantes ou cuidadores potenciais no primeiro ou segundo encontros, exigir que passem muito tempo juntos e que partilhem os pormenores mais íntimos logo no início de uma relação." (9)

Os seus antecedentes pessoais tendem a revelar, ao longo dos anos, um elevado número de relacionamentos íntimos, caracterizados por paixões súbitas e pouco duradouras, com relações íntimas imediatas que facilmente terminam e que provocam angústias e sofrimento. (1) Neste âmbito, enquadra-se a dificuldade em manter relações familiares e com amigos, estáveis e proificuas. (1) Também estes relacionamentos são pautados por comportamentos geradores de conflituosidade que facilmente provocam ruturas. (1,9,23)

**3. “Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo” (7,39)**

“O distúrbio de identidade é identificado como uma experiência de instabilidade ou incerteza sobre quem se é.” (1,35) Esta característica pode manifestar-se pela falta de segurança e confiança em si próprio, impeditivas da criação de uma identidade própria e da capacidade de compromisso na consecução de objetivos. (1)

Os pacientes que sofrem desta perturbação são permeáveis a influências externas, podendo confundir a sua identidade com a identidade daqueles com quem eles se relacionam. (1)

Estes indivíduos também podem apresentar “alterações súbitas na opinião acerca da carreira, identidade de gênero, valores e tipo de amigos.” (9)

**4. “Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas” (7,39)**

Os indivíduos com esta patologia, como forma de lidar com experiências emocionais difíceis, têm comportamentos impulsivos, como o jogo, compulsão alimentar, explosões verbais, gastos de dinheiro exorbitantes, toma de bebidas alcoólicas em quantidades excessivas, condução imprudente e atividades sexuais de risco. (1,9,23,28,35)

Esta perturbação encontra-se também associada a um desempenho a nível académico negativo, previsto por certas características desta doença, nomeadamente, a impulsividade e a instabilidade afetiva. (1,9) Relativamente ao aspeto laboral, estes doentes demonstram uma incapacidade para manter um emprego. (1,9)

**5. “Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante” (7,39,40)**

A ideação suicida, como, por exemplo, pensamentos e planeamento de atos suicidas; comportamentos autolesivos, ou seja, atitudes que provocam dano intencional sem intenção suicida e, por último, tentativas de suicídio estão englobados no termo suicídio. (23,40–42)

São vários os estudos que comprovam que 10% dos jovens apresentam comportamentos automutilantes. (1) Estes estudos comprovam que estas práticas se repetem com mais frequência no sexo feminino do que no sexo masculino. (1) Os cortes, os hematomas, as queimaduras, as mordeduras e os traumatismos cranianos intencionais apresentam-se como tipos de comportamentos automutilantes. (1,9) Neste sentido, as causas de deslocação ao hospital prendem-se, com alguma frequência, com tentativas recorrentes de suicídio. (9)

Esta é uma prática muito frequente em pacientes com a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, devendo-se referir que “indivíduos com esta patologia que praticam comportamentos autolesivos com maior frequência, maior gravidade e com maior diversidade de métodos, apresentam mais comorbidades diagnosticadas e notificam sintomas depressivos mais severos, ideação suicida e desregulação emocional comparativamente àqueles doentes que têm diagnóstico de Perturbação Estado-Limite da Personalidade sem comportamentos autolesivos.” (1) Tratam-se de indivíduos com dificuldade em autorregular-se face a situações de instabilidade psicológica, vivências angustiantes e situações *stressantes*. (1,9,24,43)

“As tentativas de suicídio são comuns na Perturbação Estado-Limite da Personalidade, com 60-70 % a tentar cometer suicídio em algum momento da vida e com taxas de suicídio consumado de 10 %.” (1,23,35) Um fator de risco para um suicídio consumado são os antecedentes pessoais de tentativas de suicídio. (1,44) As motivações que estão na base de comportamentos autolesivos, onde não existe a intenção de suicídio são diferentes das motivações que estão na origem das tentativas de suicídio. (1,9,44) Se os primeiros pretendem manifestar angústia e regular o estado emocional do indivíduo, os segundos estão relacionados com a vontade de pôr termo à vida. (1,9,44)

A perturbação depressiva, a perturbação de uso de substâncias e a instabilidade afetiva são alguns dos atributos que, dentro desta população, estão associados a tentativas de suicídio. (1,43)

Têm sido reportadas tentativas de suicídio de maior gravidade perante a presença de um sentimento de vazio. (1,39) Porém, mesmo possuindo estas atitudes que demonstram uma certa impulsividade e instabilidade e que têm como propósito o preenchimento desse sentimento de vazio, há diversos pacientes que, com apoio e acompanhamento especializado, são capazes de se controlar relativamente aos seus impulsos. (39)

## **6. “Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor”**

(7,39)

Uma característica da Perturbação Estado-Limite da Personalidade é a instabilidade emocional. (1) Esta é caracterizada por um aumento acentuado do estado emocional e pela grande dificuldade em estabilizar as emoções. (1,9)

No caso destes pacientes, as suas emoções podem mudar em questão de horas ou dias, estando geralmente associadas a contatos interpessoais, (1) “por exemplo, episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, frequentemente durando poucas horas, ou raramente mais do que alguns dias.” (1,9) Porém, o indivíduo pode não conseguir explicar os motivos que originam alterações das suas emoções, do seu estado de espírito e dos seus comportamentos. (1)

"O humor disfórico de base dos sujeitos com Perturbação Estado-Limite da Personalidade é habitualmente quebrado por períodos de raiva, pânico ou desespero e raramente aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Estes episódios podem reflectir a reactividade individual extrema ao *stress* interpessoal." (9)

## **7. “Sentimentos crônicos de vazio” (7,39)**

O sentimento de vazio associado a esta Perturbação da Personalidade é descrito como “a sensação de se sentir sem esperança, abandonado e isolado.” (1,9,35) Por outro lado, estes pacientes também referem queixas frequentes de aborrecimento. (9,45)

Tratam-se de indivíduos que evitam se envolver em relações interpessoais ou em determinadas atividades, devido ao fato destas já terem originado desilusão e angústia, procurando interiorizar as suas emoções, o que provoca uma sensação de vazio. (1)

## **8. “Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la” (7,39)**

Existem indivíduos que quando acometidos de sentimentos de raiva, perante as frustrações que vão surgindo na vida, a única forma de lidar com estas situações extremas é recorrendo a agressões verbais e até físicas. (1) Esta raiva descrita é, tipicamente, “inapropriadamente intensa com rápido crescimento de intensidade e um retorno lento à linha de base.” (1,9)

Esta característica pode se manifestar num registo criminal violento, com possível registo de violência doméstica, nomeadamente, no parceiro ou parceira. (1)

**9. “Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos” (7,39)**

Os sintomas psicóticos associados a *stress* transitório, podem ser vivenciados por indivíduos com a Perturbação Estado-Limite da Personalidade, de acordo com o DSM-V. (1,9,46)

No contexto da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, as alucinações auditivas verbais são pouco compreendidas, mas são observadas com uma certa frequência. (1,46,47) Estas são descritas pelos pacientes, como provenientes do “interior da cabeça”. (47)

As memórias de trauma podem estar associadas com experiências alucinatórias, sendo que estas podem ser intensificadas por eventos negativos da vida e *stress*, de acordo com evidências encontradas em alguns estudos. (1,46)

Um estudo realizado demonstrou que, subjetivamente, estas alucinações auditivas verbais eram mais comumente do tipo angustiante e persecutório e que, níveis elevados de ansiedade estavam relacionados, não com a origem, mas com a intensidade destas alucinações auditivas verbais. (47)

Estas vozes interiores podem induzir o indivíduo à prática do suicídio, pelo fato destes as considerarem verosímeis. (25) Porém, tardiamente, são capazes de compreender que a mente deles é a responsável pela criação destas vozes, daí estes sintomas serem denominados de “pseudoalucinações”. (25,47)

Relativamente aos sintomas dissociativos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, estes estão “positivamente associados à experiência subjetiva do *stress*.” (1,48)

A dissociação é definida como “a disrupção e/ou descontinuidade na integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação do corpo, controlo motor e comportamento”. (1,7,48,49) Clinicamente, estes sintomas dissociativos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade podem se evidenciar como

“despersonalização, desrealização ou amnésia”. (1,48,49) Trata-se de um processo pelo qual o indivíduo controla o seu estado psicológico e se afasta de situações *stressantes* que o possam desestabilizar. (1)

Focando-se agora noutra temática, estudos foram realizados na temática do relacionamento entre mães com Perturbação Estado-Limite da Personalidade e os seus filhos, tendo-se revelado uma conexão entre esta patologia a nível maternal e uma “diminuição da sensibilidade e aumento da intromissão na vida dos seus filhos durante a infância.” (1,13) Estas mães também revelaram dificuldade na “estruturação das atividades da criança e o ambiente familiar demonstrou altos níveis de desorganização e hostilidade, assim como, uma diminuição dos níveis de coesão.” (1,13)

Na opinião das mães com este distúrbio da personalidade, “há um sentimento de diminuição de competência e satisfação no papel de mãe”, sendo que, por outro lado, as crianças consideram “as interações com as suas mães como pouco satisfatórias”. (1,13) Estas crianças vivenciam “problemas a nível de identificação e compreensão emocional, dificuldades nas amizades, aumento de atribuição negativa e autocrítica.” (1,13) Porém, também apresentam “aumento dos níveis de depressão, suicídio e problemas comportamentais.” (1,13)



## Tratamento

Esta patologia tem tendência a remitir com o passar dos anos, contudo está associada a “mau funcionamento psicossocial, qualidade de vida reduzida e aumento da mortalidade.” (8,50,51)

## Psicoterapia

O tratamento recomendado para a Perturbação Estado-Limite da Personalidade é a Psicoterapia. (50,52) Há diversos tipos de “psicoterapia especializada” para o tratamento desta patologia, nomeadamente, a Terapia Comportamental Dialética (ou *DBT*, em inglês), a Terapia do Esquema (ou *ST*, em inglês), o Tratamento Baseado na Mentalização (ou *MBT*, em inglês) e a Psicoterapia Focada na Transferência (ou *TFP*, em inglês). (41,50,52) Relativamente a tratamentos genéricos, temos a Terapia Cognitivo-Comportamental (ou *CBT*, em inglês). (41,50,52) Neste documento, serão aprofundadas a Terapia Comportamental Dialética e a Terapia do Esquema.

Para a Perturbação Estado-Limite, “o maior desafio da psicoterapia específica é demonstrar que o tratamento leva a reduções dos sintomas externos desta patologia, como comportamento autolesivo e tentativas de suicídio, mas também a melhoria dos sintomas internos, como a sensação de vazio, assim como a melhoria do funcionamento psicossocial global, das comorbilidades e da qualidade de vida.” (8)

A Terapia Comportamental Dialética, baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental, considera como o centro da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, a desregulação emocional. (8,19,23,28,53) Alguns dos comportamentos disfuncionais utilizados pelos pacientes para a regulação das suas emoções são os seguintes: comportamentos autolesivos, tentativas de suicídio, abuso de substâncias, impulsividade, compulsão alimentar ou dissociação. (8,19,23,28,53)

Neste tipo de tratamento, o objetivo é a educação dos utentes relativamente a métodos para controlo e regulação a nível emocional. (8,53) Está incluído neste tipo de terapêutica a aprendizagem de técnicas com a intenção de que o paciente seja capaz de lidar e aceitar as dificuldades do quotidiano, assim como, modificar o seu comportamento relativamente a estes problemas encontrados. (8,53)

Este tratamento engloba sessões de grupo e individuais. (8,23,53) Relativamente às sessões grupais, faz parte da aprendizagem dos utentes “os quatro módulos desta terapia (atenção plena, regulação emocional, tolerância ao *stress* e efetividade de relações interpessoais)”. (8,23,53) Estes módulos são úteis para exercitar a regulação a nível emocional com alguma frequência. (8,23,53) Por outro lado, as sessões individuais são utilizadas para colocar em prática o conhecimento obtido durante as sessões em grupo. (8,23,53)

Este tipo de tratamento estabelece prioridades, desde os comportamentos que podem conduzir o paciente à morte, passando pelos comportamentos de resistência à terapia, até aos que reduzem a qualidade de vida dos pacientes. (8,53)

O atendimento telefónico faz parte da Terapia Comportamental Dialética, ou seja, o utente pode comunicar por telefone com o seu terapeuta de forma a receber apoio relativamente às técnicas mais adequadas para serem utilizadas, estando perante uma situação emergente. (8,53)

Perante as terapias utilizadas, os resultados alcançados vão no sentido de atenuar a impulsividade, bem como as automutilações e até o suicídio nos pacientes. (8) Verifica-se, também, uma redução nos internamentos hospitalares. (8)

As Perturbações da alimentação, o abuso de substâncias, a depressão e a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático são algumas das comorbilidades da Perturbação Estado-Limite da Personalidade em que esta terapia se mostrou eficiente no tratamento. (8,19,28,54) Considerando que a Perturbação Estado-Limite da Personalidade está muito frequentemente associada a comorbilidades, terapias que tratam esta perturbação e as suas comorbilidades são de extrema importância, nomeadamente, a *DBT-PE* e a *DBT-PTSD*. (8,19,28,54)

A resposta de cada paciente à psicoterapia instituída varia, mesmo que a dose aplicada seja a mesma, especialmente considerando que esta Perturbação da Personalidade apresenta um elevado nível de heterogenia. (55) Um estudo realizado com o objetivo de determinar a duração da terapia mais eficaz para o tratamento desta patologia concluiu que uma Terapia Comportamental Dialética de 6 meses é uma opção adequada para o paciente com Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (55)

A Terapia do Esquema, apesar de ter a mesma base que a Terapia Comportamental Dialética, assume que as causas da criação de esquemas mentais disfuncionais e desadaptados “(própria representação mental básica e relacionamentos com os outros e com o mundo)” são as adversidades vividas na infância, assim como, a falha em aspetos essenciais para o crescimento da criança, como o amor ou a atenção. (8) As diferenças entre esta terapia e a Terapia Comportamental Dialética estão representadas na Tabela 6.

Certos estudos revelaram que todos os critérios da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, com esta terapia, demonstraram uma redução. (8) Os níveis de desistência desta terapia revelaram valores reduzidos e foi demonstrada uma melhoria a nível da qualidade de vida dos pacientes. (8)

Contudo, após estudos realizados na eficácia destas psicoterapias na diminuição dos níveis de gravidade da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, as evidências encontradas são de, apenas, qualidade moderada. (12,50) Por outro lado, estes tratamentos especializados, aparentam obter os mesmos resultados que as terapêuticas generalistas, de acordo com as conclusões de alguns estudos. (52)

Mesmo após vários anos da finalização do tratamento, certos pacientes ainda demonstram uma falta de eficiência no desempenho profissional e pessoal, bem como dificuldade nos relacionamentos amorosos e familiares e uma contínua fuga ao convívio social. (56,57)

Num estudo focado na falta de resposta à psicoterapia para o tratamento da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, foi concluído que, independentemente do tempo de tratamento, não são produzidos efeitos em cerca de metade das pessoas que realizam este tipo de tratamentos. (52)

Face a esta problemática, nos nossos dias, os clínicos deparam-se com dificuldades em planear os tratamentos a utilizar nos seus doentes, uma vez que não existem orientações objetivas para atingir um prognóstico favorável. (52)

## **Tratamento farmacológico**

A gravidade geral da Perturbação Estado-Limite da Personalidade não tende a diminuir com o tratamento farmacológico (50), o que ocasionou que, atualmente, para a terapêutica da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, não haja tratamentos farmacológicos aprovados. (6) Os pacientes que não respondem às intervenções psicoterapêuticas podem beneficiar da toma destes fármacos para tratamento de certos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (6) A combinação da farmacoterapia e da psicoterapia demonstraram produzir efeitos positivos em certos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (6)

Dentro da farmacoterapia, os fármacos têm como alvo o tratamento de certos sintomas da patologia. (6) Alguns tipos de medicação, após vários estudos, demonstraram capacidade para a produção de efeitos positivos sobre os sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, sendo essa medicação, antipsicóticos atípicos, antidepressivos serotoninérgicos e certos antiepiléticos. (6)

### **Antipsicóticos**

A Olanzapina é um antipsicótico que demonstrou ser capaz de auxiliar no tratamento da grande maioria dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, nomeadamente a raiva inapropriada, a instabilidade afetiva, os sentimentos crónicos de vazio, os distúrbios de identidade, a impulsividade, as atitudes desesperadas para evitar o abandono e as relações interpessoais instáveis. (6) A ideação paranoide, a dissociação, a irritabilidade, os comportamentos suicidas, a ansiedade e os sintomas depressivos, estão incluídos nos sintomas que a olanzapina produz efeitos positivos. (6) Os sintomas depressivos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade demonstraram uma resposta melhor com a toma combinada de olanzapina e fluoxetina. (6,12) O aumento de peso e o síndrome metabólico são dois efeitos adversos associados a este fármaco, logo deve existir uma análise relativamente ao nível de tolerância desta medicação, assim como um controlo relativamente à sua toma. (6)

Em certos estudos, a raiva inapropriada, a instabilidade afetiva, os sentimentos crónicos de vazio, os distúrbios de identidade, as atitudes desesperadas para evitar o abandono e as relações interpessoais instáveis são alguns dos sintomas que foram tratados com a toma da

Quetiapina. (6) O tratamento dos sintomas depressivos e da ansiedade, assim como, da instabilidade emocional da Perturbação Estado-Limite são outros sintomas que a quetiapina revelou ser eficaz a tratar. (6) Contudo, outros sintomas, como a impulsividade, apresentam uma certa inconsistência de resultados relativamente à eficácia deste fármaco no seu tratamento. (6) Por outro lado, a tendência para cometer suicídio e os comportamentos automutilantes são sintomas em que não existe evidência suficiente que a quetiapina seja eficaz no seu tratamento. (6) Alguns efeitos adversos associados à toma da quetiapina são o aumento do peso, dos níveis de triglicédeos em jejum e a nível da resistência à insulina. (6)

Dentro da classe de antipsicóticos, um destes não tende a causar aumento do peso ou dislipidemia, contudo pode apresentar um efeito sedativo, sendo este fármaco a Asenapina. (6) Certos estudos revelaram que a ansiedade, a agressividade e a impulsividade dos pacientes com Perturbação Estado-Limite são alguns dos sintomas em que este fármaco tem um efeito positivo. (6) Ocorre também uma melhoria relativamente à ideação paranoide, aos sintomas dissociativos e à instabilidade emocional da Perturbação Estado-Limite com o uso deste fármaco. (6) Os sintomas depressivos, as tentativas suicidas e o distúrbio de identidade são alguns dos sintomas que o uso deste fármaco não revelou eficácia no tratamento. (6)

O Haloperidol trata nos utentes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade sintomas como, a depressão, a raiva, a impulsividade e as ideações paranoides. (6) No tratamento da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, a combinação do haloperidol com a fenelzina demonstrou causar um resultado positivo nos sintomas depressivos e na irritabilidade a curto prazo. (6,12)

O risco de intolerância “(risco de agranulocitose, sintomas colinérgicos e miocardite eosinofílica)” é a causa do uso da Clozapina apenas no tratamento de casos severos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (6) Este fármaco mostrou produzir efeitos positivos a nível dos sintomas dissociativos destes doentes. (6) O humor depressivo é um dos sintomas que esta medicação não aparenta ser eficaz a tratar. (6)

Dentro da classe de antipsicóticos, um fármaco que não demonstrou efeitos no tratamento dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade foi a Amoxapina. (6)

O Aripiprazol, em pacientes com a Perturbação Estado-Limite, demonstrou produzir efeitos positivos no tratamento dos sintomas de depressão, ansiedade e agressividade, assim como

dos sintomas psicóticos. (6) Por outro lado, a instabilidade afetiva, o sentimento de vazio, o distúrbio de identidade e a sensação de abandono, são sintomas sobre os quais os efeitos produzidos por esta medicação necessitam de ser mais estudados. (6)

Os sintomas psicóticos, a impulsividade, a raiva, a ideação paranoide e os sintomas dissociativos são alguns dos sintomas que a Paliperidona demonstrou ser eficaz a tratar. (6) Por outro lado, relativamente à produção de efeitos nos sintomas depressivos, instabilidade afetiva, comportamentos autolesivos e suicídio, não há evidência suficiente que este fármaco cause melhorias. (6) Este fármaco pode causar um aumento dos níveis de prolactina no soro e a manifestação de sintomas extrapiramidais, como efeitos adversos. (6)

Uma melhoria do funcionamento geral, assim como dos sintomas depressivos e da agressividade da Perturbação Estado-Limite foram alguns dos resultados obtidos com o uso da Risperidona. (6)

Há a possibilidade de que a Tioridazina possa ser eficaz no tratamento da impulsividade, das relações interpessoais e dos sintomas psicóticos desta perturbação. (6) Porém, tem como efeitos adversos, a sedação e a disfunção erétil. (6)

A Ziprasidona não demonstrou melhorar os sintomas depressivos e de ansiedade desta patologia, porém causou efeitos positivos no controlo da raiva, ideação paranoide, impulsividade e instabilidade emocional. (6) Este fármaco, devido a ter demonstrado ser capaz de produzir melhorias a nível de comportamentos autolesivos, de controlo de impulsos, de hostilidade, de suicídio e de agressividade, é uma opção a ponderar para o tratamento de casos agudos da Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (6)

### Antidepressivos

A Duloxetina demonstrou uma melhoria significativa em certos sintomas, nomeadamente, a impulsividade, a instabilidade afetiva e a raiva. (6,21) Também foi demonstrado que a duloxetina é bem tolerada, com leves efeitos adversos, como dor de cabeça e náusea. (6,21)

A Fluoxetina causou melhorias, em pacientes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade, relativamente à impulsividade, ao humor, à raiva, à agressividade, à ideação paranoide, à ansiedade e ao funcionamento global. (6)

O Flupentixol revelou ser benéfico no tratamento da psicopatologia geral da Perturbação Estado-Limite e dos sintomas de impulsividade. (6)

No tratamento das mudanças de humor da Perturbação Estado-Limite, a Fluvoxamina demonstrou efeitos positivos. (6) Não produziu efeitos no tratamento de sintomas como a agressividade e a impulsividade. (6)

A Venlafaxina produz uma redução a nível de sintomas somáticos e comportamentos autolesivos. (6)

### Antiepiléticos

Com o uso do Valproato, em geral, ocorre uma diminuição dos sintomas da Perturbação Estado-Limite, especialmente a nível da agressividade e da irritação. (6) A toma deste fármaco deve ser evitada em mulheres em idade fértil. (12)

Relativamente à raiva, à impulsividade e à instabilidade afetiva da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, a Lamotrigina demonstrou produzir uma melhoria nestes sintomas. (6,12)

Um fármaco que demonstrou uma capacidade para a diminuição dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, especialmente a nível da raiva, foi o Topiramato. (6) Ocorreu diminuição do peso com o uso deste fármaco, mas não houve melhoria a nível dos sintomas psicóticos. (6)

A Gabapentina é um fármaco normalmente combinado. (6) Por outro lado, revelou produzir efeitos positivos no tratamento da ansiedade, instabilidade afetiva e sintomas depressivos. (6)

Dentro da classe dos antiepiléticos, um fármaco que não demonstrou efeitos no tratamento dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade foi a Carbamazepina. (6)

Concluindo, “os antidepressivos serotoninérgicos e os antidepressivos atípicos podem ser eficazes no tratamento dos sintomas do humor, ansiedade e descontrolo de impulsos. Os antipsicóticos atípicos são úteis no tratamento dos sintomas dissociativos e psicóticos. Certos antiepiléticos podem ser usados no tratamento de instabilidade do humor, sintomas

impulsivos e raiva em pacientes com a Perturbação Estado-Limite. O uso de medicação de outras classes não está indicado no tratamento dos sintomas da Perturbação Estado-Limite da Personalidade.” (6)

Os diferentes estudos realizados na temática da farmacoterapia, apresentam variações a nível de resultados obtidos, e esses resultados não são sempre concordantes. (12) A saúde do doente pode ser afetada com o uso crónico e de altas doses deste tipo de fármacos, com especial atenção aos antipsicóticos. (12) O aumento do peso ponderal e a resistência à insulina que estão associados a um aumento do risco de desenvolvimento de diabetes são alguns dos efeitos que a toma de antipsicóticos pode ocasionar, como já referido anteriormente. (12)

A Perturbação Estado-Limite da Personalidade é uma patologia caracterizada por uma elevada prevalência e uma taxa de tentativas de suicídio elevada. (41) Estes aspetos simbolizam uma elevada utilização dos serviços de saúde. (41) Em contrapartida, “manipuladores, difíceis de tratar e resistentes ao tratamento” é a descrição dada pelos elementos do sistema de saúde relativamente aos utentes com Perturbação Estado-Limite da Personalidade. (41) Esta perceção errada deste tipo de pacientes pode ocasionar atitudes de evitamento, estigmatização e discriminação. (33,41)

A falta de treino apropriado e necessário dos profissionais de saúde para tratar pacientes com esta Perturbação da Personalidade pode ser a causa das atitudes por eles demonstradas para com estes doentes. (41)

Neste contexto, com o objetivo de diminuir esta tendência de evitar estes doentes, enquanto, simultaneamente, aumenta a perceção de competência a nível profissional em relação a esta perturbação, foram criadas intervenções educacionais. (41) Estas intervenções devem incluir a aprendizagem teórica, assim como o treino prático, através da interação com doentes portadores da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, para a concretização do objetivo em mente. (41)

Um estudo realizado acerca da dinâmica entre o analista e o utente com *Borderline* concluiu que “borderline implica um enigma ao analista, o enigma de se vincular ou não”, referindo também que “os pacientes borderline são deslizantes: escorregam sobre os rótulos diagnósticos, ora mais graves, ora mais leves, sobre seus vínculos simbióticos, agressivos e superficiais, e sobre a análise, com surtos de raiva, ataques ao analista, ou se vinculando a ele, em momentos de turbulência.” (58)

Para que os pacientes com a Perturbação Estado-Limite da Personalidade obtenham um prognóstico favorável, uma abordagem multidisciplinar é aconselhada, englobando apoio “médico, psiquiátrico, psicológico, nutricional” e quaisquer outros elementos necessários. (39)

A recuperação é um conceito complexo na área da psiquiatria de reabilitação, pois não é definido como um resultado específico, mas como a capacidade de um doente investir na sua autorrecuperação, com a colaboração da família e dos amigos, tão necessários à superação das dificuldades. (27)

Estes doentes com este tipo de Perturbação da Personalidade, ao apresentarem objetivos e metas para a sua vida, empenho pessoal e profissional, capacidade de criar e desenvolver relações estáveis, reunirão as condições para terem mudanças significativas que permitam uma melhor qualidade nas suas vidas, estando um passo mais perto da sua recuperação. (27)



## Conclusão

Este artigo de revisão foi feito a partir de artigos completos e de livre acesso obtidos em sites como a PubMed e o Elsevier. A grande maioria dos documentos analisados foram artigos de jornais, acrescentando certos dados de livros como o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR* e o *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*, tendo também sido obtidas certas informações a partir de teses universitárias.

Deste modo, uma das limitações deste artigo de revisão, é o fato de que a maior parte da informação nele contida advém dos documentos de livre acesso destes programas da internet, uma vez que, não foi possível aceder a outros artigos devido a impedimentos inerentes à sua consulta. Outro aspeto a mencionar, foi que, apesar da existência de uma versão mais recente e atualizada do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V)*, o manual que se revelou mais acessível foi o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR* e, por esse motivo, foi uma das referências científicas frequentemente utilizadas, quer nos artigos analisados para esta pesquisa, quer neste texto de revisão.

Após esta análise geral da Perturbação Estado-Limite da Personalidade, podemos concluir que esta é uma patologia heterogénea e bastante complexa que, apesar de ser das perturbações mentais mais estudadas e prevalentes, também é um tema que ainda necessita da realização de mais estudos em diversos âmbitos que, ainda estão pouco compreendidos, nomeadamente a nível da neurobiologia, da genética, entre outros.

A Perturbação Estado-Limite da Personalidade é uma doença que, infelizmente, é muito discriminada, mesmo dentro da área da saúde, devido ao pouco conhecimento de como atuar perante estes indivíduos portadores da perturbação. Neste sentido, deve-se investir na educação relativamente a esta patologia, não só junto dos médicos e enfermeiros, mas também dos profissionais da educação e da população em geral, de modo a deixar de ser uma doença que, pelo seu escasso conhecimento científico, continua a ser tão estigmatizada pela sociedade.



## Referências Bibliográficas

1. Garland J, Miller S. Borderline personality disorder: part 1 – assessment and diagnosis. *BJPsych Adv*. Maio de 2020;26(3):159–72.
2. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry*. 1 de Dezembro de 2019;27(6):573–7.
3. Bayes A, Parker G, Paris J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 1 de Dezembro de 2019;21(12).
4. Massó Rodríguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Trabsa A, Mosquera D, et al. Clinical Features, Neuropsychology and Neuroimaging in Bipolar and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Cross-Diagnostic Studies. *Front Psychiatry*. 9 de Junho de 2021;12.
5. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2014 National Survey on Drug Use and Health: DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance (unpublished internal documentation). Rockville, MD; 2016.
6. Del Casale A, Bonanni L, Bargagna P, Novelli F, Fiaschè F, Paolini M, et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropharmacol*. 21 de Junho de 2021;19(10):1760–79.
7. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V. 5ª ed. Porto Alegre : Artmed; 2014.
8. Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipos V, et al. PRO\*BPD: Effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: A comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: Study protocol for a randomized trial 11 Medical and Health Sciences 1103 Clinical Sciences. *BMC Psychiatry*. 19 de Outubro de 2018;18(1).
9. American Psychiatric Association (APA). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais DSM-IV-TR. Fourth. Fernandes JC, Almeida JN de, editores. Lisboa: Climepsi; 2000. 685–730 p.
10. Guerra C. Uma Aproximação à Genealogia da Perturbação Borderline da Personalidade. *Psilogos*. Junho de 2017;15:102–13.
11. Lis E, Greenfield B, Henry M, Jean J, Guilé M, Dougherty G. Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Rev Psychiatr Neurosci*. 2007;32(3):162–73.
12. Kruse J, Leweke F, Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, et al. Borderline personality disorder. *Lancet* [Internet]. 1 de Janeiro de 2011;377:74–84. Disponível em: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

13. Steele KR, Townsend ML, Grenyer BFS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS One*. 1 de Outubro de 2019;14(10).
14. Zang C, Goodman M, Zhu Z, Yang L, Yin Z, Tamas Z, et al. Development of a screening algorithm for borderline personality disorder using electronic health records. *Sci Rep*. 1 de Dezembro de 2022;12(1).
15. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1).
16. Distel MA, Trull TJ, Willemsen G, Vink JM, Derom CA, Lynskey M, et al. The Five-Factor Model of Personality and Borderline Personality Disorder: A Genetic Analysis of Comorbidity. *Biol Psychiatry*. 15 de Dezembro de 2009;66(12):1131–8.
17. Streit F, Witt SH, Awasthi S, Foo JC, Jungkunz M, Frank J, et al. Borderline personality disorder and the big five: molecular genetic analyses indicate shared genetic architecture with neuroticism and openness. *Transl Psychiatry*. 1 de Dezembro de 2022;12(1).
18. Conway CC, Hopwood CJ, Morey LC, Skodol AE. Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *J Abnorm Psychol*. 1 de Agosto de 2018;127(6):590–601.
19. Trull TJ, Freeman LK, Vebares TJ, Choate AM, Helle AC, Wycoff AM. Borderline personality disorder and substance use disorders: An updated review. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 19 de Setembro de 2018;5(1).
20. Ferber SG, Hazani R, Shoval G, Weller A. Targeting the Endocannabinoid System in Borderline Personality Disorder: Corticolimbic and Hypothalamic Perspectives. *Curr Neuropharmacol*. 30 de Abril de 2021;19(3):360–71.
21. Melo HP, Baldoino FRR, Melo HP, Alves KR de B, Baldoino LKR, Cunha TBL. Caracterização do transtorno de personalidade Borderline: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development* [Internet]. 25 de Março de 2021;10(3). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12619>
22. Nenadić I, Voss A, Besteher B, Langbein K, Gaser C. Brain structure and symptom dimensions in borderline personality disorder. *European Psychiatry*. 2020;63(1):1–8.
23. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan PMM, Bohus PM. Borderline personality disorder. *Lancet*. 31 de Julho de 2004;364(9432):453–61.
24. Krause-Utz A, Walther JC, Kyrgiou AI, Hoogenboom W, Alampanou M, Bohus M, et al. Severity of childhood maltreatment predicts reaction times and heart rate

- variability during an emotional working memory task in borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1).
25. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 de Dezembro de 2018;41(4):575–82.
  26. Murphy R, Hallahan B. Differences between DSM-IV and DSM-5 as applied to general adult psychiatry. *Ir J Psychol Med*. 1 de Setembro de 2016;33(3):135–41.
  27. Hasler G, Hopwood CJ, Jacob GA, Brändle LS, Schulte-Vels T. Patient-reported outcomes in borderline personality disorder Diagnostic concepts of borderline personality disorder. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2014;16:255–66. Disponível em: [www.dialogues-cns.org](http://www.dialogues-cns.org)
  28. Newton JR. Borderline personality disorder and eating disorders: a trans-diagnostic approach to unravelling diagnostic complexity. *Australasian Psychiatry*. 1 de Dezembro de 2019;27(6):556–8.
  29. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I, Young D. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. Abril de 2010;44(6):405–8.
  30. Palmer BA, Pahwa M, Geske JR, Kung S, Nassan M, Schak KM, et al. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. *Brain Behav*. 1 de Julho de 2021;11(7).
  31. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15:155–69.
  32. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Seventh. Oxford University Press; 2018.
  33. Gunderson JG. Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. Maio de 2009;166(5):530–9.
  34. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Curr Psychiatry Rep*. 1 de Maio de 2020;22(5).
  35. Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 6 de Novembro de 2012;184(16):1789–94.
  36. Larrivée MP. Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15:171–9.
  37. Botter L, ten Have M, Gerritsen D, de Graaf R, van Dijk SDM, van den Brink RHS, et al. Impact of borderline personality disorder traits on the association between age and health-related quality of life: A cohort study in the general population. *European Psychiatry*. 2021;64(1).

38. Brodziak A, Różyk-Myrta A. Letter to the Editor. Spreading skills of recognition of the manifestations of borderline personality disorder could save many lives. *Psychiatr Pol.* 2022;56(3):661–4.
39. Lopes Y de J. A PSICOPATOLOGIA DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB) E SUAS CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS. *Psicologia.* 2017;
40. Calati R, Romano D, Lopez-Castroman J, Turolla F, Zimmermann J, Madeddu F, et al. BOrderliNe symptoms and suicide-related outcomes: ProTOcol for a systematic review/meta-analysis and an individual patient data meta-analysis (BONITO study). *BMJ Open.* 26 de Maio de 2022;12(5).
41. Klein P, Fairweather AK, Lawn S. The impact of educational interventions on modifying health practitioners' attitudes and practice in treating people with borderline personality disorder: an integrative review. *Syst Rev.* 1 de Dezembro de 2022;11(1).
42. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol.* 1 de Fevereiro de 2021;37:139–44.
43. Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Curr Psychiatry Rep.* 1 de Janeiro de 2013;15(1).
44. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina .* 1 de Junho de 2019;55(6).
45. Masland SR, Shah T V., Choi-Kain LW. Boredom in Borderline Personality Disorder: A Lost Criterion Reconsidered. *Psychopathology.* 1 de Dezembro de 2020;53(5):239–53.
46. Glaser JP, Van Os J, Thewissen V, Myin-Germeys I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand.* Fevereiro de 2010;121(2):125–34.
47. Strawson WH, Wang HT, Quadt L, Sherman M, Larsson DEO, Davies G, et al. Voice Hearing in Borderline Personality Disorder Across Perceptual, Subjective, and Neural Dimensions. *International Journal of Neuropsychopharmacology.* 1 de Maio de 2022;25(5):375–86.
48. Krause-Utz A. Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 1 de Dezembro de 2022;9(1).
49. Al-Shamali HF, Winkler O, Talarico F, Greenshaw AJ, Forner C, Zhang Y, et al. A systematic scoping review of dissociation in borderline personality disorder and implications for research and clinical practice: Exploring the fog. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 1 de Outubro de 2022;56(10):1252–64.
50. Oud M, Arntz A, Hermens MLM, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-

- analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1 de Outubro de 2018;52(10):949–61.
51. Tusiani-Eng P, Yeomans F. Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 de Dezembro de 2018;41(4):695–709.
  52. Woodbridge J, Townsend M, Reis S, Singh S, Grenyer BFS. Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1 de Julho de 2022;56(7):771–87.
  53. Tan MYL, McConnell B, Barlas J. Application of Dialectical Behaviour Therapy in treating common psychiatric disorders: study protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 26 de Setembro de 2022;12(9).
  54. Temes CM, Zanarini MC. Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *F1000Res*. 26 de Abril de 2019;8.
  55. McMMain SF, Chapman AL, Kuo JR, Dixon-Gordon KL, Guimond TH, Labrish C, et al. The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. *Psychother Psychosom*. 1 de Novembro de 2022;91(6):382–97.
  56. Kernberg OF, Michels R. Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. Maio de 2009;166(5):505–8. Disponível em: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
  57. Juurlink TT, ten Have M, Lamers F, van Marle HJF, Anema JR, de Graaf R, et al. Borderline personality symptoms and work performance: A population-based survey. *BMC Psychiatry*. 19 de Junho de 2018;18(1).
  58. dos Santos GG, Neto GARM. Patients, problems and borders: Psychoanalysis and borderline cases. *Psicologia USP*. 1 de Maio de 2018;29(2):285–93.