

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>**RELACIONAMENTOS AMOROSOS E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: EXPERIÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS****LOVE RELATIONSHIPS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: EXPERIENCES AND CHARACTERISTICS****Cláudia de Senna Dias Silva, Carlos Manoel Lopes Rodrigues**

Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a mental disorder that causes a series of functional impairments, affecting all areas of patients' lives, including romantic relationships. In this context, the objective of this study was to understand the experience of romantic relationships in patients diagnosed with BPD. To this end, an exploratory qualitative research was conducted, using semi-structured interviews with three adult patients previously diagnosed with BPD. The interviews were analyzed through computerized lexical analysis. Five thematic classes were identified: a) indicators of BPD presence, b) dependence and emotional instability, c) crisis experiences, d) self-perception and relationships, and e) impulsivity and self-destructive behaviors. The early manifestation of symptoms in adolescence, combined with emotional dependence and instability, creates a challenging environment for establishing healthy social and intimate relationships. In this relational context, the incidence of impulsive and self-destructive behaviors, including suicide attempts, was evident. The results highlight the importance of specialized support to address the emotional suffering and frequent crises that affect both individuals with BPD and their partners.

Keywords: Borderline Personality Disorder; Interpersonal Relationships; Mental Health

Resumo

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é um transtorno mental que acarreta uma série de prejuízos funcionais, afetando todos os âmbitos da vida dos pacientes, inclusive no campo dos relacionamentos amorosos. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi compreender a experiência dos relacionamentos amorosos de pacientes com diagnóstico de TPB. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória, com aplicação de entrevistas semiestruturadas a três pacientes adultos com diagnóstico prévio de TPB. As entrevistas foram analisadas por meio de análise lexical computadorizada. Foram identificadas cinco classes temáticas: a) indicativos da presença de TPB, b) dependência e instabilidade emocional, c) vivências de crise, d) percepção de si mesmo e dos relacionamentos, e e) impulsividade e comportamentos autodestrutivos. A manifestação precoce de sintomas na adolescência, juntamente com a dependência e a instabilidade emocional, cria um ambiente desafiador para o estabelecimento de relacionamentos sociais e íntimos saudáveis. Foi evidenciada, no contexto dos relacionamentos, a incidência de comportamentos impulsivos e autodestrutivos, inclusive com tentativas de suicídio. Os resultados indicam a importância de um suporte especializado para lidar com o sofrimento emocional e as crises frequentes que afetam tanto as pessoas com TPB quanto seus parceiros.

Palavras-chave: Transtorno da Personalidade Borderline; Relações Interpessoais; Saúde Mental

Introdução

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é uma condição complexa que afeta a forma como uma pessoa pensa, sente e se relaciona com os outros. O TPB é caracterizado por uma difusão de alterações comportamentais, emocionais e na autopercepção que causam sofrimento ao indivíduo e prejuízos nas relações interpessoais¹. Estima-se que 1,6% da população apresente o TPB e que o transtorno seja responsável por até 20% dos diagnósticos psiquiátricos².

O TPB é um transtorno de personalidade de difícil diagnóstico e intervenção. Os indivíduos afetados vivem no limite de seus sentimentos, experimentando emoções intensas que podem levar a comportamentos agressivos e impulsivos³. Alguns sintomas comuns incluem relacionamentos interpessoais difusos, instabilidade afetiva, sentimento de vazio, medo de rejeição, raiva constante, automutilação e ideação suicida^{3,4}. Essas características afetam não apenas a pessoa com TPB, mas também aqueles ao seu redor, resultando em prejuízos nas relações pessoais⁵.

O TPB apresenta desafios únicos quando se trata de envolvimento em relacionamentos íntimos^{5,6}. Indivíduos com TPB podem enfrentar desafios significativos nessa área, devido a padrões de pensamento e comportamento característicos do transtorno. Esses desafios podem incluir uma intensa sensação de abandono, medo de rejeição, dificuldade em regular as emoções, impulsividade, insegurança nas relações e uma tendência a oscilar entre idealização e desvalorização do parceiro^{5,6}.

Em termos de etiologia, a vivência de adversidades na infância, mais especificamente abuso físico, abuso emocional e negligência apresentam forte associação com o desenvolvimento de TPB⁷. Esses fatores de risco também apresentam efeitos sobre os sintomas de dificuldade de estabelecer relações posteriores^{7,8}.

Os indivíduos com TPB têm dificuldade em interpretar as intenções, sentimentos e emoções próprias e dos outros⁹. Além disso, apresentam tendência a agir impulsivamente, sem considerar as consequências, e podem ter ataques de raiva intensa que frequentemente resultam em violência ou explosões comportamentais quando seus atos impulsivos são criticados ou impedidos¹⁰⁻¹².

Os relacionamentos amorosos de indivíduos com TPB são frequentemente caracterizados por intensidade emocional,

instabilidade e dificuldades devido às características específicas desse transtorno^{5,6,8}. As pessoas com TPB tendem a experimentar emoções de forma mais intensa e apresentam uma grande necessidade de conexão e afeto, o que pode afetar significativamente seus relacionamentos íntimos¹⁰.

Um dos principais desafios nos relacionamentos amorosos envolvendo pessoas com TPB é a dependência emocional¹⁰. Esses indivíduos muitas vezes buscam encontrar sua identidade e segurança através do parceiro, tornando-se excessivamente dependentes e temendo o abandono. Eles podem se envolver de maneira rápida e intensa, demonstrando segurança e entrega total. Buscam constantemente a segurança e a validação através de seus parceiros, sendo manipuladoras e exigentes^{3,13,14}. No entanto, também são facilmente abandonadas, o que pode desencadear explosões de raiva e comportamentos autodestrutivos^{4,9,12}.

A sensibilidade à rejeição presente no TPB refere-se à tendência de perceber e reagir de forma intensa e negativa a situações de rejeição social e é significativamente elevada em indivíduos com TPB^{6,10}. Além disso, essa sensibilidade está relacionada às características específicas do sistema cognitivo-afetivo da personalidade, como a baixa autoestima, a preocupação com a opinião dos outros e a necessidade de aprovação¹⁰.

Pessoas com TPB podem alternar rapidamente entre sentimentos intensos de amor e ódio em relação ao parceiro, o que pode criar um clima de incerteza e tensão no relacionamento⁶. Essa flutuação emocional pode resultar em comportamentos impulsivos, como agressões verbais, automutilação ou até mesmo tentativas de suicídio, especialmente quando se sentem ameaçadas de abandono^{9,10}. Homens com TPB apresentam maior probabilidade de se envolver em violência reativa, que é uma resposta impulsiva a situações percebidas como ameaçadoras^{11,12,15}.

Homens com níveis mais altos de traços de TPB estão mais propensos à violência perpetrada por parceiros íntimos e também estão mais sujeitos à agressão por parte de suas parceiras¹¹. Já em mulheres, os traços de TPB são associados ao uso de violência por parte de seus parceiros no relacionamento, sugerindo que pessoas com TPB podem ser mais propensas a escolher parceiros propensos à violência^{11,16}. Além disso, as dificuldades de autorregulação nessas pessoas podem levá-las a comportamentos agressivos, provocando, por

sua vez, respostas mais agressivas por parte de seus parceiros^{11,16}.

Outro fator importante é o fato dos sintomas do TPB poderem variar significativamente entre os indivíduos e também sobrepor-se a outros transtornos mentais^{3,4}. Isso dificulta a identificação precisa do TPB, uma vez que os sintomas podem ser confundidos com outras condições, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade ou transtornos alimentares^{1,4}. Além disso, os sintomas do TPB podem flutuar ao longo do tempo, tornando a avaliação mais desafiadora.

Somando-se essas dificuldades técnicas, pessoas com TPB muitas vezes enfrentam estigma social e podem ter dificuldade em reconhecer seus próprios sintomas ou buscar ajuda profissional¹⁷. No contexto dos relacionamentos íntimos esse estigma pode atuar como um potencializador de conflitos entre os pares, por fazer com que os indivíduos com TPB se sintam inadequados e indesejáveis, o que, por sua vez, mina sua autoestima e autoconfiança.

A baixa autoestima, por sua vez, pode desencadear uma tendência a se envolver em relacionamentos prejudiciais ou a aceitar abusos emocionais, já que acreditam que não merecem algo melhor¹⁶⁻¹⁸. Além disso, o estigma muitas vezes contribui para o estresse e o isolamento social, tornando ainda mais desafiador o estabelecimento e a manutenção de relacionamentos saudáveis¹⁶. Como resultado, o estigma em relação ao TPB não apenas prejudica as pessoas que vivenciam o transtorno, mas também impacta negativamente suas relações amorosas.

A partir desse cenário, o objetivo desse estudo foi compreender a experiência dos relacionamentos amorosos de pessoas com diagnóstico de TPB e como as características dessa condição influem nas dinâmicas desses relacionamentos.

Metodologia

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa e exploratória, visando uma análise mais detalhada da complexidade do fenômeno em estudo. Essa escolha metodológica possibilita uma compreensão mais aprofundada das nuances e contextos que circundam o tópico de pesquisa, além de permitir o aprofundamento em características que emergem durante o processo.

Participantes

Participaram deste estudo duas mulheres cisgênero e um homem cisgênero, todos maiores de idade, heterossexuais. Os critérios de inclusão exigiam que os participantes fossem maiores de dezoito anos e diagnóstico formal de TPB e tivessem em sua história de vida pelo menos um relacionamento íntimo com duração de mais de 6 meses.

Os participantes foram selecionados por conveniência. A partir de um convite para participação na pesquisa divulgado em redes sociais contactou-se o primeiro voluntário e a partir dele aplicou-se a técnica *snow ball*. O primeiro participante indicou mais duas pessoas que potencialmente poderiam atender aos critérios de inclusão na pesquisa que foram convidadas a participar do estudo. Destes um participante aceitou o convite e outro declinou, porém indicou o terceiro participante.

O tamanho da amostra pequena neste estudo se justifica pela natureza exploratória do estudo, que priorizou a profundidade dos dados e a especificidade dos critérios de inclusão. A amostragem atingiu a saturação teórica, quando as informações começaram a se repetir e não acrescentaram novos dados.

Instrumento

Foi utilizado um roteiro de entrevistas semiestruturada para abordar tópicos relevantes para este estudo, relacionados à percepção do TBP e suas relações interpessoais. Os principais focos das entrevistas incluíram: a) processo de diagnóstico do TPB; b) relações interpessoais em geral; c) relacionamentos amorosos; d) influência do TBP nas vivências dos participantes. As entrevistas foram planejadas para abordar uma gama de tópicos críticos, incluindo o processo de diagnóstico do TPB, onde se investigou como os participantes chegaram ao diagnóstico e as reações iniciais ao receberem o diagnóstico (por ex.: "Em que momento você decidiu procurar ajuda profissional?"). Além disso, foi explorada a compreensão dos participantes sobre o TPB e como eles interpretam seus próprios sintomas e comportamentos em relação ao transtorno.

As relações interpessoais em geral foram outro foco central, com a análise de como o TPB afeta as interações sociais dos participantes, incluindo amizades, relações familiares e dinâmicas sociais em diversos contextos. Atenção especial foi dada aos desafios enfrentados na manutenção dessas relações e à

percepção dos participantes sobre o impacto do TPB em suas interações diárias (por exemplo: “Você acha que o TPBTPB influencia nos seus relacionamentos?”).

As experiências dos participantes em seus relacionamentos românticos foram exploradas, considerando tanto relacionamentos passados quanto presentes, com foco em como o TPB influencia a dinâmica desses relacionamentos, os padrões de comportamento, os sentimentos de apego e abandono, e os desafios emocionais que emergem nesses contextos. Exemplos de questões nesse tópico compreendem “Como você descreveria a influência do TPB nos seus relacionamentos amorosos?” e “Quais desafios você enfrenta em relacionamentos amorosos devido ao TPB?”

Por fim, a influência do TPB nas vivências dos participantes foi investigada em uma variedade de áreas da vida, como trabalho, estudos e atividades cotidianas. Buscou-se compreender as estratégias que os participantes utilizam para lidar com os sintomas do TPB e como eles percebem o impacto do transtorno em sua qualidade de vida e desenvolvimento pessoal. Essa estrutura permitiu uma abordagem abrangente e flexível, possibilitando que os participantes expressassem suas experiências e percepções de maneira detalhada, enquanto mantinha o foco nos aspectos centrais do estudo.

Procedimento

Antes da coleta de dados, os participantes receberam explicações detalhadas sobre a pesquisa. Após consentirem voluntariamente, concordaram em responder a uma entrevista semiestruturada sobre o Transtorno de Personalidade Borderline e suas experiências relacionadas a relacionamentos amorosos. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para garantir a confidencialidade dos dados e a proteção de suas identidades na pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos Autores (Parecer no: 5604587).

As entrevistas foram conduzidas de forma online, gravadas e degravadas. O texto resultante da degravação foi organizado em um *corpus* para análise. Optou-se pela manutenção dos termos utilizados pelos participantes, inclusive xingamentos principalmente por estes representarem grande carga emocional. Nomes ou informações que permitissem a identificação dos participantes foram suprimidos e indicados no texto quando pertinente.

Análise dos dados

Neste estudo, optou-se pela utilização da análise lexical como principal método para examinar os dados qualitativos. A análise lexical é uma técnica que visa explorar a estrutura e o conteúdo dos textos, identificando padrões de linguagem e relações semânticas dentro do corpus. Esta abordagem é especialmente útil em pesquisas que buscam compreender os significados e sentidos atribuídos pelos participantes através de suas expressões verbais. O uso da análise lexical se baseou na necessidade de capturar de maneira sistemática e rigorosa as nuances presentes nos discursos dos participantes, considerando a complexidade e a diversidade dos temas abordados.


A análise lexical foi realizada com auxílio da ferramenta *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* – IRAMUTEQ¹⁹. Foi realizada a Classificação Hierárquica Descendente – CHD para identificar padrões, temas e estruturas latentes nos textos²⁰. A CHD baseia-se em medidas de similaridade entre as respostas, como a análise de frequência de palavras-chave, termos ou frases comuns, a fim de agrupar as respostas que possuem maior afinidade textual.

A CHD organiza os termos em classes de afinidade, e as classes são agrupadas em níveis superiores da hierarquia. A influência do gênero dos participantes na composição das classes identificadas por meio da CHD, foi analisada a partir da determinação da distância do qui-quadrado, técnica que em uma representação gráfica da diferença entre as distribuições de frequência associadas a variáveis categóricas²⁰.

Resultados

A Classificação de Hierarquia Descendente (CHD), analisou 850 segmentos de texto com retenção de 76,15%, resultando em cinco classes, conforme ilustrado no dendograma (figura 1). Na figura 1, é considerado apenas as palavras com nível de significância estatística relevante para o estudo ($p < 0,0001$).

Figura 1 - Classificação Hierárquica Descendente



Classe 3 12,70%		Classe 1 14,50%		Classe 5 26,80%		Classe 2 20,40%		Classe 4 25,60%	
Forma	χ^2	Forma	χ^2	Forma	χ^2	Forma	χ^2	Forma	χ^2
ligar	56,8	mais	48,2	carro	35,2	mesmo	45,6	sempre	58,2
estar	52,1	mês	48,1	pegar	35,1	relacionamen	44,8	questão	45,7
acontecer	52,1	falar	47,6	hora	34,6	porque	44,8	relação	44,8
família	48,5	ficar	47,5	jogar	33,4	TPB	42,6	extremamente	43,2
jogo	44,2	usar	46,3	só	32,8	coisa	43,3	principalmente	42,9
foder	43,1	casa	44,2	como	32,8	diagnóstico	43,3	ciclo	42,9
aparecer	40,2	chegar	44,2	botar	31,9	sentimento	40,2	carinho	41,7
começar	40,2	cara	38,4	dentro	30,7	esquizofrênia	39,2	também	40,2
passar	39,1	ano	37,6	porra	29,4	muito	38,4	ajudar	40,2
atrás	38,8	final	37,6	celular	28,5	forma	37,5	familiar	32,5
vir	32,1	depois	34,8	frente	28,2	quando	37,1	entender	32,5
novo	32,1	sair	34,1	caralho	27,6	surto	36,8	saber	29,4
achar	22,1	mandar	23,2	correr	22,1	totalmente	30,2	assim	27,5
querer	21,7	pai	20,1					amigo	22,4
								lado	22,4
								achar	21,7
								mãe	21,7

Nota: χ^2 = qui-quadrado.

A Classe 1 foi denominada “indicativos da presença de TPB”. Nessa classe se concentram os relatos de quando começaram a perceber em si uma personalidade instável e dificuldades na vida cotidiana e que impulsionaram a busca por ajuda profissional.

Ficava andando em parapeito, fazendo esse tipo de coisa, mas a instabilidade começou ainda mais quando eu comecei a usar substâncias, tipo eu comecei com LSD e eu utilizava toda semana e utilizei durante um ano.

(...) hoje eu quero isso, mas amanhã não quero, hoje eu quero isso daqui a pouco eu não quero mais. Estou montando o computador já não quero mais montar esse computador

(...) com dezessete anos eu já tava muito triste na escola eu já tava magro eu tinha perdido uns seis aquilo em torno de um mês praticamente não conseguia comer de tristeza aí eu fui pra escola e fiquei falando que estava usando cocaína.

(...) aí eu caí no chão fiquei lá chorando, chorando, chorando, chorando e no final os bombeiros chegaram aí começaram a falar de internação quando eu cheguei no hospital já era minha segunda tentativa.

A classe 2, intitulada “Dependência e instabilidade emocional”, compreende falas que indicam a tendência a dependência percebidos pelos participantes:

(...) mas foi sorte na minha vida, porque nos outros relacionamentos, eu era do tipo de pessoa que sempre atraía gente pra tampar um buraco que não era elas eu não conseguia ficar sozinha tipo com 16 anos eu já tinha tido mais de 20 relacionamentos.

(...) tipo esse personagem principal é tudo na minha vida e eu faço de tudo pra uma pessoa.

(...) porque isso troca momentaneamente, tipo em várias ocasiões, perante toda a minha vida eu tive a pessoa, e essas pessoas foram várias.

(...) eu percebi que eu não tinha esquizofrenia, mas ao mesmo tempo com um peso muito grande por você ter transtorno de personalidade. (...) até quando você lê no google e tudo mais é uma coisa muito fatalista.

(...) me sentia muito abandonado.

A classe 3 denominada “Vivências de crise” reúne as falas que retratam os episódios de agravamento dos sintomas e como elas podem se dar de diversas formas e afetar diferentes áreas dos participantes.

(...) morei um tempo com a [nome suprimido] vivia a porra louca! Foi a fase porra louca que eu zuei pra caralho! Foda-se todo mundo! Só queria me drogar, usar minhas coisas.

(...) aí veio a queda de novo e veio a vez de abandono da família tipo agora. Agora eu acho que minha família sabe, minha família tá me abandonando, tá ligado?

(...) e começou daí as tentativas de suicídio têm um intervalo de tempo eu tive a minha primeira tentativa fui pro hospital fui intubado fizeram a lavagem fiquei uns três dias assim sem saber o que estava acontecendo no hospital.

Na classe 4 “percepção sobre si mesmo e os relacionamentos” são relatadas percepções sobre si mesmo e sobre suas vivências em relacionamentos.

(...) e assim, minhas relações amorosas são todas extremamente destrutivas, eu acho que eu nunca tive um relacionamento saudável.

(...) em relação a minha mãe a gente sempre teve um relacionamento muito extremamente simbiótico e isso eu revérbero em todos os meus relacionamentos até hoje eu sempre trago essa simbiose muito grande.

(...) e assim o border sempre é relacionado a alguma pessoa né.

(...) é totalmente inalcançável porque as minhas relações são totalmente idealizadas, sabe totalmente exaustiva é muito extremamente cansativo eu sempre me vejo muito fixada na pessoa que eu estou tipo extremamente obsessiva e eu sei conscientemente que aquilo está me fazendo mal na hora.

Por fim, a classe 5 foi denominada “Impulsividade e comportamentos autodestrutivos”, pode-se notar como os entrevistados apresentam sentimentos intensos e muitas vezes acabam agindo por impulso e com tendência a comportamentos autodestrutivos ou direcionados ao autoextermínio.

(...) eu botava tudo para dentro de mim, eu não conseguia externalizar isso e acabava que eu começava a me machucar.

(...) tipo na maior naturalidade do mundo como se nada tivesse acontecido aí o pai falou pega a chave eu peguei o carro fui naquela pista do [suprimido] ali pisava no carro botava 160km/h no carro está até do meu laudo lá escrito isso.

(...) eu corri, eu corri, só corri sem destino. Depois eu fui parar pra pensar que eu

estava indo pra casa, mas eu sei que na hora não tinha destino.

Discussão

Os resultados corroboram a influência do TPB no cotidiano, seja em fenômenos individuais ou de coletividade, como no relacionamento com outras pessoas^{1,3}. As entrevistas indicam que todos os 3 participantes começaram com a instabilidade emocional e os primeiros sintomas de TBP como percebido na Classe 1. As manifestações dos sintomas já na adolescência se alinham ao indicado na literatura sobre o início do quadro^{4,7}.

Os temas apresentados na Classe 2 (Dependência e Instabilidade Emocional) indicam o nível global de prejuízo nos relacionamentos sociais e íntimos, muito em função dos sintomas de instabilidade e de dependência. A dependência emocional é um dos sintomas centrais do TPB e pode levar as pessoas a se envolverem em relacionamentos excessivamente intensos e turbulentos^{6,10,16}. Elas frequentemente buscam constantemente a aprovação e validação dos parceiros, o que pode ser exaustivo para ambas as partes. Isso cria um ambiente de tensão constante, no qual o parceiro pode se sentir sobrecarregado e incapaz de atender às necessidades emocionais em constante mudança do indivíduo com TPB.

A instabilidade emocional é outro componente crítico da Classe 2, e envolve mudanças súbitas e intensas de humor, que podem dificultar a construção de relações sólidas e estáveis^{3,5}. Parceiros muitas vezes se veem incapazes de prever ou entender as reações emocionais da pessoa com TPB, o que pode levar a conflitos e mal-entendidos frequentes¹¹. Essa falta de estabilidade emocional também pode tornar difícil a resolução de conflitos e a comunicação eficaz, fatores essenciais para relacionamentos bem-sucedidos.

A Classe 2 é particularmente importante para entender como os mecanismos psicológicos subjacentes influenciam os relacionamentos de indivíduos com TPB. A teoria do apego pode ser uma lente útil para interpretar esses achados. Indivíduos com TPB muitas vezes exibem um estilo de apego inseguro, caracterizado pela busca intensa de proximidade e aprovação, ao mesmo tempo que manifestam medo do abandono^{6,7}. Este estilo de apego, combinado com dificuldades na regulação emocional, pode explicar por que esses indivíduos se envolvem em relacionamentos intensos e turbulentos. Estudos

anteriores sugerem que o estilo de apego ansioso^{7,10}, comum em pessoas com TPB, está associado a altos níveis de instabilidade emocional e dependência, o que corrobora os achados da Classe 2.

Além disso, a classe ainda ressalta a presença de estigmas percebidos pelos participantes^{17,18}. O estigma associado ao TPB, especialmente em sociedades onde a saúde mental ainda é altamente estigmatizada, pode exacerbar a dependência emocional. O medo de rejeição social pode intensificar a busca por validação em relacionamentos íntimos, alimentando um ciclo de instabilidade e dependência emocional¹⁸. Estudos em culturas ocidentais, onde a individualidade é altamente valorizada, sugerem que o estigma pode agravar os sentimentos de inadequação e dependência em indivíduos com TPB¹⁷. Esses fatores culturais podem tornar ainda mais difícil para esses indivíduos manter relacionamentos estáveis, contribuindo para o ambiente de tensão constante descrito na Classe 2.

Os períodos de crise evidenciados pela Classe 3 (Vivências de crise) corroboram a intensa turbulência emocional e comportamental que muitas pessoas com TPB enfrentam. Essa classe demonstra como os episódios de agravamento dos sintomas podem se manifestar de maneiras diversas e afetar várias áreas da vida dos participantes, incluindo relações familiares e o próprio bem-estar físico e emocional⁹.

Essas crises são frequentemente desencadeadas por eventos interpessoais, como conflitos com o parceiro ou a percepção de rejeição, o que reforça o padrão de instabilidade emocional⁶. Esse ciclo de crise é marcado por episódios de intensa dor emocional e comportamentos autodestrutivos⁹, seguidos por períodos de recuperação onde os indivíduos tentam restabelecer a normalidade em suas vidas. No entanto, a ausência de habilidades eficazes de regulação emocional e de suporte adequado muitas vezes leva à recorrência das crises. Muitas pessoas com esse transtorno passam por fases em que se sentem compelidas a tomar decisões impulsivas e arriscadas, como o abuso de substâncias, com o objetivo de aliviar o sofrimento emocional intenso^{4,9}.

Essas vivências de crise retratadas na "Classe 3" indicam o quanto o TPB pode ser debilitante e desafiador para aqueles que o vivenciam. Isso destaca a importância de oferecer apoio adequado, como terapia e intervenção psiquiátrica, para ajudar as pessoas com TPB a gerenciar suas crises e desenvolver estratégias de enfrentamento mais saudáveis.

Na classe 4 “percepção sobre si mesmo e os relacionamentos” são relatadas percepções sobre si mesmo e sobre suas vivências em relacionamentos e principalmente o medo do abandono^{5,10}. A dinâmica de idealização e desvalorização que é característica dos relacionamentos afetivos em pessoas com TPB. No início dos relacionamentos, a idealização do parceiro pode ser vista como uma tentativa de preencher um vazio emocional profundo e de evitar o medo do abandono^{10,16}. No entanto, essa idealização é frequentemente seguida por uma desvalorização abrupta, que ocorre quando o parceiro falha em atender às expectativas idealizadas^{11,12}. Essa mudança drástica pode ser entendida como um mecanismo de defesa, onde a desvalorização serve para proteger o indivíduo com TPB da dor emocional associada à percepção de rejeição⁸. A literatura sobre TPB sugere que essa alternância entre idealização e desvalorização é uma manifestação da instabilidade de identidade, um sintoma central do TPB^{1,6,8,10}.

A análise lexical destacou um vocabulário e segmentos de textos que ressaltam como pessoas com TPB geralmente experimentam mudanças rápidas e intensas de humor, o que pode ser desafiador para seus parceiros, bem como o medo do abandono. Outra característica típica do TPB destacada foi a dificuldade em confiar nos outros e em si mesmas^{5,14}. A dificuldade de confiar em pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) é profundamente enraizada em experiências de apego inseguro⁷, medo intenso de abandono, e percepções distorcidas de si mesmas e dos outros¹⁴. Como esses indivíduos frequentemente alternam entre idealização e desvalorização nos relacionamentos, a confiança se torna frágil e volátil. Essa desconfiança impacta negativamente suas relações interpessoais, criando um ciclo de insegurança e conflitos, dificultando a construção de vínculos emocionais profundos.

Ressalta-se que a Classe 5 (Impulsividade e comportamentos autodestrutivos) se alinha com o identificado risco significativo para suicídio nessa população^{3,4,9,15}. Na classe 5 o risco de suicídio ficou evidente, tendo em vista que todos os 3 participantes apresentam histórico de tentativas de suicídio. Importante contextualizar que as menções dessa classe se inserem no relato dos problemas nos relacionamentos dos participantes e, principalmente à rejeição percebida, como indicado na literatura^{9,10,15}. Essas ações têm um impacto devastador na

dinâmica do relacionamento, causando sofrimento emocional ao parceiro e criando um ambiente de constante tensão.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa estão em alinhamento com a literatura nacional⁹ e internacional^{5,6,10,11}, que também aponta os desafios significativos enfrentados por indivíduos com TPB em seus relacionamentos românticos. Os participantes descreveram problemas recorrentes na comunicação, uma propensão a explosões emocionais intensas e um sentimento persistente de abandono, que frequentemente culminavam em conflitos. Esses achados corroboram a ideia amplamente discutida na literatura de que o TPB exerce um impacto profundo e adverso sobre a qualidade dos relacionamentos amorosos^{10,11}, sublinhando a necessidade de intervenções específicas para mitigar tais efeitos negativos.

Os resultados enfatizam a necessidade de abordagens de tratamento específicas e sensíveis para ajudar as pessoas com TPB a lidar com os desafios em seus relacionamentos amorosos. Assim, os profissionais de saúde mental devem reconhecer a importância de trabalhar com os pacientes com TPB para desenvolver habilidades de comunicação eficazes. Intervenções com boas evidências de eficácia podem ajudar esses indivíduos a aprenderem a expressar suas emoções de maneira mais saudável e a compreender as necessidades emocionais do parceiro, promovendo assim uma comunicação mais positiva e construtiva em seus relacionamentos. Estratégias de regulação emocional podem ser eficazes para ensinar aos indivíduos como lidar com a intensidade emocional e prevenir reações impulsivas prejudiciais.

Outra implicação importante é a necessidade de abordar a sensação de abandono frequente mencionada no estudo. Os profissionais de saúde mental devem trabalhar com os pacientes para explorar e desafiar essas crenças de abandono, ajudando a construir uma base mais sólida para a confiança nas relações e reduzindo a sensação de insegurança que muitas vezes acompanha o TPB.

As limitações deste estudo envolvem a identidade de gênero e a orientação sexual dos participantes. A amostra foi composta exclusivamente por pessoas cisgênero e heterossexuais, o que limita a generalização dos resultados para indivíduos com diferentes identidades de gênero e orientações sexuais.

Essa homogeneidade impede que se explorem as possíveis variações nas experiências de relacionamento amoroso em pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline que não se enquadram nesses padrões. Além disso, a falta de diversidade na amostra pode ter restringido a identificação de fatores específicos que influenciam as dinâmicas relacionais em populações LGBTQIA+, que podem enfrentar desafios únicos. Portanto, futuros estudos devem buscar incluir uma amostra mais diversa em termos de identidade de gênero e orientação sexual para obter uma compreensão mais ampla e inclusiva do fenômeno investigado.

Diante das limitações identificadas, futuros estudos devem priorizar a inclusão de amostras mais diversificadas em termos de identidade de gênero, orientação sexual e outras características sociodemográficas, como idade, etnia, e nível socioeconômico. Essa diversidade permitiria uma análise mais rica e abrangente dos impactos do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) nos relacionamentos amorosos, além de possibilitar a identificação de fatores específicos que possam influenciar as dinâmicas relacionais em diferentes populações.

Além disso, recomenda-se a adoção de métodos mistos que combinem abordagens quantitativas e qualitativas. No âmbito quantitativo, seria interessante utilizar instrumentos padronizados para mensurar a gravidade dos sintomas do TPB e a qualidade dos relacionamentos amorosos. Paralelamente, entrevistas em profundidade ou grupos focais poderiam ser utilizados para captar as nuances e a subjetividade das experiências individuais, enriquecendo a compreensão dos desafios enfrentados por esses indivíduos.

Outra linha de pesquisa que poderia ser explorada envolve o impacto de variáveis contextuais, como o suporte social, histórico de traumas e estilos de apego, sobre a forma como indivíduos com TPB vivenciam seus relacionamentos. Investigando essas variáveis, estudos futuros poderiam esclarecer de que maneira esses fatores modulam a relação entre TPB e a qualidade dos relacionamentos, oferecendo, assim, insights mais direcionados para a intervenção clínica.

Por fim, seria relevante realizar estudos longitudinais que acompanhem a evolução dos relacionamentos amorosos em pessoas com TPB ao longo do tempo, permitindo observar como as intervenções terapêuticas e outras mudanças contextuais influenciam essas dinâmicas ao longo dos anos. Isso não apenas contribuiria para o aprimoramento das práticas clínicas, mas

também para a formulação de políticas públicas que abordem de maneira mais eficaz as necessidades dessa população.

Referências

1. APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5-TR. 5o ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2022. 1050 p.
2. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* dezembro de 2018;41(4):561–73.
3. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry.* junho de 2002;51(12):936–50.
4. Choate AM, Fatimah H, Bornovalova MA. Comorbidity in borderline personality: understanding dynamics in development. *Curr Opin Psychol.* fevereiro de 2021;37:104–8.
5. Navarro-Gómez S, Frías Á, Palma C. Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology.* 2017;50(3):175–87.
6. Gunderson JG. Disturbed Relationships as a Phenotype for Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* novembro de 2007;164(11):1637–40.
7. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* janeiro de 2020;141(1):6–20.
8. Abdevali M, Mazaheri MA, Besharat MA, Zabihzadeh A, Green JD. Borderline personality disorder and larger comfortable interpersonal distance in close relationships. *Personal Individ Differ.* novembro de 2021;182:111067.
9. Lima CSDA, Almeida ALRD, Souza BEMD, Rodrigues CRDS, Faria ICLD, Nascimento JML, et al. Transtorno de Personalidade Borderline e sua relação com os comportamentos autodestrutivos e suicídio. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 24 de abril de 2021;13(4):e7052.
10. Cavicchioli M, Maffei C. Rejection sensitivity in borderline personality disorder and the cognitive–affective personality system: A meta-analytic review. *Personal Disord Theory Res Treat.* janeiro de 2020;11(1):1–12.
11. Maneta EK, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Two to Tango: A Dyadic Analysis of Links Between Borderline Personality Traits and Intimate Partner Violence. *J Personal Disord.* abril de 2013;27(2):233–43.

12. Ross JM, Babcock JC. Proactive and Reactive Violence among Intimate Partner Violent Men Diagnosed with Antisocial and Borderline Personality Disorder. *J Fam Violence*. novembro de 2009;24(8):607–17.
13. Lazzari C, Rabottini M. COMORBIDITY BETWEEN FACTITIOUS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A NARRATIVE ANALYSIS. *Psychiatr Danub*. 13 de abril de 2023;35(1):16–26.
14. Scheunemann J, Jelinek L, Biedermann SV, Lipp M, Yassari AH, Kühn S, et al. Can you trust this source? Advice taking in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. junho de 2023;273(4):875–85.
15. Sher L, Rutter SB, New AS, Siever LJ, Hazlett EA. Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. fevereiro de 2019;139(2):145–53.
16. Stead L, Brewer G, Gardner K, Khan R. Sexual coercion perpetration and victimisation in females: The influence of borderline and histrionic personality traits, rejection sensitivity, and love styles. *J Sex Aggress*. 2 de janeiro de 2022;28(1):15–27.
17. Ociskova M, Prasko J, Vanek J, Nesnidal V, Sollar T, Slepecky M. Stigma and self-stigma in borderline personality disorder: A narrative review. *Neuro Endocrinol Lett*. 5 de julho de 2023;44(4):206–15.
18. Masland SR, Null KE. Effects of diagnostic label construction and gender on stigma about borderline personality disorder. *Stigma Health*. fevereiro de 2022;7(1):89–99.
19. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales - Ierass; 2020. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>
20. Faiad C, Rodrigues CML, Lima TJS de. Análise de dados textuais com a Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq). Em: Tutoriais em análise de dados aplicados à psicometria. Petrópolis: Vozes; 2021. p. 420–35.

CEP: 70790-075

E-mail: prof.carlos.manoel@gmail.com

Recebido em 04/01/2024

Aprovado em 15/08/2024

Publicado em 19/09/2024

Endereço para Correspondência

Carlos Manoel Lopes Rodrigues

Campus do Centro Universitário de Brasília -
CEUB, Bloco 9, SEPN 707/909-

Brasília/DF, Brasil