



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**PATRÍCIA ANDREIA DA COSTA DOMINGUES**

***Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida na  
Perturbação Borderline***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSOR DOUTOR CARLOS MANUEL BRAZ SARAIVA

JANEIRO DE 2017

*“No meio da dificuldade  
encontra-se a oportunidade”*

**Albert Einstein**

## ÍNDICE

<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA .....</b>	<b>11</b>
Conceitos e Prevalência .....	11
Influência do Ambiente Familiar e Sociocultural.....	13
Motivos que Levam ao Desenvolvimento de CALSIS.....	16
Factores Associados ao Início da Prática de CALSIS vs. Factores Associados à Manutenção da Prática de CALSIS.....	21
<b>PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE.....</b>	<b>24</b>
Definição e Conceitos.....	24
Tipos de Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i> .....	27
Factores Etiológicos.....	30
Comorbilidades Associadas à Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i> .....	31
<b>COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA E PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE TIPO BORDERLINE .....</b>	<b>36</b>
Associação entre a Idade das Pessoas com Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i> e Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida.....	36
Relação entre as Entidades Clínicas.....	37
Tipos e outras Características do CALSIS encontrados em Pessoas com PPB .....	38
Factores de Risco e Factores Protetores para o desenvolvimento de CALSIS, em Pessoas com PPB .....	39
Alterações Cerebrais em Pessoas com Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i> com Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida: Alterações Estruturais e Fisiopatológicas.....	44
Suicídio em doentes com PPB, com História de CALSIS.....	52
<b>DISCUSSÃO e CONCLUSÕES.....</b>	<b>54</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>

## RESUMO

**Introdução:** Neste Projeto de Tese abordam-se questões relacionadas com os indivíduos com perturbação da personalidade *borderline* que desenvolvem comportamentos autolesivos sem intenção suicida, com base na revisão de artigos publicados nos últimos 10 anos. Neste contexto serão revistos conceitos importantes, como os comportamentos autolesivos, perturbações da personalidade, e mais especificamente a perturbação da personalidade *borderline*, tentativa de suicídio e suicídio. Discute-se a etiologia dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida e faz-se a distinção dos indivíduos com estes comportamentos dos que desenvolvem intenção suicida. Faz-se uma análise de conceitos e causas da perturbação da personalidade *borderline* e das suas comorbilidades. Por fim, faz-se uma integração das duas entidades clínicas onde se procura explicar a relação entre ambas.

**Objetivos:** O objetivo do estudo é compreender quem são os indivíduos com perturbação da personalidade *borderline* que desenvolvem comportamentos autolesivos sem intenção suicida.

**Métodos:** Para a construção deste Projeto de Tese recorreu-se a uma revisão da literatura sobre o tema, dos últimos 10 anos.

**Conclusão:** Neste trabalho conclui-se que, os indivíduos com perturbação da personalidade *borderline* e comportamentos autolesivos sem intenção suicida em simultâneo são principalmente jovens que têm uma instabilidade afetiva, e que tanto para regular os afetos como para lidar com situações problemáticas são incapazes de desenvolver estratégias adaptativas. Os traços de impulsividade, abertura à experiência e neuroticismo são marcados, e a ruminação de emoções negativas é muito frequente. Já o nível de conscienciosidade é baixo, e a ideação suicida é mais frequente entre este grupo de indivíduos. São diversos os métodos de comportamentos autolesivos sem intenção suicida utilizados.

A etiologia da patologia é multifactorial, tanto participam fatores extrínsecos, como intrínsecos: é frequente encontrar uma história de abuso sexual entre os antecedentes pessoais

e por outro lado as alterações anatomofisiopatológicas são cada vez mais aceites.

**Palavras-chave:** Comportamentos autolesivos sem intenção suicida (CAL SIS), Perturbação da personalidade *borderline* (PPB), Auto-mutilação, Comorbilidade

## **ABSTRACT**

**Introduction:** This Thesis Project addresses some questions related to individuals diagnosed with borderline personality disorder who meet criteria for nonsuicidal self-injury, based on a ten years review literature. In this context, it is made the conceptual framework of nonsuicidal self-injury, personality disorder, especially the borderline personality disorder, attempted suicide, and suicide. The etiology of nonsuicidal self-injury is discussed and individuals with these behaviors are distinguished from those who commit suicide. Concepts and etiology of borderline personality disorder are analysed along with their comorbidities. Lastly, the relation between the two clinic entities is established and explained.

**Objectives:** The aim of the study is to understand who are these individuals who meet criteria for borderline personality disorder and develop nonsuicidal self-injury.

**Methods:** For this Thesis Project, a review of the literature on the subject, of the past ten years, was used.

**Conclusion:** In this study it is conclude that most people who have borderline personality disorder and nonsuicidal self-injury at the same time are young, and suffer from instability in affect. They have difficulties in affect regulation and handling problems, unable to use adaptive strategies. These patients have high levels of impulsivity, openness to experience, and neuroticism, and low levels of conscientiousness. They also engage in suicidal thoughts and rumination. There are many types of self-harm used by these patients.

This relationship has a complex etiology, where several intrinsic and extrinsic factors must be considered: it is frequent that this patients experienced child sexual abuse. Nowadays, anatomical abnormalities and physiopathological findings become accepted.

**Keywords:** Nonsuicidal Self-injury (NSSI), Borderline personality disorder (BPD), Self-mutilation, Self-harm, Comorbidity

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

CALSIS – Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

PPB – Perturbação da Personalidade do tipo *Borderline*

TS – Tentativa de Suicídio

## INTRODUÇÃO

Partindo da literatura da especialidade publicada até à data sobre o assunto, pretende-se, com este estudo abordar a questão dos indivíduos diagnosticados com perturbação da personalidade do tipo *borderline* (PPB), que se autoinfligem; perceber quais os motivos que os levam a submeterem-se a comportamentos autolesivos e quem são estes indivíduos, o que os distingue dos outros que não admitem as mesmas práticas.

Atualmente, a definição do conceito de perturbação da personalidade *borderline* ainda representa múltiplas controvérsias. É no entanto, esta é uma patologia frequentemente encontrada, em razão disso, há uma necessidade incontornável de aumentar a precisão no diagnóstico da PPB. Nessa expectativa, o DSM-5, o manual mais recentemente publicado, tenta reunir critérios de diagnóstico para a PPB. Apesar de já existir o DMS-5, a maior parte dos artigos referidos neste Projeto de Tese baseia-se em doentes com PPB diagnosticados a partir de critérios do DSM-4.

A PPB é uma patologia complexa que requer não só a compreensão da sintomatologia como também a compreensão do seu funcionamento, não descuidando a necessidade de distinção clara de outros diagnósticos.

Clinicamente reconhece-se esta entidade clínica como uma perturbação psiquiátrica caracterizada pela instabilidade persistente na regulação de emoções, na identidade e na autoimagem, onde existe uma dificuldade nos relacionamentos, impulsividade e comportamentos autolesivos de repetição (Lieb K *et al.*, 2004)<sup>4, 41;54</sup>.

Esta patologia causa grande impacto na qualidade de vida dos doentes, e determina consequências negativas mais ou menos graves, daí que, apenas a sua compreensão torna possível o desenvolvimento de um tratamento personalizado e eficaz.

Os comportamentos autolesivos sem intenção suicida (CALISIS), recentemente reconhecidos como um diagnóstico independente pelo DSM-5<sup>35</sup>, consistem na destruição intencional de um

tecido saudável do corpo sem intenção suicida (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991)<sup>19</sup>, e associam-se, em elevada percentagem, a pessoas diagnosticadas com PPB. Aliás, a existência de uma perturbação psiquiátrica constitui um dos factores de risco que mais intensifica os comportamentos autolesivos (Asnis *et al.*, 1993; Beautrais *et al.*, 1996; He *et al.*, 2001; Beautrais, 2002; Waern *et al.*, 2002; Holmstrand *et al.*, 2006)<sup>51</sup>.

É importante perceber que quanto maior a capacidade de identificar os doentes com PPB que desenvolvem CALSIS, mais rapidamente se pode introduzir terapêutica.

A identificação dos motivos que levam aos CALSIS permite obter uma terapêutica mais específica e adequada, assim o estudo procura quais os motivos que levam a este tipo de comportamentos, mas também quais os métodos utilizados e quais os factores de risco e factores protetores.

A prevalência por géneros dos doentes que desenvolvem CALSIS na PPB é também abordada neste Projeto de Tese.

Na base desta associação, PPB e CALSIS, encontra-se uma fisiopatologia que cada vez mais é alvo de investigação, e por isso a sua abordagem nesta revisão bibliográfica torna-se pertinente, porém o seu estudo requer o uso de métodos complementares de diagnóstico, mais ou menos invasivos, o que implica um tipo de investigação mais complexa, podendo limitar o número de trabalhos na área.

Por último, mas não menos importante, procura-se, com este trabalho, identificar as condições que tornam os doentes com PPB e CALSIS mais suscetíveis de cometer um ato suicida: “ato autolesivo, intencionalmente utilizado pelo indivíduo com o objetivo de provocar a própria morte, incluindo a intencionalidade de origem psicopatológica”<sup>3</sup>.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Os artigos que constituem a bibliografia deste artigo de revisão foram adquiridos pela pesquisa em endereços como o PubMed, Science Direct, Scielo, entre outros. E ainda com recurso à biblioteca do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Foram também consultados livros de texto essencialmente de literatura portuguesa.

Os artigos foram seleccionados com base em informação recente e significativa, publicados numa data igual ou inferior a 10 anos.

As palavras-chave seleccionadas foram “Comportamentos autolesivos sem intenção suicida (CALISIS)” e “Perturbação da personalidade *borderline* (PPB)”.

A seleção de referências foi feita em função da sua adequação aos objetivos deste Projeto de Tese, que está dividido em três grandes temas “Comportamentos autolesivos sem intenção suicida”, “Perturbação da personalidade *borderline*” e “Comportamentos autolesivos sem intenção suicida em pessoas com perturbação da personalidade *borderline*”.

## RESULTADOS

### *COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA*

#### **Conceitos e Prevalência**

Os comportamentos autolesivos sem intenção suicida são definidos pela destruição direta e deliberada de tecido do seu próprio corpo, sem intenção suicida (Nock, 2009)<sup>18</sup>. Estes comportamentos incluem cortes, arranhões ou queimaduras da pele, e ainda atos de agressividade contra si próprio ou a ingestão de substâncias tóxicas<sup>18</sup>.

A maior parte dos indivíduos que desenvolvem CALSIS utiliza mais do que um método (Favazza *et Conterio*, 1989; Gratz, 2001; Herpertz, 1995; Whitlock *et al.*, 2006)<sup>30</sup>.

Com o estudo da personalidade e dos comportamentos suicidários: comportamentos que “englobam uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujos limites são parcialmente sobreponíveis e interpenetráveis. Desde o suicídio consumado até à ideação suicida, passando pelos graus intercalares da tentativa de suicídio e do parassuicídio” (Saraiva CB., 2010)<sup>35</sup>; onde se incluem os CALSIS, foi possível identificar fatores preditores desses mesmos comportamentos. O preditor mais fidedigno são os elevados níveis de neuroticismo (McAdams DP. *et al.*, 2010)<sup>35</sup>, mas não é o único factor, a ansiedade, a introversão, a agressividade, a impulsividade, a desesperança, o perfeccionismo, a auto-crítica, o sentimento de culpa e a irritabilidade constituem também importantes fatores de risco para os comportamentos suicidários (Brent DA. *et al.*, 1994, Fergusson DM. *et al.*, e Brezo J. *et al.*, 2006)<sup>35</sup>.

“Diferentes estudos mostraram que entre 13-25% dos adolescentes e jovens adultos inquiridos em escolas tinham algum tipo de história pessoal de CALSIS, por exemplo, Muehlenkamp *et al.* (2012) encontraram conclusões semelhantes na sua revisão.”<sup>12</sup>.

Aproximadamente 4% dos adultos da população em geral assume uma história de CALSIS

(Briere *et Gil*, 1998, Klonsky, Oltmanns, *et Turkheimer*, 2003)<sup>30</sup>. E dados de amostras comunitárias referem que 10% dos adolescentes apresentam CALSIS, pelo menos uma vez ao longo da vida (Hawton *et al.*, 2012)<sup>34</sup>.

A maior parte dos estudos aponta para uma maior frequência dos CALSIS entre mulheres, para valores de 20,3% vs. 8,5% (Laye-Gidhu *et Schonert-Reichl*, 2005), 24,3% vs. 8,3% (Nixon *et al.*, 2008) e 45,2% vs. 38,1% (Lundh *et al.*, 2011). No entanto, alguns estudos não encontram diferenças por géneros entre adolescentes e adultos jovens (Gratz *et al.*, 2002; Hilt, Nock *et al.*, 2008)<sup>33,34</sup>.

Ao longo do tempo foram desenvolvidos estudos a favor de que o diagnóstico de comportamentos autolesivos fosse um síndrome independente (Favazza 1996, Pattison *et Kahan*, 1983, Muehlenkamp, 2005)<sup>33</sup>, que deveria surgir no DSM-5 enquanto CALSIS (*et Jaconson*, 2009)<sup>33</sup>.

Em estudos mais recentes, Selby *et al.*, 2012, distinguiram CALSIS de PPB, favorecendo a existência de CALSIS enquanto uma entidade independente<sup>33</sup>.

Atualmente, os CALSIS integram o DSM-5 que propõe, para esta entidade clínica, os seguintes critérios de diagnóstico:

“A – No último ano, o indivíduo, durante 5 ou mais dias, desenvolveu, intencionalmente, CALSIS na superfície do corpo, suscetível de criar uma hemorragia, equimose ou dor, com a expectativa de que a lesão não provocaria mais do que um pequeno ou médio dano no organismo.

B – O indivíduo desenvolve CALSIS com uma ou mais das seguintes expectativas:

1. Para obter alívio de emoções negativas ou de um estado cognitivo.
2. Para resolver uma dificuldade interpessoal.
3. Para induzir um estado emocional positivo.

C – Os CALSIS intencionais estão associados a pelo menos um dos seguintes:

1. Dificuldades interpessoais ou emoções ou pensamentos negativos, como depressão, ansiedade, tensão raiva, sensação de pânico, ou auto-criticismo, que ocorrem no período de tempo que antecede o CALSIS.
2. O período que antecede o CALSIS é acompanhado de preocupação face ao comportamento que pretende praticar e que é difícil de controlar.
3. Pensamentos frequentes sobre os CALSIS, mesmo quando este não é colocado em prática.

D – O comportamento não é socialmente sancionado e não se restringe a roer uma unha ou a retirar uma crosta.

E – O comportamento ou as consequências do mesmo provocam *stress* clinicamente significativo ou interferem nas funções interpessoais, académicas ou outras áreas de funcionamento importantes.

F – O comportamento não ocorre apenas quando associado a episódios psicóticos, ou de delírio, a intoxicação de substâncias, ou em situação de abstinência de substâncias. Num indivíduo com um distúrbio do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de estereotipias repetitivas. O comportamento não é explicado por mais nenhum distúrbio mental ou outra condição médica.”

### **Influência do Ambiente Familiar e Sociocultural**

Com a leitura de vários artigos parecem existir um conjunto de características essenciais que promovem o CALSIS nomeadamente a integração numa família disfuncional onde o ambiente familiar é conflituoso, e com elevado grau de criticismo. Com frequência estas famílias revelam um padrão de rigidez e expressão elevados níveis de emoção. Alguns doentes com esses comportamentos referem histórias de abuso ou de negligência (Wedig &

Nock, 2007)<sup>22</sup>, (Heath, Toste, Nedecheva, & Charlebois, 2008; Adrian, Zeman, Erdley, Lisa, & Sim, 2011; Martin, Bureau, Cloutier, & Lafontaine, 2011)<sup>48</sup>.

Em estudos realizados com jovens portugueses conseguiram-se identificar fatores relacionados com o desenvolvimento de CALSIS: o fracasso a nível individual, familiar e social, bem como a tentativa desesperada de modificar uma situação insustentável (Sampaio, 1991; Saraiva CB, 2006)<sup>34</sup>.

A Consulta de Prevenção e Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, por sua vez, conseguiu reunir um conjunto de características que permitiu construir um perfil da população de doentes que desenvolvem CALSIS. A partir do estudo de 448 jovens, foi possível identificar uma média de idades de 19 anos, onde a maior parte era do género feminino, o método mais utilizado como CALSIS era a intoxicação medicamentosa, mais de metade dos jovens tinham um mau relacionamento familiar, e mais de metade tinham um familiar com doença psiquiátrica, metade fumava, menos de metade tinha um familiar que terá feito uma tentativa de suicídio: “definida como um ato levado a cabo por um indivíduo, tendo como resultado esperado a morte, mas que foi interrompido antes que a mesma tenha ocorrido”<sup>3</sup>; ou se terá suicidado, e em menor percentagem era possível identificar jovens com maus tratos na infância ou que não realizavam atividades de grupo. Em percentagens mais baixas encontramos os jovens vítimas de abuso sexual, abusadores de álcool, não religiosos, que cometem intoxicação por pesticidas, que são admitidos no Serviço de Urgência por “cortes”, jovens que são educados em instituições e ainda aqueles que já estiveram internados no serviço de Psiquiatria<sup>48</sup>.

Para facilitar a visão sobre o indivíduo que desenvolve CALSIS, Saraiva CB. e Joaquim C. reuniram os parâmetros que permitem traçar o perfil destes indivíduos numa tabela (Tabela 1).

<b>CALSIS</b>
Mulher
< 25 anos
Intenção manipulativa
Psicofármacos, cortes
Impulsivo
Problemas reagudizados
Estilo de vida caótico
Todas as estações do ano
250/100 000 (aproximadamente)
Depressão < 50%
Distúrbio da personalidade

Tabela 1 – Perfil da pessoa que desenvolve CALSIS.

Adaptado de (Saraiva, 2006)<sup>3</sup>

Admite-se que os comportamentos autolesivos existem quando todo um conjunto de condições se encontra reunida, o *stress* e as vulnerabilidades fazem parte destas condições, mas também a maior suscetibilidade para evocar memórias traumáticas ocupa um papel importante. Estudos recentes têm sido desenvolvidos no sentido de mostrar que existem traços temperamentais: ou seja, a maneira de ser emocional de cada indivíduo; de maior vulnerabilidade que influenciam a passagem ao ato, como por exemplo o perfeccionismo, a baixa autoestima, a impulsividade e a perturbação da identidade<sup>35,48</sup>.

Em suma, os CALSIS estão “subjacentes a uma patologia de afetos, ajustamentos, personalidade e interação familiar e social”<sup>48</sup>.

## Motivos que Levam ao Desenvolvimento de CALSIS

Os CALSIS constituem um mecanismo maladaptativo que permite, a pessoas incapazes de encontrar outra solução, lidar com os seus problemas. Hoje em dia é descrito que a prática de tais comportamentos permite a regulação de afetos, o controlo do elevado nível de impulsividade, a fuga da despersonalização, a fuga do suicídio, a diminuição da tensão e ainda permite responder a agentes *stressores* ambientais (Mangnall & Yurkovich, 2008; Messer & Fremouw, 2008)<sup>19</sup>, outros utilizam estes comportamentos para obter ajuda, ou para expressar raiva e repugnância de si mesmo, ou para reprimir pensamentos suicidas<sup>30</sup>. Os CALSIS permitem, aos indivíduos, experienciar uma sensação de alívio imediato<sup>12</sup> (Gratz & Gunderson, 2006; Klonsky, 2009; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Mangnall & Yurkovich, 2008)<sup>19</sup>, e temporário<sup>30</sup>, bem como uma diminuição do *stress* físico, facto que parece estar de acordo com evidências biológicas (Bunclark, 2000)<sup>12; 21</sup>.

Alguns investigadores defendem que os CALSIS provocam a libertação de endorfinas no cérebro o que irá provocar uma sensação de bem-estar que por sua vez diminui a ansiedade e tristeza (Winchel *et* Stanley, 1991)<sup>49</sup>.

A regulação do afeto é a função dos CALSIS com maior suporte empírico, tanto na população de adolescentes como em adultos (Klonsky, 2007)<sup>33</sup>, reforçando a ideia de que os CALSIS são essencialmente mantidos por reforço negativo<sup>33</sup>.

Quem desenvolve CALSIS é mais suscetível de experienciar determinadas características psicológicas, como as emoções negativas, a incapacidade em lidar com as emoções e a auto-derrogação<sup>30</sup> (Gráfico 1).

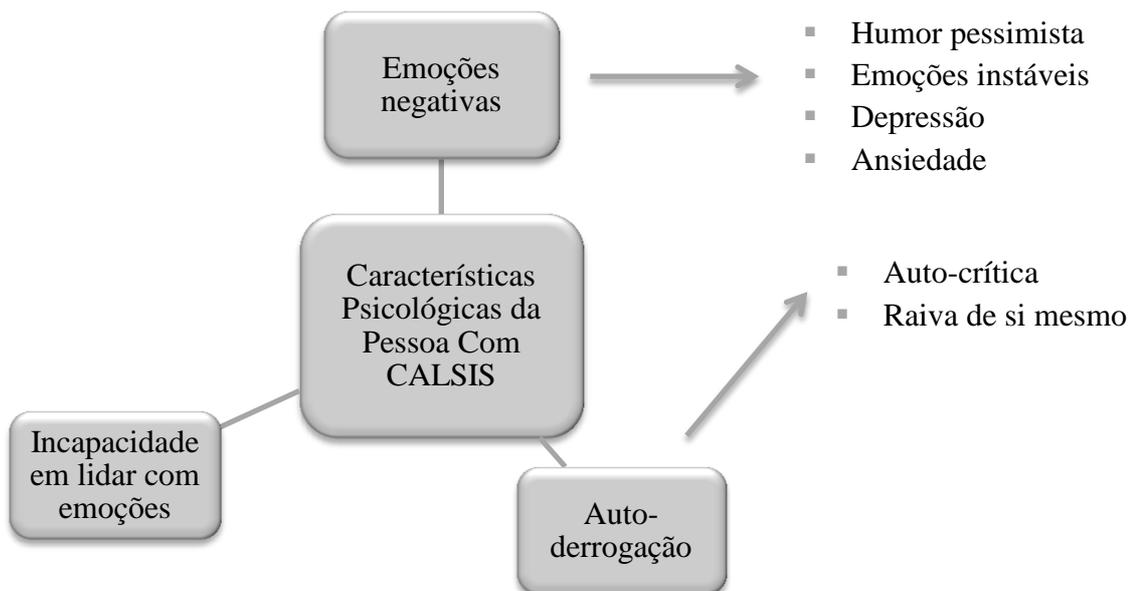


Gráfico 1 – Características psicológicas que surgem em pessoas com CALSIS

(Adaptado de Klonsky et Muehlenkamp, 2007)

Nock e Prinstein (2004, 2005) desenvolveram o modelo dos 4 fatores dos CALSIS que permitem explicar as funções dos CALSIS. As quatro funções são o reforço automático positivo e negativo, e o reforço social positivo e negativo<sup>33,48</sup>.

As emoções negativas são mais frequentes em pessoas com CALSIS do que em pessoas que não desenvolvem estes comportamentos, e por isso recorrem aos comportamentos autolesivos como forma de regulação do seu estado emocional negativo (Fliege *et al.*, 2009)<sup>12</sup>; (Kleindienst *et al.*, 2008)<sup>13</sup>, (Klonsky *et al.*, 2003, Gratz *et Roemer*, 2004, Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico *et Gibb*, 2005)<sup>30</sup>. Assim, os CALSIS funcionam como reforço negativo. O reforço positivo é usado por doentes que pretendem criar um estado fisiológico desejável. Considerando o reforço negativo, os indivíduos ao utilizarem CALSIS tencionam evitar as exigências interpessoais. Em contrapartida, no reforço positivo há uma procura da atenção dos outros ou da conquista de algo dos outros (Nock e Prinstein, 2004)<sup>12; 48</sup>.

Os CALSIS são uma estratégia extremamente frequente entre os adolescentes, utilizada como forma de lidar com as emoções adversas: para aliviar estados emocionais, para lidar com o

tédio, para se abstraírem das suas emoções ou ainda para lidar com o sentimento de solidão (Herpertz *et al.*, 1997; Suyemoto, 1998; Nock e Prinstein, 2005; Skegg, 2005; Klonsky, 2009)<sup>12</sup>. As pessoas com CALSIS são mais suscetíveis de apresentar dificuldades em expressar as suas emoções, do que os que não têm estes comportamentos (Gratz, 2006)<sup>30</sup>. Mas este tipo de comportamentos pode também ser usado como forma de regular ou controlar a relação com os outros<sup>12</sup>. Num estudo, Hilt *et al.* (2008), mostraram que o grupo de adolescentes com CALSIS tinha melhorado significativamente a sua relação com os pais; este facto prova a capacidade dos CALSIS em aumentar a possibilidade de estabelecimento de relações sociais<sup>22</sup>.

A idade para o início destes comportamentos situa-se entre os 13 e os 14 anos (Favazza *et al.*, 1989, Herpertz, 1995, Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson *et al.*, 2006)<sup>30</sup>.

Klonsky e Olini (2008) identificaram duas classes de funções dos CALSIS (Gráfico 2). Uma das classes é representada pelas funções intrapessoais, que servem de motivo para CALSIS focados no reforço do *self*. Permitem a regulação do afeto, têm uma função anti-dissociativa<sup>13,50</sup> (Penn *et al.*, 2003)<sup>33</sup>, permitem gerar sensações<sup>50</sup>, têm uma função anti-suicida<sup>30</sup>, marcam fisicamente a angústia ou podem ainda servir como forma de autopunição: Margarida de Matos<sup>49</sup>, explica que depois de uma história de abuso ou negligência é comum que, o indivíduos que cometem CALSIS se sintam culpados e pensem merecer a punição, funcionando a violência autodirigida como um castigo<sup>13,14,49</sup> (Nixon *et al.*, 2002, Laye-Ginghu *et al.*, 2005, Swannell *et al.*, 2008)<sup>33</sup>. Nos estudos de Klonsky (2007, 2009) a regulação do afeto e a auto-punição provaram estar muito relacionados com os CALSIS<sup>13,50</sup>.

A outra classe é representada pelas funções interpessoais, que servem de motivo para CALSIS focados no reforço com os outros ou com o ambiente. Permitem ao indivíduo mostrar

autonomia, estabelecer os seus limites, influenciar os outros, estabelecer uma ligação com o par, vingar-se, cuidar-se, procurar sensações e mostrar-se seguro<sup>13,14,49</sup>.

O reforço interpessoal pode ser positivo, quando por exemplo os CALSIS são usados para conseguir ajuda de outros, ou negativo, quando por exemplo são usados para lidar com as duras críticas de outros.

O reforço intrapessoal por sua vez pode também ser positivo ou negativo. Para demonstrar o primeiro caso pode-se tomar por exemplo a utilização de CALSIS para aumentar a noção de autocontrolo, o segundo caso pode-se exemplificar pelo alívio de afetos negativos (Gratz, 2003; Nock, 2010)<sup>14</sup>.

Os CALSIS servem essencialmente motivos intrapessoais comparativamente aos motivos interpessoais<sup>14,33</sup>. Por sua vez, as funções intrapessoais mostram uma forte associação com a regulação do afeto em indivíduos com PPB<sup>14</sup>.

## Classes de Funções de CALSIS:

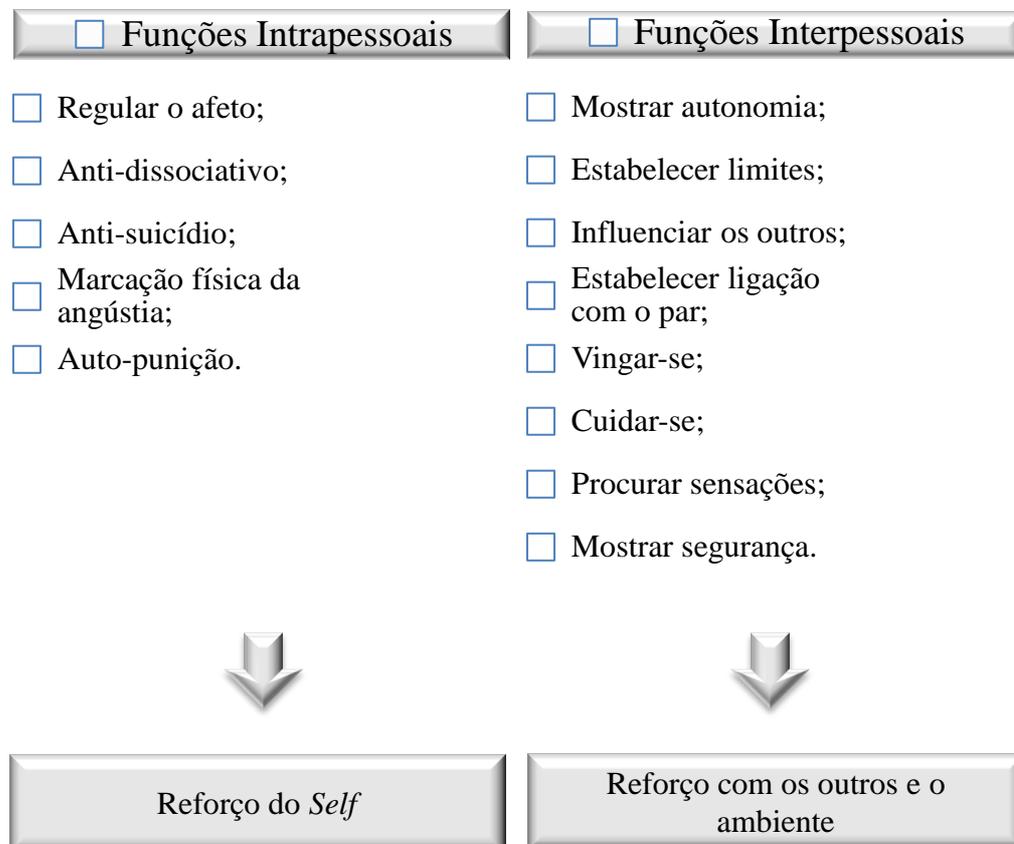


Gráfico 2 – Classes de Funções dos CALSIS

(Adaptado de Klonsky e Olinio 2008, Sadeh *et al.*, 2014 e Pooja D. Saraff, 2014)

Os cortes na própria pele, em especial os que coexistem com pensamentos suicidas, parecem funcionar como um mecanismo de *coping* usado de forma a evitar o suicídio, diminuindo assim a ideação suicida e o nível de tensão; porém a diminuição da tensão é menos eficaz entre indivíduos que utilizam CALSIS em que os pensamentos suicidas persistem (Suyemoto, 1998)<sup>19</sup>.

Alguns investigadores, perceberam, pelos seus estudos, que as pessoas com CALSIS têm uma menor capacidade de utilizar comportamentos adaptados para a resolução de problemas sociais, e têm menos mecanismos de *coping* para lidar com o *stress* emocional (Andover *et al.*, 2007; Nock & Mendes, 2008)<sup>22</sup>.

## **Fatores Associados ao Início da Prática de CALSIS vs. Fatores Associados à Manutenção da Prática de CALSIS**

Os modelos que dominam na explicação dos CALSIS baseiam-se na regulação de emoções e na redução da tensão (Chapman, Gratz *et* Brown, 2006; Nock *et* Cha, 2009)<sup>22</sup>. E, embora os CALSIS sirvam essencialmente motivos intrapessoais quando comparados com os motivos interpessoais<sup>14,33</sup>, existe a possibilidade de que os motivos para iniciar um CALSIS sejam diferentes dos motivos que levam à manutenção destes comportamentos. Neste sentido, Whitlock *et al.*, (2011), realizaram um estudo onde os participantes indicavam, mais frequentemente, motivos sociais como argumento para o iniciar CALSIS, mais do que para manter esses comportamentos. Em simultâneo, distinguiram algumas diferenças entre o género feminino e masculino, mais pormenorizadamente, considerando apenas os motivos para iniciar os CALSIS, enquanto as raparigas apresentavam motivos sociais diretos (por exemplo “estar na expectativa de que alguém repare”), os rapazes identificavam motivos sociais indiretos (por exemplo “estar irritado com alguém”)<sup>22</sup>.

No futuro, serão necessários mais estudos que suportem este trabalho de investigação. Muehlenkamp *et al.* (2013), cientes da potencial importância das funções sociais na iniciação e manutenção dos CALSIS, desenvolveram um trabalho no sentido de analisar outros fatores sociais associados a estes comportamentos<sup>22</sup>.

É plausível que o bom apoio social sirva de fator protetor nos CALSIS, no estudo de Heath *et al.* (2009), um estudo de pequena dimensão, foi encontrada uma relação significativa entre a perceção de um fraco apoio sentido pelos pares e os CALSIS<sup>22</sup>.

À semelhança dos estudos existentes na área, também Muehlenkamp *et al.* (2013) concluíram no seu artigo que os motivos sociais serviam essencialmente de motivo para iniciar CALSIS, mais do que para os manter<sup>22</sup>.

## **Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida vs. Suicídio: Fatores de Risco para Suicídio em Pessoas com CALSIS**

Na prática, os fenómenos de suicídio e de CALSIS são distintos, tanto nas características como nas intenções que servem de motivo, porém, ambos partilham alguns fatores de risco psicológicos e sociais (Muehlenkamp, 2005, Walsh, 2006)<sup>30</sup>. E, apesar de tudo, uma grande percentagem de indivíduos com CALSIS admite ter feito uma tentativa de suicídio pelo menos uma vez na vida (Nock *et al.*, 2006, Muehlenkamp *et Gutierrez*, 2007)<sup>30</sup>.

Doentes com história de tentativa de suicídio e CALSIS apresentam geralmente mais sintomas depressivos, de desespero, de impulsividade, de agressividade e de ideação suicida que os doentes que apenas apresentavam história de CALSIS. E apresentam também maior risco de concretização do suicídio<sup>2,35,48</sup>.

Os CALSIS e a TS são dois problemas que atingem particularmente os adolescentes, sendo o suicídio a segunda causa de morte mais comum, na idade jovem, em todo o mundo<sup>12</sup>.

Os CALSIS são um fator de risco documentado para suicídio (Hawton K. *et al.*, 2007, Wilkinson P. *et al.*, 2011)<sup>34</sup>, constituindo mesmo o principal fator de risco para o suicídio (NHS, 1998)<sup>12</sup>. Um elevado nível de ideação suicida e comportamentos suicidários são frequentes entre indivíduos com CALSIS (Nock *et al.*, 2006; Whitlock *et al.*, 2006)<sup>12</sup>.

Entre os indivíduos que assumem desenvolver CALSIS durante um período superior a um ano, pode verificar-se um aumento do número de métodos utilizados bem como uma maior letalidade desses métodos, comparativamente aos indivíduos que descontinuem tais condutas (Andrews *et al.*, 2013)<sup>13</sup>.

Os fatores de risco para suicídio podem ser agrupados em três grandes grupos. O grupo dos fatores sociodemográficos é o grupo que tem maior valor preditivo de suicídio: neste grupo deve considerar-se a idade, o género e religião do doente; o segundo grupo é constituído pelos

fatores contextuais: aqui o doente deve ser avaliado no sentido da procura de uma doença psiquiátrica grave, história de abuso de substâncias/dependência de álcool ou drogas, doença física terminal ou incapacitante, isolamento, acontecimentos de vida adversos recentes, e história familiar de suicídio; por último no terceiro grupo de fatores de risco, encontra-se o grupo dos fatores da esfera suicida, este grupo é o que tem menor valor preditivo de suicídio e nele encontram-se as seguintes características: a história de tentativas de suicídio prévias, o plano suicida e o acesso a meios letais<sup>48</sup>.

## ***PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE BORDERLINE***

### **Definição e Conceitos**

A personalidade pode ser definida por “um conjunto de padrões cognitivos, emocionais, motivacionais e comportamentais estáveis que são ativados em circunstâncias particulares” (Mischel e Shoda, 1995)<sup>3</sup>. A personalidade é ainda caracterizada por dois aspetos peculiares, o seu carácter dinâmico e o seu potencial de variabilidade e flexibilidade de resposta<sup>3</sup>.

A compreensão da definição de personalidade permite-nos depreender com maior facilidade que a definição de perturbação da personalidade será uma disfunção dos aspetos supracitados, com estagnação e perda da capacidade de adaptação ambiental<sup>3</sup>. As perturbações da personalidade representam variantes maladaptativas de traços da personalidade<sup>4</sup>.

O DSM-5 propõe três grandes grupos de perturbações da personalidade, que permitem reunir vários tipos de perturbações que partilham características semelhantes. O Grupo A corresponde aos indivíduos excêntricos ou estranhos, onde se incluem as perturbações da personalidade paranoide, esquizoide, e esquizotípica. O Grupo B corresponde aos indivíduos dramáticos, imprevisíveis ou impulsivos, onde se incluem as perturbações da personalidade antissocial, *borderline*, histriónica e narcísica. E o Grupo C corresponde aos indivíduos ansiosos ou receosos, onde se incluem as perturbações da personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva<sup>3</sup>.

O modelo de funcionamento geral da personalidade mais aceite é o Modelo dos Cinco Fatores (Trull, 2012)<sup>3:53</sup>. Constituem esses cinco fatores o neuroticismo (versus estabilidade emocional), a extroversão (versus introversão), a conscienciosidade (versus desinibição), a amabilidade (versus antagonismo), e a abertura à experiência (versus convencionalidade) (Cost e McCrae, 1992)<sup>3</sup> (Tabela 2).

## Modelo dos 5 Fatores

<b>Extroversão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Energisa, entusiasmo, sociabilidade, atividade, assertividade e afetividade positiva.</li></ul>
<b>Neuroticismo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Afetividade negativa, nervosismo, ansiedade, tristeza e tensão.</li></ul>
<b>Amabilidade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Altruísmo, afeto, confiança, modéstia e simpatia.</li></ul>
<b>Conscienciosidade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Constrangimento, controlo de impulsos, pensar antes de agir, atrasar gratificações, seguir normas e regras, lanificar, organizar e priorizar.</li></ul>
<b>Abertura à experiência</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Originalidade, mente aberta.</li></ul>

Tabela 2 – Modelo dos 5 Fatores

(Adaptado de Palma MT, 2012 – cf.: John e Srivastava, 1999)

Mais recentemente, o DSM-5 vem propor um modelo de cinco domínios de personalidade maladaptativa: compreenda-se que os traços maladaptativos das perturbações da personalidade resultam do desenvolvimento de extremos de traços da personalidade normal; uma extensão do Modelo dos Cinco Fatores<sup>3,53</sup>. Constituem os cinco domínios de personalidade maladaptativa a desregulação emocional, o isolamento, o psicoticismo, a desinibição e o antagonismo.

A PPB é uma perturbação da personalidade onde a desregulação emocional constitui um dos principais fatores de diagnóstico<sup>4</sup>.

A literatura empírica sugere que as pessoas com PPB têm uma maior tendência para valorizar estímulos negativos, e memórias negativas, desenvolvem também uma variedade de crenças consistentes com a PPB sobre si mesmos e sobre o mundo, fazendo interpretações e avaliações negativas de estímulos neutros ou ambíguos. Estas pessoas desenvolvem ainda elevados níveis de ruminação, e esta tendência encontra-se relacionada com a severidade dos sintomas<sup>45</sup>.

Segundo a classificação do DMS-5, uma pessoa preenche os critérios de diagnóstico para a Perturbação da Personalidade *Borderline* quando existe “Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de elevada impulsividade que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginado. (Nota: não se incluem neste item o comportamento suicida ou de automutilação cobertos pelo critério 5)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente destrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: não se incluem neste item o comportamento suicida ou de automutilação cobertos pelo critério 5)
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos de automutilação.
6. Instabilidade afetiva devido a uma elevada reatividade do humor (por exemplo, disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração de poucas horas e apenas raramente de mais alguns dias).
7. Sentimentos crónicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (por exemplo, estado frequente de irritação, raiva constante, disputa física recorrente).
9. Ideação paranoide transitória associada a *stress* ou sintomas dissociativos intensos.”

A perturbação da personalidade *borderline* é marcada por dificuldades nas relações interpessoais, impulsividade, instabilidade emocional e ainda um elevado nível de comportamentos suicidários<sup>5,10,18</sup>. Tipicamente, nas dificuldades em estabelecer relações interpessoais incluem-se a dependência excessiva e as relações turbulentas<sup>28,54</sup>. Os doentes com PPB mostram uma menor sensibilidade a estímulos dolorosos (Russ *et al.*, 1992; Schmahl *et al.*, 2004)<sup>21</sup> (Ludascher *et al.*, 2007)<sup>29</sup>.

A PPB já foi vista como uma patologia com a mesma prevalência para o género masculino e feminino, por exemplo num estudo Americano, Grant *et al.*, 2008, não encontraram uma prevalência significativa da PPB por um dos géneros; porém, estudos mais recentes mostram uma maior prevalência da perturbação entre mulheres. E ainda, os estudos parecem encontrar um consenso sobre a influência de uma história anterior de abuso sexual: tem-se demonstrado que este fator aumenta o risco de desenvolvimento de PPB no futuro<sup>4,56</sup> (Selby *et al.*, 2012; Glenn and Klonsky, 2013)<sup>14</sup> (Johnson DM. *et al.*, 2003)<sup>42</sup>.

Esta patologia tem-se tornado cada vez mais alvo de estudo na investigação, uma vez que está associada a um elevado prejuízo funcional e não só<sup>54</sup> (Zimmerman *et al.*, 2012)<sup>15</sup>. Porém acredita-se que tanto as características da patologia como os seus prejuízos diminuem ao longo do tempo (APA, 2000)<sup>15</sup>.

### **Tipos de Perturbação da Personalidade *Borderline***

Oldham propôs 5 subtipos discretos de PPB, o subtipo afetivo, o impulsivo, o agressivo, o dependente e o vazio. Os subtipos afetivos, impulsivo e dependente são os mais frequentes<sup>9</sup>.

Num estudo desenvolvido por Rebok F. *et al.* (2014), pode-se perceber que os doentes com PPB do subtipo impulsivo e do subtipo afetivo são doentes mais jovens, que relatavam comportamentos suicidários com início em idades mais jovens e com maior frequência

quando comparados com os doentes com PPB do tipo dependente. Na PPB do subtipo impulsivo incluem-se um maior número de doentes com abuso de substâncias, e doentes com níveis de impulsividade mais elevados<sup>9</sup>.

Por sua vez, Gunderson contradiz a divisão em subtipos de PPB supracitada, argumentando que não há subtipos discretos da PPB, mas que estes representam um gradiente de severidade de uma única perturbação da personalidade (Gunderson JG, 2001)<sup>36</sup>.

Atualmente, a investigação dos subtipos de PPB é abordada de duas formas. A primeira é o estudo orientado das variáveis, onde pela análise fatorial se estuda a covariação entre critérios da PPB. Nesta linha de pensamento, a partir do momento em que é possível identificar os fatores, então também será possível estudar os perfis desses fatores e consequentemente criar uma divisão por subtipos de indivíduos.

A segunda forma de abordar é essencialmente centrada na pessoa, onde o objetivo é examinar padrões específicos de sintomas entre os participantes utilizando a análise de classe latente. A partir do momento em que essas classes latentes podem ser identificadas, então assume-se que tenham importância para a covariação das variáveis<sup>36</sup>.

Em 1999, Fossati *et al.* publicaram um artigo sobre um estudo que consistia na caracterização dos participantes, segundo o DSM-4, recorrendo à análise de classe latente. Neste estudo, encontraram três classes latentes: a primeira constituída pelos indivíduos sem PPB, na segunda classe estava o grupo intermédio e finalmente, na terceira classe estavam os indivíduos com PPB. No final, o grupo de investigadores acaba por concluir que as características diagnósticas da PPB permitem identificar uma única entidade clínica e não um conjunto de subtipos em que se divide a PPB<sup>36</sup>.

De forma semelhante, Clifton A. & Pilkonis P.A.(2007) não encontraram, nos seus estudos, evidências que permitissem distinguir diferentes subtipos de PPB, nem pela análise fatorial nem pela análise de classe latente.

Desde então têm-se desenvolvido vários estudos nesta área. Sleuwaegen E. *et al.* (2016), chegaram à conclusão de que os diferentes trabalhos de investigação desenvolvidos até à data provavam um nível crescente de evidência para a necessidade de definir e validar diferentes subtipos de doentes com PPB, de modo a que o diagnóstico e tratamento pudessem ser melhorados<sup>55</sup>.

Com o estudo que desenvolveram conseguiram classificar 4 subtipos de PPB: o subtipo da baixa ansiedade, o da inibição, o do elevado autocontrolo e o subtipo emocional/desinibido.

O primeiro subtipo pelos baixos níveis de ansiedade e de sintomas associados à sensibilidade interpessoal, bem como os elevados níveis de expressão de emoções encontra-se essencialmente associado à perturbação da personalidade antissocial.

O segundo subtipo é caracterizado pelos baixos níveis de reatividade, não respondendo primariamente ao sistema recompensa, com níveis de esforço moderados para o controlo. Associa-se a este subtipo as perturbações da personalidade evitante e obsessivo-compulsiva, e depressiva. Estes doentes não expressam tanto as suas emoções, internalizam muito mais e são menos hostis.

O subtipo do elevado autocontrolo é assim intitulado uma vez que, estes indivíduos apresentam elevados níveis de esforço para o controlo, estes doentes parecem utilizar estratégias de *coping* mais adaptativas. A apresentação clínica, neste subtipo, é escassa, e raramente se associa a outras perturbações da personalidade ao contrário dos outros subtipos.

O último subtipo parece corresponder ao melhor “protótipo” de subtipo da PPB, neste subtipo predomina o elevado grau de intensidade das emoções, de desinibição e impulsividade. O elevado grau de ansiedade e sensibilidade interpessoal são características que integram este subtipo. A este subtipo está fortemente associada à perturbação da personalidade histriónica<sup>55</sup>.

Este estudo para além de muito atual é também um estudo inovador e que precisa ainda de ser replicado.

## Fatores Etiológicos

A abordagem etiológica da PPB não é feita de uma forma simplista.

É graças a evidências indiretas, que se pode compreender a influência dos fatores biológicos que aumentam a vulnerabilidade para a PPB. As perturbações da personalidade são hereditárias (Torgersen *et al.*, 2000, Reichborn-Kjennerud, 2008)<sup>44</sup>, assim como os traços subjacentes (Livesley *et al.*, 1998, Livesley & Jang, 2008)<sup>44</sup>. No entanto, nesta área de investigação são ainda necessários estudos que permitam encontrar os marcadores biológicos que provem esta relação<sup>44</sup>.

Numa perspetiva psicológica, foram identificados fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da PPB, são eles as experiências adversas da infância (Zanarini, 2000)<sup>44</sup> e o abuso sexual na infância (Paris, 2003)<sup>44</sup>.

Mas, se esta patologia se encontrasse primariamente relacionada com uma componente biológica então seria expectável que o tratamento farmacológico permitisse uma remissão da doença. Se por outro lado, a etiologia estivesse primariamente relacionada com uma componente psicossocial, então seria de esperar que a PPB respondesse a psicoterapia, à semelhança do que acontece com doentes diagnosticados com patologias primariamente psicossociais. Todavia, nenhuma destas expectativas corresponde às evidências provadas até hoje (Engel 1980, Monroe *et* Simons 1991, Paris 2008)<sup>44</sup>.

Para compreender a etiologia da PPB, é preciso que haja uma visão mais abrangente, multidimensional<sup>44</sup>. Foi seguindo esta linha de pensamento que, Zanarini e Frankenburg, puderam definir três fatores etiológicos fundamentais da PPB. O ambiente familiar traumatizante e caótico, a vulnerabilidade temperamental biológica, e a ocorrência de eventos precipitantes (Zanarini e Frankenburg)<sup>3</sup>.

Os fatores psicossociais mais importantes no desenvolvimento desta perturbação são aparentemente o fraco envolvimento emocional dos pais, o trauma e a negligência<sup>5</sup>.

Existem cada vez mais provas de que a PPB está associada a anomalias genéticas que afetam as vias de neurotransmissão do cérebro, que por sua vez regulam a impulsividade, as emoções e o controlo de comportamentos destrutivos<sup>5</sup>.

### **Comorbilidades Associadas à Perturbação da Personalidade *Borderline***

Uma elevada percentagem dos doentes diagnosticados com PPB admitem simultaneamente critérios de diagnóstico para outro tipo de perturbação psiquiátrica. A PPB é comumente associada a perturbações do humor, ansiedade, abuso de substâncias, perturbação de stress pós traumático, e distúrbios alimentares<sup>15,47</sup>.

As comorbilidades psiquiátricas diagnosticadas mais frequentemente na PPB são as perturbações afetivas e de ansiedade, seguida das perturbações associadas ao uso de substâncias<sup>38</sup>.

A maior parte das vezes, a PPB é associada à depressão major (41-83%) (14,38), em 12 a 39% das vezes surge associada a distímia (Lieb K. *et al.*, 2004)<sup>38</sup> e em 39% associada a perturbação da personalidade narcísica (Stinson FS. *et al.*, 2008; McGlashan TH. *et al.*, 2000)<sup>38</sup>.

Na população em geral, do Reino Unido, a prevalência de indivíduos que preenchem, em simultâneo, critérios de diagnóstico para a perturbação da personalidade antissocial e para a PPB é baixa, rondando os 0,3% (Coid J. *et al.*, 2006)<sup>38</sup>. Vários estudos sugerem que, a co-existência destas duas patologias do foro psiquiátrico se devem em grande parte, ao facto de partilharem fatores de risco genéticos comuns (Kendler *et al.*, 2008; Torgersen *et al.*, 2008)<sup>39</sup>, mas também ambientais (Torgersen *et al.*, 2008)<sup>40</sup>.

À semelhança da PPB, também a perturbação da personalidade antissocial integra o grupo B das perturbações da personalidade. Esta patologia caracteriza-se por um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que tem início na infância ou na adolescência<sup>4</sup>.

Nos seus estudos, Newhill, Vaughn e DeLisi (2010) conseguiram identificar um subgrupo antissocial entre o grupo de indivíduos com diagnóstico de PPB, e conseguiram caracterizar esse subgrupo enquanto indivíduos com elevada taxa de condenação por crime e pelo elevado número de pessoas com história de distúrbio comportamental na infância<sup>40</sup>, o que não surpreende uma vez que por definição indivíduos com perturbação da personalidade antissocial têm um risco mais elevado de comportamentos criminosos quando comparados com as pessoas sem a perturbação (Yu R. *et al.*, 2012 e Moran P., 1999)<sup>42</sup>.

Howard *et al.* 2008, tiveram também a oportunidade de estudar um grupo de indivíduos, que residia em Inglaterra, que admitia critérios de diagnóstico simultaneamente para PPB e perturbação da personalidade antissocial. O grupo de investigadores, no fim do estudo concluiu que este grupo de indivíduos era mais suscetível de apresentar uma história de condenação por violência ou de se encontrar sob um regime de liberdade condicional. Foi ainda possível reconhecer outras características, como os elevados níveis de impulsividade e de raiva; o que sugere um défice na autorregulação emocional enquanto mecanismo impulsionador de violência entre indivíduos que revelam uma PPB e uma perturbação da personalidade antissocial<sup>40</sup>.

Estudos mais recentes, desenvolvidos por Perry *et Korner*, 2011, vêm fortalecer os estudos supracitados, uma vez que trazem evidências de que, tanto a perturbação da personalidade antissocial como a PPB estão associadas a comportamentos impulsivos que integram diversos domínios, entre os quais se encontra a agressão física em relação a outros indivíduos<sup>41</sup> (Dowson JH *et al.*, 2004 e Newhill CE *et al.*, 2012)<sup>42</sup>.

Por conseguinte, a coexistência de PPB e perturbação da personalidade antissocial reflete um quadro psiquiátrico crítico que aumenta o risco de violência<sup>40</sup>.

Freestone *et al.* 2012, defendem a hipótese de que a concomitância das duas patologias psiquiátricas representa, na forma adulta, um síndrome que terá surgido a partir de

perturbações do comportamento na infância, e adolescência, e que está fortemente associado à violência e ao abuso de substâncias<sup>40</sup> (Howard R. *et al.*, 2012)<sup>42</sup>.

Estudos desenvolvidos por Wells, Horwood *et Fergusson*, 2004, Gustavson *et al.* 2007, Farrington, Ttofi *et Coid*, 2009 e Buchmann *et al.* 2010, mostraram que tanto o abuso/dependência do álcool como as perturbações de comportamento (em particular quando têm início na adolescência) são fatores que contribuem para uma maior risco de violência na idade adulta. Freestone *et al.* 2012, sugerem que, quando existe PPB associada a perturbação da personalidade antissocial, estes medeiam a relação entre a perturbação dos comportamentos na infância, o abuso/dependência de álcool na adolescência, e a violência na idade adulta. Dito de forma mais simplista, a equipa de investigadores hipotetiza que a comorbilidade entre estas duas patologias representem a forma adulta de um síndrome que surge a partir de um fundo de desenvolvimento de desinibição patológica na infância, de abuso de álcool e outras substâncias e de dependência na adolescência. Assim sendo, a base do mecanismo essencial que permite explicar a coexistência da PPB e perturbação da personalidade antissocial e a sua relação com a violência parece estar na impulsividade, em especial a impulsividade descrita por Blackburn (2009) como “impulsividade hostil”, refletindo, entre outros, uma desregulação emocional<sup>40,42</sup>.

Em comparação aos doentes com PPB ou com perturbação da personalidade antissocial de forma isolada, os doentes diagnosticados com ambas as patologias apresentam maior risco de suicídio (McGirr A. *et al.*, 2007)<sup>42</sup>, bem como de violência e comportamentos criminosos (Howard RC. *et al.*, 2008 e Freestone M. *et al.*, 2013)<sup>42</sup>.

No estudo realizado por Dan Wetterbor *et al.*, 2015, concluiu-se que participantes com PPB apresentavam mais patologias mentais que os participantes sem PPB<sup>42</sup>.

A perturbação da personalidade narcísica, pertencente ao grupo B das perturbações da personalidade, foi também associada à PPB, perturbação onde existe um padrão generalizado

de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. Este padrão tem início na idade adulta. As pessoas diagnosticadas com perturbação da personalidade narcísica superestimam as suas habilidades, e muitas vezes desvalorizam a contribuição dos outros, invalidando as pessoas à sua volta. O sucesso ilimitado, o poder, o brilho, a beleza ou o amor ideal, fazem parte das fantasias destes indivíduos<sup>3,4</sup>.

Rachel *et al.* 2014, num estudo desenvolvido para compreender a PPB, constataram que a PPB estava significativamente associada com diversas perturbações da personalidade, entre as quais a perturbação da personalidade narcísica. No entanto, a equipa não dispensa a necessidade de estudos adicionais que reforcem esta associação patológica. Para além disto, a equipa de investigadores sugeriu que, numa amostra da comunidade, a PPB raramente é diagnosticada de forma isolada. Esta comorbilidade não pode ser ignorada pois está associada a disfunção<sup>43</sup>.

É difícil encontrar estudos de grandes dimensões que integrem doentes com PPB e perturbação da personalidade narcísica. Os estudos que existem constroem-se a partir de amostras pequenas, mas que, apesar disso, mostram uma relação significativa entre estas duas perturbações.

Diana Diamond *et al.* (2014), cientes da lacuna significativa na literatura, no que diz respeito à identificação das características clínicas de doentes com PPB e perturbação da personalidade narcísica, em simultâneo, lançaram-se numa pesquisa onde descrevem doentes com PPB e perturbação da personalidade narcísica e comparam-nos com doentes que apenas preenchem critérios de diagnóstico para a PPB.

Doentes com ambas as patologias associam-se a uma família disfuncional, onde se podem identificar abuso físico e/ou psicológico. Não foram encontradas diferenças significativas entre as doentes estudadas (estudaram duas doentes) relativamente à frequência e tipo de trauma que sofreram, mas apenas na forma como experienciaram a situação e na forma como

lidaram com ela<sup>46</sup>.

O estudo termina com a ideia de que os casos apresentados sugerem que a perturbação da personalidade narcísica no contexto de uma PPB poderá funcionar como um fator protetor ou estabilizador perante figuras paternas punitivas<sup>46</sup>.

Os estudos na área mostram que os adolescentes que desenvolvem CALSIS apresentam perturbações da personalidade de forma mais frequente, em especial dos tipos *borderline*, esquizotípica, dependente, e evitante. Sintomas depressivos e ansiosos são também mais frequentes entre esta população quando comparados com os controlos (Klonsky ED. *et al.*, 2003; Saraiva CB, 2006; Madge N. *et al.*, 2011)<sup>34</sup>.

## ***COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS SEM INTENÇÃO SUICIDA E PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE TIPO BORDERLINE***

### **Associação entre a Idade das Pessoas com Perturbação da Personalidade *Borderline* e Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida**

Os sintomas da PPB parecem atenuar ao longo do tempo, e os estudos mostram que, uma das características mais importantes na definição da patologia, a impulsividade, diminui com a idade<sup>15</sup>.

São poucos os estudos que incidem na PPB em pessoas mais velhas (>50 anos), e são pequenas as amostras de estudo; no entanto, os que existem descrevem um menor nível de distúrbio da personalidade, e menos impulsividade sobre este grupo de pessoas; incluindo uma menor frequência de CALSIS, menos comportamentos de risco e menos abuso de substâncias (Rosowsky and Gurian, 1991)<sup>15</sup>.

É claro que a severidade dos sintomas da PPB diminuem com o tempo, mas é também de considerar que são poucos os doentes mais velhos que mantêm critérios para a perturbação da personalidade<sup>15</sup>.

Os sintomas da PPB diferem entre o grupo de pessoas jovens e o grupo de pessoas mais velhas. Os primeiros remetem essencialmente para características como impulsividade e instabilidade afetiva, enquanto que o segundo grupo remete mais frequentemente para uma sensação crónica de vazio. Outras particularidades separam estes dois grupos, os mais velhos têm um número mais elevado de hospitalizações ao longo da sua vida por motivos psiquiátricos e uma menor vida social, sofrendo piores consequências que a população mais jovem que admite critérios para PPB<sup>15</sup>.

De forma idêntica, Perroud N. *et al.*, 2012, descrevem nos seus resultados que a população mais jovem, portadora de PPB com CALSIS, alvo do seu estudo, reportava índices mais significativos de ideação suicida do que a população mais velha.

## Relação entre as Entidades Clínicas

Na PPB os CALSIS, embora de forma maladaptativa, têm uma função reguladora de emoções<sup>10</sup>.

A perturbação da personalidade constitui por si só um factor de risco para CALSIS<sup>7,14</sup>. Mais especificamente, a perturbação da personalidade *borderline* surge, frequentemente, associada a comportamentos autolesivos<sup>5,49</sup> (APA, 1994)<sup>29</sup>, e ambas as entidades clínicas surgem associadas às emoções negativas e à desregulação emocional<sup>49</sup>. No entanto, muitas outras perturbações da personalidade e síndromes foram associadas aos CALSIS, incluindo a depressão major (Langbehn e Pfohl, 1993)<sup>29</sup>, a perturbação da personalidade antissocial (Isometsa *et al.*, 1996)<sup>29</sup>, a perturbação da identidade dissociativa (Saxe *et al.*, 2002)<sup>29</sup>, a perturbação do stress pós traumático (Herman, 1992)<sup>29</sup>, o distúrbio alimentar (Paul *et al.*, 2002)<sup>29</sup>, e o autismo (Nagamitsu, 1993)<sup>29</sup>.

As funções dos CALSIS em indivíduos com PPB são essencialmente de anulação de emoções negativas, como a tensão, a depressão, a ansiedade e a irritabilidade (Coid, 1993, Brown, 2002)<sup>50</sup>.

Considerando o modelo dos cinco factores, foi feito um estudo que mostrou um elevado nível de neuroticismo e abertura à experiência, bem como um baixo nível de conscienciosidade entre os doentes com PPB que se envolvem em CALSIS<sup>18</sup>.

Contudo nem todos os doentes com PPB recorrem a CALSIS para regulação emocional<sup>10</sup> e ainda os que assumem CALSIS não têm necessariamente critérios de PPB (Nock *et al.*, 2006)<sup>13</sup>.

Mas a percentagem dos indivíduos com PPB que desenvolvem comportamentos autolesivos é elevada, situando-se esta percentagem entre 60-80% (American Psychiatric Association, 2000; Pompili, Girardi, Ruberto, e Tatarelli, 2005)<sup>16</sup>.

Os CALSIS são influenciados pelo desejo de morrer. Em pessoas com PPB, não só a ideação

suicida é superior em pessoas com elevado desejo de morrer, como os cortes sobre a pele são mais profundos, e o alívio da tensão obtido através dos CALSIS é inferior<sup>19</sup>.

### **Tipos e outras Características do CALSIS encontrados em Pessoas com PPB**

Existem vários tipos de comportamentos autolesivos, os cortes na superfície da própria pele fazem parte dos métodos mais frequentemente utilizados pelas pessoas que admitem CALSIS<sup>12,18</sup> (Briere *et Gil*, 1998, Langbehn *et Pfohl*, 1993, Nock *et al.*, 2006)<sup>30</sup>, bem como a escarificação da pele, comportamentos vistos tanto em adolescentes como em adultos jovens (May *et al.*, 2012)<sup>12</sup>. Os cortes autoinfligidos são o método mais utilizados por crianças e adolescentes na Europa (Madge *et al.*, 2008)<sup>12</sup>.

Arranhar-se, beliscar-se, bater em si próprio, partir os próprios ossos, queimar-se, rasgar a própria pele, arrancar compulsivamente os cabelos (comportamento mais conhecido por tricotilomania)<sup>12</sup>, ou ainda morder-se (Muehlenkamp *et al.*, 2012)<sup>13</sup> tudo isto são tipos de comportamentos descritos na literatura. Outros estudos citam métodos como a perfuração da pele com agulhas ou objetos similares (Gratz, 2001)<sup>12</sup>, queimaduras com recurso a cigarros (Messer *et Fremouw*, 2008)<sup>12</sup>, ou ainda impedir a cura de uma ferida, esfregar a pele contra uma superfície áspera, ou ingerir substâncias perigosas<sup>13</sup>. A sobredosagem de medicamentos, bater com a cabeça propositadamente, abusar de álcool, conduzir voluntariamente de forma imprudente, agravar uma condição médica pré-existente, ser promíscuo (por exemplo mantendo vários parceiros sexuais ou envolver-se em relações de abuso sexual), fazer com que a outra pessoa termine a relação, distanciar-se de Deus como forma de autopunição, envolver-se em relações de abuso emocional, perder um emprego propositadamente, fazer uma tentativa de suicídio, autotorturar-se através de pensamentos de derrota, passar fome com o fim de provocar uma autolesão, ou o abuso de laxantes<sup>20</sup> contribuem para a descrição dos diversos tipos de comportamentos autolesivos sem intenção suicida utilizados por indivíduos

com PPB.

Entre as queimaduras descritas na literatura encontram-se alguns casos mais particulares onde estas são provocadas pelo sal ou pelo gelo. O vidro pode igualmente ser um objeto selecionado por estes indivíduos para provocar uma lesão na pele que lhes permita sangrar. A autoagressão pode também ser provocada por outros, na medida em que, o indivíduo que se quer autoinfligir pode incitar uma luta da qual possa resultar uma agressão contra o próprio<sup>22</sup>.

Não parecem existir grandes diferenças entre os tipos de CALSIS utilizados por género, no entanto no estudo desenvolvido por Randy AS. *et al.* (2010), foi descrita uma diferença entre os tipos de CALSIS utilizados por género estatisticamente significativa: os homens com PPB estavam mais dispostos a bater com a cabeça e a perder o seu emprego propositadamente que as mulheres com PPB.

Uma característica encontrada sobre estas autoagressões é a existência de uma preferência na área do corpo onde ocorrem estas lesões. Normalmente, os indivíduos que desenvolvem CALSIS utilizam as partes do corpo mais acessíveis e fáceis de esconder, para infligir uma lesão sobre si mesmo. Os braços, os pulsos, as pernas, e a barriga são os locais mais frequentemente utilizados<sup>30</sup> (Nock *et al.*, 2006)<sup>12</sup>.

### **Fatores de Risco e Fatores Protetores para o desenvolvimento de CALSIS, em Pessoas com PPB**

A relação entre a PPB e os CALSIS já foi abordada em diversos estudos, e mostrou-se que as pessoas, com qualquer tipo de CALSIS, tinham níveis mais elevados de sintomas do tipo PPB, quando comparados com pessoas que nunca praticaram CALSIS (Jacobson *et al.*, 2008)<sup>13</sup>. Por outro lado, doentes com PPB são mais susceptíveis de manter os CALSIS comparativamente a doentes com outro tipo de perturbação da personalidade (Tyrer *et al.*, 2004)<sup>13</sup>.

A idade entre os 18 e os 25 anos parece constituir um factor de risco para adquirir CALSIS (Whitlock *et al.*, 2006)<sup>13</sup> (Rodham & Hawton, 2009)<sup>18</sup>. Também o ato de fazer uma primeira TS numa idade jovem parece aumentar o risco de CALSIS<sup>9</sup>.

Num estudo de comparação de doentes com PPB com e sem CALSIS, Pérez *et al.* (2014), mostraram que os doentes com CALSIS tinham pensamentos mais violentos para com outras pessoas, do que os doentes que, para além de CALSIS, apresentavam também história de TS. E, quanto mais profundo o sentimento de desespero maior a severidade do CALSIS, porém não existe relação com a cronicidade dos CALSIS. Apesar de não terem estabelecido uma explicação para a cronicidade dos CALSIS a equipa de investigadores conseguiu detetar alguns factores de risco que aumentam a tendência para o desenvolvimento de CALSIS severos, são eles a elevada frequência de TS e de CALSIS, que irão posteriormente criar habituação à dor física, ao medo e ao desconforto emocional, e assim aumentar a severidade dos comportamentos<sup>1</sup>.

A presença de critérios para a perturbação da personalidade evitante, a motivação para comportamentos autolesivos, a obsessão por um problema, e os sentimentos de culpa são tudo factores preditores de uma maior frequência de CALSIS, em doentes com PPB<sup>8</sup>. De uma forma mais pormenorizada, traços da personalidade evitante, como por exemplo a hipersensibilidade à rejeição, o desejo de afecto e de ser aceite, a baixa autoestima, o compromisso social limitado, poderão encorajar CALSIS mais frequentes, no entanto menos perigosos, aplicados em resposta a situações problemáticas<sup>8</sup>.

Uma história anterior de abuso sexual na infância é muito frequente entre doentes com PPB que desenvolvem CALSIS<sup>9, 34</sup>. As experiências adversas na infância são responsáveis por um aumento do risco de comportamentos suicidários<sup>34</sup> (Horesh *et al.*, 2009; Wingenfeld *et al.*, 2011)<sup>17</sup>.

O modelo da cascata emocional salienta a ruminação enquanto factor mediador entre as

emoções e os comportamentos maladaptativos da PPB (Selby e Joiner, 2009)<sup>10</sup>. Desta forma, ruminar emoções negativas provoca, progressivamente, um aumento da intensidade emocional na PPB por *feedback* positivo. Os CALSIS, em indivíduos com PPB, têm um papel importante, enquanto comportamentos maladaptativos que provocam um mecanismo de *feedback* negativo da cascata emocional, uma interrupção do processo ruminativo e um reforço dos CALSIS (Selby & Joiner, 2009)<sup>10</sup>. Consta-se assim que a ruminação de emoções negativas está associado a um risco aumentado de CALSIS na PPB<sup>10</sup>.

A maior parte dos traços de personalidade que servem como factores preditores dos CALSIS, bem como das TS, são em boa verdade componentes da PPB, mais especificamente a impulsividade e o neuroticismo<sup>11</sup>.

O UPPS é um modelo que distingue quatro formas de impulsividade (Whiteside *et* Lynam, 2001)<sup>11</sup>. A urgência negativa, a falta de perseverança, a falta de premeditação, e a procura de sensação constituem essas quatro formas. Três delas: a urgência negativa, a falta de perseverança, e a falta de premeditação; surgem frequentemente associadas à PPB e aos CALSIS. Os três domínios da impulsividade supracitados adquirem assim um valor preditivo significativo para CALSIS<sup>11,18</sup>. Também Brown (2009) no artigo que publicou identifica, nos resultados, os elevados níveis de neuroticismo e abertura à experiência, e os baixos níveis de conscienciosidade e agradabilidade, como factores encontrados em pessoas com CALSIS<sup>18</sup>.

Glenn e Klonsky (2010), através dos seus estudos, corroboram a ideia de que a falta de perseverança é um factor preditivo da frequência dos CALSIS<sup>12</sup>.

À semelhança de Klonsky e Olinio (2008), Pooja D. Saraff e Carolyn M. Pepper (2014) suportam a ideia de que as funções intrapessoais surgem associadas a CALSIS mais graves. As funções de regulação do afeto, por sua vez, parecem ter uma maior importância na manutenção de CALSIS repetitivos do que como factor precipitante destes comportamentos,

uma ideia que também Muehlenkamp *et al.* (2013), já tinha desenvolvido nos seus estudos. As pessoas, que optam pelos CALSIS para satisfazer motivos intrapessoais, têm uma maior frequência destes comportamentos<sup>13</sup>.

Ferraz *et al.* (2013), mostraram que à semelhança dos comportamentos impulsivos, também os comportamentos agressivos são característicos dos doentes com PPB, e podem ser medidos enquanto um conjunto de atitudes e comportamentos hostis (Evren *et al.*, 2011)<sup>17</sup>. Os investigadores puderam ainda confirmar que a hostilidade e a história de abuso sexual na infância aumentam o risco de comportamento suicidário em pacientes com PPB<sup>17</sup>.

Outros trabalhos de investigação procuram factores subjetivos que permitam identificar factores de risco para CALSIS; há estudos que mostram que as pessoas com CALSIS se autodescrevem como solitárias (Adler, 2005)<sup>22</sup>, e com um défice na capacidade social, comparativamente às pessoas que não desenvolvem CALSIS (Claes *et al.*, 2010)<sup>22</sup>, e ainda mostram uma fraca ligação com os seus progenitores (Crowell *et al.*, 2008; Bureau *et al.*, 2010)<sup>22</sup>.

Todas estas características são importantes na medida em que podem contribuir para a melhor identificação dos indivíduos com maior risco de adquirir CALSIS ou de fazer uma TS, de modo a que se possam impedir estes comportamentos e desenvolver *guidelines* mais efetivas para o seu tratamento<sup>17</sup>.

A partir daqui serão apresentados alguns estudos, cujo o trabalho de investigação permite chegar aos factores protetores, factores que diminuem a probabilidade do desenvolvimento de CALSIS.

Estudos recentes realçam a capacidade de diferenciação de emoções negativas, como um factor associado a uma menor frequência de comportamentos maladaptativos (Kashdan *et al.*, 2010)<sup>10</sup>. Landon FZ. *et al.* (2013), provaram que a capacidade de diferenciar emoções negativas é um factor modelador da associação entre ruminação e CALSIS. Por conseguinte,

a capacidade de diferenciar emoções negativas poderá ser visto como um factor protetor<sup>10</sup>.

Por outro lado, o bom apoio social, enquanto factor protetor, permite explicar os resultados obtidos num estudo desenvolvido por Johnson *et al.* (2010), onde se observa o decréscimo de 55,8% de CALSIS, num grupo de pessoas, após a sua integração numa comunidade da internet<sup>22</sup>.

As memórias de emoções positivas funcionam igualmente como um factor protetor. Elas permitem aos adolescentes afastarem-se das ideias suicidas: quanto mais presentes estiverem estas memórias, por exemplo, quanto mais memórias de situações de afeto na infância os adolescentes tiverem, menor é a probabilidade de desenvolverem ideias suicidas<sup>12</sup>.

Wupperman *et al.* (2013) dirigiram uma interessante investigação focada na medição do nível de concentração, entre os indivíduos com PPB e CALSIS. No entanto, estes investigadores não foram os pioneiros nesta questão, pois outros investigadores como Baer, Smith e Allen (2004), Wupperman, Neumann e Axelrod (2008) e Fossati, Feeney, Maffei e Borroni (2011) tinham já descrito um défice no nível de atenção nos doentes com PPB, quando comparados com doentes sem qualquer tipo de perturbação da personalidade. Mas, o nível de concentração parece não estar apenas relacionada com a PPB. As pessoas que apresentam comportamentos disfuncionais e CALSIS têm igualmente níveis mais baixos de atenção. Assim, o défice de atenção parece ter um importante papel na relação entre PPB e CALSIS, ou outros comportamentos disfuncionais, em resposta a eventos que provoquem stress. Abordando a questão de outra forma, um nível de concentração maior poderá ser um importante factor protetor, contra CALSIS e outros comportamentos disfuncionais<sup>16</sup>.

## **Alterações Cerebrais em Pessoas com Perturbação da Personalidade *Borderline* com Comportamentos Autolesivos Sem Intenção Suicida: Alterações Estruturais e Fisiopatológicas.**

### ALTERAÇÃO ESTRUTURAL

Atualmente, na PPB, embora de forma não consensual, é aceite que uma alteração do eixo frontolímbico permita explicar uma parte da fisiopatologia<sup>3</sup>.

Num estudo,(Soloff *et al.*, 2008)<sup>23</sup>, foi demonstrada uma alteração estrutural do cérebro em indivíduos com PPB: uma diminuição significativa, bilateral, na substância cinzenta do cérebro permitia distinguir os indivíduos com PPB dos indivíduos controlo/saudáveis no córtex cingulado anterior e regiões do lobo temporal medial, incluindo o hipocampo, amígdala, giro parahipocampal e uncus. Em 2012, a equipa de investigadores realiza um estudo que visa as alterações estruturais do cérebro em doentes com PPB que desenvolvem comportamentos suicidários, em comparação com indivíduos que não os desenvolvem e ainda procuraram distinguir os doentes com comportamentos suicidários de elevada e baixa letalidade. Uma diminuição da substância cinzenta do córtex orbito-frontal na região média inferior (região responsável por regular a inibição do comportamento) (Steinberg, 2007)<sup>12</sup>, bem como da região média superior do córtex temporal (região dedicada ao reconhecimento facial de emoções) foram associadas a comportamentos suicidários de elevada letalidade.

No córtex insular (região do cérebro responsável pela transmissão da informação, física e emocional, do sistema límbico para o córtex pré-frontal – sistema regulador – importante na cooperação, na sensibilidade à rejeição e na autoconsciência) há uma diminuição significativa da substância cinzenta em doentes com PPB que desenvolvem comportamentos suicidários quando comparados com os que não desenvolvem, bem como em doentes com comportamentos suicidários de elevada letalidade quando comparados com doentes com comportamentos de baixa letalidade (Figura 1).

Segundo Steinberg (2007) terá ocorrido um desenvolvimento precoce do sistema límbico quando comparado com o lobo frontal, o que favorece os comportamentos capazes de induzir uma satisfação imediata sem ter em consideração as consequências a longo prazo, e portanto maior risco de desenvolvimentos de CALSIS<sup>12</sup>.

Finalmente, foi ainda encontrada uma diferença no volume da substância cinzenta do giro fusiforme, giro lingual e giro parahipocampal, uma diminuição desta substância está associada a comportamentos suicidários de elevada letalidade quando comparados com comportamentos suicidários de baixa letalidade (Figura 2). Na amígdala não foi encontrada uma diferença significativa de volume de substância cinzenta entre indivíduos com PPB com ou sem comportamentos suicidários, nem entre elevada ou baixa letalidade desses comportamentos (Gráfico 3). Os comportamentos suicidários nos doentes com PPB são, frequentemente, precipitados pela percepção da rejeição, do abandono, ou da desaprovação social. Assim, os investigadores sugerem que as alterações, encontradas ao longo do estudo, em doentes com PPB que desenvolvem comportamentos suicidários e em doentes com comportamentos com elevada letalidade, comprometam a resposta adaptativa, neste grupo de pessoas, face aos *stressores* emocionais negativos referidos. Porém, alterações estruturais do cérebro não explicam por si só uma diminuição da função cerebral<sup>23</sup>.

## Imagem Representativa da Anatomia Cerebral

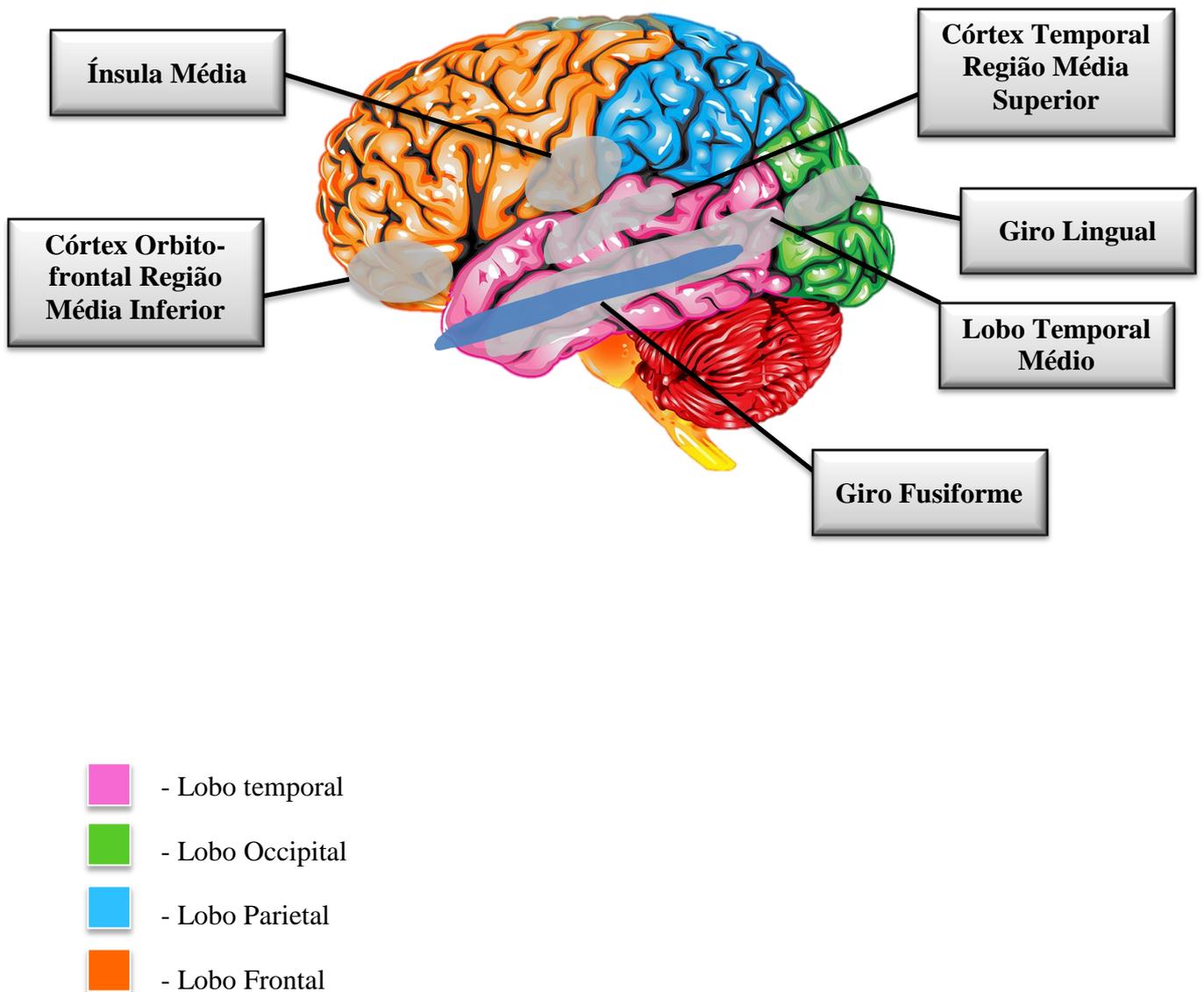


Figura 1 – Anatomia Cerebral

(Adaptado de 23 e 31)

## Componentes do Sistema Límbico

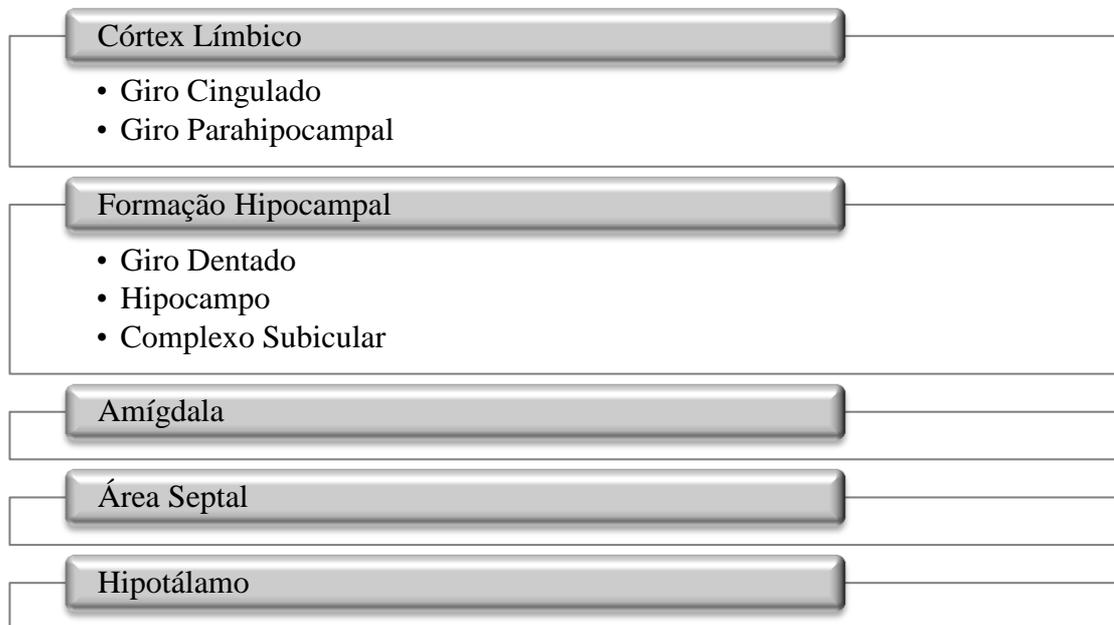


Gráfico 3 – Componentes do sistema límbico

(Adaptado de 32)

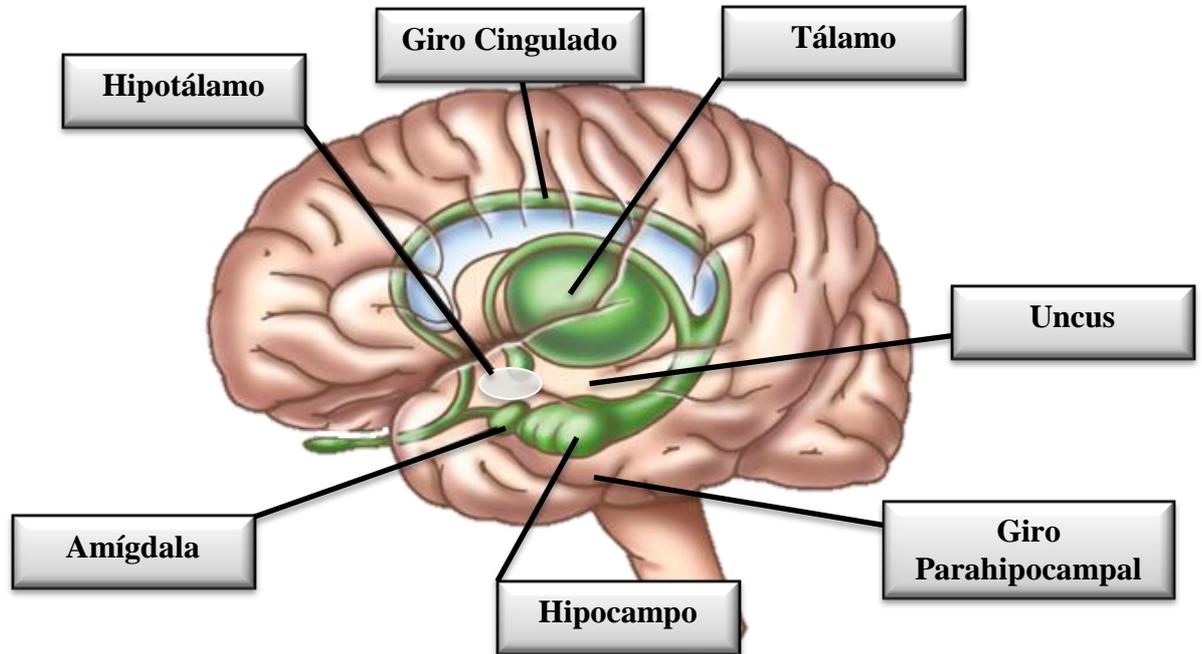


Figura 2 – Imagem esquemática representativa de componentes do sistema límbico

(Adaptado de 58)

## DISFUNÇÃO DO SISTEMA SEROTONINÉRGICO

Os mecanismos serotoninérgicos têm sido muito associados à PPB (Soloff *et al.*, 2007, Wagner *et al.*, 2009)<sup>27</sup> (Coccaro E. *et al.*, 2005)<sup>37</sup>. Por sua vez, os traços de personalidade, como a impulsividade e a agressividade, frequentemente presentes na PPB, têm sido associados a um aumento da vulnerabilidade para comportamentos suicidários. A expressão destes traços difere entre o género masculino e feminino, e parece estar associada à função serotoninérgica central. Neste sentido, Soloff *et al.* (2014), desenvolveram um estudo na procura de argumentos a favor da hipótese de que o género tem um efeito significativo sobre as relações entre a ligação da serotonina-2A, os traços da personalidade e os comportamentos suicidários na PPB. É importante salientar que este estudo foi desenvolvido com o intuito de dar continuidade a estudos anteriores, que mostraram um aumento da ligação da serotonina-2A ao seu receptor em mulheres com PPB que relatavam tentativas de suicídio (Soloff *et al.*, 2007)<sup>25</sup>, e que encontraram uma diferença significativa entre o género masculino e feminino de voluntários saudáveis na relação entre a ligação da serotonina-2A e os traços da personalidade, como por exemplo, a agressividade (Soloff *et al.*, 2010)<sup>25</sup>. No estudo, encontraram diferenças significativas na ligação da serotonina-2A ao seu receptor, mas esta diferença apenas foi descrita no grupo de mulheres com PPB em relação aos seus controlos, com um aumento da serotonina ao seu receptor entre mulheres com PPB. Já nos homens com PPB a ligação da serotonina ao seu receptor estava diminuída, comparativamente aos seus controlos. Com isto, é importante perceber que um aumento da ligação implica uma diminuição do agonismo serotoninérgico com um aumento do número de receptores, e portanto um aumento da afinidade aos receptores.

Foi ainda possível verificar a existência de uma diferença significativa, na ligação da serotonina, entre a impulsividade, a agressividade e o potencial de ligação. E por último, mas não menos importante conseguiu-se objetivar uma diferença entre os géneros, de tal forma

que os valores de ligação da serotonina permitem prever a impulsividade e agressividade no grupo de mulheres com PPB (contudo o mesmo não foi possível de estabelecer para o grupo de homens com PPB), e no grupo de homens saudáveis/controlos (mas não em mulheres saudáveis/controlos).

Apesar dos resultados obtidos não foi possível, através deste estudo, discriminar indivíduos que fizeram tentativas de suicídio dos que não fizeram<sup>25</sup>.

Mann *et al.* (2007) reportaram uma disfunção do sistema serotoninérgico em doentes com comportamentos autolesivos, porém Stanley *et al.* (2010) não encontraram nenhuma relação entre a disfunção do sistema serotoninérgico e os CALSIS.

## CORTISOL

À medida que os estudos sobre indivíduos com PPB e CALSIS são desenvolvidos, vai-se tornando possível reunir um conjunto de características que são específicas de quem desenvolve estas duas condições. Conjuntamente alguns estudos foram-se direccionando no sentido da procura da fisiopatologia que permitisse explicar o funcionamento dos CALSIS nas pessoas com PPB. Aliás, Nader Perroud *et al.*, 2012, encontraram, nos seus estudos, um conjunto de características que os participantes partilhavam entre eles e que permite orientar a causa fisiopatológica para uma desregulação do ciclo do cortisol. Na verdade, a maior parte dos participantes tinham problemas em dormir, uma característica que, não surpreendentemente, poderá estar associada ao desenvolvimento de CALSIS, uma vez que, Wojnar *et al.*, (2009) nos seus estudos tinha já concluído para existência de uma associação positiva entre os problemas do sono e um risco aumentado de suicídio, e possivelmente de CALSIS<sup>19</sup>. Além do mais, a maior parte dos participantes eram desempregados e portanto não praticavam qualquer tipo de atividade durante o dia, conduzindo possivelmente a uma alteração do ritmo circadiano: provocada pelo despertar tardio ou pelo facto dos indivíduos permanecerem acordados até tarde à noite<sup>19</sup>.

## DISFUNÇÃO DO SISTEMA NEUROTRANSMISSOR

Os neurotransmissores são substâncias que estão envolvidas na regulação fisiológica e patológica das emoções (Kennedy *et al.*, 2006)<sup>26</sup>, bem como na regulação das dimensões afetiva e sensitiva da dor, no ser humano (Zubieta *et al.*, 2001)<sup>26</sup>. A dimensão afetiva da dor parece ser regulada pelo córtex cingulado anterior, mas não no córtex somatossensitivo (Rainville *et al.*, 1997)<sup>28</sup>. Assim, compreende-se que, por exemplo, a exclusão social possa ser um factor que provoque a dor afetiva, sem contudo provocar dor física<sup>28</sup>.

Com base nas características da PPB e nas funções fisiológicas dos neurotransmissores endógenos, alguns investigadores viram, na desregulação destes neuropéptidos, um possível modelo explicativo da PPB<sup>27, 28</sup>.

Prossin *et al.* (2010) desenvolveram um estudo com intuito de avaliar a importância do sistema opióide endógeno (um tipo de neurotransmissores) e do receptor de opióides mu na regulação de emoções na PPB. Neste estudo, encontraram uma diferença nas concentrações de opióides endógenos bem como de receptores de opióides mu entre os grupos: grupo de mulheres, com PPB e, grupo de mulheres controlo, sem PPB. O grupo de pessoas com PPB apresentava, para um estado emocional neutro, um aumento da viabilidade dos receptores de opióides mu superior ao grupo controlo: nas regiões corticais (córtex orbito-frontal) e nas regiões subcorticais (núcleo caudado, núcleo acuminado e corpo amigdalóide). Pelo que, os investigadores, colocaram como hipótese que o aumento da viabilidade dos receptores ocorreria em resposta à baixa concentração de opióides endógenos.

Face a um sentimento de tristeza, o grupo de pessoas com PPB mostrou uma maior ativação do sistema de opióides endógeno, quando comparados com o grupo controlo, ao nível do córtex cingulado anterior, córtex orbito-frontal esquerdo, substância inominada esquerda e corpo amigdalóide esquerdo<sup>27</sup>. Estas regiões do cérebro, extremamente interligadas, são responsáveis pela avaliação e resposta comportamental de um estímulo, bem como na tomada

de decisões, em indivíduos saudáveis. As lesões do córtex orbito-frontal estão associadas a um déficit na capacidade de tomada de decisões e na capacidade em alternar estratégias cognitivas (Wallis, 2007)<sup>27</sup>. Esta região cerebral por sua vez mantém ligações com outras áreas do cérebro, em conjunto, participam na avaliação de recompensas e agentes *stressores*, e na regulação comportamentos (Tobler *et al.*, 2005, e Tom *et al.*, 2007)<sup>27</sup>. Estudos mostram que, a ativação do sistema opióide endógeno, no córtex orbito-frontal, córtex cingulado anterior, tálamo, núcleo acuminado, substância inominada e corpo amigdalóide, elimina os aspectos físico e emocional de desafios que provoquem stress (Zubieta *et al.*, 2001, 2003, Ribeiro *et al.*, 2005)<sup>27</sup>.

Com este trabalho, foi possível provar a existência de uma alteração do sistema opióide endógeno e dos receptores opióides mu, em áreas específicas do cérebro, em doentes com PPB<sup>27</sup>.

Conquanto, os estudos vão mais longe e apresentam resultados significativos para uma relação entre os CALSIS e o sistema de opióides endógenos, um comportamento frequentemente presente na PPB (Schmahl *et al.*, 2002, e Tiefenbacher *et al.*, 2005)<sup>28</sup>.

Coid *et al.* (1983) encontrou uma relação entre os níveis de (met)-encefalina no plasma e a severidade dos CALSIS e a altura em que os CALSIS eram cometidos (por exemplo, se tinha sido recente ou não), em doentes com CALSIS regulares, diagnosticados com PPB<sup>29</sup>.

Os cortes autoinfligidos, na PPB, podem ser vistos como uma forma de regeneração de opióides, neurotransmissor em déficit na PPB. Os doentes aprendem a cortar-se como forma de garantir uma recompensa, a libertação de opióides. Outros argumentos a favor desta teoria são os elevados níveis de abuso de substâncias encontrados entre os doentes com PPB, que poderiam ser explicados pelo déficit de opióides. As dificuldades nas relações sociais também poderiam ser explicadas por este modelo, uma vez que, para além de regular a dor, os opióides têm também um importante papel nos comportamentos sociais, pelo que um déficit

destes suportaria a ideia das dificuldades sociais<sup>26</sup>.

Apesar do trabalho de alguns investigadores ostentar a relação entre os CALSIS e o sistema opióide endógeno os níveis de neurotransmissores no plasma podem não refletir os níveis de neurotransmissores central<sup>29</sup>. Foi nesta perspetiva que, Stanley *et al.* (2010) desenvolveram um trabalho, para equacionar a relação entre níveis de opióides endógenos, no líquido cefalorraquidiano, e os CALSIS. Os níveis de opióides no líquido cefalorraquídio eram significativamente mais baixos entre o grupo de pessoas com CALSIS. A beta-endorfina e a met-enkefalina (dois opióides endógenos) foram os neurotransmissores medidos, uma vez que, são conhecidos pela sua ação reguladora na indução do stress e na analgesia da dor física, respetivamente, mecanismos envolvidos nos CALSIS<sup>29,52</sup>. Em jeito de conclusão, a equipa de investigadores propõe um modelo onde o stress e o trauma crónico e severo na infância, a título de exemplo, o abuso, a negligência, e o abandono, ou ainda a predisposição genética, fundamentariam os baixos níveis de opióides.

### **Suicídio em doentes com PPB, com História de CALSIS**

A OMS definiu o suicídio como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal”<sup>3</sup>. Quando um ato levado a cabo por um indivíduo, que espera um resultado fatal, mas que é interrompido antes que a morte tenha ocorrido definimos este ato como uma tentativa de suicídio<sup>3</sup>.

Na tentativa de suicídio é comum encontrar-se, na história psiquiátrica do doente, uma tentativa de suicídio prévia<sup>3</sup>, bem como um sentimento importante de desespero, quando comparados com doentes que apenas desenvolvem CALSIS<sup>1,2</sup>.

Os temperamentos depressivo, ciclotímico, e ansioso estão relacionados com o sentimento de desespero (Pompilo M. *et al.*, 2008)<sup>35</sup>.

Considerando os indivíduos que morrem por suicídio, cerca de 30 a 40% têm um diagnóstico

de perturbação da personalidade, este risco está particularmente aumentado nas PPB e perturbação da personalidade antissocial (Duberstein P. *et al.*, 1997 e Lieb K. *et al.*, 2004)<sup>35</sup>.

A prevalência de suicídio consumado entre as pessoas com PPB situa-se entre 3 e 10% (Paris and Zweig-Frank, 2001; Leichsenring *et al.*, 2011)<sup>17</sup>.

Ainda não são claras quais as características que distinguem indivíduos com PPB que desenvolvem CALSIS e indivíduos com PPB que fazem tentativas de suicídio<sup>1</sup>.

Um dos estudos analisados revela que doentes com PPB, hospitalizados por TS, apresentam uma psicopatologia mais marcada, e uma dificuldade na resolução de problemas interpessoais superior, quando comparados com os doentes hospitalizados por TS sem diagnóstico de PPB<sup>6</sup>.

A solidão, a percepção da rejeição, e a interrupção de relacionamentos são motivos que podem precipitar uma tentativa de suicídio (Brodsky *et al.*, 2006, e Stiglmayr *et al.*, 2005)<sup>28</sup>.

É importante não esquecer os factores de risco para suicídio comuns a todos os indivíduos. Estes devem ser clinicamente avaliados de forma persistente em doentes em cuja avaliação psiquiátrica pretenda determinar o risco de suicídio, estes fatores já foram referidos no subcapítulo “Comportamentos autolesivos sem intenção suicida vs. Suicídio: factores de risco para suicídio em pessoas com CALSIS”.

## **DISCUSSÃO e CONCLUSÕES**

Com este trabalho de revisão, destaca-se a importância da identificação de CALSIS e da PPB em doentes, bem como a importância da caracterização da relação entre ambas as entidades clínicas.

Tal como ficou descrito, tem existido um aumento significativo de informação nesta área que muito tem contribuído para a melhor identificação e caracterização destes doentes.

Conclui-se com este estudo que os CALSIS se desenvolvem num contexto familiar, e social singular, onde determinados traços de personalidade podem tornar indivíduos mais susceptíveis a estes comportamentos. Estas autolesões servem essencialmente quatro funções: interpessoais e intrapessoais negativas ou positivas; são maioritariamente descritas em jovens. Quanto à PPB, entende-se que é uma patologia de etiologia multidimensional, que se traduz numa elevada morbidade e mortalidade, que afeta de forma significativa a qualidade de vida e funcionalidade dos doentes; contudo, a capacidade para identificar estes indivíduos - em especial os que estão em maior risco de consequências graves, desde os CALSIS, à tentativa de suicídio ou mesmo ao suicídio consumado - ainda não é precisa. Diversos estudos têm sido feitos no sentido da investigação dos tipos de PPB, mas estes não são suficientes para permitir uma conclusão consistente.

Com este trabalho foi possível compreender um pouco melhor quem são os indivíduos com PPB que desenvolvem CALSIS. Realça também que este grupo de pessoas utiliza os CALSIS essencialmente como forma de regular os afetos, servindo funções intrapessoais, e de lidar com situações problemáticas. Fica ainda claro que o défice em estratégias adaptativas faz-se sentir de forma importante neste grupo. Quem tem um diagnóstico de PPB e desenvolve CALSIS são essencialmente jovens (com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos), são pessoas com traços de impulsividade marcados, neuroticismo elevado, bem como grande abertura à experiência, e baixo nível de conscienciosidade. Note-se que o neuroticismo e a

impulsividade característicos da PPB predizem os CALSIS, pelo que não surpreende a estreita relação entre estas entidades clínicas.

Em termos de nível de ruminação, pode-se dizer que este grupo de indivíduos distingue-se caracteristicamente por um elevado nível de ruminação de emoções negativas.

A enorme variedade de CALSIS entre doentes com PPB revela-se claramente na leitura de artigos, e as experiências adversas na infância enquanto factor relacionado com os CALSIS é também consensual entre os investigadores.

Quando comparados com indivíduos saudáveis ou com indivíduos que apresentem apenas uma das entidades clínicas supracitadas, compreende-se que, quem tem diagnóstico simultâneo das duas entidades clínicas (PPB e CALSIS), tem mais ideação suicida.

Uma última característica identificada, entre indivíduos com PPB e CALSIS, foi ao nível dos antecedentes pessoais, onde é frequente encontrar uma história de abuso sexual entre estes doentes.

A grande dificuldade na resposta ao tema que me propus apresentar encontra-se no facto de que, apesar de ser possível de identificar um conjunto de factores característicos deste grupo de indivíduos (que reúne critérios simultaneamente para PPB e CALSIS), trabalho que desenvolvi com este Projeto de Tese, estes factores não são específicos para a doença em questão.

Salienta-se, por conseguinte, a necessidade do desenvolvimento de mais estudos na maior parte dos temas abordados, com amostras mais robustas e conclusões replicadas entre os estudos de investigação.

As amostras dos estudos que envolvem a PPB têm a particularidade de serem constituídas essencialmente por indivíduos do género feminino, o que dificulta não só a determinação da frequência por géneros da perturbação da personalidade, como também a identificação de características das pessoas que desenvolvem PPB de uma maneira uniforme.

Importa ainda destacar aqui os trabalhos da fisiopatologia na área: os doentes com PPB têm uma alteração estrutural do cérebro, esta alteração tem também uma relação com os comportamentos suicidários, a disfunção do sistema serotoninérgico está associada à PPB e os CALSIS relacionam-se com baixos níveis de opióides.

Finalmente, sublinhe-se que, antes de prever uma terapêutica, é importante compreender os motivos que levam um doente com PPB a cometer CALSIS. Importa perceber a perspectiva do doente o melhor possível por forma a que, posteriormente, se possa aplicar uma terapêutica dirigida e eficaz. Por exemplo, a caracterização da impulsividade permitiu perceber exatamente os pontos característicos de indivíduos com PPB e CALSIS, nomeadamente os elevados níveis de impulsividade sob a forma de urgência negativa e falta de perseverança e de premeditação. Este conhecimento poderá permitir uma abordagem terapêutica especificamente aplicada para modificar estes fatores neste grupo específico de indivíduos.

Para este Projeto de Tese, a investigação na literatura portuguesa não foi abundante; diga-se, porém, que os trabalhos que existem sobre o tema são relevantes e atuais, tal como ficou explícito no texto desenvolvido, nomeadamente nas referências feitas a essa bibliografia.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Braz Saraiva pela sua orientação, pelo apoio, disponibilidade e opiniões críticas.

Aos meus pais e ao meu irmão pelo apoio, amizade e incentivo para ultrapassar as dificuldades encontradas ao longo da realização deste trabalho.

Por último ao meu namorado pelo companheirismo, força e apoio incondicional que me deu ao longo de toda a duração deste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Pèrez S., Marco J.H., García-Alandete J.. “Comparison of clinical and demographic characteristics among borderline personality disorder with and without suicidal attempts and non-suicidal self-injury behaviors”. *Psychiatry Research* 220 (2014) 935-940.
- (2) Hamza, C.A., Stewart, S.L., Willoughby, T.. “Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behaviour: a review of the literature and an integrated model”. *Clinical Psychology Review* 32 (2012), 482-495.
- (3) Saraiva CB, Cerejeira J “*Psiquiatria Fundamental*”. Lisboa: Lidel; 2014.
- (4) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th edition (2013).
- (5) Bhome R., Fridrich P.. “Borderline personality disorder”. *British Journal of Hospital Medicine* 76 (1) (2015).
- (6) Berk M.S., Jeglic E., Brown G.K., Henriques G.R., and Beck A.T.. “Characteristics of recent suicide attempters with and without borderline personality disorder”. *Archives of Suicide Research* 11 (2007), 91-104.
- (7) Soloff P.H., Feske U., Fabio A.. “Mediators of the relationship between childhood sexual abuse and suicidal behavior in borderline personality disorder”. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 221-232 (2008).
- (8) Hulbert C., Thomas R.. “Predicting Self-Injury in BPD: An Investigation of the Experiential Avoidance Model”. *Journal of Personality Disorders*, 24(5), 651-663 (2010).
- (9) Rebok F., Teti G.L., Fantini A.P., Cárdenas-Delgado C., Rojas S.M., Derito M.N., Darai F.M. “Types of borderline personality disorder in patients admitted for suicide-related behavior”. *Psychiatric* 86:49-60(2014).

- (10) Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Bereson K.R., Downey G. "Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder". *Behavior Therapy* 44: 529-540 (2013).
- (11) Lynam D.R., Miller J.D., Miller D.J., Bornovalova M.A., Lejuez C.W.. "Testing the Relations Between Impulsivity-Related Traits, Suicidality, and Nonsuicidal Self-Injury: A Test of the Incremental Validity of the UPPS Models". *Personal Disorder* 2(2): 151-160 (2011).
- (12) Carvalho C.B., Nunes C., Castilho P., Motta C., Caldeira S., Pinto-Gouveia J.. "Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A)". *Psychiatric Research* 227: 238-245 (2015).
- (13) Saraff P.D., Pepper C.M.. "Functions, lifetime frequency, and variety of methods of non-suicidal self-injury among college students". *Psychiatry Research*, 219: 298-304 (2014).
- (14) Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., Fordwood S., Stuart B.K., McNiel D.E., Klonsky E.D., Ozer E.M.. "Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms". *Psychiatry Research*, 216: 217-222 (2014).
- (15) Morgan T.A., Chelminski I., Young D., Dalrymple Y., Zimmerman M.. "Differences between older and young adults with Borderline Personality Disorder on clinical presentation and impairment". *Psychiatry Research*, 47: 1507-1513 (2013).
- (16) Wupperman P., Fickling M., Klemanski D.H., Berking M., Whitman J.B.. "Borderline Personality Features and Harmful Dysregulated Behavior: The Mediational Effect of Mindfulness". *Journal of Clinical Psychology* 69(9): 903-911 (2013).

- (17) Ferraz L., Portella M.J., Vázquez M., Guitiérrez F., Martín-Blanco A., Martín-Santos R., Subirà S.. “Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder”. *Psychiatry Research*, 210: 980-985 (2013).
- (18) Mullins-Sweatt S.N., Lengel G.J., Grant D.M.. “Non-suicidal self-injury: The contribution of general personality functioning”. *Personality and Mental Health* 7: 56-68 (2013).
- (19) Perroud N., Dieben K., Nicastro R., Musciconico M., Huguelet P.. “Functions and timescale of self-cutting in participants suffering from borderline personality disorder”. *Journal of Personality Disorders*, 26(2): 267-279 (2012).
- (20) Sansone R.A., Lam C., Wiederman C.H.. “Self-Harm Behaviors in Borderline Personality”. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198(12): 914-915 (2010).
- (21) Reitz S., Krause-Utz A., Pogatzki-Zahn E.M., Ebner-Priemer U., Bohus M., Schmahl C.. “Stress Regulation and Incision in Borderline Personality Disorder – A pilot study modeling cutting behavior”. *Journal of Personality Disorders*, 26(4): 605-615 (2012).
- (22) Muehlenkamp J., Brausch A., Quigley K., Whitlock J.. “Interpersonal Features and Functions of Nonsuicidal Self-injury”. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 43(1): 67-80 (2013).
- (23) Soloff P.H., Pruitt P., Sharma M., Radwan J., White R., Diwadkar V.A.. “Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder”. *Journal of Psychiatric Research*, 46: 516-525 (2012).
- (24) Marcinko D., Bilic V., Pivac N., Tentor B., Franic T., Loncar M., Marcinko V.M., Jakovljevic M.. “Serum Cholesterol Concentration and Structured Individual Psychoanalytic Psychotherapy in Suicidal and Non-suicidal Male Patients Suffering from Borderline Personality Disorder”. *Coll Antropol* 35: 219-223 (2011).

- (25) Soloff P.H., Chiappetta L., Mason N.S., Becker C., Price J.C.. “Effects of serotonin-2A receptor binding and gender on personality traits and suicidal behavior in borderline personality disorder”. *Journal of Psychiatric Research*, 222: 140-148 (2014).
- (26) New A.S., Stanley B. “An Opioid Deficit in Borderline Personality Disorder: Self-Cutting, Substance Abuse, and Social Dysfunction”. *Am J Psychiatry* 167(8): 882-885 (2010).
- (27) Prossin A.R., Love T.M., Koeppe R.A., Zubieta J-K., Silk K.R.. “Dysregulation of regional endogenous opioid function in borderline personality disorder”. *Am J Psychiatry* 167: 925-933 (2010).
- (28) Stanley B., Siever L.J. “The Interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model”. *Am J Psychiatry* 167(1): 24-39 (2010).
- (29) Stanley B., Sher L., Wilson S., Ekman R., Huang Y-Y., Mann J.J.. “Nonsuicidal Self-Injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters”. *J Affect Disord* 124(1-2): 134-140 (2010).
- (30) Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J.. “Self-Injury: A research Review for the Practitioner”. *Journal of Clinical Psychology* 63(11): 1045-1056 (2007).
- (31) Netter F.H.. “Atlas of Human Anatomy”. 5 edition; United States of America: Elsevier; 2010.
- (32) Rajmohan V., Mohandas E.. “The limbic system”. *Indian J Psychiatry* 49(2): 132-139 (2007).
- (33) Zetterqvist M., Lundh L-G., Dahlstrom O., Svedin C.G.. “Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder.” *Springer Science + Business Media New York*: 41: 759-773 (2013).

- (34) Guerreiro D.F., Sampaio D.. “Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa”. Revista Portuguesa de Saúde Pública 31(2): 213-222 (2013).
- (35) Saraiva CB. “Suicídio e Comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica”. Lisboa: Lidel; 2014.
- (36) Clifton A., Pilkonis P.A.. “Evidence for a single latent class of Diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology”. *Comprehensive Psychiatry* 48: 70-78 (2007).
- (37) Olham J.M.. “Personality Disorders”. *The Journal of Lifelong Learning In Psychiatry* 3(3): 372-382 (2005).
- (38) Bateman A., O’Connell J., Lorenzini N., Gardner T., Fonagy P.. “A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder”. *BMC Psychiatry* 16(1): 304 (2016).
- (39) Reichborn-Kjennerud T., Czajkowski N., Ystrom E., Orstavik R., Aggen S.H., Tambs K., Torgersen S., Neale M.C., Roysamb E., Krueger R.F., Knudsen G.P., Kendler K.S.. “A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality disorder traits in early to middle adulthood”. *Psychological Medicine* 45: 3121-3131 (2015).
- (40) Freestone M., Howard R., Coid J.W., Ullrich S.. “Adult antisocial syndrome comorbid with borderline personality disorder is associated with severe conduct disorder, substance dependence and violent antisociality”. *Personality and Mental Health*: 2012.
- (41) Perry J.C., Körner A.. “Impulsive phenomena, the impulsive character and DSM personality disorders”. *Jornal of Personality Disorders* 25(5): 586-606 (2011).
- (42) Wetterbor D., Langström N., Andersson G., e Enebrink P.. “Borderline

- personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden”. *Comprehensive Psychiatry* 62: 63-70 (2015).
- (43) Tomko R.L., Trull T.J., Wood P.K., e Sher K.J.. “Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment utilization, and General Functioning”. *J Pers Disord* 28(5): 734-50 (2014).
- (44) Paris J.. “The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome”. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 5: 277-90 (2009).
- (45) Baer R.A., Peters J.R., Eisenlohr-Moul T.A., Geiger P.J., Sauer S.E.. “Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature”. *Clinical Psychology Review* 32: 359-369 (2012).
- (46) Diamond D., Clarkin J.F., Levy K.N., Meehan K.B., Cain N.M., Yeomans F.E., Kernberg O.F.. “Change in Attachment and Reflective Function in Borderline Patients with and without Comorbid Narcissistic Personality Disorder in Transference Focused Psychotherapy”. *Contemporary Psychoanalysis* 50(1–2): 175-210 (2014).
- (47) Levy K.N., Clarkin J.F., Yeomans F.E., Scott L.N., Wasserman R.H., Kernberg O.F.. “The mecanismos of Change in the Treatment of Borderline Personality Disorder With Transference Focused Psychotherapy”. *Journal of Clinical Psychology* 62(4): 481-501 (2006).
- (48) Saraiva CB. “Depressão e Suicídio”. Lisboa: Lidel; 2014.
- (49) Matos M.G., e Tomé G.. “Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na comunidade”. Lisboa: Placebo, Editora LDA; 2012.
- (50) Klonsky E.D.. “The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence”. *Clinical Psychology Review* 27: 226-239 (2007).
- (51) Moreira N.A.C., e Gonçalves R.A.. “Perturbação mental e ideação entre reclusos

- preventivos”. *Análise Psicológica* 1(28): 133-148 (2010).
- (52) Carpenter R.W, Trull T.J.. “The pain paradox: borderline personality disorder features, self-harm history, and the experience of pain”. *Personal Disord.* 6(2): 141-51 (2015).
- (53) Trull T.J., Widiger T.A.. “Dimensional models of personality: the five-factor model and the”. *Dialogues Clin Neurosci.* 15(2): 135-146 (2013).
- (54) Da Conceição I.K., Bello J.R., Kristensen C.H., Dornelles V.G.. “Sintomas de TEPT e trauma na infância em pacientes com transtorno da personalidade borderline”. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte* 21(1): 87-107 (2015).
- (55) Sleuwaegen E., Claes L., Luyckx K., Berens A., Vogels C., Sabbe B.. “Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament”. *Personality and Individual Differences* 108: 14-19 (2017).
- (56) Kienast T., Soffers J., Bermpohl F., Lieb K.. “Borderline Personality Disorder and Comorbid Addiction: Epidemiology and Treatment”. *Dtsch Arztebl Int.* 111(16): 280-286 (2014).
- (57) Palma M.T. “A Prosecação Dos Estudos: O Papel Da Personalidade Na Tomada De Decisão”. Mestre (dissertação de mestrado). ISPA: Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 2012.
- (58) Schuenke, Schulte, Shumacher, MacPherson, Stefan. “THIEME - Atlas of Anatomy: Head, Neck, and Neuroanatomy”. 2nd ed. Thieme; 2006.
- (59) Kutcher S., e Chehil S.. “Gestão de Risco de Suicídio: Um Manual para Profissionais de Saúde”. Lunbeck Institute; 2007.