

Transtorno de Personalidade Borderline: Análise da Prevalência de Traumas, Suicídios e Impactos de Gênero

Borderline Personality Disorder: Analysis of the Prevalence of Traumas, Suicides, and Gender Impacts

Trastorno de Personalidad Límite: Análisis de la Prevalencia de Traumas, Suicidios e Impactos de Género

Silvana Ribeiro ¹		
Rúbia Pimentel Cerqueira ¹		
Anna Julia Ferreira Osvaldo ²		
Beatriz Garcia Moreno ²		
Bianca Letícia de Souza Silva ²		
Giulia La Falce Canzi ²		
Letícia Guimarães Buzi ²		
Vitor Almeida Sales ²		
Sadi Lanzarin Junior ³		
Wagner Alves de Souza Júdice ^{1*}		

Tipo de Publicação: Artigo Completo

Área do Conhecimento: Área Saúde Coletiva

¹Centro Interdisciplinar de Investigação Bioquímica, Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil. *E-mail: wagnerjudice@gmail.com; orcid: 0000-0002-1608-9105.

²Graduandos da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil.

³Docente do Departamento de Biociências da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

SUBMETIDO EM: 11/2023 | ACEITO EM: 12/2023 | PUBLICADO EM: 12/2023

RESUMO

Objetivos: O objetivo desse estudo de revisão foi avaliar a prevalência das ocorrências de traumas, suicídios e gênero em indivíduos acometidos pela personalidade borderline cluster B. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática baseada em artigos que abordavam os transtornos de personalidade do Cluster B, com foco no transtorno borderline. Avaliou-se as variáveis sexo, traumas e suicídio e suas respectivas prevalências. Utilizou-se artigos em inglês e português, indexados em bases como Scielo, Pubmed, BVS e Google Acadêmico. Foram escolhidos 19 artigos (9 em português e 10 em inglês) entre 2013 e 2023. **Resultados:** Verificamos que 45,5% dos 893 indivíduos com TPB apresentaram trauma emocional. Em relação ao suicídio e TPB, a taxa de suicídio em pacientes com TPB foi de 7,55% em 1.469 casos. Em relação ao gênero, observou-se que 58,35% dos pacientes com TPB eram mulheres, contudo observou-se variações nas porcentagens de mulheres afetadas nos diferentes estudos (74,32%; 35,51% e 50,8%). **Conclusão:** Este estudo reforça a ligação entre traumas, estresse e o TPB, evidenciando os impactos fisiológicos e psicológicos desses fatores. A associação entre altas taxas de suicídio e o TPB destaca a gravidade do transtorno, oferecendo insights valiosos para orientar abordagens de tratamento e intervenções preventivas.

Palavras-chave: Borderline, Cluster B, Prevalência de transtornos, Transtorno de personalidade.

ABSTRACT

Objectives: The objective of this review study was to assess the prevalence of occurrences of trauma, suicide, and gender in individuals affected by borderline personality disorder in Cluster B. **Methodology:** This is a systematic review based on articles addressing Cluster B personality disorders, with a focus on borderline disorder. Variables such as gender, trauma, and suicide, along with their respective prevalences, were evaluated. Articles in English and Portuguese indexed in databases like Scielo, Pubmed, BVS, and Google Scholar were used. A total of 19 articles (9 in Portuguese and 10 in English) from 2013 to 2023 were selected. **Results:** We found that 45.5% of the 893 individuals with BPD experienced emotional trauma. Regarding suicide and BPD, the suicide rate in BPD patients was 7.55% in 1,469 cases. Concerning gender, it was observed that 58.35% of BPD patients were women, with variations in the percentages of affected women in different studies (74.32%, 35.51%, and 50.8%). **Conclusion:** This study reinforces the connection between trauma, stress, and BPD, highlighting the physiological and psychological impacts of these factors. The association between high suicide rates and BPD underscores the severity of the disorder, providing valuable insights to guide treatment approaches and preventive interventions.

Keywords: Borderline, Cluster B, Prevalence of disorders, Personality disorder.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo de este estudio de revisión fue evaluar la prevalencia de ocurrencias de traumas, suicídios y género en individuos afectados por el trastorno límite de la personalidad del grupo B. **Metodología:** Se trata de una revisión sistemática basada en artículos que abordaban los trastornos de personalidad del grupo B, con un enfoque en el trastorno límite. Se evaluaron variables como género, traumas y suicidio, junto con sus respectivas prevalencias. Se utilizaron artículos en inglés y portugués indexados en bases de datos como Scielo, Pubmed, BVS y Google Acadêmico. Se seleccionaron 19 artículos (9 en portugués y 10 en inglés) entre 2013 y 2023. **Resultados:** Encontramos que el 45,5% de los 893 individuos con TLP experimentaron trauma emocional. En cuanto al suicidio y TLP, la tasa de suicidio en pacientes con TLP fue del 7,55% en 1.469 casos. En relación con el género, se observó que el 58,35% de los pacientes con TLP eran mujeres, con variaciones en los porcentajes de mujeres afectadas en diferentes estudios (74,32%, 35,51% y 50,8%). **Conclusión:** Este estudio refuerza la conexión entre el trauma, el estrés y el TLP, destacando los impactos fisiológicos y psicológicos de estos factores. La asociación entre las altas tasas de suicidio y el TLP subraya la gravedad del trastorno, proporcionando ideas valiosas para orientar enfoques de tratamiento e intervenciones preventivas.

Palabras clave: Límite, Grupo B, Prevalencia de trastornos, Trastorno de personalidad.

1. INTRODUÇÃO

Na vida diária, enfrentamos desafios constantes, exigindo a habilidade de identificar e escolher a melhor opção em situações desconhecidas. Essa competência é essencial para lidar com mudanças e reagir de forma flexível a novos desafios ¹.

A psiquiatria, ao longo da história, apresentou diversos modelos e abordagens para distúrbios mentais, com avanços e críticas. A transição da psicanálise no século XX trouxe avanços científicos, como farmacoterapias e psicoterapias baseadas em evidências, mas também enfrentou críticas sobre seu modelo médico e a necessidade de promover a psiquiatria comunitária globalmente ².

No século XXI, a saúde mental global influencia distúrbios mentais e tratamentos, embora seja criticada por exportar construtos ocidentais de forma inadequada³. A nosologia psiquiátrica, exemplificada pelo DSM-III, avançou, mas críticas surgem quanto à validade dos construtos diagnósticos tradicionais ⁴.

Transições propostas incluem neurociência clínica, farmacoterapia personalizada, estatísticas inovadoras para a nosologia, desinstitucionalização, ampliação de psicoterapia baseada em evidências, fenotipagem digital, terapias digitais e saúde mental global. A avaliação dessas propostas busca discernir entre exagero, esperança, mudanças de paradigma e progresso iterativo na pesquisa e prática psiquiátrica ⁵.

A personalidade e suas disfunções têm sido discutidas por milênios, mas a era moderna dos transtornos de personalidade começou em 1952 com o primeiro DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Nessa versão inicial, os transtornos tinham descrições breves, incluindo um diagnóstico amplo de transtorno de personalidade sociopática, com subtipos como antissocial, desvios sexuais, alcoolismo, dependência de drogas e reação dissocial. Em 1968, o DSM-II6 expandiu a cobertura dedicando três páginas à descrição de 10 transtornos nomeados. Os comentários introdutórios definiram os transtornos como "padrões de comportamento profundamente enraizados e mal adaptativos. Geralmente, esses são padrões ao longo da vida, frequentemente reconhecíveis na adolescência ou antes" ⁶. Nem a primeira nem a segunda edição do DSM foram apoiadas por evidências de pesquisa, epidemiologia ou discussão sobre a fisiopatologia potencial dos diagnósticos de transtorno de personalidade ⁷.

Os transtornos de personalidade, embora complexos e pouco compreendidos, passaram por mudanças até sua concepção atual ⁸. A partir dos anos 80, houve uma elaboração de um sistema diagnóstico baseado em critérios, incorporando evidências científicas. Hoje, o conhecimento obtido por meio de diagnósticos e estudos epidemiológicos revela prevalências significativas desses transtornos nos serviços de saúde ⁹.

Os transtornos de personalidade, mais prevalentes em populações clínicas, podem ser diagnosticados na infância, exceto o antissocial. O DSM-5 lista dez, divididos em três clusters (A, B e C). O transtorno de personalidade borderline (TPB), do cluster B, é caracterizado por hipersensibilidade à rejeição e instabilidade em relacionamentos, autoimagem, afeto e comportamento, causando prejuízo significativo e associado a múltiplas comorbidades, com prevalência de 1,6% na população geral e 20% em pacientes psiquiátricos hospitalares. Em contraste, o transtorno obsessivo-compulsivo (TPOC) parece ser o mais

prevalente, com taxas em torno de 5% na população geral. Pacientes com TPB utilizam extensos recursos de tratamento, apresentando maior morbidade e mortalidade, explicando o extenso estudo desse transtorno em comparação com outros de personalidade^{10,11}.

Embora o Cluster B, que abrange o transtorno de personalidade borderline (TPB), também inclua o transtorno de personalidade histriônico (TPH), narcisista (TPN) e antissocial (TPAS), existe uma diferenciação na causa e nos mecanismos subjacentes dentro dessa classe¹². Descrever cada transtorno é crucial, pois o entendimento dos outros transtornos de personalidade do Cluster B é fundamental para contextualização e diferenciação das comorbidades¹³.

A caracterização do transtorno de personalidade borderline é evidenciada por instabilidade emocional, impulsividade marcante, comportamentos autolesivos, relações interpessoais instáveis e intenso medo de abandono. Em contraste, o transtorno de personalidade histriônica se manifesta por busca de atenção, comportamentos sedutores e dramáticos, além da constante necessidade de aprovação dos outros. O transtorno de personalidade narcisista é caracterizado por um senso inflado de autoimportância, falta de empatia e necessidade constante de admiração. Por sua vez, o transtorno de personalidade antissocial se qualifica por um padrão de comportamento irresponsável, desrespeito pelos direitos dos outros e falta de remorso¹⁴.

Além disso, é crucial destacar os elementos que contribuem para a psicopatologia borderline, dada a ênfase nesse transtorno neste estudo, como abuso sexual e físico, negligência, conflito hostil e até mesmo perda parental prematura, experiências consideradas traumáticas. Esses fatores delineiam uma psicodinâmica no transtorno de personalidade borderline (TPB), onde os pacientes, devido às suas condições estruturais e falta de integração psíquica, enfrentam diversas dificuldades interpessoais e pessoais. O desconhecimento sobre a doença e as dificuldades no diagnóstico contribui para a falta de reconhecimento e tratamento adequado, agravando suas vidas em sociedade¹⁵. Portanto, uma compreensão aprofundada desse transtorno é essencial para promover qualidade de vida aos portadores.

Nesse contexto o objetivo desse estudo de revisão foi avaliar a prevalência das ocorrências de traumas, suicídios e gênero em indivíduos acometidos pela personalidade borderline, que corresponde a uma fração do transtorno de personalidade Cluster B.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão sistemática com compilação de dados provenientes de artigos originais sobre as características dos transtornos de personalidade do Cluster B, com enfoque no transtorno borderline. Foram exploradas variáveis como sexo, traumas e associação com o suicídio para discutir a prevalência de cada uma.

A pesquisa abrangeu artigos científicos em inglês e português, indexados em bases de dados como Scielo, Pubmed, BVS e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas incluíram "Transtorno de personalidade", "Borderline", "características prevalentes" e "análise de dados". A exclusão considerou artigos que não apresentavam informações sobre transtorno de personalidade borderline nas vertentes de sexo, traumas e associação com suicídio, nem no resumo nem na discussão.

Após a seleção, foram escolhidos 19 artigos originais (9 em português e 10 em inglês) no período de 2013 a 2023. Os artigos de maior relevância forneceram dados quantitativos sobre o gênero dos pacientes, histórico de trauma ou tentativas de suicídio, revelando maior prevalência nessas características.

Posteriormente, a compilação de dados foi utilizada para determinar o número (n) de cada variável agrupada, e realizou-se um cálculo de porcentagem (%) para definir a prevalência dessas categorias em relação ao número total (N) da variável analisada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à correlação entre o transtorno de personalidade borderline e a experiência de traumas na vida dos pacientes, verifica-se uma alta incidência nos estudos analisados, conforme apresentado na **TABELA 1**. Embora o trauma isoladamente não seja capaz de causar uma doença, sua presença aumenta as probabilidades de desenvolvimento e agravamento do quadro. A literatura científica sustenta que o estresse serve como indicador de patogenicidade no sistema psíquico, pois a exposição crônica a ele pode ser prejudicial ao indivíduo.

Tabela 1) Número de pacientes Borderline com ou sem experiência traumática.

Característica	Amostra 1	Amostra 2	TOTAL
Nº de pacientes com Borderline	256	637	893
Presença de traumas	73	337	410
Ausência de traumas	183	300	483

FONTE: Temes CM, et al,¹⁶; Peng W, et al,¹⁷.

De acordo com os dados da Tabela 1, 45,5% dos 893 indivíduos avaliados nos estudos foram afetados por trauma emocional. Essa prevalência sugere que, se uma pessoa tem o transtorno de personalidade borderline, há uma probabilidade de uma em duas de ter vivenciado uma situação traumática, indicando uma taxa significativa.

Observações clínicas e estudos epidemiológicos enfatizaram a existência de episódios traumáticos nas histórias passadas de indivíduos que apresentavam sintomas de TPB. O estudo de Zanarini et al., observou que 91% dos pacientes com TPB relataram ter sofrido abusos, 92% foram negligenciados antes dos 18 anos, sendo que, em 70,7% dos pacientes com TPB foram observados eventos traumáticos, e destes, 43,7% correspondia a negligência emocional, 43% a testemunho de violência (43,0%), 36,4% a abuso físico, 25,8% a abuso sexual (25,8%) e 9,3% a negligência física^{18,19}.

O eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) representa o principal sistema neuroendócrino mediador da resposta do corpo ao estresse, desempenhando um papel crucial na manutenção da homeostase corporal. Nesse contexto, exposições prolongadas a hormônios adrenais associados ao estresse metabólico podem resultar em efeitos prejudiciais na homeostase, aumentando a predisposição a diversas doenças, incluindo o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)²⁰.

O eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), desencadeando cascatas neurais e hormonais, regula funções metabólicas, como aumento de glicose e supressão imunológica, desempenhando um papel essencial na resposta ao estresse²¹. A atividade dinâmica do HHA em resposta a estressores ambientais e psicológicos é extensivamente estudada na psicologia clínica e psiquiatria, destacando-se como um sistema fisiológico crucial²². Alterações nos níveis endócrinos do estresse são interpretadas como indicadores de desregulação do HHA, associadas a doenças crônicas e estresse. A inclusão de medidas biológicas aprimora a precisão diagnóstica em populações psiquiátricas, destacando o HHA como um possível alvo em distúrbios relacionados ao estresse²³.

Em situações de estresse metabólico, o hipotálamo é estimulado a liberar o Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH) que, por sua vez, atinge na hipófise a liberar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), atingindo a circulação sistêmica e estimulando a glândula suprarrenal para liberar o hormônio cortisol (glicocorticoide), regulador do estresse metabólico. A exposição a situações estressantes no início da vida, como traumas, desregula as respostas do eixo HHA, embora a razão não tenha sido totalmente esclarecida por estudos.

Embora o mecanismo de resposta ao estresse tenha a finalidade de manter a estabilidade ou homeostase, sua ativação prolongada, como consequência da exposição crônica ao estresse, pode ter efeitos prejudiciais no corpo, aumentando o risco de desenvolver diferentes tipos de doenças, incluindo transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse²⁴.

Em situações de estresse, o fator liberador de corticotropina (FLC) e a vasopressina de arginina (AVP) são liberados do núcleo paraventricular (PVN) no hipotálamo, estimulando a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) das células corticotróficas. Isso induz a síntese e liberação de cortisol pela glândula adrenal, afetando diversos órgãos e processos biológicos²⁵. O cortisol tem impacto no metabolismo, crescimento, inflamação, função cardiovascular, cognição e comportamento, ligando-se a receptores específicos em diferentes regiões cerebrais, como o hipotálamo, a hipófise anterior e o córtex pré-frontal medial²⁶.

É notório associação negativa entre cortisol e sintomas de TPB, a qual contribui para a instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, instabilidade na autoimagem, flutuações extremas de humor e impulsividade, que, de acordo com os dados obtidos, pode ser decorrente de exposições traumáticas da infância e possíveis lembranças desses eventos.

Estudos indicam que situações de estresse podem desencadear a liberação de cortisol, e há evidências de disfunções no eixo HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal) em indivíduos com borderline. Em condições de estresse, o sistema HPA é ativado, resultando na liberação de cortisol. Indivíduos com transtorno de personalidade borderline podem apresentar respostas alteradas a situações estressantes, refletindo-se nos níveis de cortisol. Essa disfunção no eixo HPA pode contribuir para os sintomas característicos do transtorno, como instabilidade emocional, impulsividade e dificuldades interpessoais.

^{25,27,28}

Quando se trata da variável de casos suicidas, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 15.629 dados computados apresentam valores de 35,8% e 11,6%, sendo esses executados por pessoas com algum transtorno de humor e de personalidade, respectivamente. O Transtorno de

Personalidade Borderline (TPB) é o Transtorno que mais apresenta comportamentos suicidas dentro o cluster B, de acordo com os estudos selecionados ²⁹.

TABELA 2) Número de indivíduos Borderline com tentativa/risco de suicídio.

Característica	Amostra 1	Amostra 2	TOTAL
No de pacientes com Borderline	290	1179	1469
Suicídio	17	94	111
Sem suicídio	273	1085	1358

Fonte: Temes CM, et al, ¹⁹; Pompili M, et al, ³⁰.

A partir dos dados da **Tabela 2**, em um universo de 1.469 pacientes com TPB, 7,55% (n=111) cometeram suicídio. O estudo de Temes C.M, et al.,¹⁹ mostrou que, dentre os indivíduos sem TBP (n=72) apenas 1,4% cometeram suicídio. Dessa forma, verifica-se que a taxa de suicídio em indivíduos com TBP é muito maior do que na ausência de TBP tornando essa desordem um agravo para cometimento de suicídio.

Pesquisas de acompanhamento apontam que o suicídio ocorre em até 10% dos casos de TPB ³¹. No entanto, taxas mais baixa, entre 3% e 6%, foram observadas em estudos de coortes acompanhados prospectivamente ³². Essas discrepâncias podem indicar uma possível subestimação da gravidade do comportamento suicida em pacientes que concordam em participar de estudos de investigação.

A variável de gênero desempenha um papel significativo na prevalência de transtornos psicológicos, com diferenças observadas entre homens e mulheres. Embora haja uma lacuna em pesquisas específicas sobre essa relação, há uma crença geral de que as mulheres são mais propensas a certos transtornos devido às flutuações hormonais ao longo de suas vidas. Essas flutuações estão diretamente ligadas ao ciclo hormonal feminino, caracterizado por aproximadamente 14 dias com níveis mais altos de estrogênio e outros 14 dias com maior predominância de progesterona. Esses períodos estão associados a momentos críticos, como episódios psicóticos agudos, especialmente devido aos baixos níveis de estradiol ³³.

TABELA 3) Distribuição de indivíduos Borderline em relação ao gênero.

Característica	Amostra 1	Amostra 2	Amostra 3	TOTAL
Nº de pacientes com Borderline	405	183	305	893
Homem	104	118	150	372 (41,65%)
Mulher	301	65	155	521 (58,35%)

Fonte: Titus C, et al, ³⁴; Khan S, et al, ³⁵; Bolia IK, et al, ³⁶

Em relação à distribuição da TBP por gênero (**TABELA 3**), observamos que 58,35% das mulheres eram acometidas por TBP em um grupo amostral de 893 pacientes com borderline, contudo, verificaram-se variações nas porcentagens de mulheres acometidas nos diferentes estudos (74,32%; 35,51% e 50,8%).

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é comumente associado a uma predominância no sexo feminino, tanto em cenários de pesquisa quanto em ambientes clínicos. Apesar do crescente reconhecimento de potenciais diferenças entre os sexos, a literatura atual permanece fragmentada e inconclusiva. O propósito desta revisão de escopo é consolidar as evidências das pesquisas disponíveis sobre possíveis disparidades entre os sexos no TPB ³⁷.

Desde 1980, todas as edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) indicaram uma prevalência maior do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em mulheres, com uma proporção de 3:1, segundo o DSM-IV-TR. Contudo, a Pesquisa Epidemiológica Nacional sobre Álcool e Condições Relacionadas revelou uma prevalência igual entre homens e mulheres, desafiando a visão anterior. O viés de gênero no diagnóstico médico, sugerido por estudos antigos, não foi universalmente confirmado. A análise de critérios individuais para o TPB não indicou uma predominância consistente em mulheres. Além disso, o viés de amostragem em ambientes psiquiátricos pode distorcer a distribuição real de gênero do TPB. Se mais mulheres com TPB procuram ajuda em ambientes de saúde mental, estudos nesses contextos podem erroneamente sugerir uma maior prevalência feminina. Da mesma forma, se mais homens com TPB acabam em programas de tratamento relacionados a abuso de substâncias ou prisão, a distribuição real pode ser subestimada. O viés de amostragem é crucial para interpretar as discrepâncias nas taxas de prevalência do TPB entre os gêneros ³⁸.

CONCLUSÃO

Em resumo, a revisão sistemática e análise de dados destacam o papel crucial do trauma como mediador no transtorno de personalidade, interagindo com fatores genéticos e morfológicos. O estudo destaca o trauma como um desencadeador significativo da condição. Os resultados evidenciam o risco de suicídio como uma manifestação marcante da doença, agravando as consequências prejudiciais nas relações interpessoais e aprendizado. Além disso, observa-se uma incidência maior do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) em mulheres. A análise comparativa valida essas associações, consolidando a compreensão de que o TPB está fortemente correlacionado com suicídio, trauma e, especialmente, o gênero feminino. Esses resultados oferecem insights sobre as interconexões desses elementos, reforçando a base de evidências científicas que sustentam a prevalência do TPB em situações envolvendo suicídio, trauma e gênero feminino.

REFERÊNCIAS

1. Kipman U. Komplexes problemlösen. Springer Books, 2020.
2. Betsch T, Funke J, Plessner H. Denken–Urteilen, Entscheiden, Problemlösen. 2011.
3. Collins PY. What is global mental health? *World Psychiatry*, 2020;19: 265-6.
4. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019;18(1), 3-19.

5. Deyo RA, Patrick DL. Hope or hype: the obsession with medical advances and the high cost of false promises. *J Clin Invest*. 2005; 115(11), 2960.
6. Trestman RL. DSM-5 and personality disorders: where did axis II go? *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014; 42(2), 141-5.
7. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1968.
8. Strelau J. *Temperament: A psychological perspective*. New York: Plenum, 1998.
9. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2003; 8(2), 557-67.
10. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. *Borderline Personality Disorder*. 2023 Jun 2. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
11. Souza SSC, Corrêa AS. Da Terapia cognitiva comportamental à terapia de esquemas para o transtorno da personalidade borderline. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, 2019; 20(2), 439-46.
12. Reinecke G, dos Passos DP, Pabis JL, Ienke LT, Avelar MA. V. Transtorno de personalidade borderline e o manejo qualificado da assistência de enfermagem. *Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais (CESCAGE)*, 2020; 23(1), 1-6.
13. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 31-86.
14. Nascimento RB, Cerqueira GL, Araujo Filho ES, Carneiro DG. Transtorno de personalidade borderline em homens: uma revisão integrativa. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 2021; 10(3): 541-58.
15. Pollis AA, Oliveira II, Vasconcelos CR, Ferreira WFS. Transtorno de personalidade borderline e assistência de enfermagem na emergência psiquiátrica. *Disciplinarum Scientia Saúde*. 2019; 20(1), 15-36.
16. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, Zanarini MC. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*. 2019; 80(1), 18m12436
17. Peng W, Liu Z, Liu Q, Chu J, Zheng K, Wang J, et al. Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 2020; 38, 28–39.
18. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1997; 154, 1101–6.
19. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*. 8, 737–754.
20. Herman JP, McKlveen JM, Ghosal S, Kopp B, Wulsin A, Makinson R, et al. Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. *Compr Physiol*. 2016; 6(2), 603-21.
21. Joëls M, Baram TZ. The neuro-symphony of stress. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10(6), 459–66.
22. Spencer RL, Deak T. A users guide to HPA axis research. *Physiol Behav*. 2017; 178: 43–65.
23. Halford C, Anderzen I, Arnetz B. Endocrine measures of stress and self-rated health: a longitudinal study. *J Psychosom Res*. 2003; 55(4), 317–20.
24. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1), 221.
25. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Moller-Leimkuhler AM, Giupponi G, Girardi P, et al. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 260(8), 583–600.
26. Harris BN, Carr JA. The role of the hypothalamus-pituitary-adrenal/interrenal axis in mediating predator-avoidance trade-offs. *General and comparative endocrinology*. 2016; 230–231:110–42.

-
27. Simeon D, Bartz J, Hamilton H, Crystal S, Braun A, Ketay S, et al. Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: a pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 2011, 36(9), 1418-21.
 28. Del Casale A, Bonanni L, Bargagna P, Novelli F, Fiaschè F, Paolini M. et al. Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2021; 19(10), 1760-79.
 29. Lima CS de A, Almeida ALR de, Souza BEM de, Rodrigues CR de S, Faria CL de, Nascimento JML, et al. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(4), e7052.
 30. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2005; 59(5), 319-24.
 31. Paris J, Zweig-Frank H. A twenty-seven year follow-up of borderline patients. *Compr. Psychiatry*. 2001; 42, 482-7.
 32. Zanarini MC, Frankenburg F, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and Axis II comparison subjects: A 16-year prospective followup study. *Am. J. Psychiatry*. 2012; 169, 476-83.
 33. Huber TJ, ROLLNIK J, WILHELMS J. Estradiol levels in psychotic disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 2001; 26: 27-35.
 34. Titus CE, DeShong HL. Thought control strategies as predictors of borderline personality disorder and suicide risk. *J Affect Disord*. 2020 Apr 1;266:349-355
 35. Khan S, Kamal A. Adaptive family functioning and borderline personality disorder: Mediating role of impulsivity. *J Pak Med Assoc*. 2020 Jan;70(1):86-89
 36. Bolia IK, Briggs KK, Locks R, Chahla J, Utsunomiya H, Philippon MJ. Prevalence of High-Grade Cartilage Defects in Patients With Borderline Dysplasia With Femoroacetabular Impingement: A Comparative Cohort Study. *Arthroscopy*. 2018 Aug;34(8):2347-2352
 37. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PLoS One*. 2022; 17(12), e0279015.
 38. Sansone RA, Sansone LA. Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2011; 8(5), 16-20.