

Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe

Alan B. Eppel*

INTRODUÇÃO

Indivíduos com diagnóstico de personalidade limítrofe têm sido foco de interesse clínico intenso no campo da psiquiatria ao longo das três últimas décadas. Tal fator está associado com altos níveis de morbidade e com um nível significativo de mortalidade por suicídio. Estima-se que pacientes com personalidade limítrofe constituam aproximadamente 11% dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 19% dos internados¹. O tratamento e o manejo do distúrbio é considerado difícil e apresenta riscos significativos.

A história do desenvolvimento do conceito de distúrbio de personalidade limítrofe foi amplamente revisada por Linehan¹. Entre 1938 e final da década de 70, o distúrbio de personalidade limítrofe foi descrito em termos psicanalíticos. Em seguida, desenvolveu-se uma abordagem fenomenológica, em grande

parte resultante do trabalho de John Gunderson e da publicação do DSM-III, em 1980.

Desde então, foram feitos avanços consideráveis na área de neurociência e no entendimento da neurobiologia do apego. Como resultado desse progresso, os vínculos entre psicologia e biologia e entre genética e fatores ambientais ficaram mais definidos. Nesse sentido, poderíamos dizer que chegamos agora à era do paradigma psicobiológico dentro da psiquiatria.

O presente artigo propõe que o distúrbio de personalidade limítrofe seja fundamentalmente um distúrbio de regulação da emoção determinado por fatores genéticos e interpessoais. Para sustentar essa proposta, faremos uso de quatro linhas de investigação: 1) teorias dimensionais de personalidade; 2) teoria do apego; 3) neurobiologia; e 4) ocorrência de abuso sexual na infância.

DIMENSÕES DE PERSONALIDADE

O DSM-IV baseia-se em uma classificação categórica da personalidade. As desvantagens de tal classificação foram avaliadas por

* Diretor, Serviços Psiquiátricos Comunitários, St. Joseph's Healthcare Hamilton. Professor, Departamento de Psiquiatria e Neurociências Comportamentais, McMaster University, Hamilton, Ontário, Canadá.

Livesley². O DSM-IV tem nove critérios para definição de distúrbio de personalidade limítrofe, desses, cinco são necessários para se estabelecer o diagnóstico. O conceito de personalidade limítrofe acaba, então, ficando muito heterogêneo³. No entanto, quando se faz uma abordagem dimensional, é possível identificar alguns componentes chave do distúrbio.

Sob um ponto de vista dimensional, os traços de personalidade são vistos como variáveis de um continuum no qual podem estar localizados todos os membros de uma população. Esse continuum se estende tanto a personalidades normais como patológicas.

Cloninger identifica quatro traços temperamentais básicos em sua teoria dimensional⁴: 1) busca de novidade; 2) prevenção de danos; 3) dependência de prêmio e 4) persistência. Na teoria de Cloninger, personalidades tipo B caracterizam-se por uma enorme busca por novidades, alta prevenção contra danos e baixa dependência de prêmio. Essas dimensões básicas parecem ser hereditárias.

Os traços chave de instabilidade ou afetividade desregulada e impulsividade ou agressão impulsiva são comuns a maioria das teorias sobre personalidade limítrofe.

Livesley³ também desenvolveu uma abordagem dimensional da personalidade, derivada do Questionário Básico para Avaliação Dimensional de Patologias de Personalidade. Ele identifica quatro fatores centrais, um deles é a “desregulação emocional”. Também argumenta que processos neurobiológicos subjacentes são determinados geneticamente.

A instabilidade afetiva ou a desregulação emocional podem ser as características mais centrais e importantes da personalidade limítrofe. A primeira referência a essa constatação parecer ser de Donald Klein⁵. É interessante lembrar que Klein e Rifkin foram os primeiros a usar um estabilizador de humor, o lítio, no tratamento desses pacientes⁶.

Marsha Linehan, que vem de uma linha teórica completamente diferente, também identifica a desregulação emocional como fundamental em sua teoria biosocial a respeito do distúrbio de personalidade limítrofe¹. Como são determinadas geneticamente, a instabilidade afetiva e a agressão impulsiva podem predispor o desenvolvimento da personalidade limítrofe, mas esses traços por si só não são suficientes para produzir a condição de distúrbio. Fatores ambientais específicos também precisam estar presentes.

Existem vários estudos genéticos que examinam as alterações na biosíntese neurotransmissora que podem estar subjacentes ao componente herdado desses traços. Há um grande número de trabalhos sobre a redução da atividade da serotonina em indivíduos com traços agressivos impulsivos, evidenciando que uma anormalidade do metabolismo da serotonina pode contribuir para essa predisposição genética⁷.

As características da personalidade limítrofe parecem mudar com o passar do tempo. Durante a adolescência e idade adulta jovem, os pacientes são muito mais impulsivos e têm mais atitudes autodestrutivas. Com a idade, essas características parecem diminuir consideravelmente⁸⁻¹⁰. Os problemas com o afeto continuam durante toda a vida, o que dá suporte à idéia de que a disfunção emocional é que é central à condição.

TEORIA DO APEGO

A teoria do apego foi desenvolvida por John Bowlby¹¹⁻¹⁵. Essa teoria é um dos desenvolvimentos mais importantes da psiquiatria desde Freud, e representa uma grande mudança qualitativa no nosso entendimento das relações que ocorrem durante a infância e do desenvolvimento da personalidade.

Os precursores de Bowlby fizeram parte do movimento psicanalítico, principalmente provenientes da escola britânica, como Fairbairn e Winnicott¹⁵. Esses teóricos das relações objetais enfatizaram que os indivíduos, em sua essência, procuram por objetos. Eles procuram relacionamentos. Essa foi uma das maiores mudanças em relação às teorias da pulsão e de conflito de Freud, mas Bowlby foi além disso, decifrando uma base empírica para essa “procura por objetos”, e descobrindo-a na Etologia, o estudo do comportamento animal. Bowlby chegou à conclusão de que o apego era um ponto crítico no desenvolvimento normal dos seres-humanos e de seu comportamento.

O apego é caracterizado por:

Busca por proximidade: a criança procura ficar próxima à figura materna.

Protesto da separação e angústia quando a criança é separada ou está distante da mãe, fica angustiada e demonstra isso através de vocalizações e mudanças no afeto.

Uma base segura: quando a criança desenvolve um apego sadio, a mãe se torna uma “base segura”, de onde a criança pode partir para se aventurar e explorar o seu entorno.

Na literatura psicanalítica, a teoria da separação-individuação de Margaret Mahler sobrepõe-se de maneira considerável às idéias de Bowlby, mas há diferenças importantes e, por vezes, sutis, entre as duas¹⁵⁻¹⁷.

Quando as crianças alcançam uma certa idade, dentro do primeiro ano de vida, começam a explorar seu ambiente e tentar engatinhar para longe da mãe. No entanto, elas só conseguem ir adiante se ficarem ansiosas e olharem para trás para buscar o contato com a mãe através do olhar. Isso dá a elas uma sensação de segurança. A criança está aprendendo a se tornar independente, mas apenas até um certo nível. E tem que voltar para a mãe, nos termos de Mahler, para “reabastecer”.

Nada mais característico representa o comportamento de pacientes com distúrbio de personalidade limítrofe do que a dinâmica entre apego e separação¹⁸. Clinicamente, uma das características mais fundamentais da personalidade limítrofe é a busca por proximidade. Os pacientes limítrofes têm uma imensa necessidade de ficar próximos a figuras de apego, que podem ser pais, cônjuges ou terapeutas. As questões mais centrais nesse distúrbio são as relativas à separação, à rejeição, ao abandono e a esforços frenéticos de se evitar a solidão. Quando um paciente limítrofe é separado da figura de apego, seu estado de humor piora, mudança que é restaurada quando aproxima-se novamente de tal figura. Na terapia, isso se manifesta na demanda por aumento na frequência das sessões, de chamadas telefônicas e comportamentos que objetivam uma aproximação com o terapeuta.

Em resumo, a separação resulta em uma mudança negativa no humor, restaurada pela proximidade.

Com base no exposto, pode-se propor que todos os comportamentos clínicos da personalidade limítrofe são uma tentativa de restaurar a homeostase afetiva!

NEUROBIOLOGIA

Os desenvolvimentos da neurociência estão dando suporte e concretude às idéias da psicologia e da psicanálise.

A proposta de Jakk Panksepp é a de que os mamíferos têm um neurocircuito específico subjacente à afiliação e ao apego. Ele observou que a maioria dos répteis abandonam suas proles, enquanto os mamíferos permanecem apegados a elas. Os mamíferos, portanto,

parecem ter uma organização neurobiológica diferente da dos répteis. Panksepp propõe que existem neurocircuitos específicos que subjazem o comportamento de apego em mães, crianças e casais. Panksepp identifica várias substâncias neuroquímicas fundamentais a esses processos: oxitocina, prolactina e opióides endógenos.

Os opióides parecem inibir a angústia da separação. Se um animal que passa por um momento de separação receber opióides externos, estes irão amenizar a angústia e as vocalizações causadas pela separação. Tal angústia é inibida mais potencialmente por opióides cerebrais que atuam no receptor UM. Esse mesmo receptor media a dependência ao ópio.

O tato também ativa sistemas opióides endógenos, o que pode ser a base para os efeitos relaxantes positivos do toque, sentidos, por exemplo, ao se acariciar animais de estimação e abraçar bebês.

A oxitocina e a prolactina podem também ter um papel importante no conforto causado pelo contato. É notável como a oxitocina é capaz de inibir o desenvolvimento de tolerância a opióides. A dependência a drogas parece estimular os mesmos caminhos envolvidos na interação social.

Em crianças, a separação da mãe leva a vocalizações de angústia. O que, por sua vez, estimula uma resposta da mesma. Panksepp aponta que todos os neuroquímicos que reduzem a angústia da separação promovem apego ou vínculo social. Áreas do cérebro que parecem estar envolvidas nesse processo são o córtex cingulado, a área septal, o núcleo intersticial da estria terminal, a área pré-óptica, o tálamo dorsomedial e a matéria cinzenta periaqueductal¹⁹⁻²¹.

Existem algumas evidências de que a serotonina cerebral modula a resposta à separação¹⁹. Níveis maiores de serotonina reduzem vocalizações de angústia em animais. Medicamentos que aumentam a atividade de serotonina em humanos, por exemplo inibidores da recaptção da serotonina, aumentam a confiança em ambientes sociais, o que pode ser um equivalente psicobiológico da redução da ansiedade com a separação.

Nesse contexto, é extremamente interessante perceber que a serotonina estimula a produção e a secreção de oxitocina e vasopressina no hipotálamo^{22,23}. Jorgensen também demonstrou que a fluoxetina aumenta a liberação de oxitocina e vasopressina. A interconexão entre esses sistemas da

serotonina e de neuropeptídeos abre novos caminhos para a pesquisa psicofarmacológica.

Existem também muitos trabalhos com animais que procuram identificar o efeito da separação nos hormônios de stress em crianças. A separação em animais parece ativar a corticotropina que leva à ativação da resposta da glândula supra-renal pituitária; o que, por sua vez, diminui a serotonina, a norepinefrina e a dopamina, levando a sintomas de depressão e desespero^{24,25}.

Allan Schore²⁶ afirma que a regulação da emoção é um “princípio de organização central do desenvolvimento e da motivação humana”. Schore indica que os primeiros três anos de vida são críticos para o desenvolvimento do hemisfério direito do cérebro. A maturação do cérebro direito, que inclui áreas frontais e límbicas, depende da natureza e da qualidade da relação de apego com a mãe. É nesse ponto que a psicologia e a neurobiologia se encontram. Essa é a essência do modelo psicobiológico.

O apego seguro leva ao desenvolvimento sadio do lado direito do cérebro e ao desenvolvimento de uma boa saúde mental. Por outro lado, o apego traumático leva a um desenvolvimento prejudicado do lado direito do cérebro e à predisposição a doenças mentais²⁷.

Os eventos psicológicos criam fatos biológicos. A literatura a esse respeito coincide com a literatura a respeito de estresse pós-traumático e impacto de traumas no desenvolvimento do cérebro.

A qualidade do apego afeta o desenvolvimento de conexões no sistema límbico que estão envolvidas na regulação da emoção. Schore ressalta que a mãe e a criança parecem sincronizar a intensidade de sua interação afetiva. Entre mães e crianças parece haver uma resposta recíproca entre o olhar, a expressão facial e o ritmo e o andamento da interação. Há uma sintonia e uma empatia mútuas. Essa sincronia parecer ser muito importante para o desenvolvimento do apego sadio e da regulação emocional. Quando a mãe ou a figura da mãe é responsiva à criança ela reduz as emoções associadas à angústia. O apego de boa qualidade reduz o efeito negativo, mas também amplifica emoções positivas que permitem às crianças explorarem e crescerem, isto é, desvincularem-se e tornarem-se autônomas.

Schore cita Sroufe²⁸ ao afirmar que “o apego é o ajuste duplo da emoção”. A proximidade não apenas regula a emoção mas, onde o apego é rompido, pode também levar a alterações permanentes no ajuste das

emoções. É evidente que, onde há pais que cometem abusos, que abandonam seus filhos ou são negligentes, o apego ocorre de forma calamitosa. A literatura clínica embasa a associação do distúrbio de personalidade limítrofe a esses tipos de relacionamentos de apego problemáticos.

ABUSO SEXUAL

Existe uma vasta literatura sobre abuso sexual durante a infância e sua relação com a personalidade limítrofe. Esse assunto foi extensivamente revisado por Mary Zanarini^{29,30}. Evidentemente, nem todas as pessoas com distúrbio de personalidade limítrofe foram sexualmente abusadas durante a infância. Por outro lado, distúrbios de personalidade não-limítrofe também têm uma incidência de abuso sexual na infância. Em outras palavras, o abuso sexual não é nem necessário nem suficiente para um quadro de distúrbio de personalidade limítrofe. Algumas características do abuso sexual podem estar associadas a esse distúrbio: a gravidade do abuso, se houve ou não penetração, a existência de vários autores do abuso. Ainda não está claro por que alguns indivíduos desenvolvem distúrbio de personalidade limítrofe, outros de estresse pós-traumático e outros ainda de ambos³¹. A idade em que ocorreu o abuso e o papel de familiares e não-familiares podem ser fatores importantes nessa diferenciação⁸⁻¹⁰.

Comportamentos de automutilação, como cortar-se, são bastante freqüentes tanto em distúrbios de personalidade limítrofe como de estresse pós-traumático. Esses comportamentos poderiam ser entendidos como promotores da proximidade, como demanda de respostas dos cuidadores. Muitos autores perceberam as propriedades reguladoras da emoção na auto-mutilação^{32,33}. Adolescentes internados descreveram que ele reduz o humor disfórico e que esse comportamento é comparado ao da dependência. Seria possível que o efeito positivo resultasse da liberação de opióides em resposta a auto-mutilação, assim simulando a resposta ao apego?

CONCLUSÃO

Concluindo, existem várias fontes na literatura clínica e de ciências básicas que dão suporte à hipótese de que o distúrbio de personalidade limítrofe é um distúrbio psicobiológico de regulação das emoções

determinado por fatores genéticos e interpessoais. A característica central dessa condição é a desregulação emocional. Traços genéticos de predisposição, combinados com experiências adversas de apego, dão lugar à condição conhecida como distúrbio de personalidade limítrofe. A revisão desses mecanismos tem implicações significativas para a prevenção e o tratamento do distúrbio.

As medidas preventivas devem ser direcionadas ao ambiente da primeira infância e à qualidade e disponibilidade de figuras de apego. O enfoque do tratamento deveria ser direcionado principalmente para a regulação das emoções, através de medicamentos, psicoterapia e treinamento de habilidades. A respeito dos medicamentos, estabilizadores de humor podem ter um papel especialmente importante³⁴⁻³⁶, embora mais ensaios controlados se fazem necessários. Pesquisas básicas enfocando neuropeptídeos, opióides e suas interações com o sistema de serotonina podem resultar em abordagens produtivas para a intervenção psicofarmacológica.

REFERÊNCIAS

- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
- Livesley WJ. The DSM-IV personality disorders. New York: The Guilford Press; 1995.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pföhl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51:936-50.
- Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:189-95.
- Klein DF. Psychopharmacological treatment and delineation of borderline disorders. In: Hartocollis P, ed. *Borderline personality disorders*. New York: International Universities Press; 1977. p. 365-83.
- Rifkin A, Levitan SJ, Galewski J, Klein DF. Emotionally unstable character disorder: a follow-up study. *Biol Psychiatry*. 1972;4:65-79.
- Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation – a possible prelude to violence. *Science*. 2000;289:591-4.
- Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10:315-23.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160:274-83.
- Links PS, Heslegrave R, Van Reekum R. Prospective follow-up: study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry*. 1998;43:265-70.
- Bowlby J. *Attachment and loss*. London: Hogarth Press; 1969. v. 1: Attachment.
- Bowlby J. *Attachment and loss*. London: Hogarth Press; 1973. v. 2: Separation: anxiety and anger.
- Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. *Br J Psychiatry*. 1977;130:201-10.
- Holmes J. *John Bowlby and attachment theory*. New York: Routledge; 1973.
- Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press; 2001.
- Mahler MS, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books; 1975.
- Eppel AB. Inpatient and day hospital treatment of the borderline: an integrated approach. *Can J Psychiatry*. 1988;33:360-3.
- West M, Keller A, Links P, Patric J. Borderline disorder and attachment pathology. *Can J Psychiatry*. 1993;38(suppl.):S16-21.
- Panksepp J. *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Insel TR. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry*. 1997;154:726-35.
- Panksepp J. Feeling the pain of social loss. *Science*. 2003;302:237-9.
- Jorgensen H, Knigge U, Kjaer A, Warberg J. Serotonergic involvement in stress-induced vasopressin and oxytocin secretion. *Eur J Endocrinol*. 2002;147:815-24.
- Jorgensen H, Kjaer A, Knigge U, Moller M, Warberg J. Serotonin stimulates hypothalamic mRNA expression and local release of neurohypophysial peptides. *J Neuroendocrinol*. 2003;15:564-71.
- Henry JP, Wang S. Effects of early stress on adult affiliative behaviour. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23:863-75.
- Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1023-39.
- Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2001;22:7-66.
- Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2001;22:201-69.
- Sroufe LA. *Emotional development: the organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press; 1996.
- Zanarini MC. *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press; 1997.
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:381-7.
- McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160:369-72.
- Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1333-41.
- Nixon MK. Review of self-injury: focus on affect regulations and addictive aspects of repetitive self-injury in adolescents. Paper presented at the Annual Meeting of the Ontario Psychiatric Association, Toronto, February 1, 2003.
- Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A preliminary double-blind placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:199-203.

35. Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:442-6.
36. Pinto OC, Akiskal HS. Lamotrigine as a promising approach to borderline personality: an open case series without concurrent DSM-IV major mood disorder. *J Affect Disord*. 1998;51:333-43.

RESUMO

Objetivo: Revisar e reformular o conceito de distúrbio de personalidade limítrofe à luz dos avanços da neurociência e do desenvolvimento da infância.

Método: A base de dados Medline foi pesquisada utilizando-se as seguintes palavras-chave: personalidade limítrofe, regulação das emoções, neurobiologia, abuso sexual na infância, estabilizadores de humor.

Resultados: Existem predisposições genéticas a traços específicos de personalidade que parecem ser centrais aos conceitos de distúrbio de personalidade limítrofe. Esses traços combinados com relações de apego problemáticas e com abuso sexual na infância dão origem a vários efeitos conhecidos como distúrbio de personalidade limítrofe.

Conclusão: O distúrbio de personalidade limítrofe é um distúrbio de regulação das emoções causado por fatores genéticos e interpessoais.

Implicações clínicas: As medidas preventivas deveriam ser direcionadas ao ambiente da primeira infância e à qualidade e disponibilidade de figuras de apego. O enfoque do tratamento deveria ser direcionado principalmente para a regulação das emoções, através de medicamentos, psicoterapia e treinamento de habilidades. Pesquisa básica a respeito da relação entre neuropeptídeos e serotonina poderiam levar a novas abordagens de intervenções psicofarmacológicas.

Limitações: A pesquisa na área neurocientífica baseia-se principalmente em experimentos com animais e não podem ser totalmente extrapoladas para humanos. Há muito poucos ensaios clínicos randomizados controlados de antidepressivos e estabilizadores de humor em distúrbio de personalidade limítrofe. Devido à vastidão da literatura clínica e neurocientífica, essa revisão teve um enfoque selecionado.

Palavras-chave: Personalidade limítrofe, dimensões de personalidade, apego, neurobiologia, abuso sexual na infância, estabilizadores de humor, oxitocina.

ABSTRACT

Objective: To review and reformulate the concept of borderline personality disorder in the light of advances in neuroscience and infant development.

Method: Medline was searched using the key words: borderline personality, attachment, affect

regulation, neurobiology, childhood sexual abuse, mood stabilizers.

Results: There are genetic predispositions to specific personality traits which appear central to the concept of borderline personality disorder. These traits combine with impaired attachment relationships and childhood abuse to give rise to the constellation of difficulties known as borderline personality disorder.

Conclusion: Borderline personality disorder is a psychobiological disorder of affect regulation caused by genetic and interpersonal factors.

Clinical implications: Prevention should be directed towards the early childhood environment and the quality and availability of attachment figures. The focus of treatment should be the regulation of affect by means of medication, psychotherapy and skills training. Basic research on the relationship between neuropeptides and serotonin could lead to new approaches to psychopharmacological intervention.

Limitations: Neuroscientific research is based primarily on animal experimentation and may not be fully extrapolated to humans. There are very few randomized controlled trials of antidepressants and mood stabilizers in borderline personality disorder. Due to the vastness of the neuroscientific and clinical literature, this review is selective in focus.

Keywords: Borderline personality disorder, personality dimensions, attachment, neurobiology, childhood sexual abuse, mood stabilizers, oxytocin.

Title: A psychobiological view of the borderline personality construct

RESUMEN

Objetivo: Revisar y reformular el concepto de trastorno de personalidad limítrofe a la luz de los avances de la neurociencia y del desarrollo de la niñez.

Método: Se investigó la base de datos Medline, utilizándose las siguientes palabras clave: personalidad limítrofe, ajuste del afecto, neurobiología, abuso sexual durante la niñez, estabilizadores del humor.

Resultados: Hay predisposiciones genéticas a rasgos específicos de personalidad que parecen ser centrales a los conceptos de trastorno de personalidad limítrofe. Esos rasgos, combinados a relaciones de apego problemáticas y al abuso sexual durante la niñez, dan origen a varios efectos conocidos como trastorno de personalidad limítrofe.

Conclusión: El trastorno de personalidad limítrofe es un trastorno de ajuste de afecto causado por factores genéticos e interpersonales.

Implicaciones clínicas: Las medidas preventivas deberían dirigirse al ambiente de la primera niñez y a la calidad y disponibilidad de figuras de apego. El enfoque del tratamiento debería dirigirse principalmente al ajuste del afecto, a través de medicinas, psicoterapia y entrenamiento de

habilidades. Investigación básica respecto a la relación entre neuropeptídeos y serotonina podrían llevar a nuevos abordajes de intervenciones psicofarmacológicas.

Limitaciones: La investigación en el área neurocientífica se basa principalmente en experimentos con animales, no pudiendo ser totalmente extrapolados a humanos. Hay muy pocos ensayos clínicos aleatorios controlados de antidepresivos y estabilizadores del humor en disturbio de personalidad limítrofe. Debido a la vastedad de la literatura clínica y neurocientífica, esa revisión tuvo un enfoque seleccionado.

Palabras clave: Personalidad limítrofe, dimensiones de personalidad, apego, neurobiología, abuso sexual

en la niñez, estabilizadores del humor, oxitocina.
Título: *Una visión psicobiológica de la personalidad limítrofe*

Correspondência:
Community Psychiatry Services – St. Joseph's
Healthcare
50 Charlton Avenue East
L8N 4A6
Hamilton – Ontario – Canada
Fone: (905) 522-1155 x 3538
Fax: (905) 521-6059
E-mail: eppela@mcmaster.ca

Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS