

João Vitor Costa Freire<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-3449-4358>

Alana Castro Cerqueira<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-9791-0224>

Beatriz Sampaio Moreira<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0009-0004-1960-4434>

Maria Eugênia Glustak<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0009-0004-9421-2203>

Silvia Fernanda Lima de Moura Cal<sup>3</sup>  
<https://orcid.org/0000-0002-8396-7940>

# Trauma infantil e Transtorno de Personalidade Borderline : uma revisão integrativa da literatura

*Childhood trauma and Borderline Personality Disorder: an integrative literature review*

J Bras Psiquiatr. 2024;73(1):e20230021  
<https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0021>

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o conteúdo da produção de literatura no que diz respeito a relação entre trauma infantil e o diagnóstico de TPB na vida adulta, a fim de compreender as especificidades das bases etiológicas do TPB. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa onde realizou-se uma busca nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, utilizando os descritores “TRAUMA INFANTIL E TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE” e “CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER”. Foram incluídos os artigos completos publicados de 2011 a 2021 em jornais científicos, em língua portuguesa, espanhola e inglesa que retratavam a relação entre trauma infantil e o diagnóstico do TPB. Foram excluídos os artigos sem descrição metodológica explícita de definição da amostra TPB através de escalas validadas e/ou a partir dos critérios do DSM e os estudos de revisão. **Resultados:** Foram identificados 423 artigos, e, após uma triagem, restaram 23 artigos elegíveis. 65,2% das obras incluídas foram estudos transversais e 34,8% estudos caso-controle. Todos os trabalhos abordaram abuso sexual, e, a maioria deles também abordou abuso físico (95,6%), abuso emocional (86,9%), negligência emocional (82,6%) e negligência física (78,2%). Todas as obras evidenciaram associação entre vivências traumáticas na infância e o diagnóstico de TPB. **Conclusões:** O trauma infantil pode ser encarado como fator de risco para o diagnóstico de TPB, assim como associa-se com maior gravidade dos sintomas e pior prognóstico.

## PALAVRAS-CHAVE

Transtorno da Personalidade Borderline; Trauma Infantil; Revisão de literatura.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the content of the literature regarding the relationship between childhood trauma and the diagnosis of BPD in adulthood, in order to understand the specificities of the etiological bases of BPD. **Material and Methods:** This is an integrative review where a search was carried out in PubMed, SciELO and Lilacs databases, using the descriptors “TRAUMA INFANTIL E TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE” and “CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER”. Full articles published from 2011 to 2021 in scientific journals in Portuguese, Spanish and English that portrayed the relationship between childhood trauma and the diagnosis of BPD were included. Articles without an explicit methodological description of the BPD sample definition through validated scales and/or based on the DSM criteria and review studies were excluded. **Results:** 423 articles were identified, and, after screening, 23 eligible articles remained. 65.2% of the works included were cross-sectional studies and 34.8% were case-control studies. All studies addressed sexual abuse, and most of them also addressed physical abuse (95.6%), emotional abuse (86.9%), emotional neglect (82.6%) and physical neglect (78.2%). All the works showed an association between traumatic experiences in childhood and the diagnosis of BPD. **Conclusions:** Childhood trauma can be seen as a risk factor for the diagnosis of BPD, as well as being associated with greater severity of symptoms and worse prognosis.

## KEYWORDS

Borderline Personality Disorder; Childhood Trauma; Literature review.

Received: Apr/30/2023. Approved: Oct/28/2023.

1 Faculdade de Medicina, União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Bahia, Brasil.

2 Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Bahia, Brasil.

3 Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP); Faculdade de Medicina, União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Bahia, Brasil.

**Address for correspondence:** Sílvia Cal. Av Luis Tarquinio 600– 42700-000 – Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: calsilvia5@gmail.com



## INTRODUÇÃO

Os Transtornos da Personalidade (TPS) são descritos na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como padrões persistentes e inflexíveis de comportamento que se expressam de forma distinta ao esperado no contexto social e cultural do indivíduo. São listados comprometimentos em no mínimo dois dos seguintes aspectos: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos. A disfuncionalidade inerente a condição é caracterizada por sintomas específicos de cada TP, que costumam se tornar reconhecíveis no fim da adolescência ou no início da vida adulta, gerando grande sofrimento e prejuízos sociais e profissionais (1).

O DSM-V agrupa, conforme semelhanças entre si e com fins didáticos, os TPs em três grupos: Grupo A – esquisitos/excêntricos; Grupo B – emotivos/erráticos; e Grupo C – ansiosos/medrosos (1). O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é constituinte do grupo B, e um dos TPs mais comuns, com prevalência que oscila entre 0,7 e 5,9% da população geral. O quadro clínico é marcado por intensa desregulação emocional, comportamentos impulsivos, instabilidade nas relações interpessoais, autoimagem e afeto, comportamento suicida, sentimento de vazio, ideação paranoide e sintomas dissociativos, tornando os indivíduos mais propensos a procurarem ajuda médica. Além disso, o medo intenso da rejeição e do abandono, seja em situações reais ou imaginadas, costuma ser vivência marcante em indivíduos com TPB, determinando um padrão de reatividade do humor – podendo se expressar através de irritabilidade, ansiedade ou até raiva inapropriada, não sendo incomum brigas físicas. Essas tendências comportamentais costumam determinar maior vulnerabilidade a situações de risco, como abuso de substâncias, condução de veículos em alta velocidade, gastos inapropriados e automutilação (1), (2), (3), (4).

Entender a origem do TPB demanda compreender o construto “personalidade” (5,6). Na psicopatologia, a personalidade é trazida como a expressão comportamental frente as diversas situações e estímulos, resultante de um conjunto de elementos de base psicossociocultural e genético-neuronal (7). Assim, para Lineham (5), estudiosa que propôs o modelo com maior capacidade explicativa da desregulação emocional – a teoria biossocial –, tanto fatores genéticos como ambientais influenciam no diagnóstico. Ou seja, na perspectiva da teoria biossocial, o desenvolvimento da desregulação emocional (característica marcante do TPB) é resultado do diálogo entre a vulnerabilidade emocional (componente biológico) e ambientes invalidantes (componente ambiental), na medida em que um está, a todo instante, influenciando o outro (5,6,8).

O ambiente invalidante é definido por Lineham (5) como um contexto em que as experiências privadas são

comunicadas através de respostas inadequadas ou extremas. Assim, crescer nesse ambiente resulta em aprender a julgar as próprias emoções como erradas ou a categorizá-las em “aceitáveis” ou “inaceitáveis” – essa construção de crenças problemáticas sobre as emoções, por sua vez, relaciona-se com a desregulação emocional (5), (6). Associado a isso, a consolidação de comportamentos saudáveis de teor social e cognitivo decorrem da adequada interação entre a criança e sua rede de apoio social, sendo o desenvolvimento infantil produto dessas interações. Nas situações em que há interrupção desse processo, seja por abuso físico (AF), abuso emocional (AE), abuso sexual (AS), negligência emocional (NE) ou negligência física (NF), pode ocorrer o trauma infantil (9), que pode determinar, entre outras coisas, prejuízos na aprendizagem e menores taxas de resiliência (10).

Na perspectiva da Teoria do Apego, desenvolvida por Bowlby, as primeiras experiências com cuidadores ajudam a formar os chamados modelos internos de funcionamento das relações sociais e pode impactar grandemente o desenvolvimento da emoção, memória e cognição, além de aspectos envolvidos no desenvolvimento, sustentação e provimento de laços afetivos (11,12).

Ainsworth (1978) e Ainsworth et al 2015 identificaram quatro padrões de comportamento: (1) Padrão Seguro: onde o relacionamento cuidador – criança possui uma base segura; (2) Padrão Ambivalente: caracterizado pela falta de confiança nos cuidadores em relação aos cuidados, disponibilidade e responsabilidade; (3) Padrão Evitativo: representado pela tendência de ocultar as necessidades, ou seja, a criança não busca ajuda dos cuidadores. Nesse padrão, os cuidadores, embora se preocupem, não atendem aos sinais de necessidade quando a criança os indica, o que pode levá-la a sentir-se rejeitada; e (4) Padrão desorganizado: onde as crianças apresentam comportamento contraditório e/ou estratégias de coping incoerentes para lidarem com situações de separação. Pode estar relacionado a adversidade de natureza grave (AF ou AS envolvendo cuidadores) ou leve de natureza invalidante (parentalidade negativa) (12,13).

De acordo com a teoria do Apego, o TPB apresenta dificuldade de manter relacionamentos estáveis que resultam em instabilidade pessoal e emocional e tem origem na perturbação precoce, criança cuidador (11,13) especialmente o padrão 4, com possibilidade de experiência traumática.

Vale ressaltar que o trauma não é o fato em si, mas a repercussão que o fato tem na vida da pessoa. Para Peter Levine, psicólogo, Doutor em Biofísica Médica e estudioso do trauma, se trata de um evento difícil de lidar, que gera uma resposta imediata de luta, fuga ou paralisação. Tal evento sobrecarrega a aptidão de sobrevivência do organismo, deixando uma marca impressa no sistema nervoso (14). Além disso, nem toda experiência adversa leva a traumatização. Para Fonagy (2006), a traumatização relaciona-se

com a sensação de solidão, quando não há alguém como referência social que auxilie o indivíduo a lidar com a experiência adversa. Ou seja, a ausência de compartilhamento de estados mentais é o marco registrado da adversidade que se torna traumática.(15).

Acredita-se que as vivências traumáticas na infância desempenham papel importante na ocorrência de transtornos mentais em adultos, ameaçando o indivíduo como um todo. Tais experiências também se associam a diversas alterações neuroestruturais, como a diminuição do hipocampo e do corpo caloso e alterações do neurodesenvolvimento através de mecanismos como interação gene-ambiente e regulação epigenética, favorecendo o surgimento de transtornos como depressão maior, transtorno bipolar, esquizofrenia e abuso de substância (16). Estudos pré-clínicos evidenciam que o estresse crônico pode afetar o hipocampo, seja através da liberação excessiva de glicocorticóides (17,18) ou do hormônio liberador da corticotrofina (19). Além disso, o estresse no início da vida pode alterar a sinaptogênese, a proliferação dendrítica e a poda neural, com efeitos que costumam se expressar a longo prazo, após a puberdade (18).

Diversos tipos de trauma infantil apresentam repercussões significativas no desenvolvimento do TPB (6,20,21) e são elencados não só como possíveis preditores do TPB, mas também como determinantes da severidade da apresentação clínica na vida adulta (5,6).

A experiência de vários tipos de trauma, chamada politraumatização, leva a um impacto maior na sintomatologia geral do TPB(22). A politraumatização eleva a disfunção, repercutindo em comportamentos disfuncionais, como a autoagressão(23).

Estudos descrevem, ainda, histórico de trauma na infância como fator de risco para indivíduos se tornarem abusadores sexuais na idade adulta, admissões hospitalares mais frequentes e maior frequência de tentativas de suicídio (24).

Portanto, uma vez que experiências traumáticas na infância podem culminar no desenvolvimento de alterações no processamento emocional a estímulos externos, tendo importante papel para o surgimento dos padrões de comportamento típicos do TPB, este estudo tem como objetivo analisar o conteúdo da produção de literatura no que diz respeito à relação entre trauma infantil e o diagnóstico de TPB na vida adulta, incluindo na busca, artigos tanto experimentais como não experimentais e qualitativos, a fim de compreender as especificidades das bases etiológicas do TPB.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com intuito de selecionar, avaliar e sintetizar o conhecimento sobre a relação entre trauma infantil e o TPB. A revisão integrativa

permite, através da combinação de diferentes desenhos metodológicos uma maior compreensão sobre o tema além de indicar futuras direções de pesquisa (25). Tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas.

Este estudo foi norteado pelas etapas constituintes descritas para revisões integrativas, a saber (26,27): formulação do tema; busca na literatura; avaliação dos dados; análise dos dados; e interpretação e apresentação dos resultados.

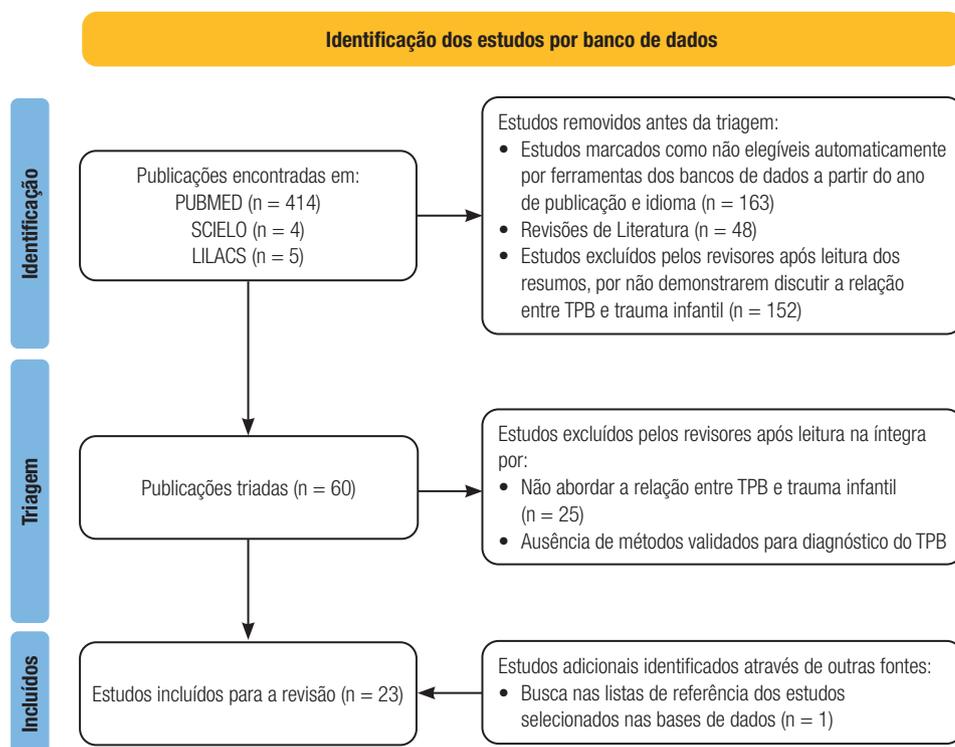
Realizou-se, então, uma busca nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, em dezembro de 2021, por quatro revisores independentes que utilizaram os descritores “TRAUMA INFANTIL E TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE” e “CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER”. Foram incluídos os artigos publicados em jornais científicos que respeitassem os seguintes critérios de inclusão: artigos completos, que retratam a relação entre trauma infantil e o diagnóstico do TPB, publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa de 2011 a 2021 – últimos dez anos –, período imediatamente após a publicação da teoria biossocial (5), modelo explicativo com ampla base de evidências científicas sobre o desenvolvimento da desregulação emocional. Além disso, foram excluídos os artigos sem descrição metodológica explícita de definição da amostra TPB através de escalas validadas e/ou a partir dos critérios do DSM e os estudos de revisão e relatos de caso. Uma busca manual foi realizada nas listas de referências dos artigos extraídos, para identificar artigos que não foram selecionados.

O modelo PRISMA de diagrama de fluxo (28) foi empregado a fim de apresentar as etapas de seleção dos artigos (Figura 1). Por se tratar de uma revisão de literatura, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

Foram identificados 423 artigos, e, após uma triagem, restaram 22 artigos elegíveis. A triagem, que compreendeu a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi feita por um revisor e verificada por outro. Fez-se, também, uma busca adicional nas referências dos artigos incluídos, visando identificar estudos que eventualmente não foram encontrados na busca, resultando em 1(um) artigo adicional. Assim, 23 estudos, todos quantitativos, foram incluídos e revisados (Figura 1).

As obras incluídas apresentaram os métodos, estudos transversais, incluindo um estudo de coorte longitudinal e caso-controle, que representaram, respectivamente, 60,9%, 4,3% e 34,8% do total (Tabela 1). Em relação aos tipos de



**Figura 1.** PRISMA 2020 flow diagram

**Tabela 1.** Descrição dos estudos incluídos segundo tipo de estudo, tamanho da amostra, principal objetivo geral e principais resultados.

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO/ TAMANHO DA AMOSTRA	ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DE TPB/ PARA TRAUMA	TIPO DE TRAUMA ESTUDADO	PRINCIPAIS RESULTADOS
1	Sansone et al (2011) USA	Transversal/ 250 (com TPB)	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I e II (SCID-I e SCID-II)/ Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ)	NF, NE, AF, AE, AS, Testemunho de violência	Todas as formas de trauma demonstraram associações estatisticamente significativas com a sintomatologia do TPB. Mas, a análise de regressão múltipla indicou que o AS foi o único preditor independente do TPB, sugerindo o maior impacto deste tipo de trauma em comparação com os demais.
2	Annemiek Van Dijke et al (2011). Holanda	Longitudinal 472 (120 TPB, 159 com TS, 129 com os dois diagnósticos, 64 com outros TM).	Composite International Diagnostic Interview, section C(CID) and Borderline Personality Disorder Severity Index(BPDSI)/ Traumatic Experiences Checklist (TEC).	AF,AE, AS	O relato de TCP é frequente em pacientes psiquiátricos no geral, principalmente os com TPB. 63,6% do total de pacientes relataram TCP, 71,4% no grupo de pacientes apenas com TPB e 77,5% no grupo comórbido - TPB + Transtornos Somatoformes (TS). Todos os tipos de abuso estudados foram mais relatados nos grupos de pacientes com TPB ou no grupo comórbido em comparação ao grupo só com TS e de outros transtornos mentais.
3	Hernandez et al (2012) Espanha	Transversal/ 109 (32 com TPB, 43 com TPs e 34 com outros TM)	SCID-II and Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R) / CTQ	NF, NE, AF, AE e AS	Os critérios de TPB foram associados a escores mais altos em AE e AS, enquanto o estilo parental (cuidado ou superproteção) não mostrou associação específica com TPB.
4	Zhang et al (2013) China	Transversal/ 2090 (178 com TPB, 1912 com outros transtornos mentais)	2090 (178 com TPB, 1912 com outros transtornos mentais)	NF, NE, AF, AE, AS.	Os traumas infantis mais relatados nos pacientes psiquiátricos foi NF (65%) e NE (34%). Pacientes do sexo masculino relataram mais AF e o AE foi mais relatado por indivíduos do sexo feminino. Os pacientes com TPB referiram mais que os outros grupos AE (44,4%) e AS (22,5%). Além disso, apresentar diagnóstico de mais de um TP se associou com relatos de mais formas de trauma na infância.
5	Martin-Blanco et al (2014) Espanha	Transversal/ 130 (com TPB)	SCID-II, DIB-R and Borderline Symptom List-23 (BSL-23) / CTQ	NF, NE, AF,AE, AS.	Aproximadamente 70% da amostra relatou trauma infantil. O trauma infantil se relacionou inversamente com a sociabilidade, mas nenhuma correlação foi observada com os outros traços temperamentais. Traços de neuroticismo-ansiedade e agressividade-hostilidade, bem como AE, foram fatores de risco independentes associados à gravidade do TPB.
6	Nicol et al (2014) Reino Unido	Caso-controle 41 (20 com TPB e 20 saudáveis)	SCID-II /CTQ	NF, NE, AF,AE, AS	Indivíduos com TPB foram menos capazes de identificar corretamente expressões faciais emocionais, particularmente nojo, e esse déficit no TPB se correlacionou significativamente com maiores pontuações na escala de trauma infantil. Correlações significativas entre trauma infantil e reconhecimento de emoções no grupo de pacientes com TPB foram encontradas apenas nas categorias AF e AE.

Continua na próxima página

Tabela 1. Continuação

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO/ TAMANHO DA AMOSTRA	ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DE TPB/ PARA TRAUMA	TIPO DE TRAUMA ESTUDADO	PRINCIPAIS RESULTADOS
7	Katalin Merza (2015) Hungria	Caso-controle/ 204 (80 pacientes com TPB, 73 pacientes com TDM e 51 controles)	SCID-I-II / Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ), Sexual Abuse Scale of the Early Inventory (ETI)	NF, NE, AF, AE, AS, separação dos pais e testemunho de violência.	Negligência, AE, AF, AS ou testemunhar um evento que pode ser traumático, foram mais prevalentes em pacientes com TPB do que em pacientes com depressão ou pacientes saudáveis. 86% dos pacientes com TPB sofreram NE e 80% vivenciaram separação prolongada de cuidadores. Além disso, 88% relataram história de AE, 65% AF e 56% AS. O AS e a negligência na infância são fatores importantes no desenvolvimento do TPB.
8	Nicol et al (2015) Reino Unido	Caso-controle/ 30 (20 com TPB e 16 saudáveis)	SCID-II / CTQ	NF, NE, AF, AE, AS	Em pacientes com TPB, existe uma associação significativa entre a ativação cerebral em uma rede de regiões, incluindo o mesencéfalo, giro frontal medial, pulvinar e cerebelo, e experiência anterior de AF. O AF na infância resulta em uma resposta aumentada do mesencéfalo a estímulos emocionais negativos (medo). Os pacientes TPB com com história de AF podem ser particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas psicóticos quando expostos a estímulos emocionais negativos na idade adulta.
9	Martin-Blanco (2015) Espanha	Caso-controle/ 928 (481 com TPB - desses, 154 responderam o CTQ e 442 controles)	SCID-II e DIB-R	NF, NE, AF, AE, AS	Várias variantes de CRHR2 foram mais frequentes em pacientes com AS e AF na infância do que em pacientes TPB sem abuso e saudáveis. Polimorfismos FKBP5 foram relativamente mais frequentes em pacientes que relataram AF e negligência na infância. 61% dos pacientes TPB relataram AE, 26% AF, 38% AS e 69% negligência. Observou-se possível contribuição das variantes genéticas do HHA na patogênese da TPB bem como o efeito modulador do trauma infantil no desenvolvimento desse distúrbio.
10	Infurna et al (2015) Alemanha	Caso-controle/ 91(44 com TPB e 47 com outros TM)	SCID-II Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q)	NF, NE, AF, AE, AS	TPB em adolescentes está fortemente relacionado com história de trauma infantil, quase todos os pacientes com TPB relataram pelo menos um tipo de trauma na infância. Em particular, associações estatisticamente significativas foram encontradas no AE e AS. Embora o papel da mãe seja frequentemente destacado na etiologia dos transtornos psiquiátricos, a antipatia do pai foi o tipo de AE mais frequente no grupo TPB (61%). A falta de envolvimento emocional, apoio e validação dos pais pode potencializar os efeitos de outros tipos de traumas e estar relacionada com o desenvolvimento do TPB.
11	Ferrer et al (2016) Alemanha	Transversal 204(82 só com TPB, 44 saudáveis, 22 Só com TDAH e 56 com TPB e TDAH)	SCID-II and DIB-R Childhood Trauma Questionnaire- -Short Form S(CTQ-SF)	NF, NE, AF, AE, AS.	O trauma infantil aumenta o risco de desenvolvimento de psicopatologias, não só do TPB, mas também do TDAH. Existe associação entre o AE ou AS com o desenvolvimento posterior de TPB ou TDAH comórbido com TPB. Pacientes adultos com TPB com antecedentes traumáticos graves na infância podem apresentar perfis de maior gravidade, com mais comorbidades e pior prognóstico.
12	Frias et al (2016) Espanha.	Caso-controle 130 (70 com TPB e 60 com outros TPs)	SCID-II / CTQ	NF, NE, AF, AE, AS	Mulheres com TPB tiveram maiores escores na CTQ que mulheres com outros transtornos de personalidade, nos seguintes casos: AE, AF e AS. Escores mais altos em formas de trauma infantil, principalmente o AE, parecem ter mais relação com o desenvolvimento de TPB em comparação com outros TP.
13	Karamanolaki et al (2016) Grécia.	Transversal/ 88 (44 com TPB e 44 com outros TPs)	SCID-II/ TAQ	AF, AE, AS Separação dos pais e testemunho de violência	A incidência de experiências traumáticas na infância foi maior entre os pacientes com TPB, assim como os relatos de experiências positivas na infância foram menores, quando comparados aos pacientes com outros TPs. Escores mais altos na escala de trauma foram relacionados a chances significativamente maiores de diagnóstico de TPB na vida adulta.
14	Bach e Fjeldsted. (2017) Dinamarca.	Transversal 124 (89 com TPB e 35 com outros transtornos mentais)	SCID-II CTQ and Personality Inventory For DSM-5 (PID-5)	NF, NE, AF, AE, AS	O trauma na infância está associado com a manifestação de sintomas do TPB na vida adulta, em especial o risco de suicídio. "Depressividade" e "Desregulação perceptiva" foram as principais características do TPB relacionadas com trauma infantil e suicídio na idade adulta.
15	Parker et al (2018) Austrália	Transversal 73 (com TPB)	Semi-structured Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DPD-IV) / Measure of Parental Style (MOPS).	AF, AS	O AS infantil foi relatado por 49% dos entrevistados e apresentou associação significativa com o sintoma "instabilidade afetiva". O AF foi associado com os sintomas de "ideação paranoide/dissociação" e "impulsividade".
16	Hessels et al (2018) Suíça/ Alemanha/ Holanda)	Transversal/ 166 (93 com TPB e 73 com sintomas TPB, mas não o suficiente para diagnóstico, segundo critérios do DSM-V)	SCID-II / CECA.Q	NE, AF, AS.	Adolescentes com episódios de NSSI que relataram mais experiências adversas na infância apresentaram significativamente mais critérios diagnósticos de TPB e preencheram mais frequentemente todos os critérios. Não foram encontradas relações significativas entre a qualidade dos relacionamentos parentais atuais e a qualidade do apoio dos colegas e o TPB.
17	Krause-Utz (2019) Holanda	Caso-controle/ 181 (61 com TPB e 120 saudáveis ou com outros diagnósticos)	SCID-I International Personality Disorder Examination (IPDE) / CTQ	NF, NE, AF, AE, AS	Os pacientes com TPB relataram níveis significativamente mais altos de AS, AE, AF e negligência do que os outros grupos. O efeito da gravidade do trauma infantil na impulsividade foi significativamente mais pronunciado em pacientes com TPB do que nos pacientes com TDAH e saudáveis. Existe uma associação significativa entre a gravidade do trauma infantil, e a gravidade dos sintomas TPB - dificuldades na regulação emocional e impulsividade.
18	Euler et al (2019) Suíça	Transversal/ 333 (com TPB)	SCID-II/ CTQ	NF, NE, AF, AE, AS.	NE e AE foram os tipos de traumas mais prevalentes, cada um afetando cerca de metade dos pacientes com TPB. AE, NE e AS foram positivamente associados a sintomas depressivos e impulsividade. Além disso, o AE previu uma maior taxa de desistência ao tratamento, enquanto a NF se relacionou com pior resultado ao tratamento.

Continua na próxima página

Tabela 1. Continuação

Nº	TÍTULO E ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO/ TAMANHO DA AMOSTRA	ESCALA PARA DIAGNÓSTICO DE TPB/ PARA TRAUMA	TIPO DE TRAUMA ESTUDADO	PRINCIPAIS RESULTADOS
19	Turniansky et al (2019) Israel	Transversal/ 78 (com TPB; 38 com relato de AS prolongado na infância e 40 sem)	Critérios do DSM-V/ Não usou escala. O critério utilizado foi abuso sexual relatado pelo paciente e/ou familiar.	AS	Pacientes com TPB e histórico de AS prolongado na infância apresentam pior prognóstico e sintomas mais graves, como mais episódios de automutilações, mais tentativas de suicídio e maior frequência e duração de internamentos psiquiátricos.
20	Pohl et al (2020) Alemanha	Caso-controle/ 70 (35 com TPB e 35 saudáveis)	SCID-II e Boderline Symptom List-95(BSL-95) / CTQ	NF, NE, AF, AE, AS.	Os pacientes com TPB relataram menor autocompaixão e menor autoestima do que os controles saudáveis. As experiências traumáticas na infância tiveram uma correlação positiva enquanto moderadora da gravidade atual do TPB. A associação entre trauma na infância e a gravidade atual dos sintomas de TPB foi significativamente mais fraca em pacientes que tinham um nível mais alto de autocompaixão.
21	Peng et al (2020) China	Transversal/ 619 (43 com TPB e 576 com outros diagnósticos)	PDQ-4+, BSL-23/ CTQ	NF, NE, AF, AE, AS.	AE, AF e as experiências com negligência tiveram efeitos diretos nas características do TPB. Pacientes com TPB que sofreram trauma infantil, apresentam maior gravidade dos sintomas, incluindo dificuldade de enfrentar situações negativas, tendência a culpabilizar os outros, catastrofização e auto-culpa.
22	Breuer et al (2020) Alemanha	Transversal/ 384 (todos com transtornos mentais, mas, não especificado quantos com TPB)	SCID-I e SCID-II/ Adverse Childhood Experience (ACE)	NF, NE, AF, AE, AS, Abuso de substância de um membro da família, separação dos pais, testemunho de violência, prisão de um membro da família.	O AS está presente em todas as associações de trauma infantil com transtornos mentais em adultos. Especificamente, possui íntima ligação com o diagnóstico de TPB e TEPT. Sugere-se que o TEPT medeia fortemente a associação entre AS e TPB, apoiando a conceituação do TPB como uma forma complexa de TEPT.
23	Schaich et al (2021). Alemanha	Transversal/ 305 (177 com TPB e 128 com TDM)	SCID-I e SCID-II/ CTQ	NF, NE, AF, AE, AS.	Os pacientes com TPB pontuaram mais do que os pacientes com TDM na escala de trauma infantil em todas as categorias de trauma. Além disso, também apresentaram maiores dificuldades na regulação emocional. As dificuldades na regulação emocional mediaram a associação entre AE e sintomas de TPB, sendo o aspecto 'dificuldades no controle de impulsos' o de impacto mais forte na associação entre AE e sintomas de TPB.

trauma infantil, todos os trabalhos abordaram AS, e, a maioria deles também abordou AF (95,6%), AE (86,9%), NE (82,6%) e NF (78,2%). Outros tipos de traumas foram explorados em uma quantidade menor de obras, como testemunho de violência (17,3%), separação de pais (13%), prisão de membros da família (4,34%), abuso de substâncias de um membro da família (4,34%) e doença mental de um membro da família (4,34%).

Todas as obras selecionadas evidenciaram associação entre vivências traumáticas na infância e o diagnóstico de TPB na vida adulta (29–33) (34–37) (38–40) (41–44) (2,3,45–49).

Ademais, o AS, trauma infantil mais estudado pela literatura revisada, foi relacionado com o diagnóstico de TPB em todos os estudos (29–34) (35–39) (40–44) (2,3,45–49). Ainda sobre o AS enquanto fator de risco independente para o desenvolvimento do TPB, um dos artigos (35), que examinou experiências de trauma infantil em pacientes húngaros internados com diagnóstico de TPB, evidenciou que pacientes com TPB abusados sexualmente pareciam vir de ambientes familiares mais caóticos do que pacientes com TPB que não sofreram AS – sendo mais propensos a relatar também abuso emocional e físico.

Dos 23 estudos incluídos nesta revisão, 8 associaram a severidade dos sintomas do TPB a presença de eventos traumáticos na infância (3,33,36,39,42,45–47). São marcadores de gravidade e pior prognóstico do TPB associados com o

trauma na infância listados na literatura revisada: presença de sintomas psicóticos (36), maior risco de suicídio (42), má adesão ao tratamento (45) e maior frequência e duração de internações (46).

O trauma infantil também foi abordado como fator predisponente de outros transtornos mentais, como o Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) (39), Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) (48), Transtorno Depressivo Maior (TDM) (35) e outros TPs (40). Mas, todos os estudos incluídos que compararam trauma infantil com TPB e outros diagnósticos, embora concluam que o trauma em suas diferentes formas na infância apresenta impacto no desenvolvimento de transtornos mentais no geral, demonstraram maior relação entre eventos traumáticos na infância com TPB, uma vez que esses eventos são mais prevalentes em indivíduos com esse diagnóstico (30,35,39,40,48).

Entendendo o TPB como um transtorno mental grave e persistente, o tratamento também foi abordado, embora de forma superficial, em alguns artigos incluídos nesta revisão, exceto um estudo que investigou de forma aprofundada a relação entre trauma infantil e a resposta ao tratamento intensivo com *Dialectical Behavioral Therapy* (DBT). Neste estudo, com 333 pacientes com TPB em crise aguda, foi observado uma maior taxa de desistência naqueles com relatos de abuso emocional na infância e menor resposta terapêutica nos que referiram negligência física (45).

## DISCUSSÃO

Os resultados dos estudos revisados vão ao encontro do que se tem disponível na literatura sobre as bases etiológicas do TPB (6,20,21,50) fortalecendo a teoria biossocial de Lineham (5) em seu modelo explicativo da desregulação emocional. As experiências traumáticas na infância trazidas na literatura revisada causam, segundo Lineham (5), o *dilema borderline* – situação na qual a criança não consegue sair e nem mudar seu ambiente, além de não conseguir mudar seus comportamentos frente às problemáticas apresentadas. Em outras palavras, vivenciar o trauma infantil representa um desenvolvimento sem suprimento de necessidades físicas e/ou emocionais básicas, e, ainda, lidar com o fato de que o indivíduo que deveria prover cuidado, na verdade, amedronta (6).

No que se refere a negligência, seja física ou emocional, os 19 artigos incluídos que avaliaram essas modalidades confirmam o que outros autores descrevem em estudos: a indisponibilidade de recursos, sejam emocionais ou econômicos, está ligada a ocorrência do TPB (8,51). Em relação aos abusos, ter o AS como trauma infantil mais abordado coincide com o cenário científico atual a respeito da etiologia do TPB, onde este tipo de abuso vem recebendo atenção especial (6), (52). O AS na infância, mesmo sem outros fatores ambientais, pode ser suficiente para desenvolver TPB na vida adulta (52,53) e está mais associado com contextos familiares problemáticos e combinação com outros tipos de abusos, sugerindo, assim como Lineham (5), que o AS costuma ocorrer em um contexto de abusos e negligências, que provavelmente contribuem de forma combinada para o desenvolvimento de TPB (35), os pacientes com TPB que sofreram AS geralmente atestam maior AF e AE, quando comparados com os que não sofreram AS. (35,50). Além disso, o impacto do AS tanto na infância, como na fase adulta tem relação prognóstica no TPB, evidenciando mais hospitalizações, além de perturbações de identidade e apego, sentimento de vergonha acentuado e prejuízo significativo na função sexual (52).

Ademais, em relação ao AE e à NE, foi proposto que o NE pode estar associado a habilidades de regulação emocional menos adaptativas, enquanto o AE relaciona-se com as habilidades disfuncionais mais elevadas (54). Isto enfatiza o quanto a instabilidade emocional tem papel central na desregulação emocional no TPB (50).

Além das experiências traumáticas supracitadas, no geral, todas referentes ao componente familiar, emerge na discussão o *bullying* – tipo de abuso entre pares (colegas, amigos, namorado(a), etc), tipicamente realizado fora do ambiente familiar. Nenhum dos estudos incluídos trouxe como objetivo compreender a relação do *bullying* com o TPB. Isso pode encontrar justificativa no fato de que um de nossos critérios de inclusão foi abordar a relação entre trauma infantil e o

diagnóstico de TPB, ficando de fora artigos que trabalham com populações sem diagnóstico definido, como as crianças. Estudos longitudinais investigando o *bullying* em crianças demonstram que esse tipo de abuso também pode ser um precursor para sintomas de TPB ainda na infância, como a automutilação, bem como, agravar os efeitos de um ambiente familiar desestruturado (55,56).

Considerando as conclusões dos artigos revisados, há que se pensar em intervenções precoces, eficazes, de longo prazo e focadas na adesão para indivíduos com desregulação emocional (57). O tratamento do TPB é motivo de grandes discussões no âmbito científico, uma vez que, no que tange ao componente farmacológico, não existe um psicofármaco com recomendação específica. Assim, o projeto terapêutico individualizado, objetiva, baseado na apresentação clínica, o emprego de fármacos com evidência conhecida para tratar os “sintomas-alvo” (6). Apesar disso, observa-se na literatura uma tendência a estudar o uso dos antipsicóticos atípicos no TPB. Aripiprazol (58), quetiapina (59, 60, 61, 62), olanzapina (63) e risperidona (64,65) por exemplo, mostraram resultados positivos no tratamento do TPB, em ensaios clínicos randomizados (ECRs) com ou sem psicoterapia associada, evidenciando redução geral dos sintomas (59,62) ou ação em sintomas específicos, como impulsividade (61), irritabilidade (59, 60, 61, 62), agressividade (63, 64, 65) raiva e comportamentos explosivos (58,64,65).

Em contrapartida, o componente psicoterápico no tratamento do TPB é bastante conhecido por existirem algumas abordagens com evidências científicas no manejo do TPB, como a DBT, a terapia baseada na mentalização (TBM) e a *Transference-focused psychotherapy* (TFP). A DBT é a abordagem psicoterapêutica com maior comprovação científica de efetividade para o tratamento do TPB (6), demonstrada através de diversos ECRs realizados pelo mundo (66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74). Possui duas instâncias: a terapia individual – onde são trabalhadas as crises agudas – e o grupo de habilidades – onde ocorre o treinamento de habilidades (TH) em DBT, visando reduzir novas crises (75). Em suma, utilizando inúmeras ferramentas, a DBT objetiva quatro procedimentos de mudanças: exposição às emoções, reestruturações cognitivas, manejo de contingências e aquisição de habilidades (6).

Além disso, pesquisas sobre as abordagens não farmacológicas no manejo do trauma têm dado ênfase a abordagem cognitiva comportamental (76), que fornecem ferramentas para lidar com a disfunção cognitiva e afetiva da experiência traumática (77). Estas abordagens são efetivas, mas não em todos os casos, devido ao impacto no funcionamento cognitivo causado pelo próprio trauma. Nos últimos anos, as abordagens orientadas para o corpo (*bottom-up* ao invés de *top-down*) têm sido consideradas mais efetivas (78). Um exemplo é a *Somatic Experiencing* (SE) (14), terapêutica

baseada em um modelo psicobiológico de resiliência que objetiva promover habilidades de autorregulação, contribuindo para a redução do estresse e melhora dos sintomas (14), (79). Nessa abordagem, para modificar a resposta de estresse relacionada ao trauma, a atenção do paciente é voltada para o corpo e as sensações internas (interocepção) e musculares (proprioceptiva e cinestésica), mais que para a cognição ou emoções (14). A *Eye Movement Dessensitization and Reprocessing* (EMDR), é outra abordagem “bottom up” mencionada na abordagem do trauma, baseada na movimentação ocular associada a recuperação das memórias traumáticas, uma vez que os movimentos oculares durante a evocação demonstram interferir na consolidação das memórias traumáticas, tornando-as menos vívidas (80).

A teoria Polivagal, construída por Stephen Porges (81), traz um modelo biocomportamental para o entendimento das bases neurofisiológicas do comportamento, contribuindo para expandir o modelo anterior, em que o sistema nervoso autônomo era organizado pelo antagonismo entre sistema nervoso simpático e parassimpático. Assim, essa teoria tem colaborado no tratamento de crianças que sofreram abuso e de adultos traumatizados, na medida que dá ênfase no vago mielinizado (vago social) como o sistema regulatório sintonizado que torna possível o papel do ambiente em melhorar estados fisiológicos relacionados ao estresse, através da conscientização visceral interoceptiva e da interação social. Quando o ambiente é visto como seguro, as estruturas límbicas defensivas são inibidas, possibilitando envolvimento com estados viscerais mais calmos (81).

A terapêutica do trauma requer conhecimento e treinamento específico. Concorda-se com Yuan 2023 (50) sobre a necessidade de incluir técnicas informadas para o trauma nos protocolos de atendimento para esta população. E dessa forma, este estudo contribuiu explorando algumas das principais abordagens de tratamento do trauma na atualidade.

## CONCLUSÕES

O trauma infantil pode ser encarado como fator de risco para o diagnóstico de TPB, assim como associa-se com maior gravidade dos sintomas e pior prognóstico, especialmente o AS, cujo impacto, tanto na infância como na fase adulta, tem relação com maior gravidade do TPB.

Mais pesquisas são necessárias, inclusive de metodologias qualitativas, devido a subjetividade da experiência traumática, que contribuam para a melhor compreensão do trauma infantil, considerando a importância de estabelecer estratégias de prevenção e intervenções terapêuticas precoces, visando reduzir agravos como tentativas de suicídio e frequência e duração de internações hospitalares. Faz-se necessário estimular as equipes de profissionais a

desenvolver habilidades no campo das técnicas informadas para o trauma.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Os autores **Sílvia Cal, João Vitor Freire, Beatriz Sampaio** e **Alana Cerqueira** participaram de todas as fases da elaboração do artigo (Concepção, desenho, revisão de conteúdo, coleta, análise e interpretação de dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão a ser submetida). A autora **Maria Eugênia Glustak** participou da revisão de conteúdo, coleta, análise e interpretação de dados, redação do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSES

Declaramos que não houve conflitos de interesse atrelados a construção desta revisão integrativa de literatura.

## AGRADECIMENTOS

João Vitor Costa Freire e Sílvia Fernanda Lima de Moura Cal agradecem à Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (FUNADESP) pela bolsa concedida por meio do Programa de Bolsas de Iniciação Científica – (Edital 01/2022/FUNADESP).

## REFERÊNCIAS

1. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 992.
2. Krause-Utz A, Erol E, Broussianou A V., Cackowski S, Paret C, Ende G, et al. Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: The role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2019;6(6):1–14.
3. Peng W, Liu Z, Liu Q, Chu J, Zheng K, Wang J, et al. Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Anxiety and Depression Association of America.* 2020;38(1):1–12.
4. Melo HP, Balduino FRR, Melo HP, Alves KR de B, Balduino LKR, Cunha TBL. Caracterização do transtorno de personalidade Borderline: Uma revisão de literatura. *Research, Society and Development.* 2021;10(3):e52510312619–28.
5. Linehan M. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline. Porto Alegre: Artmed; 2010. 511.
6. DORNELLES VG, ALANO D dos S. Transtorno da Personalidade Borderline: da etiologia ao tratamento. *Novo Hamburgo: Sinopsys;* 2021. 864.
7. Dalgarrondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais (3ª edição). Porto Alegre: Artmed; 2019. 866.
8. Boucher MÈ, Pugliese J, Allard-Chapais C, Lecours S, Ahoundova L, Chouinard R, et al. Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personal Ment Health.* 2017;11(4):229–55.

9. Newnham EA, Janca A. Childhood adversity and borderline personality disorder: A focus on adolescence. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(1):68–72.
10. Camargo IM de L, Fernandes MNDF, Yakuwa MS, Carvalho AMP, Santos PL dos, Gherardi-Donato ECS, et al. Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de estresse precoce e maus-tratos na infância. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*. 2018;13(3):156–66.
11. BOWLBY J. ATTACHMENT AND LOSS. 2nd ed. Vol. 1. NEW YORK; 1969. 1–326 p.
12. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. PATTERNS OF ATTACHMENT A Psychological Study of the Strange Situation. Psychology Press; 2015. 148.
13. Ainsworth MDS. A psychological study of the strange situation. Hillsdale Erlbaum;
14. LEVINE PA. WAKING THE TIGER: HEALING TRAUMA [Internet]. California: North Atlantic Books ; 1997. 1–69 p. Available from: <http://www.traumahealing.org/find-se-practitioner.php>
15. Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol*. 2006 Apr;62(4):411–30.
16. BRIETZKE E, SANT'ANNA MK, JACKOWSKI A, GRASSI-OLIVEIRA R, BUCKER J, ZUGMAN A, et al. Impact of childhood stress on psychopathology. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(4):480–8.
17. SAPOISKY RM, UNO H, REBERT CS, FINCH CE. Hippocampal Damage Associated with Prolonged Glucocorticoid Exposure in Primates. *The Journal of Neuroscience*. 1990;10(9):2897–902.
18. CARRION VG, WEEMS CF, REISS AL. Stress predicts brain changes in children: A pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*. 2007;119(3):509–16.
19. BRUNSON KL, EGHBAL-AHMADI M, BENDER R, CHEN Y, BARAM TZ. Long-term, progressive hippocampal cell loss and dysfunction induced by early-life administration of corticotropin-releasing hormone reproduce the effects of early-life stress \_ Enhanced Reader. *Proc Natl Acad Sci U S A* . 2001;98(15):8856–61.
20. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Jurueña MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013;201(12):1007–20.
21. Mazer AK, Macedo BBD, Jurueña MF. Personality disorders. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2017;50(supl.1):85–97. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542>
22. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res*. 2005 Apr;134(2):169–79.
23. Sansone RA, Sansone LA, Gaither GA. Multiple Types of Childhood Trauma and Borderline Personality Symptomatology Among a Sample of Diabetic Patients. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2004 Dec;10(4):257–66.
24. ÁLVAREZ MJ, ROURA P, OSÉS A, FOGUET Q, SOLÀ J, ARRUFAT FX. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011 Mar;199(3):156–61.
25. Cronin MA, George E. The Why and How of the Integrative Review. *Organ Res Methods*. 2023 Jan 6;26(1):168–92.
26. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–53.
27. Russell L. C. An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation*. 2005;15(1):8–13.
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 2021;372(71):1–9.
29. Sansone RA, Hahn HS, Dittoe N, Wiederman MW. The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011;15(4):275–9.
30. Annemiek van D, Julian D F, Onno van der H, Maarten J.M. VS, Peter G.M. V der H, Martina B. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2011;2(1):5628–38.
31. Hernandez A, Arntz A, Gaviria AM, Labad A, Alfonso Gutiérrez-Zotes J. RELATIONSHIPS BETWEEN CHILDHOOD MALTREATMENT, PARENTING STYLE, AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CRITERIA. *J Pers Disord*. 2012;26(5):727–36.
32. Zhang TH, Chow A, Wang LL, Yu JH, Dai YF, Lu X, et al. Childhood maltreatment profile in a clinical population in China: A further analysis with existing data of an epidemiologic survey. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):856–64.
33. Martín-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Pérez V, et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2014;55(2):311–8.
34. Nicol K, Pope M, Hall J. Facial emotion recognition in borderline personality: An association, with childhood experience. *Psychiatry Res*. 2014;218(1–2):256–8.
35. Merza K, Papp G, Szabó IK. The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary Background and objectives. *Eur J Psychiat*. 2015;29(2):105–18.
36. Nicol K, Pope M, Romaniuk L, Hall J. Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Transl Psychiatry*. 2015;5(5):559–64.
37. Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Arranz MJ, Vega D, Calvo N, et al. The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;266(4):307–16.
38. Rita Infurna M, Brunner R, Holz B, Parzer P, Giannone F, Reichl C, et al. THE SPECIFIC ROLE OF CHILDHOOD ABUSE, PARENTAL BONDING, AND FAMILY FUNCTIONING IN FEMALE ADOLESCENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *J Pers Disord*. 2016;30(2):177–92.
39. Ferrer M, Andión Ó, Calvo N, Ramos-Quiroga JA, Prat M, Corrales M, et al. Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;267(6):541–9.
40. Frias A, Palma C, Farriols N, Gonzalez L, Horta A. Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and mental health*. 2016;10(4):274–84.
41. Karamanolaki H, Spyropoulou AC, Iliadou A, Voursoura E, Vondikaki S, Vaslamatzis G, et al. Birth order and memories of traumatic and family experiences in Greek patients with borderline personality disorder versus patients with other personality disorders. *Guilford Press Periodicals*. 2016;80(3):234–54.
42. Bach B, Fjeldsted R. The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4(12):1–10.
43. Parker G, McCraw S, Bayes A. Borderline personality disorder: does its clinical features show specificity to differing developmental risk factors? *Australasian Psychiatry*. 2018;26(4):410–3.
44. Hessels CJ, Laceulle OM, van Aken MAG, Resch F, Kaess M. Differentiating BPD in adolescents with NSSI disorder: The role of adverse childhood experiences and current social relationships. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2018;5(1):20–30.
45. Euler S, Stalujanis E, Lindenmeyer HJ, Nicasastro R, Kramer U, Perroud N, et al. Impact of Childhood Maltreatment in Borderline Personality Disorder on Treatment Response to Intensive Dialectical Behavior Therapy. *J Pers Disord*. 2021;35(3):428–46.
46. Turniansky H, Ben-Dor D, Krivoy A, Weizman A, Shoval G. A history of prolonged childhood sexual abuse is associated with more severe clinical presentation of borderline personality disorder in adolescent female inpatients – A naturalistic study. *Child Abuse Negl*. 2019;98:104222–5.
47. Pohl S, Steuwe C, Mainz V, Driessen M, Beblo T. Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the buffering role of self-compassion and self-esteem. *J Clin Psychol*. 2020;77(3):837–45.
48. Breuer F, Greggersen W, Kahl KG, Schweiger U, Westermair AL. Caught in a web of trauma: Network analysis of childhood adversity and adult mental ill-health. *Child Abuse Negl*. 2020;107:104534–42.
49. Schach A, Assmann N, Köhne S, Alvarez-Fischer D, Borgwardt S, Schweiger U, et al. The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1934300–13.

50. Yuan Y, Lee H, Eack SM, Newhill CE. A SYSTEMATIC REVIEW OF THE ASSOCIATION BETWEEN EARLY CHILDHOOD TRAUMA AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. Vol. 37, *Journal of Personality Disorders*. 2023.
51. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Female Patients. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1994;35(4):301–5.
52. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018 Apr;262:70–7.
53. Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2018;23(1):57–76.
54. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, et al. The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2014 Aug 8;15(4):384–401.
55. Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(8):846–55.
56. Lereya ST, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher HL, et al. Being Bullied During Childhood and the Prospective Pathways to Self-Harm in Late Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(6):608–18.
57. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2000 Aug 2;177(2):138–43.
58. Nickel MK, Muehlfelder M, Nickel C, Kettler C, Gil FP, Bachler E, et al. Aripiprazole in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(5):833–8.
59. Bellino S, Paradiso E, Bogetto F. Efficacy and Tolerability of Quetiapine in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(07):1042–6.
60. Perrella C, Carrus D, Costa E, Schifano F. Quetiapine for the treatment of borderline personality disorder; an open-label study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;31(1):158–63.
61. Van den Eynde F, Senturk V, Naudts K, Vogels C, Bernagie K, Thas O, et al. Efficacy of Quetiapine for Impulsivity and Affective Symptoms in Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(2):147–55.
62. Belli H, Ural C, Mahir A. Borderline Personality Disorder: Bipolarity, Mood Stabilizers and Atypical Antipsychotics in Treatment. *J Clin Med Res*. 2012;4(5):301–8.
63. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Dialectical Behavior Therapy Plus Olanzapine for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(6):1221–4.
64. Rocca P, Marchiaro L, Cocuzza E, Bogetto F. Treatment of Borderline Personality Disorder With Risperidone. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(3):241–4.
65. Carrasco JL, Palomares N, Marsá MD. Effectiveness and tolerability of long-acting intramuscular risperidone as adjuvant treatment in refractory borderline personality disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012;224(2):347–8.
66. Linehan MM, armstrong HE, suarez A, Allmon D, Heard ML. Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1060–4.
67. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behav Ther*. 2000;31(3):569–82.
68. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(4):632–4.
69. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757–66.
70. Bedics JD, Atkins DC, Comtois KA, Linehan MM. Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(1):66–77.
71. Feigenbaum JD, Fonagy P, Pilling S, Jones A, Wildgoose A, Bebbington PE. A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*. 2012;51(2):121–41.
72. Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(6):356–65.
73. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475–82.
74. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(4):295–300.
75. Linehan MM. *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o paciente*. 2nd ed. Porto Alegre : Artmed; 2018. 1–420 p.
76. WATTS B V., SCHNURR PP, MAYO L, YOUNG-XU Y, WEEKS WB, FRIEDMAN MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013;74(6):541–50.
77. KUHFUß M, MALDEI T, HETMANEK A, BAUMANN N. Somatic experiencing—effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1929023–39.
78. KOLK BA van der. *The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress*. *Harvard Rev Psychiatry* . 1994;1(5):253–65.
79. OGDEN P, MINTON K. *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory*. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2000;3(3):149–73.
80. VAN DEN HOUT MA, EIDHOFF MB, VERBOOM J, LITTEL M, ENGELHARD IM. Blurring of emotional and non-emotional memories by taxing working memory during recall. *Cogn Emot*. 2014;28(4):717–27.
81. PORGES SW. *The polyvagal theory \_\_ neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Vol. 1. New York: W. W. Norton & Company; 2011. 432.