

CARACTERÍSTICAS NEUROPSICOLÓGICAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Eloir Denadai¹, Sacha Soares Rosa¹, Winny dos Santos Matias¹, Mariana Passamani Almeida²

¹ Acadêmicos de Psicologia na Faculdade Brasileira -Multivix-Vitória.

² Psicóloga – Especialista em Neuropsicologia e Docente de Psicologia da Faculdade Brasileira - Multivix-Vitória

RESUMO

Por se tratar de um transtorno de difícil diagnóstico e de grande prevalência, é notável o crescimento do interesse pelo estudo do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) nos últimos anos. Sendo assim, o objetivo deste artigo de revisão é conferir algumas literaturas acerca da neuropsicologia do Transtorno Borderline, com foco no aspecto neurobiológico, nas funções cognitivas e executivas e nas características sintomáticas do mesmo. Concluiu-se que o TPB apresenta os seguintes déficits: detrimientos nas funções de aprendizagem, memória visual e verbal, de atenção e vigilância, de processamento visoespacial, de flexibilidade cognitiva, de tomada de decisão, de planejamento e de inibição. Além do padrão de instabilidade emocional intenso e do medo exagerado da rejeição, imaginária ou real.

Palavras-chave: neuropsicologia, transtorno de personalidade borderline, funções executivas, neurociência.

ABSTRACT

As this a highly prevalent diagnostic disorder, interest in the study of Borderline Personality Disorder has grown in recent years. Therefore, the purpose of this article of revision is check some literatures on the neuropsychology of Borderline Disorder. Focusing on the neurobiological aspect cognitive and executive functions and its symptomatic characteristics. It was concluded that TPB has the following deficits: impairments in the functions of learning, visual and verbal memory, attention and vigilance, visual-spatial processing, cognitive flexibility, decision-making, and inhibition planning. In addition to the pattern of intense emotional instability and exaggerated fear of rejection, imaginary or real.

Keywords: Neuropsychology, borderline personality disorder, executive functions, neuroscience.

1. INTRODUÇÃO

O nosso cérebro é formado por cerca de 100 bilhões de neurônios, pesa cerca de 1,5kg e cada um deles, com axônios e dendritos, faz, aproximadamente, 10 mil conexões com outros neurônios. Atualmente, a unidade funcional do cérebro não diz respeito a um neurônio isolado, mas aos circuitos e conexões neuronais. Sendo assim, a percepção, imaginação, memória, emoções e mesmo o pensamento surgem a partir e vinculados a essas conexões (DALGALARRONDO, 2019).

Segundo os autores Renan O. Shimoura, Rodrigo F. O. Pena, Nilton L. Kamiji, Vinícius Lima e Antonio C. Roque (2020), entre todas as estruturas cerebrais a mais complexa e que é a responsável pelas funções cognitivas é o neocórtex

(assim chamado para ser diferenciado das outras partes do córtex). O neocórtex reveste o encéfalo e esse local pode ser dividido em três tipos de regiões: a) sensoriais, onde é feita a admissão dos receptores sensoriais espalhados pelo corpo; b) motoras, onde os estímulos motores são enviados aos órgãos efetores; c) de associação, que comportam as informações das áreas sensoriais e motoras e se relacionam com as funções cognitivas complexas.

A autora Emmy Uehara Pires (2010) apresenta o termo cognição como um conjunto de habilidades que diz respeito à capacidade de percepção, atenção, raciocínio, resolução de problemas, tomada de decisões, planejamento de ações e comunicação verbal e não-verbal, fazendo uma associação com as “funções mentais superiores” de Lúria (1966) e com os “processos ou funções psicológicas superiores” de Vygotsky (1996). A autora aponta o fato das inúmeras terminologias ao longo dos anos para o termo cognição, mas que apesar dos diferentes vocabulários a cognição está relacionada à capacidade de percepção, atenção, memória, linguagem, habilidades visuoespaciais, pensamento, raciocínio e funções executivas. A partir de 1891, com os trabalhos de Ramón y Cajal, que foi descoberta a unidade básica do cérebro: o neurônio. Com essa evidência, o conhecimento acerca da composição e do funcionamento cerebral cresceu de forma surpreendente, especialmente nos quesitos análogos à localização das funções mentais.

Acompanhando as descobertas do século XIX, o debate entre localizacionistas e holistas se expandia. De acordo com a visão localizacionista, o funcionamento cerebral se apresenta de forma dividida, sendo assim, cada região seria responsável por uma função mental e comportamento específico. Essa ideia se embasa na frenologia elaborada por Franz Joseph Gall, ainda no início do século XIX. Os trabalhos desenvolvidos por Paul Broca, sobre o centro de controle da fala (área de Broca), e por Karl Wernicke, sobre a área de compreensão da fala (área de Wernicke), apresentaram indícios consistentes para a Teoria Localizacionista. Já na Teoria Holista, o neurologista Hughlings Jackson acredita que tem grande prestígio e para ele os processos mentais não deveriam ser associados ao cérebro devido à sua localização em áreas

específica,s mas por uma compreensão hierárquica do Sistema Nervoso (PIRES, 2010).

Segundo Pires (2010), a Teoria Localizacionista foi superada pela Teoria Holista, pois a mesma não compreende uma especificidade localizacional no cérebro, mas compreende sim a visão de que todas as regiões cerebrais contribuem em um determinado momento para a execução da meta. Contudo, estudos de Ivan Pavlov, Lev Vygotsky e Aleksander Lúria cooperaram para a integração das duas visões. Sendo assim, a autora Emmy Uehara Pires (2010) traz o exemplo do conceito de sistemas funcionais de Lúria, onde as funções mais específicas poderiam até ser localizadas, mas os processos mentais normalmente envolveriam mecanismos que atuariam em conjunto e que estariam dispostos em áreas diferentes no cérebro.

De acordo com Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), no século XIX adviram as primeiras evidências que estabeleciam relações e semelhanças entre as lesões nos lobos frontais com as alterações comportamentais. Após essas descobertas, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) narram o estudo de Harlow sobre as alterações comportamentais de Phineas Gage. O paciente de Harlow, anteriormente a seu acidente, era um engenheiro ferroviário da Nova Inglaterra, nos EUA, trabalhando na supervisão de construções de estradas de ferro. Certo dia, ao utilizar uma barra de ferro para apartar a pólvora, Gage, por acidente, detonou o explosivo e a barra de ferro atravessou seu crânio. Surpreendendo a todos, Gage sobreviveu e se manteve consciente. Como a barra estava quente, cauterizou a ferida em seu cérebro. Contudo, mesmo tendo sobrevivido, Gage sofreu graves mudanças. Se antes era um funcionário modelo, desenvolveu, a partir do acidente, comportamentos irresponsáveis e socialmente inadequados. Harlow, então médico de Gage, constatou que o paciente havia sofrido lesões nos lobos frontais, região responsável pelo planejamento e pela execução de comportamentos socialmente adequados.

Os escritores, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), também fazem menção à Lúria, que a partir de estudos com pacientes feridos na Segunda Guerra Mundial, arquitetou modelos explicativos para as lesões dos lobos

frontais. Para Lúria (1981), o lobo frontal é responsável, em grande parte, pelo planejamento, pela programação, pela regulação e pela verificação do comportamento intencional.

Alguns anos depois, de acordo com Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009), Lezak (1995; Tirapu Ustárroz et al., 2002) deu continuidade às descobertas de Lúria e deu origem ao termo Funções Executivas, dividindo-as em quatro categorias: a) formulação de metas; b) planejamento; c) realização de planos dirigidos às metas; d) execução efetiva de atividades dirigidas às metas.

Sendo assim, Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) constataam que as evidências literárias demonstram que as Funções Executivas englobam várias Funções Cognitivas, sintetizam assim que elas podem ser entendidas como um conceito abrangente que abarca o resultado da soma de vários processos cognitivos para execução de uma tarefa em particular, como por exemplo, o raciocínio ou o comportamento social.

Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) evidenciam também que o controle executivo pode ser entendido como um sistema ou mecanismo responsável pela coordenação de processos cognitivos. Esses dois termos podem, facilmente, ser entendidos como sinónimos, porém não o são, nem tampouco antagônicos ou excludentes, mas são, na verdade, complementares. Os autores (Amer Hamdan e Ana Paula Pereira, 2009) fazem essa observação argumentando o fato de as evidências (da neuroimagem, da neurofisiologia e da neuropsicologia) exibirem distintos processos cognitivos envolvidos nas Funções Executivas, que estão relacionados às diferentes regiões corticais e subcorticais. Em suma, não há uma função executiva única. As Funções Executivas são desenvolvidas, ou seja, têm um processo de maturação multideterminado, e existem três linhas literárias importantes: a) as funções executivas só alcançam sua potencialidade máxima no início da vida adulta; b) o desenvolvimento das funções executivas influenciam a regulação emocional e outras funções cognitivas; c) o processo de envelhecimento desencadeia alterações nas funções executivas, como declínio na inibição de respostas e na atenção dividida.

Para Emmy Uehara Pires (2010), por muito tempo houve a ideia de que as Funções Executivas estavam ligadas apenas ao lobo frontal, especificamente ao córtex pré-frontal, contudo, por meio dos estudos, atualmente é possível constatar que as Funções Executivas se relacionam com diferentes regiões dos lobos frontais e que estão distribuídas em uma rede cerebral abrangente que englobam as estruturas subcorticais e as vias do tálamo.

A autora Emmy Uehara Pires (2010) coloca a presunção de que o córtex pré-frontal esteja relacionado, especificamente ao funcionamento executivo, possuindo importante relação com a coordenação e integração entre os diversos processos cognitivos e emocionais. Essa região é responsável pela mediação e pelo controle do funcionamento executivo, possuindo mais áreas cerebrais conectadas entre elas, além de receberem, no dia a dia, entrada de outras áreas heteromodais associativas, além de ser o maior alvo neocortical das informações processadas nos contornos límbicos e isso a faz a única região cortical capacitada para correlacionar informações motivacionais, mnêmicas, emocionais, somatosensoriais e sensações externas, de maneira agregada e com objetivos. O córtex frontal, segundo Pires (2010), pode ser organizado de acordo com o objetivo a ser alcançado. Para explicitar a autora, Emmy Uehara Pires (2010) recorre ao seguinte exemplo: o córtex pré-frontal inferior direito é ativado normalmente para a manipulação de informações em tarefas complexas, enquanto o córtex frontal superior é ativado mais em questões mnemônicas, por exemplo quando a informação precisa ser renovada e mantida na memória.

A escritora (PIRES, 2010) faz referência a Stuss (2002), que foi o responsável pela descoberta da responsabilidade da região frontal dorsolateral direita pelo monitoramento do comportamento e de que a região frontal dorsolateral esquerda estaria relacionada ao processamento verbal. Faz citação, também, a Fuster (2002), destacando que a região pré-frontal medial e cíngulo anterior são responsáveis pela reorganização da atenção e pela motivação. A região pré-frontal lateral, responsável pela memória de trabalho e definição, e a região órbito-medial, responsável pelo controle inibitório de impulsos e interferência.

Mader (2019) relata que o termo Neuropsicologia apareceu no século XX, com Osler, e se dedica ao estudo das disfunções comportamentais e suas consequentes expressões comportamentais.

Amer Hamdan e Ana Paula Pereira (2009) relatam o início da Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas com a observação de pacientes com lesões frontais e de alterações comportamentais, derivadas dessas mesmas lesões. Sendo assim, a Avaliação Neuropsicológica, segundo os autores Amer Hamdan e Ana Paula Pereira, é um processo de investigação entre a relação do cérebro e do comportamento humano, principalmente o resultado da relação de disfunções cognitivas com os distúrbios do Sistema Nervoso Central. Os autores apresentam dentro da avaliação neuropsicológica as funções executivas como um conjunto abrangente de funções cognitivas que contemplam a atenção, concentração, seletividade de estímulos, capacidade de abstração, planejamento, flexibilidade de controle mental, autocontrole e memória operacional. Essa avaliação se mostra relevante em casos onde o indivíduo apresenta um alto risco de desenvolvimento de doenças neurais e para auxiliar no estabelecimento de padrões de desenvolvimento dentro do esperado.

O processo de avaliação neuropsicológica inclui instrumentos como: entrevistas, observações e testes psicológicos, que objetivam o auxílio do diagnóstico clínico, no conhecimento do perfil psicológico, no prognóstico, no planejamento do processo de reabilitação e no acompanhamento do tratamento psicoterapêutico, farmacológico e psicossocial. A partir dessa perspectiva de conexões cerebrais, a Neuropsicologia surge como ciência que investiga as relações entre as funções psicológicas e a atividade cerebral, tendo como primazia o estudo das funções cognitivas como memória, linguagem, raciocínio, habilidades visuoespaciais, reconhecimento, capacidade de resolução de problemas, entre outras (DALGALARRONDO, 2019).

Para Dornelles (2009), os transtornos de personalidade desenvolvem alterações importantíssimas em duas áreas dentre quatro áreas em potencial, sendo elas: a) cognição; b) afetividade; c) funcionamento interpessoal; e 4) controle dos impulsos. Sendo e conjunto de características estímulos que

provocam sofrimento e prejuízo funcional na vida do indivíduo. Já o diagnóstico de um transtorno de personalidade normalmente é estabelecido durante a adolescência ou início da vida adulta, já que para o diagnóstico ser efetuado é necessário, pelo menos, dois anos de sintomas contínuos.

Já o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (5^a edição, American Psychiatric Association, 2013), é um transtorno que se qualifica por um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem, nos afetos e por uma impulsividade acentuada, sendo que essas características se apresentam no início da vida adulta e estão presentes em vários contextos:

- O indivíduo Border se esforça de forma inadequada e desesperada para evitar abandonos, reais ou imaginários;
- O Border possui um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, que se caracterizam pelo revezamento entre fortes idealizações e desvalorização;
- Perturbação na identidade: instabilidade recorrente na autoimagem ou na percepção de si mesmo;
- Impulsividade em pelo menos duas áreas com capacidade autodestrutiva, como, por exemplo: gastar dinheiro de forma descontrolada, comer compulsivamente;
- Presença de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos automutilantes;
- Inconstância e fragilidade afetiva em decorrência de uma marcante reatividade no humor;
- Sentimentos crônicos de vazio;
- Raiva intensa e inapropriada; dificuldade em controlá-la;

- Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

A principal característica do indivíduo borderline é o padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem, de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta. Outra característica marcante do indivíduo borderline é a incansável tentativa de evitar abandonos reais ou imaginários (critério 1). Mudanças significativas na autoimagem, no afeto, na cognição e no comportamento podem ocorrer se o border tiver a percepção, real ou imaginária, de uma separação ou rejeição iminente. Vale ressaltar que, segundo o próprio DSM-V, o indivíduo borderline possui uma extrema sensibilidade ao ambiente externo. Eles experimentam intensamente o medo do abandono e a raiva descontrolada até diante de uma separação de curto prazo ou até mesmo ao vivenciarem mudanças inevitáveis de planos. A ideiação de um abandono ou até mesmo um abandono real pode despertar nesses indivíduos a autopercepção de que são pessoas más e os esforços para evitá-los pode desencadear comportamentos autodestrutivos. O critério 2 para o diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é o padrão de relacionamentos instáveis e intensos. Pode acontecer uma perturbação da identidade, sendo apresentada por uma instabilidade acentuada e persistente da imagem ou da percepção de si mesmo, sendo esse o critério 3 para o diagnóstico, segundo o DSM-V. O transtorno da personalidade borderline apresenta impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (critério 4), sendo o border passível de apostas, gastar dinheiro de forma descontrolada, comer compulsivamente, abusar de substâncias, entre outros comportamentos autodestrutivos. Comportamentos como automutilação e tentativas de suicídio (critério 5). A instabilidade afetiva devido à acentuada reatividade do humor, são as características que contemplam o critério 6. Já os sentimentos intensos de vazio são o critério 7 para o diagnóstico. Raiva inadequada e intensa e a dificuldades em controlá-la (critério 8). Durante períodos de estresse extremo, podem ocorrer ideiação paranóide ou sintomas dissociativos transitórios (critério 9). O border pode apresentar uma tendência a não conclusão de metas ou tarefas, como uma

sabotagem pessoal, como, por exemplo: abandono da faculdade próximo à formatura ou término de um relacionamento saudável.

De acordo com o DSM V (5ª edição, American Psychiatric Association, 2013), o TPB afeta a percepção do indivíduo, criando um padrão de instabilidade que altera a forma como ele se relaciona com pessoas e situações cotidianamente. O manual também destaca que as comorbidades relacionadas são complexas e detalha as características do transtorno, sua etimologia, diagnóstico e tratamento.

Eppel (2005) apresenta o TPB, também chamado de Distúrbio de Personalidade Limítrofe, como um distúrbio psicobiológico que tem sua etiologia em fatores genéticos e interpessoais, colocando como característica central do transtorno a desregulação emocional.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, o TPB é o transtorno de personalidade de maior prevalência (American Psychiatric Association, 2002), com média de 1,6% na população geral, podendo chegar a 5,9%. E aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental, e até 20% entre pacientes psiquiátricos internados; sendo predominantemente diagnosticado em mulheres (cerca de 75%).

Dornelles (2009) traz o TPB como tido por muitos autores como uma disfunção global da regulação emocional e do controle dos impulsos, sendo que tais características, segundo o autor, parecem apresentar relação com alterações neurobiológicas e neuropsicológicas específicas – se destacando as alterações nas funções executivas.

Dornelles (2009) aponta que vários fatores têm sido considerados no constante à origem do transtorno, dentre eles: predisposição genética, desenvolvimento neurobiológico e condições ambientais de desenvolvimento infantil. Dornelles (2009) correlaciona a presença de experiências de abuso e negligência na infância, pois as mesmas têm se demonstrado como um dos fatores preditores do transtorno borderline. Dornelles (2009) faz citação, também, ao fato de que as alterações neurobiológicas vêm sendo estudadas há bastante tempo como

um fator componente do TPB, e para explicitar a ideia, apresenta a hipótese do modelo biopsicossocial jacksoniano, onde as experiências traumáticas na infância interferem no processo de maturação das conexões cerebrais, em especial no córtex frontal, gerando sintomas característicos do TPB. O escritor também traz a relação do circuito límbico-frontal com o TPB, pois para Dornelles (2009), uma hipofunção desse circuito está relacionada com a desregulação do processo emocional, característica padrão em indivíduos com TPB.

Dornelles (2009) fala, também, sobre como as alterações no encéfalo de indivíduos com TPB vêm sendo documentadas por diferentes estudos de neuroimagem funcional. As principais regiões documentadas foram: amígdala, hipocampo, córtex cingulado anterior, córtex orbitofrontal, porção ventrolateral do córtex préfrontal e giro fusiforme, regiões centrais do circuito límbico-frontal responsáveis pelo processamento emocional e pelo controle inibitório. Estudos também observam hiperatividade da amígdala frente a estímulos emocionais, constatando que no TPB existe uma disfunção na modulação afetiva, na vigilância atencional para estímulos emocionais negativos e dificuldade no processo de habituação. Sendo assim, essa intensa hiperatividade da amígdala provoca, em indivíduos com TPB, reações intensas de raiva, de forma inadequada, frente a estímulos negativos (reais ou imaginários). Já o córtex orbitofrontal, de acordo com o autor (DORNELLES, 2009), está relacionado com o controle dos impulsos e como as alterações nessa região estariam associadas à agressividade, à instabilidade afetiva, à impulsividade e reações emocionais intensas e desproporcionais em situações de baixo ou nenhum índice de valência emocional (característica típica do TPB).

Dornelles (2009) apresenta o déficit do sistema serotoninérgico como outra possível tese biológica para o comportamento agressivo e impulsivo de indivíduos com TPB. O autor faz a associação de algumas estruturas encefálicas com as funções neuropsicológicas afetadas em indivíduos com TPB, sendo elas:

- Porção dorsolateral do córtex pré-frontal que estaria associada a disfunções na memória de trabalho, nas funções executivas e no planejamento de comportamentos guiados para um objetivo no TPB;
- Gânglios da base e tálamo que estariam associados a déficits no TPB na iniciação, na automatização e no controle do comportamento;
- Amígdala que estaria relacionada com os déficits no TPB no processamento emocional, em especial no condicionamento de medo e na capacidade de resposta emocional;
- Córtex orbitofrontal que estaria associado às disfunções no comportamento socioemocional no TPB;
- Hipocampo que estaria correlacionado a déficits na avaliação do contexto emocional das memórias no TPB;
- Porção dorsomedial do córtex pré-frontal que estaria associado com a disfunção na representação dos estados internos e do self de indivíduos com TPB;
- Porção rostral e dorsal do córtex cingulado anterior que estaria relacionada aos déficits de modulação atencional, de monitoramento de conflitos e na seleção de respostas em contextos emocionais.

Por fim, segundo Catarina Menezes, Brisa Macedo e Cinthya Viana (2014), o TPB é de difícil diagnóstico e tratamento. Os autores salientam a importância do ambiente e da sua relação com as pessoas como fatores que devem ser avaliados para o desenvolvimento do transtorno em questão. Porém é de responsabilidade dos profissionais de saúde capacitar-se a fim de correlacionar o ambiente em que o indivíduo cresceu e se desenvolveu com um possível diagnóstico do TPB (Catarina Menezes; Brisa Macedo; Cinthya Viana, 2014).

2. METODOLOGIA

O presente artigo visa descrever os aspectos neuropsicológicos e as implicações nas funções cognitivas e executivas do indivíduo com TPB. Para

tal, uma pesquisa explicativa será realizada. Segundo Gil (1987), esse tipo de pesquisa tende a estabelecer os objetivos do estudo, identificando os fatores que determinam ou influenciam para a ocorrência do fenômeno em questão, e, sendo assim, uma revisão bibliográfica será realizada visando uma análise qualitativa dos conteúdos selecionados.

A pesquisa consistiu em uma revisão bibliográfica delimitada por estudos que descrevem o funcionamento neuropsicológico em pessoas com TPB, selecionando o período de 2005 a 2020, identificando os fatores que determinam ou influenciam para a ocorrência do fenômeno por meio de uma análise qualitativa dos conteúdos selecionados. O levantamento bibliográfico foi realizado no SCIELO (ScientificElectronic Library Online), Google Acadêmico e Pubmed. As palavras-chave foram: borderlinedisorder, funções cognitivas, Cognition, Executive, Intellectualfunctioning, neuropsychologicalassessment, Transtorno de Personalidade Borderline. Foram utilizados, ao todo, seis artigos, duas dissertações e três livros.

Quadro 1: Relação das publicações selecionadas

Eixos	Título do artigo	Autor	Ano
Eixo 01 Neurobiologia e funções cognitivas	Ontogênese das Funções Cognitivas: Uma Abordagem Neuropsicológica	Emmy Pires	2010
	Modelos de redes de neurônios para o neocórtex e fenômenos emergentes observados	Renan SHIMOURA	2021
Eixo 02 Avaliação neuropsicológica	Avaliação neuropsicológica em indivíduos com transtorno da personalidade Borderline	Vinícius Guimarães Dornelles	2009
	Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual	Maria Joana Mader	2012
	Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas.	Amer Hamdan e Ana Paula Pereira	2009
Eixo 03 TBP	Psicopatologia e Semialogia dos Transtornos Mentais	Paulo Dalgalarrodo	2019
	American Psychiatric Association		2013
	Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe	Alan Eppel	2006
	Transtornos de Personalidade.	Angela Mazer, Brisa Macedo e Mário Juruena	2017
	A psicopatologia do transtorno da personalidade borderline (TPB) e suas características diagnósticas	Yan Lopes	2017

Fonte: Produzido pelos autores

A partir dos resultados das pesquisas foram selecionados os artigos que mais condiziam com o tema e uma análise foi realizada visando compreender as dimensões neurobiológicas e funções cognitivas do TPB.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Em indivíduos com TBP, é possível constatar alterações nas funções executivas. Dentre os principais déficits apresentados pelo transtorno pode-se destacar a ausência de um controle inibitório e a desregulação emocional. A capacidade de vigilância é deficitária também, no sentido de que o border está sempre na expectativa de que algo aconteça, desencadeando comportamentos disruptivos e até mesmo comportamentos desproporcionais a determinados acontecimentos, não conseguindo inibir o estado de constante vigilância (DORNELLES, 2009).

No constante a atenção, o border apresenta dificuldades na discriminação de estímulos, tendo prejuízos na seleção, inibição, alternância e sustentação de estímulos. A memória visual e verbal do indivíduo com TPB também é deficitária, apresentando dificuldades na codificação, no armazenamento e no resgate de informações, gerando dificuldades no que consta a aprendizagem. O processamento da capacidade de percepção visual e espacial também é prejudicado no TPB.

Em suma, o TPB tem como características déficits na capacidade de autocontrole; na atenção seletiva e sustentada a estímulos; na capacidade de manipular mentalmente ideias, relacionando-as umas às outras, e quanto à capacidade de adaptar-se a mudança; e na capacidade de comportar-se de forma apropriada a determinado estímulo negativo (DORNELLES, 2009). Apresentando déficits neuropsicológicos específicos, como prejuízos nas funções de aprendizagem, memória visual e verbal, de atenção e vigilância, de processamento visoespacial, de flexibilidade cognitiva, de tomada de decisão, de planejamento e de inibição.

O escritor (DORNELLES, 2009) relaciona a dificuldade no controle inibitório com os déficits da porção dorsolateral do córtex pré-frontal; a hiperatividade amigdalár com os déficits na vigilância atencional frente a estímulos de

valência emocional negativo; o aumento nas atividades de alterações no córtex orbitofrontal e córtex cingulado anterior com o comportamento impulsivo e agressivo; déficits de memória específica e a dificuldade na avaliação do contexto emocional mnemônico com a diminuição do volume do hipocampo e os déficits nas funções executivas com as disfunções do córtex pré-frontal (Dornelles, 2009).

O TPB é tido por vários autores, entre eles Otto Kernberg, Dornelles (2009), como um estado limítrofe entre a organização neurótica e a organização psicótica da personalidade. Sendo assim, segundo Dornelles (2009), três processos intrapsíquicos caracterizam o indivíduo border: a) identidade difusa; b) defesas primitivas; e c) vulnerabilidade na testagem da realidade. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V (5ª edição, American Psychiatric Association, 2013), o indivíduo Border se esforça de forma inadequada e desesperada para evitar abandonos, reais ou imaginários; possui um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, que se caracterizam pelo revezamento entre fortes idealizações e desvalorização; perturbação na identidade: instabilidade recorrente na autoimagem ou na percepção de si mesmo; impulsividade em pelo menos duas áreas com capacidade autodestrutiva; presença de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamentos automutilantes; inconstância e fragilidade afetiva em decorrência de uma marcante reatividade no humor; sentimentos crônicos de vazio; raiva intensa e inapropriada; dificuldade em controlá-la; ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

A Avaliação Neuropsicológica apresenta resultados (parciais ou globais, preliminares ou definitivos) por meio de parecer, relatório ou laudo, sendo tais documentos importantes não somente na descrição quanti-qualitativa dos achados psicométricos, mas também para sugestões de acompanhamento (Wajman, 2018).

Eppel (2005) coloca como principal característica do TPB a desregulação emocional, apresentando como direcionamento para o tratamento a regulação das emoções, por intermédio de medicamentos, psicoterapia e treinamentos de

habilidades. Segundo o autor, medicamentos estabilizantes de humor são importantes, mas apresentam também a informação de que pesquisas direcionadas a neuropeptídeos, opióides e suas interações com o sistema de serotonina podem ter resultados positivos para a intervenção psicofarmacológica (EPPEL, 2005). O TPB pode ser tratado com psicoterapia e fármacos, sendo a primeira o principal tratamento para o transtorno, onde diversas abordagens podem ser adotadas, sendo a segunda mais indicada para sintomas específicos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível a constatação de que no TPB o indivíduo border tende a apresentar alterações neuropsicológicas nas seguintes funções: atenção, vigilância, aprendizagem, memória visual e verbal, processamento visuoespacial e funções executivas (processos de flexibilidade cognitiva, planejamento, inibição de respostas e tomada de decisão).

Melhorar os mecanismos de detecção pode ser um caminho para amenizar a complexidade do diagnóstico, e realizar uma revisão de estudos sobre funções neuropsicológicas pode esclarecer sobre como o TPB afeta essas funções e o que deve ser observado para avaliar o comprometimento imposto pelo transtorno. Pois, ao se perceber que o conjunto de características do TPB é grande e que diagnósticos errôneos podem ser estabelecidos (em um primeiro momento), torna-se, de suma importância, entender formas de testagem ou espaços nas correlações do que já é praticado no diagnóstico e tratamento do TPB. Portanto, pesquisar as metodologias diagnósticas e a fundamentação que as embasa nos permite evoluir as práticas a fim de melhorar a assertividade na detecção do TPB.

O tratamento englobando psicoterapia voltada para Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e um tratamento psicofármaco têm mostrado efeitos, ajudando o indivíduo a conhecer os sintomas e a alcançar estabilidade emocional.

Apesar de as alterações neuropsicológicas no TPB serem demonstradas na literatura e relacionadas a disfunções neurobiológicas, os resultados dos

estudos não são coerentes entre si, e poucos estudos realizaram um levantamento global das funções neuropsicológicas dos indivíduos com TPB. Assim ainda há muito que pesquisar e correlacionar sobre o TPB, e é importante que se revise e compare mais estudos a respeito desse transtorno para melhorar a assertividade diagnóstica e a eficácia dos tratamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DORNELLES, Vinícius Guimarães. **Avaliação neuropsicológica em indivíduos com transtorno da personalidade Borderline**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- SHIMOURA, Renan. **Modelos de redes de neurônios para o neocórtex e fenômenos emergentes observados**. Revista Brasileira de Ensino de Física [online]. [Acessado 30 de Setembro 2021] – 2021.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semialogia dos Transtornos Mentais**. Artmed Editora, 2019.
- MADER, Maria Joana. Avaliação neuropsicológica: aspectos históricos e situação atual. **Psicologia: ciência e profissão**, 16 (3), 12-18. 2012.
- American Psychiatric Association. (2014). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2013.
- EPPEL, Alan. **Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]. Rio Grande do Sul, 2006.
- MAZER, Angela. MACEDO, Brisa. JURUENA, Mário. **Transtornos de Personalidade**. Medicina (Ribeirão Preto). Ribeirão Preto, 2017
- HAMDAN, Amer. PEREIRA, Ana Paula. **Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393. Paraná, 2009.
- PIRES, Emmy. **Ontogênese das Funções Cognitivas: Uma Abordagem Neuropsicológica**. Rio de Janeiro, 2010;
- LOPES, Yan. **A psicopatologia do transtorno da personalidade borderline (TPB) e suas características diagnósticas**. Minas Gerais, 2017.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.