

Perturbação de Stresse Pós-Traumático, Perturbação de Stresse Pós-Traumático Complexo e Perturbação da Personalidade Borderline: Semelhantes, mas Bem Distintos

Post-Traumatic Stress Disorder, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: Similar, but Quite Distinct

Ana Pedro Costa^{1,2,3}, Ana Matos Pires^{1,2}

Autor Correspondente/Corresponding Author

Ana Pedro Costa [anapedrocosta92@gmail.com]

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8704-0480>

Serviço de Psiquiatria, Departamento de Saúde Mental,
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal.
Rua Dr. António Fernando Covas Lima, 7801-849 Beja

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1017>

PALAVRAS-CHAVE: Classificação Internacional de Doenças; Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais; Perturbação da Personalidade Borderline; Perturbação de Stresse Pós-Traumático

KEYWORDS: Borderline Personality Disorder; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; International Classification of Diseases; Stress Disorders, Post-Traumatic

INTRODUÇÃO

A conceptualização da perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) tem evoluído significativamente ao longo das últimas décadas, acompanhando o aprofundamento do conhecimento sobre os efeitos psicológicos do trauma.¹⁻³ Atualmente, reconhece-se que a exposição a acontecimentos traumáticos pode originar não apenas sintomas de reexperiência, evitação e hiperexcitação, mas também, em casos de trauma prolongado, alterações mais amplas na organização do *self*, designadas por perturbação de stresse pós-traumático complexo (CPTSD).¹⁻³

Por outro lado, a perturbação da personalidade *bor-*

derline (BPD) partilha características clínicas semelhantes, sobretudo na desregulação emocional e nas dificuldades relacionais, o que frequentemente dificulta a distinção entre as entidades nosológicas.⁴⁻⁶

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar criticamente os critérios distintivos entre PTSD, CPTSD e BPD, destacando as suas implicações para a avaliação diagnóstica e para a prática clínica.

MÉTODOS

Este estudo adota uma abordagem teórica e comparativa, centrada na análise conceptual e nos critérios diagnósticos das perturbações em foco: perturbação

1. Serviço de Psiquiatria, Departamento de Saúde Mental, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja, Portugal. 2. Comprehensive Health Research Center, Lisboa, Portugal. 3. Universidade de Évora, Évora, Portugal

Recebido/Received: 2025-02-03. Aceite/Accepted: 2025-12-02. Publicado online/Published online: 2026-01-10. Publicado/Published: 2026-03-27.

© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

de stresse pós-traumático (PTSD), perturbação de stresse pós-traumático complexa (CPTSD) e perturbação da personalidade *borderline* (BPD).

A revisão foi estruturada em duas etapas principais. Na primeira, procedeu-se à análise das classificações diagnósticas internacionais – nomeadamente na quinta edição revista do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-5-TR) e na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) – com o objetivo de identificar os critérios formais e as dimensões clínicas que definem cada perturbação. Na segunda etapa, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica recente, com foco em artigos publicados nos últimos anos que abordassem as diferenças e semelhanças entre PTSD, CPTSD e BPD, com especial atenção às dimensões emocionais, cognitivas e relacionais. A seleção e análise permitiram destacar os critérios diferenciadores essenciais associados à sobreposição entre CPTSD e BPD.

RESULTADOS

O diagnóstico de perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) foi introduzido pela primeira vez na 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM).¹⁻³ As edições posteriores do DSM aperfeiçoaram e melhoraram os critérios de diagnóstico, culminando na versão mais recente, apresentada no DSM-5-TR.¹⁻³ Apesar disso, o diagnóstico da PTSD tem sido controverso e questiona-se a formulação do mesmo.¹⁻³ A 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) propôs uma abordagem diferente para o diagnóstico desta entidade nosológica primeiro, porque simplificou a conceptualização da perturbação, e depois porque fez a distinção entre uma forma básica e uma complexa.¹⁻³

A exposição a trauma, definida como um evento ou uma série de eventos extremamente ameaçadores ou horríveis, é necessária para o diagnóstico de PTSD.^{1,2} Uma das características essenciais para se fazer este diagnóstico é o de reexperienciar/reviver, que requer que o evento traumático não seja apenas lembrado involuntariamente, mas seja experienciado como ocorrendo novamente no aqui e agora, na forma de imagens ou memórias vividas, *flashbacks*, sonhos ou pesadelos repetitivos.^{1,2} A reexperiência pode ocorrer através de uma ou de múltiplas modalidades sensoriais e é normalmente acompanhada por emoções fortes ou avassaladoras, particularmente medo ou horror, e fortes sensações físicas.^{1,2} A evitação e um elevado sentimento de ameaça são também características

essenciais: evitar pensamentos e memórias do evento ou evitar atividades, situações ou pessoas que o recordem e sensação persistentes de ameaça atual elevada, por exemplo, hipervigilância ou uma reação de susto intensificada a estímulos (hiperexcitação).^{1,2} Para além do grupo de sintomas elencados anteriormente, a formalização do diagnóstico implica que estes devam persistir durante várias semanas e causar prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do indivíduo.^{1,2}

A conceptualização da PTSD Complexo (CPTSD) foi introduzida em 1992 por Judith Lewis Herman, a partir da observação de que a exposição prolongada ou repetida a experiências traumáticas tende a originar respostas psicopatológicas de maior complexidade e duração do que aquelas habitualmente associadas à Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD).⁷ A CPTSD resulta da exposição a um evento ou série de eventos de natureza extremamente ameaçadora ou horrível, prolongados ou repetitivos e dos quais a fuga é difícil ou impossível (por exemplo, tortura, escravidão, genocídio, violência doméstica prolongada, abuso sexual ou físico repetido na infância).^{1,2,4} O diagnóstico da CPTSD é composto por seis grupos de sintomas: três são compartilhados com a PTSD (reexperiência, evitação e sensação de ameaça) e três são adicionais, relacionados com alterações na organização do *self* (*disturbances in self-organization* - DSO).^{1,2,4} Assim estes indivíduos apresentam critérios de diagnóstico para PTSD e, adicionalmente, os DSO: 1) problemas graves e persistentes na regulação das emoções; 2) crenças sobre si mesmo como diminuído, derrotado ou sem valor, acompanhadas de sentimentos de vergonha, culpa ou fracasso relacionados ao evento traumático; e 3) dificuldades em manter relacionamentos e em sentir-se próximo dos outros.^{1,2,4}

Uma das dúvidas que surgiu em relação ao diagnóstico proposto de CPTSD é se, de facto, a CPTSD descreve uma classe de indivíduos que são distintos daqueles com PTSD.^{1,2} A CPTSD tem um perfil de sintomas mais "complexo", composto por um maior número e tipo de sintomas clinicamente significativos.^{1,2} As diferenças entre o PTSD e o CPTSD baseiam-se nos fatores de risco, ou seja na CPTSD os eventos traumáticos são prolongados e repetidos e a fuga é difícil ou impossível; no conjunto de grupo de sintomas que o indivíduo deve apresentar (três *versus* seis domínios de sintomas listados anteriormente); no comprometimento funcional, com maior impacto na CPTSD; nas comorbilidades, a CPTSD apresenta maior comorbilidade com

perturbações ansiosas, depressivas e dissociativas; no prognóstico, com os indivíduos com CPTSD a apresentar uma pior saúde física e uma pior *performance* cognitiva ao longo do tempo.^{1,2} Não esquecer ainda as diferenças entre as características neurobiológicas e do esquema terapêutico, nomeadamente psicoterapêutico, que também contribuem para a distinção entre a PTSD e a CPTSD.^{8,9} Embora a PTSD e a CPTSD pareçam partilhar disfunções neurobiológicas centrais, como alterações na função da amígdala, do hipocampo e do córtex pré-frontal, a CPTSD está associada a alterações neuronais adicionais e mais complexas.^{8,9} A CPTSD apresenta uma ativação aumentada na ínsula; maiores disfunções nas redes cerebrais responsáveis pela regulação emocional; recrutam mais regiões de controlo; e pode envolver uma desregulação autonómica mais pronunciada.⁸ A CPTSD requer, geralmente, intervenções mais longas, flexíveis e baseadas em vários modelos terapêuticos, adaptadas para abordar tanto os sintomas de trauma como as perturbações de organização do *self*.⁹ As abordagens personalizadas, com intervenções dirigidas a grupos de sintomas individualizados e história de trauma, estão associadas a melhores resultados.⁹

Outra grande dúvida é se a CPTSD é ou não uma PTSD comórbida com a perturbação da personalidade *borderline* (BPD).⁴ A BPD e a PSPT são distintas no que diz respeito às definições precisas das suas características diagnósticas, mas verificou-se que existe uma sobreposição substancial nos seus critérios de sintomas. Em relação à CPTSD, os três domínios dos DSO também são paralelos às características da BPD.⁴ No entanto, os sintomas específicos dos DSO são relativamente distintos dos sintomas da BPD.⁴

A BPD é tipicamente caracterizada por um sentido de identidade/autoconceito instável, que alterna entre uma autoavaliação altamente positiva ou negativa, e por relações intensas e inconstantes, que oscilam entre percepções de idealização e desvalorização dos outros.⁵ Outras características importantes incluem

um sentimento crónico de vazio interior, impulsividade marcada, com frequentes comportamentos suicidários, nomeadamente comportamentos autolesivos, podendo também surgir sintomas psicóticos e dissociativos transitórios e reativos ao stress.⁵

Na CPTSD/DSO a desregulação emocional envolve uma dificuldade crónica na autorregulação quando o indivíduo está angustiado e um entorpecimento emocional crónico, ao contrário da raiva extrema e do profundo descontrolo emocional encontrados na BPD.^{2,4} As auto-percepções negativas na CPTSD/DSO tendem a centrar-se num sentimento estável e crónico negativo, de culpa, vergonha e inutilidade, em contraste com o sentimento mais instável e fragmentado de si próprio na BPD.^{2,4}

Apesar de tanto a CPTSD como a BPD envolverem problemas relacionais graves, no caso da BPD isso implica uma hostilidade relacional intensa e volátil e uma oscilação entre a idealização e a desvalorização para evitar o abandono real ou imaginário.^{2,4} Na CPTSD/DSO, em contraste, são definidos por percepções das relações como dolorosas e geralmente evitadas, evitação e distanciamento com base no medo da proximidade.^{2,4} A presença de história de trauma não é um requisito para o diagnóstico de BPD, mas é um pré-requisito necessário para o diagnóstico de CPTSD.^{4,5} Apesar da experiência de trauma não ser um pré-requisito para o diagnóstico de BPD, altas taxas de comorbidade levaram alguns autores a conceptualizarem a BPD como parte de uma coleção maior de sintomas relacionados ao trauma.⁶ Esta ideia foi em parte reconhecida por se verificarem altas taxas de abuso sexual na infância e outras formas de maus-tratos na infância ou trauma interpessoal grave em pessoas com BPD.⁶

Na Tabela 1 apresentam-se de forma sucinta as diferenças entre estas perturbações.¹⁻⁶ Na Tabela 2 são listadas as diferenças quanto à prevalência; neurobiologia; comorbilidade; tipo de evento traumático, idade de exposição e duração do evento traumático, entre a CPTSD e a BPD.^{4,10}

TABELA 1. Resumo das diferenças mais significativas entre a PTSD, CPTSD, e a BPD

Sintomatologia	PTSD	CPTSD	BPD	Características do CPTSD Versus BPD
Desregulação emocional	-	+	+	
Medo de abandono/ Relações instáveis	-	-	+	Desconectado/Consistentemente evitante
Sensação de Identidade instável	-	-	+	Consistentemente negativo
Comportamento impulsivo – Comportamentos suicidários	-	-	+	Baixa frequência
Pesadelos, <i>flashbacks</i>	+	+	-	Necessário
Evitar “material” relacionado com trauma	+	+	-	Necessário
Sensação de ameaça	+	+	-	Necessário
Presença de evento traumático	+	+	-/+	Necessário

Sinal de “+” significa sintomatologia presente e o sinal “-” sintomatologia ausente

TABELA 2. Resumo das diferenças quanto à prevalência; neurobiologia; comorbilidade; tipo de evento traumático, idade de exposição e duração do mesmo, entre a CPTSD e a BPD

Característica	CPTSD	BPD
Prevalência	Mais comum do que a BPD em amostras expostas a trauma (por exemplo, 36% CPTSD vs 8% BPD em doentes seguidos em ambulatório)	Menor prevalência; frequentemente comórbido com CPTSD, mas não o inverso.
Neurobiologia	Dados não conclusivos; a CPTSD pode envolver perturbações mais graves na regulação emocional e nas redes de auto-organização	A BPD está ligada a défices no controlo cognitivo, na regulação emocional e na cognição social; são necessárias mais pesquisas para comparação direta
Comorbidade	A BPD é comórbida em 8%–44% dos casos de CPTSD; a CPTSD é comórbida em 40%–50% dos casos de BPD	Alta comorbilidade com PTSD e CPTSD, mas não é universal
Tipo de Evento Traumático	Tipicamente múltiplo, crónico e interpessoal (por exemplo, abuso ou negligência na infância)	Também ligado a trauma precoce, mas não é necessário para o diagnóstico; o tipo de trauma é menos específico
Idade de Exposição ao Evento Traumático	Trauma precoce e repetido (especialmente na infância) é um forte fator de risco	O trauma precoce aumenta o risco, mas a BPD pode desenvolver-se sem trauma
Duração da Exposição ao Evento Traumático	O trauma prolongado e repetido é característico	Pode haver trauma, mas não necessariamente crónico ou repetido

DISCUSSÃO

O diagnóstico e definição de entidade nosológica separada de PTSD permanecem controversos devido aos debates contínuos sobre a sua definição, validade e limites em relação a outras perturbações.^{11,12} As principais fontes de controvérsia parecem ser: a definição do conceito de trauma; a sobreposição de sintomas com outras perturbações; as definições nos critérios de diagnóstico e discrepâncias presentes nos dois sistemas classificativos internacionais; fatores sociopolíticos e culturais; e necessidade contínua de validação empírica.^{11,12}

A CID-11 simplificou os critérios de diagnóstico de PTSD ao focar-se em três grupos de sintomas principais e introduziu a CPTSD como uma perturbação distinta, caracterizada por perturbações adicionais na organização do *self*.^{1,2,4} As principais razões para esta abordagem foram a utilidade clínica e preocupações com as comorbidades.¹³ Um conjunto de sintomas mais simples e focado visa melhorar a clareza diagnóstica e a aplicabilidade global, facilitando aos clínicos a distinção entre a PTSD, outras perturbações e a identificação de indivíduos com respostas traumáticas mais complexas.¹³ Contudo, a remoção de sintomas sobrepostos não aborda a realidade subjacente de que o trauma leva frequentemente tanto a PTSD/CPTSD como a outras perturbações, como as depressivas.¹⁴

Existe um debate contínuo sobre se a CPTSD representa uma perturbação qualitativamente distinta ou simplesmente uma forma mais grave de PTSD.¹¹⁻¹³ No entanto, a literatura apoia consistentemente a existência de duas entidades empiricamente distintas.^{2,11,13}

A CPTSD está associada a traumas mais graves, crónicos e interpessoais, e a maior comprometimento funcional.² Alguns investigadores defendem um modelo dimensional, considerando a PTSD e a CPTSD (e as suas comorbidades) como pontos ao longo de um espectro de psicopatologia relacionada com o trauma, em vez de categorias estritamente separadas.¹³

A discussão também recai sobre a relação entre a CPTSD e a BPD.^{4,10} Contudo a CPTSD e a BPD conceptualizam-se como perturbações distintas, mas com sobreposições.^{4,10} A CPTSD não é simplesmente PTSD e BPD; a CPTSD está mais intimamente ligada a traumas interpessoais crónicos e precoces, enquanto a BPD pode se desenvolver com ou sem trauma.^{4,10} As distinções neurobiológicas ainda estão por esclarecer, mas as diferenças clínicas e de desenvolvimento apoiam a necessidade de diagnósticos separados e intervenções personalizadas.^{4,10}

São necessárias mais pesquisas e análises críticas, com amostras epidemiologicamente variadas e instrumentos validados, para resolver estes desafios, garantir diagnósticos e cuidados precisos e diminuir a controvérsia.

CONCLUSÃO

Apesar de estas três entidades apresentarem sintomas e sinais que se sobrepõem e, por isso, parecerem semelhantes, também apresentam alguns que são completamente distintos. A identificação correta de cada uma delas tem implicância na abordagem ao indivíduo, no esquema terapêutico proposto e no prognóstico deste. Uma boa entrevista, com uma colheita de his-

tória clínica e anamnese detalhadas, é a chave para se diagnosticar de forma correta cada uma destas perturbações.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

APC: Conceptualização, redação e revisão crítica do manuscrito.

AMP: Revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

APC: Conceptualisation, writing and critical review of the manuscript.

AMP: Critical review of the manuscript.

All the authors approved the final version to published.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

APOIO FINANCEIRO: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não solicitado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 11th ed. Geneva: WHO; 2021.
2. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2017;58:1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Chicago: APA; 2022.
4. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD and borderline personality disorder. Vol. 8, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021;8:16. doi: 10.1186/s40479-021-00155-9.
5. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry.* 2018;18:351. doi: 10.1186/s12888-018-1908-3.
6. Powers A, Petri JM, Sleep C, Mekawi Y, Lathan EC, Shebuski K, et al. Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder using exploratory structural equation modeling in a trauma-exposed urban sample. *J Anxiety Disord.* 2022;88:102558. doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102558.
7. Nestgaard Rød Å, Schmidt C. Complex PTSD: what is the clinical utility of the diagnosis? *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12:2002028. doi:10.1080/20008198.2021.2002028
8. See CR, Si S, Baird CL, Haswell CC, Hussain A, Olff M, et al. A whole-brain voxel-based analysis of structural abnormalities in PTSD: An ENIGMA-PGC study. *Eur Psychiatry.* 2025;68:e97. doi: 10.1192/j.eurpsy.2025.10062.
9. Ungar-Sargon J. Bridging the Divide: Neurophysiological Signatures and Holistic Treatment Models for PTSD and Complex PTSD. *Med Clin Res.* 2025;10:01-14. doi: 10.33140/MCR.10.07.02.
10. Fernández-Guerrero MJ. Complex Post-traumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder: The Discussion Goes on. *Differential Diagnosis Proposal. - Psychologist Papers.* 2023;44:172-9. doi: 10.23923/pap.psicol.3025.
11. Saraiya TC, Bauer AG, Banks DE, Brown DG, Jarnecke AM, Ebrahimi CT, et al. Are we gatekeeping trauma? A conceptual model to expand criterion A for invisible, identity-based, and systemic traumas. *Soc Sci Med.* 2025;375:118090. doi: 10.1016/j.socscimed.2025.118090.
12. Pai A, Suris A, North C. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behav Sci.* 2017;7:7. doi: 10.3390/bs7010007.
13. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *J Trauma Stress.* 2018;31:174-80. doi: 10.1002/jts.22272.
14. Barbano AC, van der Mei WF, deRoos-Cassini TA, Grauer E, Lowe SR, Matsuoka YJ, et al. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Depress Anxiety.* 2019;36:490-8. doi: 10.1002/da.22881