

Fábio Luiz Nunes <sup>1</sup>  
Helga Alessandra de Rezende <sup>1</sup>  
Renata Saldanha Silva <sup>2</sup>  
Marcela Mansur Alves <sup>3</sup>

## **Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade *borderline***

*Traumatic events in childhood, impulsivity, and  
borderline personality disorder*

### RESUMO

O presente estudo objetivou verificar se o traço de impulsividade e o histórico de eventos traumáticos na infância – abuso físico, emocional e sexual – são preditores dos sintomas típicos do transtorno da personalidade *borderline*. A pesquisa foi realizada por delineamento retrospectivo, a partir de levantamento online, com uma amostra não clínica de 748 participantes, 74,4% do sexo feminino, com idades entre 18 e 63 anos (média = 25,16; DP = 6,95). Os participantes responderam a um questionário para levantamento do perfil sociodemográfico e econômico; a um questionário para avaliação de sintomas do transtorno da personalidade *borderline*; ao Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) e à Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11). Análises de regressão linear hierárquica apontaram para forte influência do traço de impulsividade e do histórico de abuso emocional na infância sobre os sintomas do transtorno. Tais resultados estão de acordo com os modelos teóricos mais atuais acerca dos fatores predisponentes ao transtorno da personalidade *borderline*, que apontam para a influência independente de vulnerabilidades individuais (como impulsividade) e traumas na infância no desenvolvimento do transtorno na idade adulta.

**Palavras-chave:** Transtorno da personalidade *borderline*; Impulsividade; Maus-tratos infantis

### ABSTRACT

This study aims to investigate if impulsivity trait and traumatic events in childhood - physical, emotional, and sexual abuse – are predictors of the typical symptoms of Borderline Personality Disorder. The research was conducted by retrospective design, from an online survey, with a non-clinical sample of 748 participants, being 74.4% female, aged between 18 and 63 years old (mean=25.16, SD=6.95). The participants answered a sociodemographic and economic questionnaire; a questionnaire for Borderline personality disorder symptoms evaluation; the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the Barratt Impulsivity Scale (BIS-11). Hierarchical Linear Regression analysis showed a strong influence from both, the impulsivity trait and emotional abuse during childhood, on the Borderline symptoms. These results are consistent with the newest theoretical models about predisposing factors to the Borderline Personality Disorder, which point out to the independent influence of individual vulnerabilities (such as impulsivity) and childhood trauma history in the development of the disorder in adulthood.

**Keywords:** Borderline personality disorder; Impulsivity; Child abuse

<sup>1</sup> Graduando do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Professora do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

<sup>3</sup> Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

#### **Correspondência:**

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627,  
Pampulha - Belo Horizonte, MG  
CEP: CEP 31270-901

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 17 de abril de 2016. cod. 424.

Artigo aceito em 16 de novembro de 2016.

## INTRODUÇÃO

O transtorno da personalidade *borderline* (TPB) pode ser considerado um padrão desadaptativo de personalidade marcado por intensa labilidade emocional, prejuízos da autopercepção e das relações interpessoais, além de déficits em outros campos da vivência humana. É caracterizado também por sentimentos persistentes de vazio, receio de abandono e comportamentos autolesivos (American Psychiatric Association [APA], 2002, 2014). Em adultos, a ocorrência do TPB pode ser observada em cerca de 2,7% da população (Kienast, Stoffers, Bermphohl, & Lieb, 2014), dos quais três quartos corresponderiam a indivíduos do sexo feminino (Ribeiro, Cordás, & Nogueira, 2011). Estima-se, entretanto, que muitos casos de TPB não chegam a ser diagnosticados e, sendo assim, de acordo com a *American Psychiatric Association* (2014), a prevalência geral pode se aproximar de 6%. O transtorno também está associado a altas taxas de suicídio, déficit funcional grave e elevado índice de transtornos mentais comórbidos, gerando um enorme custo financeiro e desgaste para os indivíduos, suas famílias e para a sociedade de maneira geral (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Assim, detectar os fatores de risco que seriam precursores desse transtorno assume *status* prioritário, já que facilitaria sua identificação precoce e, como consequência, a elaboração de estratégias interventivas em fases iniciais de desenvolvimento dos sintomas (Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge, & Gatzke-Kopp, 2009).

Muitos estudos (p. ex., Barker, Romaniuk, Pope, & Hall, 2015; Battle et al., 2004; Bornovalova, Gratz, Delany-Brumsey, Paulson, & Lejuez, 2006; Crick, Murray-Close, & Woods, 2005; Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova, & Lejuez, 2008; Reich & Zanarini, 2001; Zanarini & Frankenburg, 1997) dedicaram-se a descrever os sintomas, as comorbidades, o curso e os correlatos do TPB. Entretanto, a busca por investigar vulnerabilidades individuais e ambientais para o transtorno foi encontrada em um número menor de estudos (p. ex., Crick, Murray-Close, & Woods, 2005; Paris, 2005). Nesse sentido, partindo de uma perspectiva desenvolvimental para as psicopatologias, acredita-se que, muito embora os sintomas do transtorno frequentemente se manifestem na adolescência e na idade adulta, há fatores precursores para o desenvolvimento de um dado transtorno já presentes na infância (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). Esses fatores de risco podem ocorrer em múltiplos domínios, incluindo diferenças individuais, influência familiar e ambiental (Cicchetti & Rogosch, 1996). Os modelos explicativos mais aceitos para o TPB sugerem que o transtorno seria resultante da interação de vulnerabilidades individuais e estressores ambientais (Gratz, Litzman, Tull, Reynolds, & Lejuez, 2011; Bornovalova et al., 2006; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993; Zanarini & Frankenburg, 1997).

No que concerne aos estressores ambientais, segundo Benetti, Pizetta, Schwartz, Hass e Melo (2010), a vivência de eventos traumáticos, compreendidos como eventos que

coloquem em risco a vida, a integridade física ou psicológica do próprio indivíduo ou de alguém próximo (APA, 2014), é fator de risco para a ocorrência de transtornos mentais, em especial os transtornos da personalidade. Os eventos traumáticos mais comumente citados na literatura como preditores do aparecimento de sintomas de TPB são os abusos ou maus-tratos na infância (Chapman, Turner, & Dixon-Gordon, 2013; Crick et al., 2005; Reich & Zanarini, 2001; Zanarini et al., 1997; Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Maus-tratos na infância, também chamados de abuso infantil, podem ser entendidos como qualquer atitude, geralmente proveniente de um cuidador, que cause danos físicos e/ou psicológicos a crianças e adolescentes menores de 18 anos. Os abusos podem ser físicos, sexuais ou psicológicos (Bornovalova et al., 2013). Pacientes *borderline* adultos relatam mais experiências de maus-tratos, de todos os tipos, do que indivíduos com outros transtornos da personalidade (Battle et al., 2004; Oquendo, Miller, & Sublette, 2013; Zanarini & Frankenburg, 1997). Ribeiro e colaboradores (2011) salientam que há evidências de que não apenas a vivência de eventos traumáticos na infância aumenta o risco de TPB, mas também que existe uma maior associação entre TPB e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) do que se esperaria entre indivíduos sem o transtorno. Schestatsky (2005) relaciona e define cinco tipos de eventos traumáticos: 1) abuso sexual: contato ou interação em nível sexual entre um adulto e a criança; 2) abuso físico: punições e agressões físicas; 3) abuso emocional: repetitivos comportamentos verbais e não verbais com o objetivo de humilhar ou controlar a criança; 4) negligência física: incapacidade dos cuidadores de prover necessidades básicas da criança, como alimentação, educação e cuidados de saúde; e 5) negligência emocional: dificuldade para que os cuidadores interajam afetivamente com a criança, por ausências prolongadas de casa, transtornos psiquiátricos e fatores correlatos.

Tem-se investigado a maneira como o trauma está associado a sintomas específicos da personalidade *borderline*. Por exemplo, entre indivíduos com TPB, experiências de abuso físico ou emocional e negligência emocional estão relacionadas a sintomas dissociativos mais graves (Chapman et al., 2013). De modo geral, vivências de abuso sexual ou físico estão associadas a sintomas mais severos do TPB, como comportamentos parassuicidas, associados a impulsividade, automutilação e abuso de substâncias (Thibodeau, Cicchetti, & Rogosch, 2015; Schestatsky, 2005). Investigações mais recentes têm sugerido que o abuso emocional é o tipo de evento traumático que apresenta maior contribuição para os sintomas do TPB (Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick, & Goodwill, 2015; Bornovalova et al., 2006; Chapman et al., 2013; Gratz et al., 2011; Gratz et al., 2008). Esses autores sugerem que eventos traumáticos relacionais cumulativos frequentemente resultam na dificuldade para aprender as competências adequadas para regular emoções e lidar adaptativamente com as relações interpessoais. De forma semelhante, Linehan (1993) ressalta

que ter vivido em ambientes invalidantes na infância tem papel fundamental para a manifestação e o desenvolvimento dos sintomas do TPB. Tais ambientes são compostos por pessoas que tendem a subestimar as experiências dolorosas da criança, percebendo-as como triviais, a atribuir dificuldades a problemas de caráter (como preguiça), a frequentemente punir e criticar. Tais famílias raramente orientam, apoiam ou elogiam, o que torna esses ambientes altamente aversivos para a criança e contribui para suportar teoricamente o papel do abuso emocional para a etiologia do transtorno, já que este estaria mais fortemente associado à invalidação do que outras formas de maus-tratos.

Certamente, a vivência de eventos traumáticos na infância não é capaz de explicar sozinha toda a complexa sintomatologia do TPB. Consistentemente com a perspectiva desenvolvimental, os traumas na infância ocasionariam o aparecimento de sintomas de personalidade *borderline* mediante a existência de vulnerabilidades individuais subjacentes (Crowell *et al.*, 2009; Soloff, White, & Diwadkar, 2014). Os traços de personalidade tidos como mais importantes para a compreensão da sintomatologia do TPB são a desregulação emocional e a impulsividade (ou desinibição) (Barker *et al.*, 2015; Bornovalova *et al.*, 2006; Peters, Upton, & Baer, 2013; Pukrop, 2002; Soloff *et al.*, 2002).

O conceito de regulação emocional está associado à capacidade de processar, amplificar, manter e atenuar emoções de acordo com estímulos internos e externos (Barros, 2013). Estudos de neuroimagem com pacientes *borderline* indicam discrepâncias no volume de atividade neuronal em áreas específicas do cérebro relacionadas ao controle de emoções e impulsividade afetiva, como a área pré-frontal e o córtex cingulado, a amígdala e o hipocampo (Barros, 2013; Buchheim, Roth, Schiepek, Pogarell, & Karch, 2013; Guendelman, Garay, & Miño, 2014). A desregulação emocional seria, então, caracterizada por uma disfunção dessas estruturas, levando à excessiva sensibilidade a estímulos emocionais (em especial aos negativos), com fortes reações a estes e lento retorno ao estado de relaxamento (Donegan *et al.*, 2003). De acordo com Linehan (2010), a grande maioria dos sintomas apresentados por pacientes *borderline* seria consequência da desregulação emocional ou da tentativa de reduzir os excessos emocionais apresentados por tais pacientes.

No que se refere à impulsividade, objeto deste estudo, pode-se defini-la como um traço caracterizado por padrões cognitivos e comportamentais que se traduzem em consequências disfuncionais em curto, médio e longo prazos (Malloy-Diniz *et al.*, 2010). A impulsividade ocorre quando existem mudanças no curso da ação do indivíduo sem que tenha havido juízo consciente prévio e se manifesta por uma tendência a agir com menor nível de planejamento, comparativamente a indivíduos com o mesmo nível intelectual (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Moeller e colaboradores (2001) consideram a impulsividade como sendo composta por

três aspectos distintos: um componente motor, definido como a tendência a “agir sem pensar”; um componente cognitivo, definido como a tendência a tomar decisões rapidamente e com pouca reflexão; e um componente de falta de planejamento, definido como reduzida orientação para o futuro. A impulsividade é considerada um dos sintomas principais do TPB e pode ser observada por comportamentos que levem a resultados negativos, como automutilação, promiscuidade, abuso de substâncias (Linehan, 2010). Estudos com uso de escalas conhecidas de impulsividade, como a *Barratt Impulsivity Scale* (BIS-11), têm identificado pacientes com TPB como significativamente mais impulsivos do que a população normal e outros pacientes psiquiátricos, por exemplo, com transtorno depressivo maior e transtorno bipolar tipo II (Henry *et al.*, 2001; Paris *et al.*, 2004; Rentrop *et al.*, 2008; Wilson *et al.*, 2007). Além disso, para além dos sintomas, a impulsividade tem se apresentado como um traço capaz de predizer os padrões comportamentais de pacientes com TPB, e mesmo os demais sintomas do transtorno (Koenigsberg, Harvey, Mitropoulou, & New, 2001; Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999; Tragesser, Solhan, & Schwartz-Mette, 2007).

Tem sido postulado que a desregulação emocional é o sintoma nuclear subjacente às demais características do TPB. A partir dessa perspectiva, os comportamentos impulsivos (p. ex., abuso de drogas e automutilação) são geralmente compreendidos como tentativas de lidar com estados emocionais negativos (Fossati, Gratz, Maffei, & Borroni, 2014; Sebastian, Jacob, Lieb, & Tüscher, 2013). No entanto, há hipóteses que enfatizam a centralidade da impulsividade no padrão *borderline* de personalidade, sugerindo que ela seja a característica que sustenta outros sintomas dessa perturbação (Fossati *et al.*, 2014; Links *et al.*, 1999). Por sua vez, uma das perspectivas mais aceitas é a defendida por Crowell e colaboradores (2009), que ressalta que a impulsividade e a desregulação emocional podem contribuir independentemente para o desenvolvimento do TPB, sugerindo que cada um dos traços poderia ser um caminho para o desenvolvimento do transtorno.

Diante do exposto e da escassez de estudos, especialmente nacionais, relacionando traços/vulnerabilidades individuais e estressores ambientais para a compreensão dos sintomas do TPB, o objetivo do trabalho foi investigar se sintomas característicos da personalidade *borderline* são preditos pelo histórico de eventos traumáticos na infância e/ou pelo nível do traço de impulsividade em uma amostra de adultos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte. Consistentemente com a literatura, hipotetiza-se que a impulsividade e o histórico de eventos traumáticos na infância predizem sintomas do TPB; que o abuso emocional será o melhor preditor dos sintomas do transtorno entre os eventos traumáticos considerados; e a existência de uma interação entre impulsividade e histórico de eventos traumáticos, contribuindo com explicação adicional na variância dos sintomas do transtorno.

## MÉTODO

### PARTICIPANTES

A amostra inicial de respondentes foi de 1.223 indivíduos, dos quais 960 foram considerados válidos (dados não repetidos e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido [TCLE]). Foram excluídos da amostra indivíduos autorrelatados com menos de 18 anos, por não haver autorização dos responsáveis legais, bem como indivíduos residentes fora da região metropolitana de Belo Horizonte, devido à baixa representatividade de outras regiões do País. Foram também excluídos os dados de participantes que não responderam a algum dos questionários da pesquisa. A amostra final foi composta por 748 pessoas, com idades entre 18 e 63 anos (média = 25,16; DP = 6,95), 74,4% do sexo feminino.

### INSTRUMENTOS/MATERIAIS

\* *Questionário sociodemográfico*: Questionário para levantamento do perfil sociodemográfico e econômico dos sujeitos participantes, que inclui dados como idade, sexo, estado civil, escolaridade e informações socioeconômicas.

\* *Questionário para avaliação de sintomas do TPB*: Questionário adaptado pelos autores com base no Guia para o Exame Diagnóstico segundo o DSM-5 (APA, 2014) e na Entrevista para Diagnóstico de Transtorno da Personalidade *Borderline* – Revisada (DIB-R). A DIB-R é uma entrevista que avalia sintomas em quatro áreas importantes para o diagnóstico da personalidade *borderline*, que são a afetividade, a cognição, a impulsividade e os relacionamentos interpessoais (Scheistatsky, 2005). O questionário foi composto por 34 itens a serem respondidos em uma escala do tipo *Likert* de 3 pontos (0 = não/nunca, 1 = provável/talvez e 2 = sim/sempre), com pontuação total variando entre 0 e 68. Alguns exemplos de itens do questionário: “Nos últimos dois anos, você fez esforços desesperados para impedir que alguém próximo o(a) abandone?”; “experimentou muitas vezes uma sensação de vazio?”; “feriu a si mesmo(a) de propósito, mas sem pretender se matar (por exemplo, cortar-se, queimar-se, bater-se, quebrar vidro da janela com socos, esmurrar a parede, bater a cabeça na parede)?”. É preciso salientar que, para este estudo, se considerou que os sintomas típicos da personalidade *borderline* distribuem-se em um *continuum* na população, sendo que maiores escores totais nesse questionário indicariam maior probabilidade de diagnóstico no referido transtorno. Como o questionário foi construído especificamente para o presente estudo, cujos participantes são provenientes da população geral, foi estabelecido um ponto de corte para diagnóstico com base na distribuição amostral dos sintomas. Assim, foram considerados como de alta probabilidade de diagnóstico indivíduos cuja pontuação ultrapassou 2 desvios-padrão acima da média amostral em número de sintomas, o que equivale aos cerca de 2% da amostra com maior frequência de sintomas.

\* *Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI)*: Questionário de autorrelato retrospectivo que está destinado a avaliar e mensurar diversas formas de eventos traumáticos, como abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física (Brodski, Zanon, & Hutz, 2010; Grassi-Oliveira, Stein, & Pezzi, 2006). O questionário é composto por 28 itens, que devem ser respondidos pelos participantes a partir de uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, de acordo com a frequência lembrada de cada experiência ao longo da infância e adolescência (1 – Nunca a 5 – Sempre). Exemplos de itens do questionário são: “As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo ‘estúpido(a)’, ‘preguiçoso(a)’ ou ‘feio(a)’” ou “Eu tive que usar roupas sujas.” No presente estudo, o instrumento foi submetido a uma análise fatorial exploratória, pelo método Oblimin (rotação oblíqua), seguindo os procedimentos de outro estudo, realizado anteriormente no Brasil por Brodski e colaboradores (2010), e, assim como o estudo citado, a melhor solução foi a trifatorial e não a pentafatorial, proposta pelo instrumento original. Sendo assim, as análises posteriores foram realizadas utilizando-se os escores fatoriais, salvos pelo método de regressão, e que se referem aos fatores nomeados de: abuso emocional, abuso físico e abuso sexual (os itens dos fatores teóricos negligência emocional e negligência física se misturaram com os fatores abuso emocional e abuso físico, respectivamente);

\* *Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)*: Trata-se de uma escala desenvolvida para avaliar dimensões da impulsividade (Stanford *et al.*, 2009), um sintoma central do TPB (Fossati *et al.*, 2014). O sujeito deve responder ao questionário indicando a frequência de ocorrência de cada um dos 30 comportamentos relacionados nos itens que constituem a BIS-11, por meio de uma escala do tipo *Likert* composta por quatro alternativas que vão da opção “raramente ou nunca” (1 ponto) até “quase sempre/sempre” (4 pontos). Os itens da escala foram formulados a partir do modelo teórico desenvolvido por Barratt (1994), que considera três subdomínios da impulsividade: impulsividade motora (11 itens), cognitiva (8 itens) e por não planejamento (11 itens). Pesquisas internacionais apontam indicadores favoráveis de validade e precisão da referida escala, como o estudo de Patton, Stanford e Barratt (1995), cuja análise fatorial exploratória identificou dois fatores semelhantes aos do modelo teórico, tendo sido também evidenciados índices de consistência interna iguais ou superiores a 0,79. A adaptação cultural dessa escala para adultos brasileiros foi desenvolvida por Malloy-Diniz e colaboradores (2010) e consistiu em um processo de cinco etapas, envolvendo tradução livre do teste por pesquisadores especialistas, tradução reversa por tradutora juramentada de origem norte-americana, reavaliação linguística da tradução, bem como aplicação e reaplicação das versões original e traduzida em amostras bilíngues. Para o presente estudo, foi utilizado o escore total da escala, com o objetivo de analisar impulsividade de maneira geral. O índice de confiabilidade alpha de Cronbach da escala total foi de 0,57.



Com o objetivo de aumentar a confiabilidade da escala, foram excluídos os itens com menor correlação item-total, a saber, itens 8, 9 e 10. Após a exclusão, o coeficiente alpha aumentou para 0,65, índice considerado aceitável (Pasquali, 2009).

## PROCEDIMENTOS

Os participantes da pesquisa foram submetidos aos instrumentos no primeiro semestre de 2015, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional Lucas Machado (CAAE 41795014.0.0000.5134). A pesquisa foi divulgada em redes sociais (em especial, páginas de Facebook, *blogs* e *sites* associados ao TPB), por *e-mail*, para as listas de contatos dos autores, com solicitação de resposta e divulgação do *link* para responder aos questionários. Os questionários ficaram disponíveis *online* pelo período de 12 (doze) dias na plataforma *SurveyMonkey* (Walter, 2013), e, após ter lido e aceitado as condições do TCLE, os participantes demoraram em torno de 20 (vinte) minutos para responder a todos os questionários. As análises estatísticas deste estudo foram desenvolvidas por meio do *software* IBM SPSS, versão 22.

## RESULTADOS

### TRANSFORMAÇÕES DAS VARIÁVEIS E IDENTIFICAÇÃO DE COVARIÁVEIS

Foram calculados os valores de assimetria e curtose para todas as variáveis incluídas no modelo, sendo que, com exceção de abuso sexual e abuso físico, todas as demais encontraram-se dentro dos limites aceitáveis de normalidade (assimetria < 3; curtose < 10; Kline, 1998). Portanto, embora não fosse necessária uma transformação em escores padronizados (média = 0; desvio-padrão = 1) de todas as variáveis para realizar análises paramétricas, optou-se por fazê-lo, já que isso possibilitaria uma comparação nos mesmos termos de todas as variáveis incluídas no modelo.

Ainda, foram realizadas análises preliminares para explorar a relação entre as variáveis demográficas (sexo, idade e escolaridade) e a variável dependente (sintomas de TPB). Idade e escolaridade apresentaram uma correlação negativa com os sintomas de TPB ( $r = -0,292$ ,  $p = 0,000$ ;  $r = -0,183$ ,  $p = 0,000$ , respectivamente). Contudo, quando se controla a idade dos participantes, a associação entre escolaridade e sintomas do TPB desaparece. Teste t para amostras independentes foi utilizado para verificar se haveria diferenças de sexo no número de sintomas do TPB. Os resultados não foram estatisticamente significativos ( $p = 0,194$ ). Nesse sentido, apenas a idade foi incluída como covariável nas análises subsequentes.

## CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DE INTERESSE

A Tabela 1 apresenta a correlação entre os sintomas do TPB, a impulsividade (avaliada pela BIS) e as três subescalas do questionário de traumas na infância (abuso emocional, físico e sexual). Conforme predito, os sintomas do transtorno estão associados positiva e significativamente com o traço de personalidade (impulsividade) e com os três tipos de trauma na infância, sendo que as maiores associações são com o abuso emocional.

## ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR

Considerando que todas as variáveis de interesse são contínuas e apresentam distribuição normal, análise de regressão linear foi realizada a fim de verificar: a) se os traços de personalidade (neste caso, a impulsividade) predizem significativamente sintomas do TPB; b) se os três tipos de trauma na infância predizem significativamente os sintomas do transtorno, além do que é predito pela impulsividade; c) qual dos três tipos de trauma é o melhor preditor para os sintomas do TPB; e d) se a interação entre impulsividade e traumas responde por variância adicional na predição dos sintomas do TPB. Nesse sentido, foi realizada uma análise de regressão hierárquica com os sintomas do TPB incluídos como variável dependente; a idade, como covariável no passo 1; os três tipos de trauma na infância (físico, sexual e emocional), no passo 2; a impulsividade (traço de personalidade), no passo 3; e a interação entre os traumas e a impulsividade, no passo 4.

O modelo total foi significativo e explicou 45,9% da variância dos sintomas do TPB [ $F(6,742) = 76,133$ ,  $p = 0,000$ ]. Na Tabela 2, pode ser observada a variância explicada por cada variável inserida no modelo e os demais parâmetros dos modelos. De acordo com o predito, impulsividade e traumas na infância são preditores significativos do número de sintomas do TPB, tendo contribuições únicas e significativas na explicação dos sintomas do transtorno. Dos três tipos de trauma considerados, apenas o abuso emocional responde por uma parcela significativa da variância nos sintomas do TPB. No entanto, contrariamente ao que foi predito, a interação entre a impulsividade e o abuso emocional não contribuiu com uma parcela adicional e significativa da variância nos sintomas do TPB, além dos efeitos principais de cada uma dessas variáveis.

Como estratégia para melhor compreensão dos dados, as variáveis impulsividade e abuso emocional foram transformadas em variáveis categóricas, e níveis maiores do que um desvio-padrão acima da média foram categorizados como 1 (alta), enquanto níveis menores do que um desvio-padrão abaixo da média foram categorizados como 0 (baixa). A Figura 1 apresenta um diagrama de caixas com a distribuição de sintomas de TPB para os grupos com alto e baixo nível de

**Tabela 1.** Correlação entre sintomas do TPB, impulsividade e eventos traumáticos na infância (N = 748)

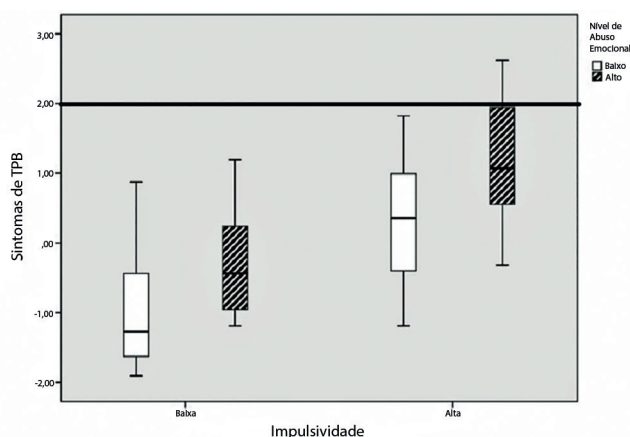
	1	2	3	4	5
1. Sintomas do TPB	-				
2. Abuso emocional	0,340**	-			
3. Abuso sexual	0,116**	0,293**	-		
4. Abuso físico	0,181**	0,408**	0,343**	-	
5. Impulsividade	0,478**	0,164**	0,088*	0,179**	-

TPB: transtorno da personalidade *borderline*; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

**Tabela 2.** Análise de regressão hierárquica explorando o papel da impulsividade e dos tipos de eventos traumáticos na infância, além de suas interações, na expressão do número de sintomas do transtorno da personalidade *borderline*, controlando o efeito da idade (N = 748)

Preditores	B	R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> Ajust.)	ΔR <sup>2</sup>	F
Passo 1		0,089 (0,087)	0,089**	72,591**
Idade	-0,298**			
Passo 2		0,234 (0,230)	0,145**	56,769**
Abuso emocional	0,329**			
Abuso sexual	0,049			
Abuso físico	0,072			
Passo 3		0,379 (0,374)	0,145**	90,512**
Impulsividade	0,397**			
Passo 4		0,381 (0,376)	0,002**	76,133**
Abuso emocional x Impulsividade	-0,218			

\*\*p < 0,01



**Figura 1.** Diagrama de caixa representando a relação entre os sintomas de TPB para os níveis de impulsividade e cada nível de abuso emocional.

impulsividade, separados entre os grupos com alto e baixo histórico de abuso emocional. De maneira geral, percebe-se que cada variável contribui de maneira independente para o aumento do número de sintomas, ou seja, maior nível de impulsividade está associado a mais sintomas, assim como histórico de maior nível de abuso emocional.

A fim de comparar os indivíduos com maior probabilidade de preencher os critérios diagnósticos do TPB com aqueles que provavelmente não chegariam a preencher tais critérios, foi realizada a transformação dos escores do questionário de sintomas em escore padronizado z, com média = 0 e desvio-

padrão = 1. Assim, considerando-se que a distribuição dos resultados se aproximou de uma distribuição normal e que se estima a existência de, aproximadamente, 1,6 a 5,9% de pessoas com TPB na população geral (APA, 2014), optou-se por separar o grupo entre aqueles que ultrapassam dois desvios-padrão acima da média e os demais, com menos chances de preencher critérios para o transtorno. O grupo superior a dois desvios-padrão foi composto por 46 indivíduos, perfazendo 6,15% da amostra total. Quando se considera apenas o grupo com número de sintomas mais elevado (indicado pela linha horizontal no gráfico da Figura 1), apenas pessoas do grupo de alta impulsividade e com histórico de maior nível de abuso permanecem. Por sua vez, níveis altos em apenas um preditor, ainda que este aumente a probabilidade de o indivíduo apresentar sintomas de TPB, não são suficientes para ultrapassar o ponto crítico para o diagnóstico (dois desvios-padrão acima da média).

## DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as relações entre traumas na infância, impulsividade e sintomas do TPB com o objetivo de criar um modelo explicativo de como características de personalidade (impulsividade) e experiências traumáticas na infância podem se combinar para conduzir a sintomas e ao diagnóstico do transtorno. Os resultados apontaram para forte influência da impulsividade e do histórico de abuso emocional

na infância sobre os sintomas de TPB. Histórico de abuso físico e sexual, embora estes contribuam para aumento dos sintomas, não apresentou poder de predição além do que as outras variáveis já predizem. Tais resultados estão de acordo com os modelos teóricos mais atuais acerca da origem do TPB, que apontam para vulnerabilidades individuais (como impulsividade) em associação com maus-tratos na infância como os principais preditores dos sintomas na idade adulta (Gratz *et al.*, 2011).

A impulsividade aparece como aspecto importante e definidor da personalidade *borderline* em diferentes estudos e se mostra frequentemente associada a déficits de regulação emocional, explicando comportamentos autolesivos ou parassuicidas, uso de drogas e tentativas de suicídio (Barker *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2013; Soloff *et al.*, 2014). No que se refere aos maus-tratos na infância, o abuso emocional tem sido apontado como o mais determinante para o surgimento de sintomas do TPB, haja vista que o modelo cognitivo mais atual para explicação do transtorno, apresentado por Linehan (2010), inclui como fator ambiental mais importante para o desenvolvimento do transtorno ter crescido em ambientes invalidantes. O histórico de abuso sexual e físico, embora presente em muitos casos de TPB e em outros transtornos mentais e da personalidade (Bornovalova *et al.*, 2006; Oquendo *et al.*, 2013), não é essencial para o diagnóstico, e tais experiências traumáticas parecem muito mais relacionadas ao perfil comportamental e à gravidade dos sintomas do que propriamente ao diagnóstico (Kuo *et al.*, 2015; Gratz *et al.*, 2011). Além disso, a ausência de efeito independente do abuso sexual e físico sobre os sintomas de TPB pode dever-se ao fato de que dificilmente abuso sexual e/ou abuso físico ocorrem na ausência de abuso emocional, embora o contrário – abuso emocional sem abuso físico ou sexual – seja mais provável de ocorrer. Assim, é provável que o efeito do abuso emocional tenha se sobreposto aos efeitos dos demais tipos de abuso (Kuo *et al.*, 2015).

A hipótese de um efeito de interação entre impulsividade e histórico de abuso emocional não foi confirmada, tendo cada variável apresentado apenas efeito independente sobre os sintomas de TPB. Tais resultados são inconsistentes com uma parte da literatura, que aponta para importante efeito moderador de vulnerabilidades individuais (como a impulsividade) sobre a relação entre maus-tratos na infância e sintomas psiquiátricos (Zanarini & Frankenburg, 1997; Linehan, 2010). Entretanto, tais resultados estão de acordo com estudos mais recentes acerca do desenvolvimento do TPB, que enfatizam a influência independente de fatores individuais e ambientais na gênese dos transtornos da personalidade (Crowell, 2009; Gratz *et al.*, 2011). Outra possível explicação pode estar relacionada ao fato de que, em muitos dos estudos, o histórico de traumas na infância é avaliado a partir de medidas gerais de abuso, não divididas por tipo (p. ex., abuso sexual, físico e emocional) (Thibodeau *et al.*, 2015). Adicionalmente, o histórico de abuso emocional pode ter seu efeito sobre os sintomas moderado por outros aspectos

individuais, além da impulsividade, como, por exemplo, o nível de desregulação emocional próprio de cada indivíduo (Gratz *et al.*, 2011). Estudos futuros poderiam analisar essa possibilidade, incluindo medidas de desregulação emocional, o que não foi avaliado no presente estudo.

Este estudo encontrou associações interessantes e que ampliam os conhecimentos acerca do TPB em contexto brasileiro. Em consonância com modelos atuais de explicação para os transtornos da personalidade, que são dimensionais (APA, 2014), optou-se por analisar indivíduos da população geral, pressupondo-se que esse grupo apresentaria, de acordo com esses modelos, as mesmas características de personalidade encontradas em indivíduos com TPB, embora em níveis mais leves (Trull, 2001). No entanto, tais resultados devem ser analisados considerando-se algumas limitações. A primeira delas se refere ao uso apenas de amostra não clínica, sem informações precisas acerca da existência ou não de diagnóstico psiquiátrico ou de transtorno da personalidade. O uso de amostras clínicas poderia apontar para o perfil mais adequado do TPB, e algumas das relações encontradas poderiam ser controladas pela influência de valores extremos.

Em segundo lugar, o estudo é transversal e faz uso de medidas correlacionais para concluir sobre eventos da infância que poderiam prever resultados na idade adulta. Sendo assim, não é possível concluir que os preditores estudados são realmente a causa dos sintomas, já que a direção da relação foi arbitrariamente definida. Além disso, o uso de dados retrospectivos é suscetível aos efeitos da memória dos participantes, que, por sua vez, pode ser afetada por experiências na idade adulta e pelo estado afetivo atual. Por exemplo, pessoas com maior dificuldade para regular as emoções tendem também a apresentar viés atencional negativo, o que leva a ênfase nas experiências traumáticas e recuperação da informação de maneira enviesada (Maughan & Rutter, 1997). Estudos longitudinais poderiam auxiliar no levantamento mais preciso de informações e inferência mais adequada acerca dos eventos preditores de sintomas de TPB.

Outra limitação importante diz respeito ao uso apenas da impulsividade como medida de vulnerabilidade individual. Sabe-se que a desregulação emocional apresenta poder preditivo independente e complementar para explicação dos sintomas, sendo importante moderador da relação entre maus-tratos na infância e os sintomas de TPB (Gratz *et al.*, 2011). Estudos futuros podem considerar, além da desregulação emocional, outros fatores de personalidade, com o objetivo de construir um modelo mais consistente e com maior poder explicativo do fenômeno aqui investigado. Adicionalmente, o uso apenas de medidas de autorrelato e de questionários *online* aumenta as chances de viés de resposta e de seleção de amostra. Embora estudos acerca da estrutura fatorial das escalas utilizadas tenham apontado para modelo similar aos de autorrelato presenciais (p. ex., a estrutura fatorial encontrada para o QUESI foi a mesma encontrada no estudo de Brodski e colaboradores (2010), realizado por

medida via lápis e papel), estudos futuros poderiam superar essas limitações ao levantar dados em entrevistas, relatos de terceiros e outras medidas comportamentais. Além disso, o uso de questionário *online* pode ter contribuído para o surgimento de um viés de idade e escolaridade da amostra (alta escolaridade e faixa etária mais jovem). Tal perfil pode ter trazido vantagens, no sentido de que é uma população mais acostumada com medidas computadorizadas e com maior capacidade para compreender os itens. No entanto, seria interessante investigar amostras de baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, a fim de constatar a capacidade de generalização dos resultados aqui apresentados.

Apesar das limitações e, dado seu caráter preliminar, é importante considerar que o presente estudo lança luz a uma série de relações existentes entre eventos traumáticos na infância e sintomas de TPB, e entre estes últimos e vulnerabilidades individuais, de forma conjunta, em busca de um modelo explicativo mais completo, conforme vem sendo apontado na literatura internacional (Bornovalova *et al.*, 2006; Crowell *et al.*, 2009; Linehan, 1993). As descobertas preliminares deste estudo podem auxiliar na construção de modelos estruturais mais complexos a serem testados em estudos futuros. Além disso, os resultados já identificados podem auxiliar no melhor entendimento de indivíduos com TPB e mesmo daqueles que não preenchem os critérios diagnósticos, mas cujos sintomas podem trazer importantes prejuízos a sua adaptação social e seu bem-estar subjetivo. Conhecer as interações entre características individuais e histórico de traumas para o surgimento de TPB pode auxiliar na criação de políticas públicas de prevenção para crianças e para a adequação de métodos e objetivos de intervenção para casos com essas características.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (APA). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR* (4. ed. rev.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Barker, V. L., Romaniuk, R. N. C., Pope, M.K.N., & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 45(9), 1955-1964.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan, & H. J. Steadman (Orgs.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp.61-80). Chicago: University of Chicago Press.
- Barros, A. C. M. (2013). Neuropsicologia dos transtornos da personalidade. In L. F. Carvalho, & R. Primi (Orgs.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade* (pp.47-65). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., & Morey, L. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211.
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C. M., & Gatzke-Kopp, L. M. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology x Sex x Environment model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770.
- Benetti, S. P., Pizetta, A., Schwartz, C. B., Hass, R. A., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico-USF*, 15(3), 321-332.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A., & Lejuez, C. W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 218-231.
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-194.
- Brodski, S. K., Zanon, C. & Hutz, C. S. (2010). Adaptação e validação do Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI) para uma amostra não-clínica. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 499-501.
- Buchheim, A., Roth, G., Schiepek, G., Pogarell, O., & Karch, S. (2013). Neurobiology of borderline personality disorder (BPD) and antisocial personality disorder (APD). *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 164(4), 115-122.
- Chapman, A. L., Turner, B. J., & Dixon-Gordon, K. L. (2013). Transtorno de personalidade Borderline e trauma. In L. F. Carvalho, R. Primi (Orgs.), *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade* (pp. 463-497). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600.
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. (2009). The development of borderline personality: elaborating and extending Linehan's model. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284-1293.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Maffei, C., & Borroni, S. (2014). Impulsivity dimensions, emotion dysregulation, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(5), 1-11.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., & Pezzi, J. C. (2006). Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 249-255.
- Gratz, K. L., Latzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493-508.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 603-615.
- Guendelman, S., Garay, L., & Miño, V. (2014). Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 204-210.



- Henry C., Mitropoulou V., New A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: Similarities and differences. *Journal of Psychiatry Research, 35*(6), 307-312.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Ärzteblatt International, 111*(16), 280-286.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., & New, A. S. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality disorders, 15*(4), 358-370.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse Neglect, 39*, 147-155.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet, 377*(1), 74-84.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.**
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 13*(1), 1-9.
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., de Paula, J. J., . . . , Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59*(2), 99-105.
- Maughan, B., & Rutter, M. (1997). Retrospective reporting of childhood adversity: Issues in assessing long-term recall. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 19.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783-1793.
- Oquendo, M. A., Miller, J. M., & Sublette, E. (2013). Neuroanatomical correlates of childhood sexual abuse: Identifying biological substrates for environmental effects on clinical phenotypes. *The American Journal of Psychiatry, 170*(6), 574-577.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*(4), 1091-1104.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N. N. Y., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, N. P. V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research, 121*(3), 239-252.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.
- Peters, J. R., Upton, T. B., & Baer, R. A. (2013). Brief Report: Relationships between facets of impulsivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders, 27*(4), 547-552.
- Pukrop, R. (2002). Dimensional personality profiles of borderline personality disorder in comparison with other personality disorders and healthy controls. *Journal of Personality Disorders, 16*(2), 135-147.
- Reich, D. B., & Zanarini, M. C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 9*(6), 294-301.
- Rentrop, M., Backenstrass, M., Jaentsch, B., Kaiser, S., Roth, A., Unger, J., . . . Renneberg, B. (2008). Response inhibition in borderline personality disorder: Performance in a Go/Nogo task. *Psychopathology, 41*(1), 50-57.
- Ribeiro, H. L., Cordás, T. A., & Nogueira, F. C. (2011). Transtorno da personalidade borderline. In M. R. Louzã Neto, T. A. Cordás (Orgs.), *Transtornos da personalidade* (pp.111-122). Porto Alegre: Artmed.
- Schestsatsky, 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 em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current Psychiatry Reports, 15*(2), 1-8.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 16*(3), 201-214.
- Soloff, P., White, R., & Diwadkar, V. A. (2014). Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 222*(3), 131-139.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*(5), 385-395.
- Tragesser, S. L., Solhan, M., & Schwartz-Mette, R. (2007). The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *Journal of Personality Disorders, 21*(6), 603-614.
- Thibodeau, E. L., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2015). Child maltreatment, impulsivity and antisocial behavior in African American children: moderation effects from a cumulative dopaminergic gene index. *Developmental Psychopathology, 27*(4 Pt 2), 1621-1636.
- Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 471-481.
- Walter, O. M. (2013). Análise de ferramentas gratuitas para condução de survey online. *Produto e Produção, 14*(2), 44-58.
- Wilson S. T., Stanley B., Oquendo M. A., Goldberg, P., Zalsman, G., & Mann, J. J. (2007). Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(10), 1533-1539.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 93-104.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Soledad, C., Vera, M. A., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1101-1106.