

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Amanda Rafaelly Ferreira Santos,¹ Beatriz Serra Tenisi,²
João Miguel Mascarenhas Lima Dantas,³ Maria Luiza Costa Santana,⁴
Ronald Chaves Moitinho dos Santos,⁵ William Azevedo Dunningham⁶

RESUMO

Introdução: O transtorno do humor bipolar e o transtorno de personalidade borderline são condições clínicas semelhantes na sintomatologia, tornando difícil seu diagnóstico diferencial, podendo implicar indicações terapêuticas inadequadas. Para identificar a distinção entre os dois transtornos é necessário ampliar o conhecimento nosológico sobre ambos. **Objetivo:** Reunir evidências científicas que propiciem a operacionalização do diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar e transtorno de personalidade borderline. **Metodologia:** A revisão sistemática seguiu a recomendação Preferred Reported Items for Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA). A busca foi realizada em Medical Subjects Online (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (Scielo), ScienceDirect em português e inglês. O projeto foi registrado no sistema PRÓSPERO. O estudo consiste na avaliação de dados e estudos relacionados a todas as evidências científicas referentes à questão específica sobre as diferenças entre transtornos de humor borderline e bipolaridade ou sua concomitância. As variáveis utilizadas foram as sociodemográficas: idade, gênero. O principal risco do estudo é o equívoco nos diagnósticos dos pacientes. Para reduzir este viés foram selecionados artigos e estudos rigorosos de classificação. **Resultados:** Existe dificuldade de diferenciar ambos os transtornos e, para sanar esse problema, foram expostos os critérios clínicos e fenomenológicos, embora isoladamente estes não sejam suficientes para o diagnóstico. Foram consideradas as comorbidades e sobreposições de diagnósticos que podem ser aprimoradas na psiquiatria e na prática médica geral. Ademais, são encontrados traços concomitantes entre ambas as enfermidades. **Conclusão:** O médico deve reconhecer as divergências etiológicas, do quadro clínico e do tratamento dessas doenças para assim estabelecer que a presença de humor elevado, grandiosidade, aumento de energia, fala pressionada, diminuição da necessidade de sono, e hiperatividade são características predominantes para diagnóstico de Transtorno de Humor Afetivo Bipolar, enquanto que a presença de autotumulação, tentativas suicidas, desconfiança e irritabilidade são indicadores de Transtorno de Personalidade Borderline.

Palavras-chaves: Transtorno bipolar; Transtorno de personalidade borderline; Diagnóstico diferencial.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN BIPOLAR MOOD DISORDER AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Introduction: Bipolar mood disorder and borderline personality disorder are clinical conditions that are similar in terms of symptoms, making their differential diagnosis difficult and may imply inappropriate therapeutic indications. Therefore, to identify the distinction between the two disorders it is necessary to expand nosological knowledge about both. **Aim:** To gather scientific evidence that allows the operationalization of the differential diagnosis between bipolar disorder and borderline personality disorder. **Methods:** The systematic review followed the Preferred Reported Items for Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA) recommendation. The search was carried out in Medical Subjects Online (Pubmed), Scientific Electronic Library Online (Scielo), ScienceDirect in Portuguese and English. The project was registered in the PROSPERO system. The study consists of the evaluation of data and studies related to all scientific evidence regarding the specific question about the differences between borderline mood disorders and bipolarity or their concomitance. The variables used were socio demographic: age, gender. The main risk of the study is the misdiagnosis of patients. To reduce this bias, rigorous classification articles and studies were selected. **Results:** The research proved that there is difficulty in differentiating both disorders and, to resolve this problem, clinical and phenomenological criteria were exposed, although in isolation these are not sufficient for diagnosis. They took into account comorbidities

¹ Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: amandaferreiraa86@hotmail.com

² Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: beatriztenisi@hotmail.com

³ Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: j.miguellima@outlook.com

⁴ Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: malucostasantana@hotmail.com

⁵ Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: ronald.moitinho@gmail.com

⁶ Centro Universitário FTC, Curso de Medicina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: ronald.moitinho@gmail.com
Centro Universitário FTC, Curso de Medicina., Salvador, Bahia, Brasil., Faculdade de Medicina da Bahia - FMB - UFBA, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: wdunningham1@gmail.com

and overlapping diagnoses that can be improved in psychiatry and general medical knowledge. Furthermore, concomitant traits are found between both illnesses. Conclusion: The doctor must recognize the etiological, genetic, clinical picture and treatment divergences of these diseases to establish that the presence of elevated mood, grandiosity, increased energy, speech pressure, decreased need for sleep, and hyperactivity are predominant characteristics for diagnosing Bipolar Affective Mood Disorder, while the presence of self-mutilation, suicidal attempts, suspiciousness and irritability are indicators of Borderline Personality Disorder.

Keywords: Bipolar disorder; Borderline personality disorder; Differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

O transtorno de afetivo bipolar (TAB) e o transtorno de personalidade “borderline” (TPB) apresentam características¹ clínicas muito semelhantes e que, com uma certa frequência, tornam mais difícil e complexo realizar seu diagnóstico diferencial, podendo resultar em indicações terapêuticas inadequadas. Considerando alguns fenômenos psicopatológicos, como labilidade do humor, impulsividade, irritabilidade e ideação suicida, se torna indispensável um estudo sobre a diferenciação das duas adversidades.

É importante mencionar que, com relação à terapêutica², existem psicofármacos de eficácia comprovada para o tratamento de TAB, o que não ocorre ainda com o TPB. A eficácia de medicamentos no tratamento de TAB está bem estabelecida, ao contrário do TPB. Contudo, vêm evidenciando efeitos benéficos para o arrefecimento de alguns sintomas do TPB, embora não para a síndrome como um todo, justificando a prescrição de múltiplos agentes para esses pacientes.

Ambos os transtornos⁴, e outros que não se enquadram bem nas categorias de classificação do DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) podem fazer parte do modelo dimensional que postula a existência de um espectro bipolar, representado por um continuum de transtornos que agrupam desde o temperamento hipertímico até o transtorno bipolar.

O transtorno bipolar é um transtorno mental “stricto sensu”, enquanto o borderline é um transtorno de personalidade 1. No transtorno bipolar, o humor varia em dias, semanas ou meses, normalmente seguindo ciclos. Enquanto isso, no transtorno de personalidade borderline, as variações ocorrem repentinamente, em um tempo menor, geralmente em segundos, minutos ou, no máximo, em horas.

Apesar da variação de humor ser o sintoma predominante nestes tipos de transtornos^{5,6}, cada um possui características que requerem diferentes acompanhamentos terapêuticos. A primeira diferença está na rapidez da mudança do humor.

Conforme especificado, o paciente borderline apresenta variações timopáticas^{5,6} dentro de segundos, minutos ou horas, enquanto o bipolar leva no mínimo uma semana desde a eutímia até o estado de euforia ou à depressão.

Além disso, outra diferenciação encontra-se no fator de "gatilho" para a mudança do humor. No transtorno de personalidade borderline, observa-se que a variação de humor

depende de fatores externos, enquanto o bipolar alterna o seu comportamento segundo estímulos internos e intrínsecos do indivíduo.

Outra diferença muito importante^{5,6} está ligada ao relacionamento de um borderline com pessoas próximas ou de um convívio diário, dividindo-os em bons ou maus. Não existe meio-termo. Se alguém considerado bom fizer algo considerado ruim, passará a ser imediatamente uma das pessoas que o borderline não gosta. Em outras palavras, o fim de um relacionamento que terminou em briga, por exemplo, jamais teria volta para um borderline.

Portanto, algumas características serão apresentadas¹. Primeiramente, o transtorno de personalidade borderline é caracterizado de forma principal por um padrão de desregulação e instabilidade emocional, comportamental e cognitiva em diversos âmbitos da vida do indivíduo. É importante salientar que, em meados do século 20, foi descrito como um distúrbio psiquiátrico por estar situado entre as estruturas psicótica e neurótica. Por isso, é também identificado como um padrão de comportamento limítrofe, também tem sido chamado de Síndrome Borderline.

Diante do exposto, fica clara a semelhança entre ambos os transtornos, o que gera uma dificuldade no diagnóstico e acompanhamento contínuo desses pacientes. Portanto, esse trabalho se justifica pela demanda científica de se reunir evidências científicas que propiciem com clareza e rigor o diagnóstico diferencial de transtorno do humor bipolar e transtorno de personalidade borderline. Além de definir com nitidez a sintomatologia que tipifica o transtorno do humor bipolar e transtorno de personalidade borderline e classificar alterações de humor, pensamento recorrente de suicídio ou morte, impulsividade e atraso psicomotor.

A partir desta pesquisa, pretende-se demonstrar que é possível obter uma maior clareza na diferenciação entre as duas adversidades, de acordo com dados, proporções diferenciais com significâncias estatísticas, evidências e questões éticas que forem mencionadas e corretamente correlacionadas com o tema.

METODO

O presente trabalho tratou-se de uma revisão sistemática que buscou esclarecer os critérios diagnósticos, as diferenças terapêuticas e as minúcias que diferenciam o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Para a pesquisa, foram revisados os dados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific

Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (PubMed) fazendo o uso dos descritores "Transtorno bipolar", "Transtorno de personalidade borderline" e "Diagnóstico diferencial" e fazendo uso das operações booleanas nos seus equivalentes em inglês: (Bipolar Disorder) AND (Borderline Personality Disorder) AND (Diagnosis). Os artigos coletados nas bases de dados foram aqueles publicados nos últimos 5 anos publicados

nos idiomas inglês e português e incluídos pesquisas transversais (estudos de prevalência), pesquisas longitudinais (estudos de coorte e caso-controle, qualitativas estudos de caso) e demais artigos que publicados e disponibilizados na base de dados. Como critério de exclusão, não foram analisados os artigos que não tornavam “ diagnóstico” como tema central e artigos que não possuíam o texto inteiro disponível ou não foram encontrados em outras plataformas, duplicatas ou sem relação ao tema focal.

Assim, foram encontrados 1.260 artigos no total. Na base LILACS, foram encontrados 672 artigos; no PubMed foram obtidos 586 artigos; e 2 artigos na base Scielo.

Após usar as ferramentas das próprias bases de dados para incluir artigos dos últimos 10 anos e excluir artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, restaram 152 artigos na base LILACS, 58 no PubMed e 2 no Scielo.

A seguir, foram usadas as ferramentas da própria base da LILACS para incluir apenas artigos que tratassem sobre “Transtorno Bipolar” e “Transtorno da Personalidade Borderline” e que fossem “Estudos Diagnósticos”, e que estivessem em inglês ou português, restando assim, nessa base de dados, 42 artigos. A seguir, no PubMed foram excluídos os artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão (pesquisas transversais e pesquisas longitudinais), restando então 18 artigos. Portanto, resultou, finalmente, 62 artigos no total que passaram por uma análise e leitura criteriosa dos quais 54 artigos foram excluídos, restando assim 8 artigos para inclusão no trabalho devido à sua relevância para a pesquisa almejada, conforme pode ser observado na figura 1.

RESULTADOS

Referência	Título	Ano	Desfecho	Resultados
------------	--------	-----	----------	------------

Adam Bayes, Gordon Parker, Joel Paris.	Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder	2019	Busca diferenciar TAB, principalmente o TAB II, do TPB. Foram analisados criticamente estudos que consideraram as diferenças clínicas entre os dois transtornos e assim tentar delimitá-las.	Os estudos recentes focaram na diferenciação de parâmetros biológicos como genética, epigenética, ritmo diurno e neuroimagem estrutural e funcional. Contudo, as diferenças não são suficientes para guiar o diagnóstico. Os critérios chave para a diferenciação são: história familiar, antecedentes, curso da doença, diferenças fenomenológicas nos estados de humor, estilo de personalidade e as relações interpessoais. Fatores com menor diferença são: impulsividade, perfil neurofisiológico, gênero, comorbidades e respostas temperamentais.
Joel Paris	Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder	2017	Através de levantamento bibliográfico foram comparados os diversos diagnósticos diferenciais que podem confundir-se com transtorno de personalidade borderline.	TDM: pacientes com TPB preenchem critérios para TDM, podendo ser episódico ou responsivos à instabilidade de humor e impulsividade. TAB: sugerem que mudanças de humor, de qualquer duração, mesmo os mais relacionados a irritabilidade do que a euforia, seriam devido ao TAB. Esquizofrenia: sintomas micropsicóticos e alucinações auditivas estão presentes em ambos, por isso podem diagnosticar errado um TPB como esquizofrenia. TDAH: transtornos da infância como TDAH e TOD podem ser premonitores de TPB. TSPT: este, no geral, está associado a todos os transtornos psiquiátricos. TP: o DSM-5 deixa margens para sobreposição de diagnósticos principalmente do cluster A e C com TPB.

<p>Mark Zimmerman, Theresa A Morgan</p>	<p>The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder</p>	<p>2013</p>	<p>O estudo busca responder: 1) qual a frequência em que aparece TAB em um paciente com TPB (e vice-versa); 2) entender-se o TPB é maior em paciente com TAB do que nas outras doenças psiquiátricas; e 3) se TPB é o transtorno de personalidade mais frequente nos pacientes bipolares.</p>	<p>Aproximadamente 10% dos pacientes com TPB têm TAB I e 10% têm TAB II. Além disso, 20% dos pacientes com TAB II e 10% de TAB I têm TPB. Em seguida, em 15 dos estudos, TPB era o transtorno de personalidade mais frequente em TAB em apenas 4 deles (TPOC e TPH foram os mais comuns na maioria). Conclui afirmando que TPB está dentro do espectro da TAB. Por outro lado, depressão maior, abuso de substâncias e estresse pós-traumático são mais comuns de estar junto à TPB do que a TAB. Portanto, acredita-se que, meramente, os fatores de risco para as doenças são os mesmos.</p>
<p>F Philip Asherson, Allan H Young, Dominique Eich-Höchli, Paul Moran, Vibeke Porsdal, Walter Deberdt</p>	<p>Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults</p>	<p>2014</p>	<p>Busca fazer uma comparação diagnóstica de TDAH com TPB e TAB. Busca ativa em base de dados, DSM-5, uso de literaturas relevantes e referências e experiências clínicas próprias.</p>	<p>TDAH está associada a 20% dos pacientes com TAB ou TPB. Ambos, TDAH e TPB têm a impulsividade e a desregulação de humor e diferem-se em evitar o abandono, comportamento suicida, automutilação, sentimentos de vazio e paranoia com dissociação. No tratamento de TAB e TDAH, deve ser cuidado para os medicamentos estimulantes que podem desencadear a mania. Portanto, é esclarecido que o tratamento adjuvante de TPB e TDAH é mais compreendido do que quando essa doença associa-se com TAB.</p>
<p>Joel Paris, Donald W Black</p>	<p>Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter?</p>	<p>2015</p>	<p>Revisão de literatura com estudo de guidelines para diferenciar o diagnóstico e estabelecer as prioridades para futuras pesquisas.</p>	<p>Os critérios do DSM fazem as doenças se sobreporem ou pareçam co-existir, o que é um erro. A diferenciação é feita com 1) fenomenologia, na instabilidade afetiva, que é comum no TPB mas não na TAB; As mudanças de humor na TAB são espontâneas e não relacionadas com fatores ambientais, como no TPB. 2) A etiologia, embora desconhecida na maioria das doenças psiquiátricas, podem ter exames de imagem que ajudem. 3) história familiar. 4) estudo biológico. 5) resultados e resposta à medicação. Além disso, é importante distinguir as duas para potencializar o tratamento.</p>

<p>Kate E ASaunders, TomosJones, Amy Perry,Arianna Di Florio,Nick Craddock, IanJones, KatherineGordon- Smith, Lisa Jones</p>	<p>The influence ofborderline personality traits on clinical outcomes in bipolar disorder</p>	<p>2021</p>	<p>O objetivo do estudo foi examinar a presença e a gravidade de traços de TPB em pessoas que possuem TAB I ou II e analisar os resultados clínicos que podem surgir dessa relação. Como metodologia, mediram os traços de TPB em 1447 indivíduos com TAB diagnosticados pelo DSM-4, onde 1008 eram tipo I e 439, tipo II pela aplicação do questionário Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST). E os resultados ao longo da vida foram avaliados pela entrevista semiestruturada a Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) e registros clínicos.</p>	<p>É comum traços concomitantes de TPB e TAB, na pes-quisa, 86,2% dos pacientes apresentaram pelo menos um traço, como características que se sobrepõem, como instabilidade de humor, ou características que não aparecem em TAB, como medo de abandono. Na TAB II, notaram que os traços de TPB foram mais graves e frequentes e que quanto mais jovem o paciente começou a apresentar TAB (de ambos os grupos), ele apresentava traços borderline mais graves e maior abuso de álcool. Assim, todos os pacientes com TAB, devem ser manejados considerando a possibilidade de existência de personalidade borderline concomitante, independente de preencherem ou não os critérios para diagnóstico desta última.</p>
--	---	-------------	---	---

<p>Brian A Palmer, Mehak Pahwa, Jennifer R Geske, Simon Kung, Malik Nassan, Kathryn M Schak, Renato D Alarcon, Mark A Frye, Balwinder Singh</p>	<p>Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder</p>	<p>2021</p>	<p>O estudo investigou a precisão diagnóstica do Questionário de Transtorno do Humor (MDQ, na sigla em inglês) e do Instrumento de Triagem McLean para Transtorno de Personalidade Borderline (MSI) em pacientes admitidos em uma unidade de transtornos de humor. Além de examinar seitens de triagem individuais poderiam diferenciar o transtorno bipolar (BD) do transtorno de personalidade borderline (BPD). Para isso, foram usados 757 pacientes. No final, como parâmetro, foi usado o diagnóstico clínico por um psiquiatra local para ver as concordâncias entre triagem positiva e diagnóstico clínico.</p>	<p>Ambos os questionários foram mais específicos do que os sensíveis na identificação dos transtornos. Alguns itens do MDQ (humor elevado, grandiosidade, aumento de energia, fala acelerada, diminuição da necessidade de sono e hipersensibilidade) foram preditores significativos do BD e não do BPD. Por outro lado, no MSI os comportamentos de automutilação/tentativas de suicídio foram um preditor do BPD na ausência do BD, junto com desconfiança e irritabilidade. Pesquisadores sugerem a realização de estudos futuros com amostras maiores e metodologias avançadas para identificar características distintas nestes transtornos, para maior precisão diagnóstica e tratamento adequado.</p>
---	---	-------------	---	---

<p>Adam Bayes, Michael Spoelma, Gordon Parker</p>	<p>Comorbidity bipolar disorder and borderline personality disorder: Diagnosis using machine learning</p>	<p>2022</p>	<p>Os pesquisadores fizeram uma abordagem de aprendizado de máquina (ML) para diferenciar TAB junto a TPB de cada condição individualmente. Os pacientes tinham diagnósticos do DSM, que foram comparados aos resultados finais com o preenchimento de estruturas de autorrelatos de suas personalidades, estratégias de regulação emocional e experiências da infância relacionadas à relação parental.</p>	<p>Foram usados 82 diagnósticos com TAB, com TPB e com TAB/TPB concomitante. Os diagnósticos derivados do ML tiveram uma precisão de 79,6% na classificação de TAB/TPB versus TAB e 61,7% na classificação de TAB/TPB versus TPB. Os principais itens que caracterizaram o paciente com TAB/TPB e não apenas com TAB foram: Ideação paranoide relacionada ao estresse e outros itens centrais de personalidade borderline; Pacientes com TAB/TPB e não apenas TPB foram diferentes quanto à presença de déficits em estratégias de regulação emocional. Ambas tinham em comum impulsividade e raiva. Conclui-se que esse modelo ajuda a tomar decisões clínicas mais precisas.</p>
---	---	-------------	--	--

Livia Wright, LisaLari, StefaniaLazzetta, MarcoSaettoni, AndreaGagnani	Differential diagnosis of borderline personality disorder andbipolar disorder: Self concept, identity andself- esteem	2021	O estudo propõe que sejam feitas análises de identidade, de auto conceito e de auto estima para tentar distinguir os dois transtornos quanto não concomitantes.	Observou diferenças qualitativas entre os transtornos. No TPB há difusão da identidade e autoconceito de forma negativa, o paciente não se conhece ou identifica sua identidade; outro ponto é que, os gatilhos para mudar o autoconceito e a autoestima estão relacionados a gatilhos interpessoais. Enquanto isso, no TAB, mesmo com os desafios quanto à identidade, há menor na identidade narrativa o que pode ser visto no TPB; além disso, mudanças no autoconceito e na autoestima relacionados a fatores internos como humor e motivação, diferente do TPB que é diretamente ligado a gatilhos externos.
--	---	------	---	---

Darryl Bassett	Borderline personality disorder andbipolar affectivedisorder. Spectra or spectre? A review	2012	O objetivo era esclarecer as diferenças entre TAB e TPB para entender as formas diferentes da mesma doença ou os grupos de doenças separadas. Foi utilizada uma revisão de literatura em diversas bases de dados (AMED, CINAHL, Embase, Ovid, ProQuest, MEDLINE, Web of Science, ScienceDirect) e comparados com a experiência clínica do autor e informações de colegas para chegar a uma revisão sobre o tema.	Pontos divergentes entre TAB e TPB: autopercepção, interrupção de relacionamentos, histórico familiar de TAB, benefícios de medicamentos, extensão de déficits cognitivos, forma de desregulação afetiva e ciclagem de humor, incidência de suicídios e tentativas, forma de episódios psicóticos, abuso sexual precoce, não de trauma precoce, perda de massa cerebral, alteração na atividade cortical, sensibilidade do receptor de glicocorticoides e disfunção mitocondrial. Semelhantes: características da desregulação afetiva, depressões atípicas, automutilação, e polimorfismos transportadores, possíveis ligações genéticas, redução na modulação límbica, no tamanho do hipocampo e amígdala, e distúrbios do sono.
----------------	---	------	--	--

DISCUSSÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) se caracteriza, primariamente, pelas alterações episódicas do humor, uma vez que trata-se de um transtorno de humor, no qual o indivíduo encontra-se afetado de uma forma patológica para si próprio e a manutenção de suas relações interpessoais. Portanto, define-se¹ com a presença de no mínimo dois episódios onde o humor e as atividades do paciente estejam perturbados.

Tais perturbações podem apresentar-se com a elevação do humor, da energia e da

atividade do paciente, caracterizando-se como um episódio de mania ou hipomania; ou como um rebaixamento do humor, incapacidade de experimentar prazer nas vivências cotidianas (anedonia), acompanhados da diminuição da energia e da atividade do paciente, caracterizando assim um episódio depressivo¹.

Com relação ao tempo, entende-se que os episódios maníacos possuem duração que varia entre 2 semanas até 4 ou 5 meses, enquanto os episódios depressivos tendem a durar mais tempo, com uma média de 6 meses¹.

Além disso, o TAB engloba, segundo do DSM-5, dois tipos distintos: O Bipolar tipo I e o Bipolar tipo II. O primeiro, se caracteriza por apresentar sintomas bipolares com episódios depressivos e maníacos francos, com prognóstico mais grave; enquanto o segundo apresenta-se com alternância de fases de hipomania e Episódios Depressivos Maior¹⁵.

Enquanto isso, ao tratar-se da definição do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), entende-se que este remete a um indivíduo que possui uma maneira rígida de comportamento, que define um formato específico e pré-estabelecido da sua personalidade. Os transtornos de personalidade são divididos pelo DSM-5 em 3 *clusters* (A, B e C), entrando o TPB no cluster B, junto com a personalidade antissocial, narcisista e histriônica, as quais se caracterizam por padrões de conduta tipificados pela impulsividade e/ou manipulação¹⁶.

Como uma característica deste transtorno, observa-se a hipersensibilidade do indivíduo para com situações de rejeição, levando-o a demonstrar instabilidade emocional e comportamental nos relacionamentos interpessoais, na auto imagem, e nas expressões de afeto e comportamento.

Para Peter Fonagy e Anthony Bateman¹⁸, esse transtorno é basicamente definido como a falta de resiliência para lidar com estressores psicológicos. Estes autores exemplificam ainda que resiliência trata-se da capacidade de elaborar uma reavaliação e se adaptar a eventos que podem ser estressantes ou negativos. Pacientes sem essa característica acabam por acumular as experiências ruins e não assimilam as novas boas experiências que acontecem¹⁸. Outra teoria afirma que TPB resulta do fato de o paciente não conseguir elaborar nem mesmo copiar ao observar nas outras pessoas mecanismos sadios de resposta ao estresse¹⁹.

Quanto aos transtornos que podem ser associados ao paciente com TAB e que, com frequência, são diagnosticados concomitantemente encontra-se: transtorno de ansiedade, outros transtornos de personalidade e do comportamento e transtornos relacionados ao abuso de substâncias²⁰. Outro problema grave associado a este transtorno é o risco de suicídio, visto que esses indivíduos são entre 20 a 30 vezes mais propensos ao suicídio do que a população saudável¹⁵.

Quanto aos transtornos associados ao TPB, encontra-se o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) devido à sua característica fisiopatológica de desregulação

e redução da sensibilidade de receptores serotoninérgicos e também déficits neurocognitivos 21.

Com base no DSM-5, o diagnóstico de TAB deverá ser baseado na história clínica e no exame do estado mental do paciente ²², observando-se a temporariedade dos episódios maníacos ou depressivos. Para caracterizar um episódio maníaco, observa-se, no paciente, a presença de autoestima inflada ou grandiosidade, aceleração do pensamento com ou sem fuga de ideias, distraibilidade, agitação psicomotora, sensação de pressão para manter-se falando e diminuição do sono. Por outro lado, no que se observa ao episódio depressivo, presente nestes pacientes, os sintomas caracterizados pelo humor deprimido a maior parte do dia, perda ou ganho de peso significativos, insônia ou hipersonia, perda de energia e fadiga, anedonia, retardo ou agitação psicomotora, sentimento de culpa inadequado, pensamentos de morte e dificuldade de concentrar e tomar decisões ¹.

O diagnóstico de TAB pode ser realizado ainda na infância, uma vez que o primeiro episódio poderá aparecer em qualquer idade e ter grande variação na frequência destes episódios e nos padrões de remissões e recaídas.

Ao tratar-se dos transtornos de personalidade, existem questionários estruturados de triagem diagnóstica que podem ser utilizados, como o Zanarini Rating Scale ²¹, que é próprio para o Transtorno de Personalidade Borderline. Como pontos principais nessa escala, avaliam-se os padrões generalizados de instabilidade de relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, assim como impulsividade acentuada em uma variedade de contextos, principalmente no início da idade adulta.

Embora existam diversos instrumentos para a avaliação de triagem do transtorno de personalidade borderline, conforme citado por Dias e Natividade (2022), nenhum deles está validado para o uso em português com uma tradução apropriada ²³.

Apesar disso, na língua inglesa, há grande variedade de mecanismos para facilitar e estruturar o diagnóstico, como, por exemplo, a avaliação de McClean para TPB; O Personality diagnostic questionnaire; A entrevista clínica estruturada pelo DSM-5 para transtornos de personalidade e A Escala de Minnesota para Transtornos de Personalidade Borderline; ²¹.

O desenvolvimento de TAB é multifatorial, envolvendo tanto fatores relacionados ao ambiente como trauma precoce, abuso de álcool e drogas. Quanto a fatores genéticos, no que diz-se especificamente desse transtorno, existem três genes específicos: CACNA1C, ANK3 e TRANK1. Tais genes atuam no funcionamento dos canais de sódio de células nervosas e na sinalização celular por canais de cálcio ²⁴.

Além disso, existem ainda os fatores neuroquímicos que se associam ao desenvolvimento do transtorno como a relação com a disfunção mitocondrial e energética,

que aumenta marcadores inflamatórios e o estresse oxidativo, além de ativar o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, mudando assim, progressivamente, a estrutura cerebral. Tal fator, pode causar lesão neuronal, disfunção sináptica e declínio cognitivo evidente²⁵. Explicando assim o porquê da predisposição ao desenvolvimento de quadros demenciais a longo prazo em pacientes bipolares.

Já o transtorno *borderline*, da mesma forma que o TAB, possui uma etiologia também multifatorial e tem um forte fator para sua predisposição genética. Os fatores ambientais relacionados a esse transtorno incluem maus tratos infantis, separação materna, vínculos maternos fracos, barreiras familiares inapropriadas, abuso de substância por parte dos pais e alterações psicopatológicas paternas severas²¹.

No que concerne ao tratamento do TAB, encontra-se como objetivo a redução tanto da duração quanto da severidade dos episódios de flutuação patológica de humor, além da prevenção de novas descompensações. Para tal, faz-se o uso de medicamentos que realizam esse controle, tendo como escolhas principais o lítio, a monoterapia com antipsicóticos de segunda geração (como olanzapina, quetiapina e a risperidona). Além disso, pode ser realizada a monoterapia com anticonvulsivantes como Carbamazepina, Lítio, Valproato de Sódio e Lamotrigina. No entanto, o Carbonato de lítio é o padrão ouro para tratar a mania aguda, depressão bipolar, tratamento de manutenção e prevenção do suicídio²⁶. Outra opção são os antidepressivos para o tratamento da depressão do TAB, incluindo-se nesse rol os tricíclicos e os inibidores da recaptação de serotonina. Contudo, estes devem ser associados a anticonvulsivantes ou antipsicóticos de segunda geração, porque os tricíclicos têm maior risco de deflagram ciclagem rápida e virada maníaca²⁷.

Em contrapartida, o tratamento do TPB é feito com psicoterapia, podendo utilizar-se de medicamentos para tratar os sintomas que o paciente venha a apresentar.

Conforme a exposição das características de cada transtorno, pode ser observado que ambos diferem no que tange à sua etiologia, aos seus processos neuropsicológicos, tratamento e prognóstico.

Joel Paris⁸ (2018) caracteriza que existem dois problemas principais com o diagnóstico diferencial entre TPB e TAB, sendo o primeiro o fato de que a maioria dos diagnósticos é definida com uma base inteiramente voltada para a fenomenologia. Ou seja, sustenta-se apenas no discurso e atitudes do paciente acerca de suas experiências e vivências, dificultando a validação dessas informações. A seguir, elenca o segundo problema como o excesso de diagnósticos de ambos os transtornos, o que acontece uma vez que os pacientes podem apresentar sintomas que se sobrepõem e embora possuam características claras de seus transtornos, recebem o mesmo diagnóstico. Para esse autor, a razão primária que gera a confusão ao diagnosticar ambas as síndromes, se dá meramente pela instabilidade de humor que lhes é comum⁸.

Portanto, para fugir desse erro, ele sugere que seja realizada uma anamnese criteriosa e cuidadosa, podendo constatar que a instabilidade de humor no TPB não é uma característica de hipomania. Contudo, caso o seja, o próprio diagnóstico de transtorno de personalidade deverá ser questionado⁸.

Saunders et al.²² (2021) buscou, em uma pesquisa randomizada, explorar a presença, a gravidade e o impacto dos traços de personalidade limítrofe em uma grande coorte de indivíduos com transtorno bipolar. Para tal, fez um corte de 1447 indivíduos onde 1008 possuíam Transtorno Afetivo Bipolar do Tipo 1 e 439 do tipo 2.

Primariamente, os autores realizaram uma avaliação psiquiátrica do TAB fazendo uso da entrevista semi-estruturada Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) e de notas dos casos clínicos. Nos casos de dúvidas do diagnóstico de TAB, o indivíduo passaria por dois terapeutas que lhe avaliariam separadamente, comprovando ou desaprovando o diagnóstico em caso de divergência. A seguir, foi feita a mensuração dos traços de personalidade borderline nesses indivíduos fazendo o uso do questionário Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST). Dos 3710 indivíduos que receberam o questionário, apenas 1447 o responderam e devolveram para o desenvolvimento da pesquisa²².

Por fim, ficou constatado que os transtornos encontravam-se de forma comorbida em 36 pessoas com TAB II e 27 pessoas com TAB I. Contudo, vale ressaltar que 94,5% dos indivíduos com TAB II tiveram ao menos um item positivo no BEST, enquanto aqueles com TAB I apresentaram 85,9%²².

Palmer et al.¹³ (2021), realizou uma pesquisa com a admissão de 757 pacientes internados que responderam os questionários Mood Disorder Questionnaire (MDQ) and McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI) onde admitiu como positivos para transtorno de humor aqueles que assinalaram mais de 7 a 13 das respostas como positivas e como transtorno de personalidade aqueles que responderam uma quantidade maior ou igual a 7. Chegou à conclusão que ambos os questionários eram mais específicos do que sensíveis para os transtornos investigados e assumiu que as respostas ao MDQ, de acordo com as perguntas assinaladas eram mais preditores de TPB e não preditores de TAB. Enquanto isso, os subítemes do MSI, como comportamentos de automutilação e tentativas suicidas previam mais TPB na ausência do transtorno de humor, enquanto que a desconfiança e a irritabilidade eram preditores adicionais de TPB¹³.

Dessa forma, concluiu que, embora o estudo não obtivesse uma entrevista diagnóstica estruturada com cada um dos pacientes para uma melhor abordagem, forneceu a possibilidade de haverem sintomas diferenciais para separar o TAB do TPB. Sugeriu ainda que, caso houvesse a implementação no estudo com uso de metodologia de aprendizado de máquina e

bioinformática de forma mais rigorosa, seria possível identificar características distintas entre ambos os transtornos e assim aumentar a precisão de diagnóstico, otimizando o tratamento dos pacientes¹³.

Dessa forma, conforme ficou observado pelas pesquisas anteriores supracitadas, Paris⁸(2017) esclarece que os transtornos podem ser sobrepostos devido à sua similaridade, contudo, pelo que é exposto por Saunders et al.²² (2021), existe uma diminuta parte dos pacientes com diagnóstico de transtorno de humor que teriam também o diagnóstico de transtorno de personalidade e isso acontece pois, conforme defendido por Palmer et al.¹³ (2021), os questionários de ambas as entidades mórbidas se entrelaçam, embora possam separar-se para sua categorização pessoal e única. Portanto ratifica-se o fato de que uma pesquisa ampla com uso de bioinformática e uma ampla quantidade de participantes seria o ideal para sistematizar de forma concreta as diferenciações existentes entre os transtornos.

CONCLUSÃO

Portanto, de acordo com os dados aqui expostos e observando-se a semelhança entre ambos os transtornos, é imprescindível que haja, por parte do médico a diagnosticar e manejar o paciente, o conhecimento bem esclarecido das características etiológicas, genéticas, do quadro clínico e principalmente do tratamento de ambas as doenças, que divergem de forma clara. Dessa forma, estabelece-se que humor elevado, grandiosidade, aumento de energia, fala pressionada, diminuição da necessidade de sono, hiperatividade são características que apontariam predominantemente para ao diagnóstico de Transtorno de Humor Afetivo Bipolar, enquanto que a presença majoritária de automutilação e tentativas suicidas, assim como desconfiança e a irritabilidade seriam indicadores principais de Transtorno de Personalidade Borderline.

Contudo, deve-se atentar ainda para a possibilidade da sobreposição de ambos os transtornos. Nesses casos, o uso de um questionário sistematizado é sugerido para que seja feito o diagnóstico de forma coesa e assertiva, diferenciando-as ou agrupando-as.

Por fim, realça-se que, para pesquisas futuras, o uso da bioinformática com uma grande coorte de pacientes que não possuem essa sobreposição e que sejam estudados de forma separada e categorizada. Isso seria de grande auxílio para diferenciar esses sintomas e estabelecer o ponto onde ambas divergem de forma definitiva, auxiliando assim a construção de um diagnóstico sistêmico, decisivo, permanente e concreto em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva, B. M. B. M., Vieira, J. F., Sousa, T. B. M., Souza, J. C. R. P. Cronobiologia do transtorno afetivo bipolar: uma revisão narrativa [Revisão Narrativa on the Internet]. [place unknown]: *ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria*; Tese. 2022.

2. Dornelles, V. G. (2021) *Quais são as semelhanças e as diferenças entre TPB e TAB?* [Internet]. [cited 2022 Dec 10];
3. APA. (2014) *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed.
4. Ghaemi, S. N., Dalley, S. *The bipolar spectrum: conceptions and misconceptions*. Aust N Z J Psychiatry. 2014.
5. Barlow, D. H. (2016) *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo*. 5th ed. e atual: Artmed; [cited 2022 Dec 08];
6. Linehan M. (2019). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno da Personalidade Borderline*: Artmed;
7. Bayes, A., Parker, G., Paris, J. (2019) Differential diagnosis of bipolar II disorder and borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 2019; (2):1-11.
8. Paris, J. Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 2018; 41(4):575-582.
9. Zimmerman, M., Morgan, T. A. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*; 2022.
10. Asherson P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., Deberdt, W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current medical research and opinion*. 2014; 30(8):1657-1672.
11. Paris, J., Black, B. W. *Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter?* J Nerv Ment Dis. 2015 Jan;203(1):3-7. doi: 10.1097/NMD.0000000000000225. PMID: 25536097.
12. Saunders, K. E. A., Jones, T., Perry, A., Florio, A. D., Craddock, N., Jones, I., Gordon-Smith, K., Jones, L. The influence of borderline personality traits on clinical outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2021;23(4):368- 375.
13. Palmer, B. A., Pahwa, M., Geske, J. R., Kung, S., Nassan, M., Schak, K. M., Alarcon, R. D., Frye, M. A., Singh, B. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. *Brain and behavior* 2021;11(7):e02201.
14. Basset, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 46, n. 4, p. 327-339.
15. McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., Mansur, R. B. (2020) *Bipolar disorders*. *Lancet*.; 396 (10265): 1841-56. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
16. Regier, D. A., Kuhl, E. A., Kupfer, D. J. (2013). *The DSM-5: Classification and criteria changes*. *World Psychiatry*. Jun;12(2):92-8.

17. Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., Campbell, C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2017; 4:11.
18. Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Linehan, M. M. *A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory.* *Psychol Bull.* 2009 May;135(3):495-510
19. Bosaipo, N. B., Borges, V. F., Juruena, M. F. *Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos.* *Med. (Ribeirão Preto).* 2017; 50 (supl.1): 72- 84
20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
21. Saunders, K. E., Geddes J. R. The management of bipolar disorder. *British Journal of Hospital Medicine.* 2017; 77(3):175–179.
22. Dias, D. S., Natividade J. C. Brazilian adaptation of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Trends Psychiatry Psychother.* 2022 Oct 18;44. doi: 10.47626/2237-6089-2022-0486. Epub ahead of print. PMID: 36257605.
23. Harrison, P. J., Geddes, J. R., Tunbridge, E. M. The Emerging neuro biology of bipolar disorder. *Trends Neurosci.* 2018;41(1): 18-30. <https://doi.org/10.1016/j.tins.10.006> - PMID:29169634PMCID:PMC5755726
24. Scaini, G., Valvassori S. S., Diaz, A. P., Lima, C. N., Benevenuto, D., Fries, G. R., Quevedo, J. Neurobiology of bipolar disorders: a review of genetic components, signaling pathways, biochemical changes, and neuroimaging findings. *Brazilian J Psychiatry.* 2020; 42(5):536-51.
25. Cuéllar-Barboza, A. B., McElroy, S. L., Veldic, M., Singh, B., Kung, S., Romo Nava, F., Nunez, N. A., Cabello-Arreola, A., Coombes, B. J., Prieto, M., Betcher, H. K., Moore, K. M., Winham, S. J., Biernacka, J. M., Frye, M. A. Potential pharmacogenomic targets in bipolar disorder: considerations for current testing and the development of decision support tools to individualize treatment selection. *Int J Bipolar Disord.* 2020; 8(1)
26. Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgione, R. N., Goracci, A., Cuomo, A., Young, A. H. *Diagnosis, epidemiology and management of mixed states in bipolar disorder.* *CNS Drugs.* 2025; 29(9):725-40.