

ESTABILIDADE DE SINTOMAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E FATORES ASSOCIADOS

STABILITY OF BORDER PERSONALITY DISORDER SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS

Nídgia Luísa Diniz Moreira¹, Ana Clara Lima Simonini¹, Ana Luíza Portela Pereira¹, Debora Emily Soares Felipe¹, Renata Saldanha Silva²

RESUMO

Introdução: Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) caracteriza-se por elevada instabilidade emocional e impulsividade, sentimentos crônicos de vazio, além de alterações da autoimagem e reações extremas ao abandono real ou percebido. Além disso, os sintomas tendem a ser estáveis ao longo da vida. O critério de estabilidade ainda é pouco estudado no Brasil, o que motivou o presente estudo. **Objetivo:** analisar a estabilidade dos sintomas principais do TPB em uma amostra não clínica da região metropolitana de Belo Horizonte. **Método:** Foram selecionados 60 voluntários que apresentavam, em 2015, diferentes níveis de sintomas condizentes com TPB, e 18 deles aceitaram participar da segunda etapa, em 2019, em que foram submetidos a um roteiro de entrevista individual semiestruturada, composta por informações sociodemográficas e pela Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline – Revisada (DIB-R). **Resultados:** Resultados apontaram que 4 dos 18 participantes preencheram critérios para TPB, sendo que todos eles possuíam algum tipo de vivência traumática durante a infância. Dentre aqueles que apresentaram muitos sintomas em 2015, somente um permaneceu estável, enquanto os demais apresentaram diminuição dos níveis de sintomas. Dos participantes que apresentaram sintomatologia mediana em 2015, um obteve aumento e outro obteve diminuição sintomática. Dentro do grupo que não apresentava sintomatologia relevante em 2015, 7 deles permaneceram estáveis e 6 apresentaram aumento de sintomas. **Conclusão:** O estudo apresentou evidências preliminares de estabilidade de sintomas do TPB, indicando, principalmente, o poder preditivo de histórico de abusos na infância na manutenção dos sintomas. As razões para os resultados atípicos são tratadas na discussão.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Avaliação de Sintomas; Ajustamento Emocional;

ABSTRACT

Introduction: Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by high emotional instability and impulsivity, chronic feelings of emptiness, in addition to changes in self-image and extreme reactions to real or perceived abandonment. In addition, the symptoms tend to be stable throughout life. The stability criterion is still little studied in Brazil, which motivated the present study. **Objective:** Analyze the stability of the main symptoms of BPD in a non-clinical sample in the metropolitan region of Belo Horizonte. **Method:** we selected 60 volunteers who presented different levels of symptoms of BPD, in 2015, among which 18 accepted to participate in the second phase, in 2019, in which they were submitted to a semi-structured individual interview, consisting of sociodemographic information and the Interview for the Diagnosis of Borderline Personality Disorder - Revised (DIB-R). **Results:** The results showed that 4 of the 18 participants met criteria for BPD, all of whom have had traumatic experience during childhood. Among those who had many symptoms in 2015, only one remained stable, while the others showed decreased levels of symptoms. Of the participants who presented median symptomatology in 2015, one had an increase and the other had a symptomatic decrease. Within the group that did not present relevant symptoms in 2015, 7 of them remained stable and 6 showed an increase in symptoms. **Conclusion:** The study presented preliminary evidence of BPD symptom stability, mainly indicating the predictive power of childhood abuse history in maintaining symptoms. The reasons for the atypical results are discussed in the discussion.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Symptom Assessment; Emotional Adjustment

¹Acadêmicas do curso de psicologia da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG - Brasil

²Professora do curso de psicologia da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG - Brasil

Autor para correspondência: Nídgia Luísa Diniz Moreira – Rua: Eufrates, Nº 402. Bairro: São Salvador – CEP: 30881-310 – Belo Horizonte, MG- Brasil. e-mail: nidgia.luisa@gmail.com

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é classificado como um transtorno específico da personalidade, que envolve instabilidade emocional intensa, sentimentos crônicos de vazio, tendência a comportamentos de risco e/ou suicidas, relacionamentos pessoais intensos e instáveis, esforços excessivos para evitar abandono real ou imaginado, além de distorções da autoimagem e labilidade emocional acentuada. Para que seja considerado TPB, é necessário que o indivíduo apresente muitos dos sintomas listados acima, de forma persistente, observados em várias situações, excluindo assim reações pontuais a eventos atípicos. Indivíduos com TPB costumam ser, muitas vezes, considerados pelos pares como imprevisíveis e de reações demasiadamente exageradas¹. Trata-se de um padrão estável de comportamento e cognição com elevado potencial de risco adaptativo, como risco de suicídio, comportamentos autolesivos que podem causar níveis variados de prejuízo, além de níveis elevados de impulsividade, que reduz as chances de manutenção de relacionamentos e de trabalho². O transtorno é diagnosticado predominantemente (cerca de 75%) em indivíduos do sexo feminino¹.

Dentre os modelos explicativos para o desenvolvimento do TPB, Marsha Linehan, proponente da terapia comportamental dialética (TCD), modelo de tratamento que hoje é tido como um dos mais eficazes para tratamento do TPB, sugere um modelo biossocial, indicando que tanto componentes biológicos e inatos quanto componentes associados à história de vida e aprendizagem se combinam para o desenvolvimento do TPB. Assim, de acordo com Linehan³, a desregulação emocional seria o fator biológico mais importante para a predição do transtorno, enquanto um histórico de desenvolvimento em ambientes abusivos e invalidantes seria o principal preditor ambiental.

Estudos recentes^{2,4-8} têm confirmado a teoria proposta por Linehan, no que se refere ao desenvolvimento do TPB como uma combinação dinâmica entre vulnerabilidades biológicas e histórico de vivências traumáticas na infância e/ou adolescência. No Brasil, um estudo realizado por Nunes *et al*⁹, por exemplo, avaliou 748 pessoas da população geral e encontrou correlações significativas entre vivências traumáticas, em especial abuso emocional, e sintomas do TPB. Além disso, os resultados apontaram evidências favoráveis ao modelo proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA)¹, que pressupõe que tais sintomas poderiam ser variações extremas de alguns traços de personalidade comuns a indivíduos típicos.

A teoria mais aceita atualmente para descrição da personalidade típica é a Teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF)¹⁰. A teoria pressupõe a existência de cinco grandes dimensões ou traços psicológicos, que são inatos e se combinam com as influências ambientais (cultura, estilos parentais, experiências marcantes) para o desenvolvimento da personalidade. Os cinco traços de personalidade receberam, no Brasil, os nomes de: (1) Abertura, que descreve o nível de interesse do indivíduo por novas experiências e por novas ideias e valores, além de avaliar sua tendência a fantasia, sensibilidade a beleza e capacidade criativa; (2) Extroversão, que se refere ao nível de energia e busca por sensações, além de maior sociabilidade e assertividade; (3) Amabilidade, que diz respeito à tendência a ser empático, altruísta e confiável nas relações interpessoais, bem como tendência a confiar nas pessoas; (4) Conscienciosidade, que mede o grau de ponderação, motivação para alcançar metas,

tendência a seguir regras, controlar impulsos e ser honesto e (5) Neuroticismo, que se refere ao nível de instabilidade emocional, tendência a experimentar emoções negativas e suscetibilidade a variações de humor. Além dos traços básicos, a história de vida poderia levar ao desenvolvimento de adaptações características, como resultado da combinação de traços e história de vida, e que podem ser identificados como padrões de crenças, esquemas e formas habituais de se comportar.

O TPB poderia ser compreendido, então, como caracterizado por expressões extremas de alguns dos cinco fatores que, combinados com uma história de vida marcada por invalidação e outros abusos, levariam ao desenvolvimento de padrões não saudáveis de adaptação característica. De acordo com a proposta dimensional da APA para os transtornos de personalidade, apresentada no DSM-5¹, tais fatores em níveis extremos, no caso do TPB, seriam equivalentes a elevados níveis de Afetividade Negativa (facetas de labilidade emocional, ansiedade, tendência a depressão e insegurança de separação), Desinibição (facetas de impulsividade e exposição a riscos) e Antagonismo (faceta de hostilidade). Tal perfil já se mostrou equivalente a, respectivamente, níveis muito elevados de neuroticismo e extroversão, bem como níveis muito baixos de amabilidade. A primeira etapa deste estudo, já publicada⁹, encontrou perfil um pouco diferente, com expressões acentuadas nos traços Neuroticismo (alto) e Conscienciosidade (baixo).

No que se refere à estabilidade dos traços de personalidade, a maioria dos estudos aponta que tendem a ser altamente estáveis ao longo do desenvolvimento, principalmente entre a idade adulta e velhice¹¹. No que se refere aos Transtornos de Personalidade, os sintomas tendem a se manter estáveis ao longo do desenvolvimento, embora tratamentos psiquiátricos e psicológicos possam auxiliar na modificação da intensidade e forma de expressão¹²⁻¹⁸. No caso do TPB, a maioria dos estudos sugere que os sintomas mais estáveis seriam aqueles ligados ao perfil cognitivo (medo excessivo de abandono, por exemplo), enquanto características mais comportamentais, como padrões impulsivos e automutilação tenderiam a ser mais instáveis¹³.

De acordo com Hopwood¹³, em seu estudo sobre estabilidade e mudanças na personalidade patológica, certa instabilidade na expressão dos sintomas é esperada graças às mudanças propiciadas pelo desenvolvimento natural, que apresentam grande relação com a faixa etária do sujeito, tendendo a findar junto com a juventude. Tal especificidade torna a análise de estabilidade de sintomas ainda mais complexa e relevante, visto que é necessário compreender se, de modo geral, há estabilidade na expressão de sintomas do transtorno ao longo da vida.

Não foram encontrados estudos brasileiros que abordaram a estabilidade do TPB de maneira longitudinal. Sendo assim, o objetivo do presente estudo longitudinal foi analisar se houve mudanças no perfil de sintomas de TPB em um período de 5 anos, bem como identificar variáveis que poderiam influenciar as diferenças individuais no nível de sintomas nos dois períodos.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma emenda da pesquisa “Evidências de validade do Questionário de Crenças dos Transtornos de Personalidade para o Transtorno de Personalidade Borderline”, realizado no ano de 2015 (CAAE: 41795014.0.0000.5134). Tal estudo valeu-se de questionário eletrônico e obteve 870 respondentes. A emenda foi aprovada sob o parecer número 3.092.068, no ano de 2019. Todos os direitos dos voluntários foram respeitados, como o sigilo dos dados, escolha por participar ou desistir a qualquer momento e todos os que constam nas normativas do Conselho Nacional de Saúde¹⁹.

Instrumentos

Etapa 1 (2015):

- Questionário sociodemográfico: Questionário para levantamento do perfil sociodemográfico e econômico dos sujeitos participantes, que inclui dados como idade, sexo, estado civil, escolaridade, entre outros relevantes à pesquisa;
- Inventário dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade (IGFP-5)²⁰: O IGFP-5 é uma medida breve de autorrelato, constituída por 44 itens e destinada a avaliar dimensões da personalidade baseada no Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade;
- Itens do Questionário de Crenças dos Transtornos de Personalidade (QCTP)²¹, correspondentes às crenças características do Transtorno de Personalidade Borderline: O QCTP é um inventário de autorrelato composto por 126 questões e está baseado no modelo cognitivo, segundo o qual cada transtorno de personalidade caracteriza-se não só por um comportamento disfuncional, mas também por uma composição de crenças atitudes, afetos e estratégias mal adaptativas.
- Questionário para avaliação de sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline: Questionário adaptado pelos autores com base no Guia para o Exame Diagnóstico segundo o DSM-5¹ e na Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline – Revisada (DIB-R)²². A DIB-R é uma entrevista que avalia sintomas em quatro áreas importantes para o diagnóstico da personalidade Borderline, que são a afetividade, a cognição, a impulsividade e os relacionamentos interpessoais;
- Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)²³: Questionário de autorrelato retrospectivo que está destinado a avaliar e mensurar diversas formas de eventos traumáticos como abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física.
- Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)²⁴: Trata-se de uma escala desenvolvida por E. Barratt para avaliar dimensões da impulsividade um sintoma central do Transtorno de Personalidade Borderline.

Etapa 2 (2019):

- Entrevista Para Diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline Revisada (Diagnostic Interview for Borderline Patients – Reviewed – DIB-R)²²: trata-se de uma entrevista semiestruturada que coleta informações em quatro áreas consideradas importantes para o diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline: Afeto, Cognição, Padrões de Ação

de Impulso e Relações Interpessoais.

- Questionário sociodemográfico: trata-se de um questionário para identificar o nível socioeconômico dos participantes. Contendo perguntas relacionadas a vários aspectos de sua vida, como saneamento básico, moradia e transporte.

Procedimentos

Este estudo foi iniciado com a seleção de 60 voluntários a partir da matriz de participantes da etapa 1, em 2015, que posteriormente foram convidados, por e-mail a participar da segunda etapa do estudo. Tal seleção teve como critério a região de moradia dos mesmos (todos da região metropolitana de Belo Horizonte) e sintomatologia apresentada no primeiro estudo, buscando uma amostra com sintomatologia variada, com voluntários que apresentaram poucos (n=20), médios (n=20) e muitos sintomas (n=20) condizentes com o Transtorno de Personalidade Borderline em 2015.

Dos voluntários contactados, 42 responderam ao e-mail e 18 se dispuseram a comparecer ao ambulatório de uma faculdade privada de Belo Horizonte, para a realização da segunda etapa. Os gastos com transporte foram reembolsados pela equipe de pesquisa. Esta etapa consistiu em dois encontros individuais, com duração média de duas horas por participante. No primeiro encontro uma dupla de membros da equipe de pesquisa, previamente treinada, realizou a aplicação do questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada DIB-R. No segundo encontro os participantes receberam a devolutiva de seus resultados, bem como foram oferecidas estratégias de tratamento gratuito – no próprio ambulatório ou outra clínica social – e os participantes foram convidados a participar de encontros de Psicoeducação sobre TPB, que ocorreram posteriormente, para os que se interessaram.

Os dados coletados foram tabulados e comparados com os dados de 2015, e foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, com uso do software estatístico SPSS, versão 22.

RESULTADOS

Conforme pode ser observado na Tabela 1, a amostra foi composta por 18 participantes, com idades entre 22 e 46 anos (média 29,77 anos), sendo 8 mulheres (45%), todas cisgênero, e 10 homens (55%), um deles transgênero. A maioria dos participantes possui nível superior de educação (67%) ou está na faculdade. Apenas dois participantes (11,1%) relataram estar desempregados. Um participante não informou ocupação e escolaridade.

Tabela 1. Informações sociodemográficas dos participantes

Participante	Gênero*	Idade (anos)	Ocupação	Escolaridade
P1	F	27	Professora	Superior Completo
P2	M	24	Estudante	Superior Incompleto
P3	M	23	Estudante	Superior Incompleto
P4	M	28	Não Informado	Não Informado
P5	M	22	Estudante	Superior Incompleto
P6	M	46	Professor/ Palestrante	Pós Graduação
P7	F	31	Desempregada	Superior Completo
P8	F	35	Produtora audiovisual	Superior Completo
P9	F	29	Jornalista	Pós Graduação
P10	M	39	Estatístico	Superior Completo
P11	M	23	Professora	Superior Completo
P12	F	28	Engenheira Ambiental	Pós Graduação
P13	F	37	Supervisora de Escola	Pós Graduação
P14	M	32	Desempregado	Pós Graduação
P15	M	37	Historiador	Superior Completo
P16	M	22	Secretário Escolar	Superior Incompleto
P17	F	30	Consultora de Beleza	Pós Graduação
P18	F	23	Estudante	Superior Incompleto

Nota: *F= feminino; M= masculino

Dos participantes incluídos na pesquisa, três faziam parte do grupo com mais sintomas, 2 do grupo médio e 13 do grupo com menos sintomas. Oito deles possuíam histórico de vivências traumáticas na infância e/ou adolescência (abuso físico, emocional ou sexual). Conforme pode ser observado na Tabela 2, na segunda etapa, 4 dos 18 participantes preencheram os critérios para TPB, todos pertencentes ao grupo com histórico de algum tipo de abuso – psicológico, físico ou sexual – na infância. Dentre os que apresentaram nível elevado de sintomas em 2015, apenas um preencheu critério para o diagnóstico em 2019, e este foi vítima de todos os tipos de abuso

infantil levantados. Os outros dois indivíduos que apresentaram elevado nível de sintomas em 2015, mas não preencheram critério em 2019 não haviam sofrido abuso na infância. Dois indivíduos que não apresentaram sintomas elevados em 2015 preencheram critério para TPB, ambos com histórico de abusos na infância. No grupo que não preencheu critério para nível limítrofe ou diagnóstico para TPB em 2019 apenas um indivíduo (P13) foi vítima de abusos na infância. Os perfis de personalidade esperados apareceram principalmente no grupo limítrofe, indicando possível vulnerabilidade ao desenvolvimento do TPB ou outros transtornos.

Tabela 2. Perfil dos participantes nas duas etapas do estudo, segundo preditores e sintomas de TPB

Participante	Histórico de Abusos			Personalidade				Sint. 2015
	Psic	Fís	Sex	Neur	Amab	Extr	Consc	
P1	✓	✓	✓					Elevado
P2	✓	✓						Médio
P3		✓	✓					Baixo
P4	✓						✓	Baixo
P5				✓			✓	Elevado
P6		✓					✓	Baixo
P7				✓	✓			Baixo
P8	✓							Baixo
P9	✓			✓	✓		✓	Baixo
P10				✓	✓			Baixo
P11							✓	Médio
P12				✓				Baixo
P13	✓		✓					Baixo
P14								Elevado
P15								Baixo
P16								Baixo
P17								Baixo
P18								Baixo

Nota: células sombreadas em cinza escuro indicam participantes que preencheram critérios da DIB-R para TPB em 2019; células sombreadas em cinza claro indicam participantes classificados como limítrofes na DIB-R em 2019; ✓= perfil condizente com o esperado para TPB; Neur.=Neuroticismo; Amab= Amabilidade; Extr =Extroversão; Consc= Conscienciosidade; Sint. 2015= nível de sintomas de TPB em 2015



Figura 1. Gráficos de evolução de sintomas dos participantes que em 2015 estavam nos níveis altos (A), médios (B) e baixos (C).

Análises de correlação de Spearman, apresentadas na Tabela 3, indicaram que o histórico de abuso emocional e físico estiveram positiva e significativamente associados à pontuação geral na DIB-R. Histórico de abuso psicológico também se correlacionou com sintomas afetivos e cognitivos do TPB, enquanto o histórico de abuso físico esteve significativamente correlacionado a padrões instáveis de relacionamentos interpessoais. O padrão atual de elevada impulsividade esteve associado a todos os tipos de abuso na infância – psicológico, físico e sexual. Adicionalmente, observou-se que crenças desadaptativas se correlacionaram com sintomas cognitivos, impulsividade e relacionamentos interpessoais, bem como com a pontuação total da DIB-R.

Observou-se, ainda, que indivíduos que obtiveram grande número

de sintomas em 2015, apresentaram também alta pontuação nos escores de impulsividade e relacionamentos interpessoais em 2019. O escore em “Conscienciosidade” apresentou correlação inversa com a pontuação total da DIB-R, o que significa que quanto menor a conscienciosidade maior a gravidade dos sintomas.

Tabela 3. Correlação entre preditores e sintomatologia TPB

Etapa 1/ Etapa 2	Dib afeto	Dib cognição	Dib impulsividade	Dib relacionamento	Dib Total
Psic	0,513*	0,728**	0,473*	0,357	0,578*
Sex	0,352	0,421	0,511*	0,320	0,432
Fis	0,303	0,383	0,681**	0,560*	0,574*
Crenças	0,445	0,494*	0,587*	0,555*	0,659**
QASTPB	0,397	0,307	0,763**	0,611**	0,598**
BIS-11	0,269	-0,124	0,129	-0,089	0,120
Neur	0,240	0,072	-0,103	0,242	0,054
Extr	0,194	-0,066	-0,092	0,075	0,084
Abertura	0,218	0,138	0,258	0,061	0,177
Amab	-0,332	-0,083	0,030	-0,289	-0,186
Consc	-0,439	-0,176	-0,429	-0,446	-0,504*

Nota: Neur.=Neuroticismo; Amab= Amabilidade; Extr =Extroversão; Consc= Conscienciosidade; QASTPB=Questionário de Crenças dos Transtornos de Personalidade Borderline.

* p<0,05

**p<0,01

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou analisar a estabilidade dos sintomas do Transtorno de Personalidade Borderline, bem como verificar quais seriam os principais preditores individuais para as diferenças na evolução e nos níveis de sintomas. Os resultados indicaram relativa estabilidade do nível de sintomas, sendo maior para os casos com menos sintomas na primeira fase e menos fatores de risco – principalmente histórico de abusos na infância. No que se refere ao histórico de traumas na infância, abuso psicológico se mostrou um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e manutenção de sintomas, confirmando outros estudos⁷. Além disso, as crenças típicas ao TPB, avaliadas na fase 1, mostraram-se também significativamente correlacionadas ao nível de sintomas na fase 2. No que tange aos traços de personalidade, o estudo constatou que Conscienciosidade seria a dimensão mais importante para prever sintomas, tendo indivíduos com menor nível neste fator apresentado níveis mais elevados de sintomas quatro anos depois.

Embora não tenham sido encontrados estudos no Brasil sobre a prevalência de sintomas de TPB ao longo do desenvolvimento, estudos internacionais têm demonstrado que os sintomas tendem a diminuir de intensidade ao longo do desenvolvimento, embora cerca de 50% das pessoas mantenham nível condizente com o diagnóstico ao longo de toda a vida. Os sintomas comportamentais tendem a ser os que mais mudam com o tempo, com destaque para a redução em impulsividade e nos comportamentos autolesivos, e aumento ou manutenção de dificuldades interpessoais e da instabilidade emocional⁵. No presente estudo os problemas de relacionamento identificados na fase 2 parecem ser preditos pelos sintomas na fase 1,

confirmando as evidências da literatura. Por outro lado, os sintomas afetivos na fase 2 não apresentaram correlação significativa com os sintomas na fase 1. Uma explicação possível pode se referir ao pequeno número de pessoas que atingiram critério para o diagnóstico, e ao fato de que a escala de afeto na DIB-R avalia aspectos mais característicos de quem tem o transtorno, como vazio existencial, raiva e sintomas hipomaniacos²².

No que se refere aos traços de personalidade, neuroticismo, extroversão e amabilidade não apresentaram correlação significativa com os sintomas de TPB, avaliados na etapa 2. Uma análise mais qualitativa, apresentada na Tabela 2, mostra que o perfil de personalidade esperado para pessoas com TPB aparece como mais típico do grupo médio, classificado como limítrofe. Isso pode indicar que, embora o perfil de personalidade seja importante preditor de sintomas de TPB, histórico prévio de abusos parece mais determinante, como pode ser constatado em outros estudos sobre os preditores⁷. Além disso, o grupo avaliado parece se diferenciar principalmente pelos traços impulsivos, o que fez com que Conscienciosidade se associasse aos sintomas. Uma amostra maior e mais diversificada nos perfis de sintomas poderia levar a resultados mais consistentes com a literatura. Uma explicação alternativa, ao considerar-se que crenças – um aspecto mais fluido da personalidade – se correlacionou com os sintomas de TPB, ao invés das medidas de traços, é que talvez as variantes da personalidade associadas à maioria dos sintomas se devam à expressão dos traços (crenças e estratégias de enfrentamento de estresse) e não aos traços em si. Sendo assim, embora os traços aumentem as chances de desenvolvimento do TPB, a história de vida cumpre um papel importante no desenvolvimento de formas de expressão da personalidade mais ou menos adaptativas. No caso das pessoas que sofreram abusos graves na infância, por exemplo, ter níveis não elevados de Neuroticismo, por exemplo, não impediu que desenvolvessem crenças e formas de enfrentamento tão ou mais desadaptativas do que pessoas que apresentam altos níveis do traço.

Os sintomas cognitivos, caracterizados por formas de pensar excêntricas ou estranhas, sintomas psicóticos ou quase psicóticos, apresentaram correlações significativas com crenças do TPB e com histórico de abuso psicológico. As crenças avaliadas pelo QCTP refletem certa tendência a acreditar mais no mundo interno – pensamentos e emoções que indicam possibilidade de abandono, por exemplo – do que na análise objetiva da realidade. Tais padrões podem estar relacionadas, em níveis mais extremos, a pensamentos fantasiosos ou pouco realistas, avaliados pela DIB-R, o que justifica a associação. No que se refere às relações entre abuso psicológico e crenças desadaptativas, a teoria cognitiva pressupõe que as crenças se formam principalmente no início do desenvolvimento, e refletem formas rígidas e globalistas de perceber o mundo, aprendidas principalmente a partir das relações com os cuidadores principais. Se tais relações são marcadas por repetidos episódios de violência e invalidação, a criança tenderá a interpretar as experiências com seus cuidadores como uma representação de como o mundo e as pessoas em geral funcionam – neste caso de forma abusivas e insensível – e como elas mesmas são – neste caso inadequadas e indignas de respeito e validação³. Adicionalmente, abuso psicológico se mostrou, também, preditor de sintomas afetivos, como depressão, raiva, sentimentos de vazio e hipomaniacos. Tais sintomas tendem a estar associados a padrões de pensamento (crenças) e regulação emocional pouco adaptativos. Pessoas que se perceberam como pouco acolhidas e respeitadas na infância podem ter aprendido

formas inadequadas de lidar com as emoções, como a tendência a percebê-las como problemáticas, julgá-las como certas ou erradas, e a usar formas de manejo focadas na evitação experiencial, como a autolesão, uso de substâncias psicoativas, ruminação e supressão das emoções. Tais padrões tendem a manter as crenças desadaptativas e a gerar formas inadequadas de relação com outros, aumentando as chances de desenvolvimento do TPB²⁵.

Impulsividade se correlacionou, principalmente, com abuso físico, que indica que indivíduos mais impulsivos tiveram, mais frequentemente, criações com estilo parental mais violento, onde castigos físicos foram mais comuns. A impulsividade se caracteriza por padrões cognitivos, emocionais e comportamentos não planejados, e, por essa razão, crianças com esse perfil tendem a ser mais confrontadoras, uma vez que apresentam dificuldade em gerir as frustrações. Tais características podem influenciar o estilo de educação dos pais ou cuidadores, aumentando a probabilidade de ocorrência de castigos físicos. Indivíduos com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), por exemplo, onde a impulsividade é um dos fatores predominantes, estão mais propícias a sofrerem violência física em comparação às crianças sem diagnóstico^{6,21}. Sendo assim, é possível que as pessoas mais impulsivas da amostra tenham apresentado, na infância, padrões de comportamento que aumentaram as chances de sofrerem violência física, nos casos em que os cuidadores já eram propensos à violência. Os estilos educativos agressivos podem ter contribuído para a piora da qualidade da relação e apego com os cuidadores. Os padrões de apego e relação violenta com cuidadores podem ter influenciado a qualidade dos relacionamentos na idade adulta, o que explicaria a correlação significativa entre abuso físico e problemas nos relacionamentos¹⁵. Por fim, pode, também, hipotetizar, que crianças impulsivas têm maior chance de ter pais também impulsivos, os quais podem acabar por cometer abusos físicos por dificuldades com manejo adequado da própria raiva.

O presente estudo não encontrou correlação entre a impulsividade geral, medida pela BIS, e sintomas de TPB, nem mesmo a escala de impulsividade específica, medida pela DIB-R. Tal resultado pode indicar que a impulsividade que caracteriza o TPB é diferente daquela avaliada pela BIS. Enquanto a impulsividade no TPB é uma variante extrema de traços, de cunho mais patológico, a que é avaliada pela BIS pode ser mais adaptativa, pois foi construída para avaliação de indivíduos de grupos não clínicos¹⁷. Outra explicação possível pode estar relacionada a uma característica do próprio grupo que compareceu para a segunda etapa: dos 17 indivíduos que haviam apresentado níveis elevados de impulsividade (com escore padronizado > 2) na etapa 1, apenas 2 compareceram para a etapa 2. É possível que os indivíduos mais impulsivos tenham mais dificuldades para se manter focados em uma meta, o que pode ter contribuído para a ausência nas entrevistas. Além disso, a baixa variabilidade nos resultados da BIS entre os participantes pode ter dificultado a identificação de padrões mais realistas de relação.

CONCLUSÃO

Este estudo contribuiu para a apresentação de dados longitudinais preliminares acerca da estabilidade dos sintomas de TPB ao longo de quatro anos. Os resultados podem ser úteis para uma melhor compreensão da manifestação dos sintomas ao longo da trajetória

do sujeito, contribuindo para os profissionais que lidam com este perfil de pacientes na medida em que possibilita um diagnóstico e prognóstico mais precisos.

Vale ressaltar que o estudo contou com alguns fatores limitantes, já que se valeu de uma amostra pequena, o que também está relacionado ao fato de a entrevista ser muito extensa (duração média de 50 minutos), e com perda amostral significativa, já que apenas cerca de 28% dos convidados compareceram para a segunda etapa, haja vista que alguns deles já não mais viviam no estado, ou não tiveram mais interesse. Outra limitação foi o fato de que a perda amostral foi maior entre aqueles com mais sintomas na etapa 1, o que fez com que o grupo estudado fosse mais representativo dos perfis com menos sintomas. Sugere-se que estudos futuros busquem novas estratégias para alcançar mais pessoas que tenham sintomas, como, por exemplo, o uso de amostras clínicas, já que a proporção de indivíduos com diagnóstico na população geral é pequena.

Diante disso, o estudo realizado, mesmo com dificuldades em relação à amostra, cumpriu seu objetivo ao evidenciar estabilidade de sintomas que possibilitam traçar um cenário característico do TPB. Também, foi capaz de mapear fatores desencadeadores para o surgimento do transtorno em questão, confirmando o que discorre na literatura⁷, em que há relação entre vivências traumáticas e o transtorno. Sobre os traços de personalidade relacionados aos sintomas, a conscienciosidade apresentou papel relevante não encontrando correlação com outros fatores. A pesquisa também permitiu análise de diferentes aspectos avaliados pela DIB-R que estabeleceram estreita correlação com outros fatores apresentados em pesquisa anterior, entre os quais se encontra crenças desadaptativas. Sendo assim, pode-se dizer que apesar da amostra restrita, o estudo demonstrou ser uma poderosa ferramenta que pode ser aperfeiçoada com pesquisa futuras, de preferência com amostras maiores, para melhor compreensão do tema com bibliografia tão escassa no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN 978-85-8271-089-0.
2. Winsper, C. The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Curr. Opin. Psychol.* 2018; 21:105–10.
3. Linehan M. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010, 512p.
4. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;141(1):6-20.
5. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(7):51.
6. Marceau EM, Meuldijk D, Townsend ML, Solowij N, Grenyer BFS. Biomarker correlates of psychotherapy outcomes in borderline personality disorder: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;94:166-78.
7. 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):221.
8. Luyten P, Campbell C, Fonagy P. Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *J Pers.* 2020;88(1):88-105.
9. Nunes FL, Rezende HA, Silva RS, Alves MM. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. *Rev. bras. ter. cogn.* 2015 Dez;11(2):68-76.
10. Mansur-Alves, M. & Saldanha-Silva, R. Teoria dos Cinco Fatores de Personalidade (TCF): uma introdução teórico-conceitual e aplicada para

- avaliação. In: Baptista MN & Muniz M, editors. *Compendio de Avaliação Psicológica*. Vozes, 2019, 736p.
11. Bleidorn W, Hopwood CJ, Back MD, Denissen JJA, Hennecke M, Hill PL, et al. Personality trait stability and change. *Personal. Sci* 2021;2, 1–20.
 12. Conceição IK, Bello JR, Kristensen CH, Dornelles VG. Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline. *Psicol. Rev.* 2015 Abr;21(1):87-107.
 13. Hopwood CJ, Bleidorn W. Stability and change in personality and personality disorders. *Curr. Opin. Psychol.* 2018;21(1):6-10.
 14. Saldanha-Silva R, Nunes FL, Rezende HA, Alvez MM. Maladaptive beliefs as mediators of the relationship between personality traits and Borderline Personality Disorder symptoms. *Estud. psicol.* 2019;36(1).
 15. Mainali P, Rai T, Rutkofsky IH. From Child Abuse to Developing Borderline Personality Disorder Into Adulthood: Exploring the Neuromorphological and Epigenetic Pathway. *Cureus.* 2020;12(7):e9474.
 16. Lenzenweger MF, Hallquist MN & Wright AGC (2018). Understanding stability and change in the personality disorders: Methodological and substantive issues underpinning interpretive challenges and the road ahead. In Livesley WJ & Larstone R, editors. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. The Guilford Press, 2018, p. 197–214.
 17. Spangenberg H, Ramklint M, Ramirez A. Long-term stability of personality traits in a clinical psychiatric sample. *Nord J Psychiatry.* 2019;73(6):309-316.
 18. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2018;262:70-77.
 19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 20. Saldanha-Silva R, Schlottfeldt G, Rozenberg MP, Santos MT & Lelé, AJ. Replicabilidade do modelo dos Cinco Grandes Fatores em medidas de personalidade. *Mosaico Estudos em Psicologia.* 2007;1(1): 37-49.
 21. Savoia MG, Vianna AM, Esposito BP, Guimarães EP, Gil G, Jorge LAF, et al. Adaptação do questionário de crenças dos transtornos de personalidade para o português. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo* 2006;51(2), 43-46.
 22. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR & Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders* 1989;3(1), 10-18.
 23. Grassi-Oliveira R, Stein LM & Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* 2006;40, 249-255.
 24. Malloy-Diniz LF, Mattos P, Leite WB, Abreu N, Coutinho G, Paula JJD et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *J. bras. Psiquiatr.* 2010;59(2): 99-105.
 25. Flink N, Honkalampi K, Lehto SM, Leppänen V, Viinamäki H, Lindeman S. Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clin Psychol Psychother.* 2018;10.1002/cpp.2188.