

Processamento Emocional em Indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline e com Transtorno Depressivo Maior

Emotional Processing in Individuals with Borderline Personality Disorder and with Major Depressive Disorder

Jacqueline La Rosa de Mesquita / Adriane Xavier Arteche*

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Resumo: No campo da saúde mental, deficiências no processamento emocional têm sido evidenciadas em várias psicopatologias. Este estudo quantitativo, com delineamento quase-experimental, teve como objetivo geral investigar o Processamento Emocional (Reconhecimento de expressões faciais emocionais e a Desregulação Emocional) em amostra de indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB, n = 13) e com Transtorno Depressivo Maior (TDM, n = 20). Foi desenvolvida uma Tarefa de Reconhecimento de Faces especificamente para esta investigação. A tarefa consistiu na apresentação de 20 vídeos, de cinco segundos, com faces dinâmicas das emoções Alegria, Raiva, Medo, Tristeza e Faces Neutras. As hipóteses foram confirmadas parcialmente. Com relação ao reconhecimento de faces, no tempo de reação, o grupo TPB apresentou maior tempo de reação para as faces neutras com ($p=0,014$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à acurácia. Os resultados apontam, também, que os indivíduos com TPB apresentam maior Desregulação Emocional, medida por autorrelato por meio da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), do que o grupo TDM. A Desregulação Emocional nas subescalas da DERS apresentou diferença significativa entre grupos, apontando para maior Desregulação Emocional do TPB nas subescalas: Impulsos ($p=0,001$), Estratégias ($p=0,0009$) e Clareza ($p=0,0005$).

Palavras-chave: transtorno da personalidade borderline; transtorno depressivo maior; processamento emocional.

Abstract: In the field of mental health, deficiencies in emotional processing have been evidenced in several psychopathologies. This quantitative study with a quasi-experimental design, aimed to investigate the Emotional Processing (Recognition of emotional facial expressions and Emotional Deregulation) in a sample of individuals with Borderline Personality Disorder (BPD, n = 13) and with Major Depressive Disorder (MDD, n = 20). A Face Recognition Task was developed specifically for this investigation. The task consisted of the presentation of 20 videos, of 5 seconds, with dynamic faces of the emotions Joy, Anger, Fear, Sadness and Neutral Faces. The hypotheses were partially confirmed. Regarding face recognition, in the reaction time, the TPB group showed a longer reaction time for neutral faces with ($p=0,014$). No statistically significant differences were found regarding accuracy. The results also point out that individuals with BPD have greater Emotional Deregulation, measured by self-report using the Emotional Regulation Difficulty Scale (DERS), than the MDD

* Correspondência para: Ipiranga 6681, Prédio 11, sala 925, Partenon, 90619900 - Porto Alegre, RS - Brasil. E-mail: adriane.artech@puccrs.br

group. Emotional deregulation in the DERS subscales showed a significant difference between groups pointing to greater Emotional Deregulation of the BPD, in the subscales: Impulses ($p = 0.001$), Strategies ($p = 0.0009$) and Clarity ($p = 0.0005$).

Keywords: borderline personality disorder; major depressive disorder; emotional processing.

Introdução

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é caracterizado por experiências de alta vulnerabilidade e intensidade emocional com comprometimento do processamento emocional e da regulação emocional. Muitos autores consideram que a desregulação emocional é a base para uma série de outros sintomas, como: fragilidade no senso de identidade, labilidade do humor, relacionamentos instáveis e caóticos e desregulação comportamental, produzindo ações impulsivas, autolesivas e crises suicidas (Kuo & Linehan, 2009; Dixon-Gordon, Peters, Fertuck, & Yen, 2017). O comprometimento nas interações sociais pode estar relacionado a deficiências que afetam o reconhecimento de expressões faciais emocionais e pode contribuir para que indivíduos com TPB tenham menor habilidade em contextos sociais complexos (Daros, Zakzanis, & Ruocco, 2012; Lazarus, Cheavens, Festa, & Rosenthal, 2014; Doell et al., 2019).

Em uma revisão de literatura realizada por Domes, Schulze e Herpertz (2009), foi constatado que indivíduos com TPB apresentaram algumas deficiências no reconhecimento de emoções faciais, principalmente um viés de negatividade que significou atribuir tristeza a faces neutras. Em pesquisa realizada por Unoka, Fogd, Füzy e Csukly (2011), os resultados sugeriram que o grupo TPB apresentava menor precisão em discriminar emoções negativas do que o grupo controle. Os resultados de pesquisa nessa área são mistos, alguns apontando, inclusive, maior sensibilidade no reconhecimento de pistas emocionais a depender do tipo de emoção, sendo importante maior investigação para o esclarecimento quanto à existência e aos atributos dessas deficiências (Domes et al., 2009; Unoka et al., 2011; Meehan et al., 2017).

Nas pesquisas sobre reconhecimento de expressões faciais emocionais com indivíduos com Transtorno Depressivo Maior (TDM), há indicações de que deficiências importantes também estão presentes. Esses prejuízos estão associados ao funcionamento psicossocial, e algumas dessas falhas de reconhecimento são análogas às encontradas em indivíduos com TPB, sendo que a principal deficiência é o viés de negatividade para faces neutras ou ambíguas. Há, também, nos indivíduos com TDM, maior atenção seletiva para expressões tristes e reduzida acurácia para alegria (Bourke, Douglas, & Porter, 2010; Knight & Baune, 2018).

A alta taxa de comorbidade entre o Transtorno de Personalidade Borderline e o Transtorno Depressivo Maior na ordem de até 70% gerou uma série de estudos que visaram distinguir as semelhanças e diferenças entre essas duas enfermidades (Goodman, New, Triebwasser, Collins, & Siever, 2010). Nesse contexto, há a identificação de que TPB e TDM compartilham de desregulação emocional com hiperreatividade amigdalár, disfunções serotoninérgicas importantes e hipoativação de regiões pré-frontais, sendo que o menor volume do Córtex Cingulado Anterior aponta para as dificuldades de processamento cognitivo superior, principalmente diante de estados emocionais (Goodman et al., 2010; Hidalgo et al., 2016). Entretanto, a literatura teórica e empírica sugere que há maior desregulação emocional no TPB do que no TDM e que a sobreposição se limita ao viés de humor negativo e à sensibilidade ao estresse, pois os indivíduos com TPB possuem principalmente maior reatividade a estressores agudos. Assim, a reação emocional é mais lábil e episódica no TPB, sendo que no TDM os problemas de humor negativo são mais perduráveis e autossustentados (Goodman et al., 2010; Dixon-Gordon et al., 2015).

Os critérios dos dois transtornos, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), permitem a diferenciação diagnóstica já que no TPB encontra-se principalmente perturbação da identidade, sentimentos crônicos de vazio, instabilidade nas relações interpessoais, impulsividade e raiva intensa e inapropriada.

Já o TDM caracteriza-se principalmente por humor deprimido, perda de interesse ou prazer, alterações no sono e no apetite, perda de energia, dificuldades de concentração com sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social (APA, 2014).

A literatura existente destaca a necessidade de investigações mais abrangentes e diferenciadas sobre Reconhecimento de expressões faciais emocionais e Desregulação emocional que possam caracterizar os padrões de disfunção desses construtos no TPB, no TDM e sua co-ocorrência. Assim, a presente pesquisa procurou investigar o processamento emocional através do exame do Reconhecimento de expressões faciais por meio de uma tarefa computadorizada com vídeos que apresentavam faces emocionais dinâmicas e sua relação com a Desregulação emocional nas duas patologias em amostra de indivíduos da Cidade de Porto Alegre, RS. Hipotetizou-se que: (1) haveria diferença estatisticamente significativa na capacidade de reconhecimento de emoções faciais nos dois grupos, principalmente na presença de comorbidades TPB e TDM, com viés de negatividade no reconhecimento de faces neutras e alegres; (2) indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline apresentariam maior Desregulação emocional do que os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior; (3) no grupo com TPB, os indivíduos que apresentassem maior intensidade de sintomas borderline e depressivos apresentariam menor acurácia no reconhecimento de expressões faciais emocionais, comparados a indivíduos com TDM; (4) existência de correlação negativa entre a intensidade de sintomas e a Regulação emocional dos indivíduos com TPB e com TDM.

Método

Delineamento

Estudo quase-experimental com dois grupos: Grupo TPB – com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline – e Grupo TDM – com diagnóstico primário de Transtorno Depressivo Maior.

Participantes

A amostra foi composta por indivíduos com TPB (n = 13 participantes) e com TDM (n = 20 participantes). Os participantes dos dois grupos foram recrutados por conveniência, a partir de indicação de profissionais (psicólogos e psiquiatras), bem como mediante a divulgação nas redes sociais de grupos de pesquisa e de profissionais da área de saúde mental. O critério de inclusão para ambos os grupos foi idade ≥ 18 anos. Para inclusão no grupo TPB, foram considerados os indivíduos: a) com presença de Transtorno de Personalidade Borderline, dada por avaliação clínica prévia e mensurada por meio da pontuação mínima exigida para o diagnóstico de TPB na Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline – Revista (DIB-R; ≥ 4 pontos); e b) que pontuaram na SCID II de personalidade. Para o grupo TDM, foram incluídos indivíduos: a) sem funcionamento diagnóstico de TPB dado por histórico prévio e pontuação < 4 pontos graduados na escala DIB-R; b) que não pontuaram na SCID II de personalidade; e c) com histórico de episódio (s) depressivo (s) passado (s) ou a presença de episódio atual, avaliados pela Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID 5). Estar em crise suicida foi um critério de exclusão para os dois grupos.

O recrutamento foi realizado por conveniência. Foram contatadas 50 pessoas, mas compareceram 37 para as entrevistas. Foram excluídos quatro sujeitos da amostra. Os critérios de exclusão foram os seguintes: quadro de ansiedade leve, sem TPB e TDM (um), idade menor que 18 anos (dois), presença de risco de suicídio (um). O participante que apresentou risco de suicídio foi encaminhado para a unidade de atendimento de emergência psiquiátrica e realizaram-se dois contatos telefônicos para apoiar a procura de atendimento. O seguimento do acompanhamento ficou sob responsabilidade do ambulatório clínica-escola da universidade. As entrevistas foram realizadas entre junho e novembro de 2019 nas dependências da universidade.

A Tabela 1 apresenta as características demográficas da amostra. A idade média geral é de 36 anos (DP 13,7). No grupo TDM encontra-se média de idade de 40,3 anos

(DP 14,83), significativamente maior ($p = 0,01$) do que no grupo TPB que apresenta idade média de 29,3 (DP 8,49). Além disso, no grupo TDM há menor número de tentativas de suicídio, com diferença estatística significativa ($p = 0,05$) em relação ao TPB e menor ocorrência de comportamento auto lesivo no grupo TDM com $p < 0,01$.

Tabela 1
Dados sociodemográficos

	TPB (n=13)	TDM (n=20)
Sexo		
Feminino	9 (69.2%)	16 (80.0%)
Masculino	4 (30.8%)	4 (20.0%)
Estado civil		
Casado	1 (7.7%)	7 (35.0%)
Solteiro	11 (84.6%)	11 (55.0%)
Divorciado	1 (7.7%)	2 (10.0%)
Residência		
Sozinho	6 (46.2%)	4 (20.0%)
Família	1 (7.7%)	9 (45.0%)
Pais	4 (30.8%)	5 (25.0%)
Outros	2 (15.4%)	2 (10.0%)
Está empregado		
Não	4 (30.8%)	6 (30.0%)
Sim	9 (69.2%)	14 (70.0%)
Grau de escolaridade		
Fund./Med. completo	2 (15.4%)	3 (15.0%)
Superior incompleto	7 (53.8%)	11 (55.0%)
Superior Completo	2 (15.4%)	2 (10.0%)
Pós-graduação	2 (15.4%)	4 (20.0%)
Faz psicoterapia		
Não	5 (38.5%)	10 (50.0%)
Sim	8 (61.5%)	10 (50.0%)
Tempo de psicoterapia (meses)		
Média (Desvio padrão)	46.8 (74.6)	43.7 (88.3)
Mediana [Min. Max]	12.0 [0.00.204]	10.0 [0.00. 360]
Internação Psiquiátrica		
Não	10 (76.9%)	17 (85.0%)
Sim	3 (23.1%)	3 (15.0%)
Número de internações psiquiátricas		
Média (Desvio Padrão)	0.769 (1.96)	0.150 (0.366)
Tentativas de Suicídio		
Não	5 (38.5%)	16 (80.0%)
Sim	8 (61.5%)	4 (20.0%)
Número de tentativas de suicídio		
Média (Desvio Padrão)	1.08 (1.44)	0.150 (0.366)
Automutilação		
Não	3 (23.1%)	17 (85.0%)
Sim	10 (76.9%)	3 (15.0%)
Critério Brasil		
A	1 (7.7%)	3 (15.0%)
B	6 (46.2%)	11 (55.0%)
C	6 (46.2%)	6 (30.0%)

Nota. Adaptada de "Critério de classificação econômica Brasil", de Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2010, São Paulo: Abep.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário de dados Sociodemográficos (QS): desenvolvido para este estudo, contendo dados relativos a sexo, idade, nível de escolaridade, nível de renda, trabalho, estado civil, uso de medicações psiquiátricas, história do diagnóstico psiquiátrico, tempo de tratamento psicoterápico e comorbidades.

Tarefa de Reconhecimento de Faces (TRF): foi elaborada uma tarefa de reconhecimento de faces no Programa PsychoPy 3 com o objetivo de identificar as emoções básicas: tristeza, alegria, raiva e medo, sendo incluída também face neutra. A avaliação de reconhecimento considerou três dimensões: acurácia no reconhecimento de expressões faciais emocionais e neutras, tempo de reação para identificar qual era a emoção expressa e intensidade necessária para atribuir um estado emocional em faces dinâmicas (vídeo) com tempo de exposição de cinco segundos.

Para realização da Tarefa de Reconhecimento de Faces Emocionais foi utilizado o banco de dados Dynamic FACES, desenvolvido pelo Instituto Max Planck de Desenvolvimento Humano, em Berlim, Alemanha (Holland, Ebner, Lin, & Samanez-Larkin, 2019). Após a autorização de utilização dos dados do banco, foram escolhidos 20 vídeos usando os critérios de seleção: “tipo de emoção”: quatro vídeos de cada emoção – alegria, tristeza, raiva, medo e face neutra; “sexo”: 10 vídeos de faces masculinas; e 10 vídeos de faces femininas; e “faixa etária”: oito vídeos de jovens e pessoas de meia-idade mais quatro vídeos de pessoas acima dos 60 anos (classificadas como velhas). Todas as faces eram de indivíduos caucasianos, pois nesse banco de imagens não havia faces disponíveis de outras etnias.

A tarefa consistiu na apresentação de uma sequência de vídeos de faces que mudam gradualmente entre duas emoções: entre um rosto neutro e uma expressão triste, alegre, com raiva e medo, pois na vida cotidiana as expressões estão mudando constantemente e a capacidade de decodificar sinais faciais dinâmicos é crucial para a

emissão de respostas adaptativas (Arteche et al., 2011). As faces neutras não apresentavam alteração. Foi utilizado um monitor de computador de 15 polegadas colocado a 38 cm dos olhos dos participantes. As faces surgiram em ordem aleatória usando o Software ePrime. Cada vídeo tinha a duração de cinco segundos. Após cada vídeo o participante escolhia a emoção através de teclas numéricas a partir da legenda apresentada. Houve uma sessão de teste realizada um pouco antes da tarefa principal. Nesta sessão foram apresentados três vídeos que surgiram de forma randomizada sendo que todas as faces do teste diferiam das faces da tarefa principal. Após o teste, havia esclarecimento de dúvidas, garantindo desta forma a compreensão dos procedimentos a serem realizados.

Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID 5): o instrumento consiste em uma entrevista diagnóstica semiestruturada criada a partir do DSM-5. As respostas identificaram a presença ou não dos sintomas, sendo pontuadas de acordo com o julgamento do avaliador. Ela é composta por 10 módulos, que podem ser utilizados de maneira combinada ou independente. A SCID 5 foi realizada por duas psicólogas com especialização clínica e treinadas no uso desse instrumento (First, Williams, Benjamin, & Spitzer, 2015).

Structured Clinical Interview for DSM- II Personality Disorders (SCID-II personality disorders): entrevista diagnóstica semiestruturada criada a partir do DSM-IV. As respostas identificam a presença ou não dos sintomas relativos aos critérios diagnósticos. É composta por 10 módulos. Conta com sessões para cada Transtorno de Personalidade e foi utilizada somente a sessão referente ao Transtorno de Personalidade Borderline. Diagnóstico foi confirmado quando atendeu o número de critérios exigidos pelo instrumento (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995).

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM – D): serve para identificar a gravidade dos sintomas depressivos e é composta por 17 itens, organizados para fins de avaliação em cinco componentes: Humor deprimido, Anorexia, Insônia, Somatização

e Ansiedade. Há sugestão de que a escala seja administrada por meio de entrevista, aplicada em parceria por dois clínicos bem treinados e experientes: um para conduzir a entrevista e o outro para fazer perguntas adicionais ao final. A diferenciação das pontuações é de 0 a 2 e de 0 a 4 pontos nos itens. A pontuação acima de 25 pontos indica depressão grave, entre 18 e 24 pontos indica depressão moderada e de 07 a 17 pontos, depressão leve. A aplicação dessa escala leva uma média de 20 a 30 minutos (Freire et al., 2014).

Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline Revisada (DIB-R): é uma entrevista semiestruturada que avalia sintomas em quatro áreas importantes para o diagnóstico da personalidade borderline, que são a afetividade, a cognição, a impulsividade e os relacionamentos interpessoais. São avaliados 97 itens relacionados com o funcionamento do paciente com relação aos sentimentos, pensamentos e ações nos últimos dois anos. A entrevista é dividida em quatro subseções: afeto – com pontuação ponderada máxima de 02 pontos e pontuação bruta máxima de 10 pontos; cognição – com pontuação máxima ponderada de 02 pontos e pontuação bruta máxima de 06 pontos; padrões de ações impulsivas – com pontuação ponderada máxima de 03 pontos e pontuação bruta máxima de 10 pontos; e relacionamentos interpessoais – com pontuação ponderada máxima de 03 pontos e pontuação bruta máxima de 18 pontos. A pontuação máxima graduada do instrumento é de 10 pontos. Em decorrência da falta de instrumentos validados para a realidade brasileira, utilizou-se uma tradução livre para o Brasil, realizada por Schestatsky (2005). O instrumento apresenta índices de fidedignidade para o diagnóstico de TPB (Zanarini et al., 1998; Schestatsky, 2005).

Escala Beck BDI – II (Inventário Beck de Depressão II): é uma medida de autoavaliação de depressão que contém 21 itens, que incluem sintomas e atitudes, em que a intensidade de cada item varia de 0 a 3. O BDI tem demonstrado bons índices de consistência interna (Alpha de Cronbach $\alpha > 0.80$) em pesquisas realizadas com amostras

brasileiras. As pontuações são: 0-11 para mínimo; 12-19 para leve; 20-35 para moderado e 36-63 para grave (Cunha, 2011).

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS): desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) e traduzida e validada para o português por Cancian, Souza, Silva, Machado e Oliveira (2018). A escala é usada para identificar e mensurar componentes de regulação emocional. Contém 36 itens em uma escala Likert de 5 pontos. A análise fatorial confirmatória replicou a estrutura de seis fatores originalmente proposta para o instrumento: não aceitação, objetivos, impulso, consciência, estratégias e clareza. Houve confirmação de um modelo hierárquico em que todas as subescalas são carregadas em um fator de desregulação emocional geral. Os indicadores de consistência interna apresentaram valores adequados para o fator geral e subescalas. A associação positiva entre os escores obtidos na DERS e na DASS-21 dá suporte à validade do instrumento. Não foram desenvolvidos pontos de corte, e os escores utilizados foram contínuos (Cancian et al., 2018; Gratz & Roemer, 2004).

Procedimentos

Foi feito contato inicial com os indivíduos que haviam concordado em participar da pesquisa, confirmando disponibilidade e combinando agenda. Muitos participantes entraram em contato de forma livre e espontânea, por terem visto a divulgação nas redes sociais. A maioria dos participantes realizou a coleta de dados em um único encontro de duas horas. Em quatro indivíduos foi necessária a realização de mais de um encontro, em razão de atrasos ou agendas imprevistas dos participantes.

Logo após a apresentação pessoal da pesquisadora havia a explicitação dos objetivos e procedimentos do estudo e a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos foram aplicados por duas psicólogas especialistas clínicas, treinadas no uso desses recursos e que se revezavam na condução das entrevistas. Foram aplicados todos os instrumentos na mesma ordem:

Questionário de dados Sociodemográficos; Tarefa de Reconhecimento de Faces; Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID 5); SCID II – Personalidade; Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM – D); e Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline Revisada (DIB-R). Após o término desse processo os participantes foram convidados a responderem a Escala Beck BDI – II (Inventário Beck de Depressão II) e a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS). A pesquisadora não interferia no preenchimento dessas duas últimas escalas, permanecendo no mesmo ambiente à disposição em caso de dúvidas. O presente estudo foi realizado de acordo com o código de ética em pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética, CAAE: 09827519.2.0000.5336.

Os cálculos foram realizados no Programa estatístico SPSS (versão 17.0) e também no Software R (versão 4.0.3).

Inicialmente foram calculadas as estatísticas descritivas dos dados. A seguir, foram conduzidas as análises de Distribuição Normal e testes de Mann-Whitney para verificar efeitos principais entre grupos no Reconhecimento de expressões faciais (Acurácia e Tempo de Reação), nos indicadores de sintomatologia e na Desregulação emocional. Para comparação de variáveis intragrupos foi utilizado teste de Kruskal-Wallis. Para verificar as diferenças no Tempo de Reação foi conduzida análise de variância Manova/Anova. Correlações de Spearman também foram aplicadas para verificar possíveis relações entre a intensidade dos sintomas e a desregulação emocional nessa amostra. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A caracterização da amostra quanto a indicadores de saúde mental é apresentada a seguir. Quanto à presença de episódio atual de depressão. Todos os 13 participantes (100%) do grupo TPB apresentaram co-ocorrência com Transtorno Depressivo Maior. Sendo que 10 (76,9%) fecharam critérios para Episódio Depressivo Maior Atual

Moderado ou Grave. Dos indivíduos do Grupo TDM, sete participantes (35%) encontravam-se em Episódio Depressivo Atual Moderado ou Grave.

Observa-se um alto índice de co-ocorrência entre TPB e Transtorno do Pânico com 12 participantes (92,4%). No TDM constata-se que há co-ocorrência com Transtorno do Pânico e com Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em 12 participantes (60%). Em relação ao Transtorno por uso de Substância, apurado pela SCID-5, constatou-se, no Grupo TPB, 03 indivíduos (23%) e no Grupo TDM, 01 indivíduo (5%). Quanto ao uso de medicação psiquiátrica: no TPB, 11 participantes (84,6%) e no TDM, 13 participantes (65%) dos indivíduos fazem uso de medicação sob acompanhamento médico/psiquiátrico.

A Tabela 2 apresenta a estatística descritiva dos indicadores da intensidade de sintomas de acordo com os grupos e as estatísticas inferenciais entre grupos, Teste de Mann-Whitney com diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$ em todas as variáveis analisadas.

Tabela 2

Indicadores de intensidade de sintomas

	TPB <i>M(DP)</i>	TDM <i>M(DP)</i>	Wilcox.test <i>(p)</i>
BDI -Total	18,00(10,53)	11,30(10,63)	W=211,5 ($p < 0,05$)
Hamilton -Total	22,31(8,89)	10,85(6,56)	W=194,0 ($p < 0,05$)
<i>DIB R - Dimensões</i>			
Seção Afeto	2,00(0,00)	1,40(0,82)	W=182,0 ($p < 0,05$)
Seção Cognição	1,08(0,95)	0,05(0,22)	W=206,5 ($p < 0,05$)
Seção Padrões de Ação Impulsiva	2,31(1,11)	0,00(0,00)	W=240,0 ($p < 0,05$)
Seção de Relacionamentos	2,00(1,23)	0,10(0,45)	W=223,0 ($p < 0,05$)
DIB-R -Total	7,46(2,73)	1,65(1,18)	W=254,5 ($p < 0,05$)

Nota. TPB = Transtorno de Personalidade Borderline; TDM = Transtorno Depressivo Maior; BDI = Inventário de Depressão Beck; DIB-R = Entrevista Diagnóstica para Borderline – Revisada.

As Tabelas 3 e 4 apresentam as estatísticas inferenciais e as diferenças entre grupos dos indicadores acurácia (AC) e tempo de reação (TR) do Reconhecimento de expressões faciais emocionais entre os grupos. Com relação à acurácia (AC) no

reconhecimento de expressões faciais não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Ao realizar a análise intragrupos (Teste de Kruskal-Wallis) comparando a Acurácia para as emoções apresentadas, encontra-se diferença estatisticamente significativa no grupo TPB entre as emoções Alegria vs Tristeza. No grupo TDM há diferenças estatisticamente significativas entre as duplas de emoções: Alegria vs Tristeza; Medo vs Tristeza e Neutro vs Tristeza.

Tabela 3

Reconhecimento de Expressões Faciais Emocionais – Acurácia (AC)

	TPB <i>n</i> = 13	TDM <i>n</i> = 20	Wilcox.test (<i>p</i>)
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	
Alegria	1 (0)	0,97 (0,07)	W=143,0 (<i>p</i> =0,26)
Medo	0,84 (0,33)	0,88 (0,20)	W=134,5 (<i>p</i> =0,85)
Raiva	0,90 (0,12)	0,90 (0,12)	W=132,0 (<i>p</i> =0,94)
Neutro	0,83 (0,30)	0,91 (0,23)	W=105,0 (<i>p</i> =0,24)
Tristeza	0,75 (0,22)	0,70 (0,26)	W=144,0 (<i>p</i> =0,60)

Nota. TPB = Transtorno de Personalidade Borderline; TDM = Transtorno Depressivo Maior. Para pontuação da Acurácia: 1 para acerto e 0 para erro

Quanto ao Tempo de Reação (TR), nota-se que ambos os grupos responderam mais rapidamente às faces de alegria e tiveram mais longo tempo de respostas às faces de Medo e Tristeza.

Ainda, foi conduzida a análise intragrupos (Teste de Kruskal-Wallis) comparando o Tempo de Reação para as emoções apresentadas. No grupo TPB não houve diferença estatisticamente significativa entre as emoções. Para o grupo TDM há diferenças estatisticamente significativas no Tempo de Reação entre as emoções: Alegria vs Medo e Alegria vs Tristeza. Análise paramétrica utilizando a variável gravidade do Episódio de depressão atual apresentou um efeito estatisticamente significativo para Tempo de Reação da Face Neutra ($F = 4,339$; $p = 0,014$; $\eta^2 = 0,342$).

Tabela 4

Reconhecimento de Expressões Faciais Emocionais - Tempo de Reação (TR)

	TPB	TDM	Wilcox.test (p)
	n = 13	n = 20	
	M (DP)	M (DP)	
Alegria	5,65 (1,44)	5,68 (1,27)	W=130,0 (p=1,00)
Medo	7,53 (3,46)	7,17 (1,77)	W=122,0 (p=0,78)
Raiva	6,95 (2,22)	6,54 (1,37)	W=138,0 (p=0,78)
Neutro	6,80 (1,51)	6,38 (1,22)	W=161,0 (p=0,26)
Tristeza	7,10 (2,08)	7,00 (1,51)	W=127,0 (p=0,92)

Nota. TPB = Transtorno de Personalidade Borderline; TDM = Transtorno Depressivo Maior. Tempo de Reação (TR) em segundos

As diferenças entre os grupos com relação à Desregulação emocional podem ser observadas na Tabela 5. Na análise entre grupos há diferenças estatisticamente significativas, os participantes com TPB apresentaram maior Desregulação emocional que os participantes com TDM na média geral da DERS com (p=0,001), bem como em três subescalas da DERS: Impulsos (p = 0,001), Estratégias (p = 0,0009) e Clareza (p = 0,0005). Na subescala Não Aceitação o efeito foi marginalmente significativo (p=0,07).

Tabela 5

Diferenças em Desregulação Emocional entre Participantes com Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno Depressivo Maior

	Grupo TPB (n=13)	Grupo TDM (n=20)	Wilcox.test	(p)
	M(DP)	M(DP)		
DERS- NA	0,63(0,29)	0,45(0,17)	W= 179,0	(p =0,07)
DERS- OB	0,74(0,14)	0,62(0,20)	W= 173,5	(p =0,11)
DERS- IM	0,56(0,20)	0,34(0,11)	W= 215,5	(p =0,001)
DERS- CS	0,54(0,17)	0,66(0,15)	W= 147,5	(p =0,52)
DERS- ES	0,66(0,19)	0,42(0,16)	W= 220,0	(p =0,0009)
DERS- CL	0,66(0,16)	0,40(0,12)	W= 239,5	(p =0,0005)
DERS M TOTAL	0,63(0,14)	0,45(0,12)	W=219,0	(p=0,001)

Nota. TPB = Transtorno de Personalidade Borderline; TDM = Transtorno Depressivo Maior; Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS): NA = não aceitação; OB = objetivos; IM = impulsos; CS = consciência; ES = estratégias; CL = clareza.

A Tabela 6 apresenta as correlações entre a intensidade dos sintomas e as subescalas de Desregulação emocional na amostra total. Correlações estatisticamente significativas foram observadas entre os escores de depressão (BDI-II) e DERS média

Total e todas as suas subescalas. Foram também observadas correlações estatisticamente significativas entre os indicadores da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton e as subescalas Consciência, Estratégia e Clareza. Destaca-se que as subescalas da DERS de Estratégia e Clareza apresentaram correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com todos os indicadores de intensidade de sintomas (BDI II, Hamilton e DIB R).

A DIB-R escore total apresentou correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a DERS Média Total e com todas as suas subescalas, com exceção da subescala Consciência.

Tabela 6

Correlações entre Intensidade dos Sintomas e Desregulação Emocional (N=33)

	NA	OB	IM	CS	ES	CL	DERS M
BDI Total	0,45**	0,52**	0,57**	0,38*	0,74**	0,82**	0,77**
Hamilton Total	0,15	0,26	0,12	0,29*	0,40*	0,50**	0,40*
<i>DIB R – Dimensões</i>							
Seção Afeto	0,30	0,31*	0,46**	0,15	0,53**	0,44*	0,51**
Seção Cognição	0,20	0,29	0,27	0,12	0,33*	0,39*	0,31*
Seção de Padrões Ação Impulsiva	0,25	0,17	0,39*	0,16	0,50**	0,62**	0,48**
Seção de Relacionatos. Interpessoais	0,33*	0,25	0,36*	0,11	0,49**	0,42*	0,43*
DIB-R Total	0,35*	0,37*	0,55**	0,18	0,62**	0,61**	0,59**

Nota. NA = não aceitação; OB = objetivos; IM = impulsos; CS = consciência; ES = estratégias; CL = clareza; BDI = Inventário de Depressão Beck; Hamilton = Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton; DIB-R = Entrevista Diagnóstica para Borderline – Revisada; * $p < .05$, ** $p < .01$. Correlações: 0-0,4 (fraca); 0,4-0,7 (moderada); >0,7 (alta) (Dancey & Reidy, 2006).

Discussão

Neste estudo buscou-se investigar o processamento emocional através do Reconhecimento de expressões faciais em dois grupos: indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline e com Transtorno Depressivo Maior. As hipóteses foram confirmadas parcialmente. Em relação à primeira hipótese não houve confirmação quanto à diferença estatisticamente significativa na capacidade de reconhecimento de emoções faciais entre pacientes com TDM e TPB com comorbidades, com viés de negatividade no reconhecimento de faces neutras e alegres, com prejuízo maior no grupo com TPB.

A emoção Tristeza apresentou o menor grau de acurácia para os dois grupos. No grupo TPB houve resultado estatisticamente significativo em relação à acurácia da emoção Alegria quando comparada com a emoção Tristeza e no grupo TDM o resultado estatisticamente significativo apresentou-se em relação às emoções - Alegria, Medo e Neutro quando comparadas com a Tristeza. Estes dados apontam que mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa na Acurácia em geral, a emoção Tristeza nos dois grupos comparada com outras emoções apresentou um maior número de erros, com diferença estatisticamente significativa conforme indicado acima.

Para o TPB muitos estudos apontam para as dificuldades em lidar com as expressões de emoções negativas (como raiva e tristeza) nas interações sociais, pois elas podem denotar e suscitar ameaça e sentimentos de rejeição social (Meehan et al., 2017). A classificação incorreta de emoções negativas como raiva e tristeza indica provavelmente o esgotamento de recursos cognitivos na presença de estímulos que possam eliciar processos emocionais (Hidalgo et al., 2016). No grupo TDM, os resultados de pesquisa mais consistentes estão relacionados à maior vigilância de pacientes deprimidos e excesso de engajamento na presença de emoções negativas, com alta excitação neuronal e consequente dificuldade em completar o processamento (Dai & Feng, 2012).

A segunda hipótese foi confirmada: indivíduos com Transtorno de Personalidade Borderline apresentaram maior Desregulação emocional do que os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior.

Os indivíduos com TPB apresentaram escores mais altos do que os do grupo TDM na média geral e nas subescalas da DERS (com exceção da subescala Consciência), com diferença estatisticamente significativa entre os grupos apontando para maior Desregulação emocional na média geral e nas subescalas: Não Aceitação, Impulsos, Estratégias e Clareza. Analisando estes resultados pode-se perceber as graves dificuldades emocionais dos indivíduos com TPB: se por um lado há maior Consciência,

subescala que avalia a percepção da presença de um estado emocional, coexiste a Não Aceitação destas emoções, a Impulsividade em agir a partir destes sentimentos e a dificuldade em utilizar Estratégias que possam contribuir para diminuição ou alteração dos estados emocionais. A falta de Clareza a respeito de quais sentimentos estão presentes (nomeação da emoção) pode provocar confusão e eliciar novas emoções em um processo conhecido como cascata emocional (Mitchell et al., 2014; Meehan et al., 2017).

A terceira hipótese não foi confirmada. No grupo com TPB, os indivíduos com maior intensidade de sintomas borderline e depressivos não apresentaram menor acurácia no reconhecimento de expressões faciais emocionais, comparados a indivíduos com TDM. Os indivíduos com TPB apresentaram maior intensidade de sintomas depressivos apurados tanto pelo BDI quanto pela Escala Hamilton, em comparação com o grupo TDM, com diferença estatisticamente relevante entre grupos.

Não houve impacto na Acurácia, todavia observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre grupos para o Tempo de Reação para Faces neutras.

A ocorrência de maior tempo de reação para Faces neutras pode estar relacionado ao fato de que diante de informações de natureza ambígua houve maior necessidade de recrutamento de áreas corticais superiores (Goodman et al., 2010; Mitchell, Dickens, & Picchioni, 2014). Nos indivíduos com TPB estudos apontam menor ativação e baixa conectividade de áreas pré-frontais (como Córtex Cingulado Anterior) com o sistema límbico. Quando conjuga-se esta dificuldade com a alta responsividade e habituação prejudicada da amígdala a estímulos neutros ou ameaçadores, podem surgir obstáculos na regulação emocional (Goodman et al., 2010; Mitchell et al., 2014; Dai & Feng, 2012). Sendo assim, o Tempo de Reação mais alto indicou respostas precisas (Acurácia) a custo de um tempo de processamento e de classificação mais longo, principalmente de material percebido como ambíguo (Faces neutras) (Mitchell et al., 2014; Meehan et al., 2017).

Houve ainda a confirmação da quarta hipótese demonstrando que a maior intensidade de sintomas apurados pelos instrumentos BDI II, DIB-R e Hamilton possui correlação estatisticamente significativa com a Regulação Emocional medida pela DERS Média geral.

O grupo TPB apresentou maior sintomatologia depressiva do que o grupo TDM indicada pelas pontuações das escalas BDI –II, Hamilton, bem como pelos escores obtidos através da SCID 5.

Importante ressaltar que a DERS Média Total e as subescalas Estratégia e Clareza da DERS apresentaram correlações estatisticamente significativas com todos os indicadores de sintomatologia tanto Borderline (BDI –R) quanto de sintomatologia depressiva (DIB e Hamilton). Deduz-se que na presença de comorbidade entre TPB e TDM há um agravamento dos processos relacionados à Desregulação emocional. A maior Desregulação emocional no TPB do que no TDM vem sendo esclarecida principalmente por meio de estudos de neuroimagem. No TPB, o Córtex cingulado anterior (CCA) apresenta-se com volume menor apresentando hipoativação quando há vivência de fortes emoções. Os problemas de integração do processamento cognitivo e emocional, típicos dos indivíduos com TPB, podem decorrer deste processo. Déficits nessa região conduzem a dificuldades no entendimento das experiências emocionais e descontrole de impulsos, caracterizando a alta disfuncionalidade emocional e comportamental no TPB em geral e em comparação com o TDM (Goodman et al., 2010; Münkler, Rothkirch, Dalati, Schmack, & Sterzer, 2015; Hidalgo et al., 2016; Jenkins et al., 2018).

Considerações finais

Esta pesquisa avançou o conhecimento acerca do processamento de emoções em indivíduos com TPB ao demonstrar que em relação ao reconhecimento de faces, no tempo de reação, o grupo TPB apresentou maior tempo de reação para as faces neutras,

quando comparados a indivíduos com TDM. Entretanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à acurácia. Os resultados apontam, também, que os indivíduos com TPB apresentaram maior Desregulação Emocional, medida por autorrelato por meio da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS), do que o grupo TDM. O grupo TPB apresentou maior intensidade de sintomas em todos os indicadores de sintomatologia depressiva e borderline, confirmando a hipótese da correlação negativa entre intensidade de sintomas e Regulação Emocional. Os resultados da escala DERS na média geral e nas subescalas apresentaram diferenças estatisticamente significativas apontando para maior Desregulação Emocional do TPB na média geral e nas subescalas: Impulsos, Estratégias e Clareza.

Como principal limitação desta pesquisa, destaca-se o tamanho amostral e a obtenção das informações através de autorrelato. Além disto, não houve a indução de emoções durante a realização da tarefa de reconhecimento de faces e salienta-se que estar diante de imagens e vídeos de faces que expressam emoções não é garantia de que uma emoção será desencadeada (Joorman & Stanton, 2016). Outra limitação é o fato do uso de diferentes medicamentos não ter sido controlado nas análises de resultados (Sabino, Chagas, & Osório 2016).

Por fim, muitos estudos apontam que a Desregulação emocional é um fator de manutenção dos sintomas nos Transtornos de Personalidade Borderline e no Transtorno Depressivo Maior (Bronstein, Castro, Cannon, & Joorman, 2019; Stepp et al., 2014). A natureza transdiagnóstica da Regulação emocional, evidenciada neste estudo, aponta para a relevância das intervenções que considerem o desenvolvimento de habilidades nessa área como fator de melhora na sintomatologia desses transtornos mentais.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5) (5.ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arteche, A., Joormann, J., Harvey, A., Craske, M., Gotlib, I. H., Lehtonen A., . . . Stein, A. (2011). The effects of postnatal maternal depression and anxiety on the processing of infant faces. *Journal Affect Disorders, 133*(1-2), 197-203. doi:10.1016/j.jad.2011.04.015
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2010). Critério de classificação econômica brasil. São Paulo: Abep.
- Bourke, C., Douglas, K., & Porter, R. (2010). Processing of facial emotion expression in major depression: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*, 681. doi:10.3109/00048674.2010.496359
- Bronstein, M. V., Castro, A. A., Cannon, T. D., & Joorman, J. (2019, January). When negative interpretations persist, positive emotions don't! Inflexible negative interpretations encourage depression and social anxiety by dampening positive emotions. *Behaviour Research and Therapy, 124*, 103510. doi:10.1016/j.brat.2019.103510
- Cancian, A. C. M., Souza, L. A. S., Silva, V. H. P., Machado, W. L., & Oliveira, M. S. (2019). Propriedades psicométricas da versão brasileira da Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Trends Psychiatry Psychother, 41*(1), 18-26. doi:10.1590/2237-6089-2017-0128
- Cunha, J. A. (2011). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Dai, Q., & Feng, Z. (2012). More excited for negative facial expressions in depression: Evidence from an event-related potential study. *Clinical Neurophysiology, 123*, 2172-2179.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Ruocco, A. C. (2012). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 43*, 1953-1963. doi:10.1017/S0033291712002607
- Dixon-Gordon, K. L., Weiss, N. H., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore T., & Gratz, K. L. (2015). Characterizing Emotional Dysfunction in Borderline Personality, Major Depression, and their Co-occurrence. *Comprehensive Psychiatry, 62*, 287-2013. doi:10.1016/j.comppsy.2015.07.014
- Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen S. (2017). Emotional processes in borderline personality disorder: An update for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration, 27*(4):425-438. doi:10.1037/int0000044
- Doell, K. C., Olié, E., Courtet, P., Corradi-Dell'Acqua, C., Perroud, N., & Schwartz S. (2019, December). Atypical processing of social anticipation and feedback in borderline personality disorder. *Neuroimage: Clinical, 19*(25), 102126. doi:10.1016/j.nicl.2019.102126
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder a review of the literature. *Journal of Personality Disorders, 23*(1), 6-19.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: Description. *Journal of Personality Disorders, 9*(2), 83-91.
- First, M. B., Williams J. B. W., Benjamin L. S., & Spitzer, R. L. (2015). *User's Guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Freire, M. A., Figueiredo, V. L. M., Gomide A, Jansen, K., Silva, R. A., Magalhães, P. V. S., & Kapczinski, F. P. (2014). Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 281-289. doi:10.1590/0047-2085000000036
- Goodman, M., New, A. S., Triebwasser, J., Collins, K. A., & Siever L. (2010). Phenotype, Endophenotype, and Genotype Comparisons Between Borderline Personality Disorder and Major Depressive Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 38-59. doi:10.1521/pedi.2010.24.1.38
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Hidalgo, N. A. I., Oelkers-Ax, R., Nagy, K., Mancke, F., Bohus, M., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2016, January). Time course of facial emotion processing in women with borderline personality disorder: An ERP study. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 41(1), 16-26. doi:10.1503/jpn.140215
- Holland, C. A. C., Ebner, N. C., Lin, T., & Samanez-Larkin, G. R. (2019). Emotion identification across adulthood using the dynamic FACES database of emotional expressions in younger, middle aged, and older adults. *Cognition and Emotion*, 33(2), 245-257. doi:10.1080/02699931.2018.1445981
- Jenkins, L. M., Stange, J. P., Barba, A., DelDonno, S. R., Kling, L. R., Briceño, E. M., Langenecker, S. A. (2017). Integrated cross-network connectivity of amygdala, insula, and subgenual cingulate associated with facial emotion perception in healthy controls and remitted major depressive disorder. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, 17(6), 1242-1254. doi:10.3758/s13415-017-0547-3
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy* 86, 35e49. doi:10.1016/j.brat.2016.07.007
- Knight, M. J., & Baune, B. T. (2018). Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Current Opinion Psychiatry*, 31, 26-31. doi:10.1097/YCO.0000000000000378
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544.
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34, 193-205.
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Meehan, K. B., De Panfilis, C., Cain, N. M., Antonucci, C., Soliani, A., Clarkin, J. F., & Sambataro, F. (2017, September). Facial emotion recognition and borderline personality pathology. *Psychiatry Research*, 255, 347-354. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.042
- Mitchell, A. E., Dickens, G. L., & Picchioni, M. M. (2014, February 27). Facial emotion processing in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 24(2), 166-184. doi: 10.1007/s11065-014-9254-9

- Münkler, P., Rothkirch, M., Dalati, Y., Schmack, K., & Sterzer, P. (2015). Biased recognition of facial affect in patients with major depressive disorder reflects clinical state. *PloS one*, *10*(6), e0129863. doi:10.1371/journal.pone.0129863
- Sabino, A. D. V., Chagas, M. H. N., & Osório, F. (2016). Effects of psychotropic drugs used in the treatment of anxiety disorders on the recognition of facial expressions of emotion: Critical analysis of literature. *Neurosci Biobehav Rev*, *71*, 802-809.
- Schestatsky, S. S. (2005). *Fatores ambientais e vulnerabilidade ao transtorno de personalidade borderline: Um estudo caso-controle de traumas psicológicos precoces e vínculos parentais percebidos em uma amostra brasileira de pacientes mulheres* (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014, April). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 657-666. doi:10.1016/j.comppsy.2013.11.006
- Stuhrmann, A., Suslow, T., & Dannlowski U. (2011). Facial emotion processing in major depression: A systematic review of neuroimaging finding. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, *1*(10). Retirado de: <http://www.biolmoodanxietydisord.com/content/1/1/10>
- Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *189*(3), 419-425.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733-1739.

Submetido em: 05.06.2020

Aceito em: 11.01.2021