

Borderline: “A Doença de Borda”

AUTORES

BRITO, José Renato Pereira
Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

NOVAES Livia Calixto Batistela
Docente Médica Psiquiátrica

RESUMO

O transtorno Borderline é um transtorno de personalidade, presente no CID10 como F60.3 sua diferenciação é recente. Acredita-se que esteja entre a neurose e a psicose. Contudo, com o advento da medicina e estudos clínicos, cada enfermidade é bem diferenciada uma da outra.

Tem-se o conhecimento de que a doença afeta o cotidiano do indivíduo, causando instabilidade, labilidade, alterações de humor e certa agressividade. Para diagnosticar adultos, há critérios presentes no DSM-5. Crianças não estão sujeitas a terem a doença, porém apresentam traços que no futuro podem entrar para diagnóstico. Existe um grande risco de tentativas de suicídio em portadores da doença, porém com baixa efetividade. O transtorno afeta três mulheres pra cada homem e, por mais que já tenham tido tentativas medicamentosas de tratar a enfermidade, apenas a psicoterapia é considerada o tratamento adequado e aprovado.

O objetivo do texto é difundir a informação sobre o transtorno a profissionais da área da saúde.

PALAVRAS - CHAVE

Borderline, Transtorno de Personalidade Borderline, Borderline em adolescentes

ABSTRACT

Borderline disorder is a personality disorder, present in the ICD10 as F60.3 and we came across its measurement recently. It is believed to be between a neurosis and a psychosis. However, with the advent of medicine and clinical studies, it is known to differentiate each disease.

It is currently known that the use of the individual's daily life is made by instability, lability, change of mood and certain aggressiveness. To give a diagnosis in adults, it is used the DSM-5. Children are not able to have the disorder, but they show traits that can become a diagnosis in the future. There is a great risk of suicide tries in patients with The disease, but with almost no deaths. The disorder affects three women for each man and, as much as they have already tried drugs as a treatment for illness, only psychotherapy is considered the appropriate and approved treatment.

Key-words: Borderline, Borderline Disorder, Borderline in adolescents

1.INTRODUÇÃO

A origem do termo Borderline – que significa limítrofe – vem da ideia que os profissionais têm sobre os critérios para diagnóstico da doença. Para eles, é um transtorno entre a neurose e a psicose (*Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2022*). O termo começou a ser utilizado em 1940, por Stern, contudo ainda sim dentro da neurose. Apenas em 1949 que Eisenstein tornou o transtorno como único. Essa desordem, como já citada, afeta a personalidade do indivíduo, que é nada mais nada menos que seu jeito de ser, agir e entender o mundo. É a sua individualidade.

O doente tem uma visão distorcida de si, de sua autoimagem, como se ao se olhar no espelho visse um nada. O padrão da doença não é intermitente, isto é, ocorre esporadicamente. É o cotidiano dele e ele enfrentará conflitos internos, mas poderá superar suas dificuldades (*Silva, A. B.; 2018*). Existem quatro características centrais. Primeiramente, desde muito cedo, o indivíduo apresenta instabilidade emocional que oscila no mesmo dia, geralmente após frustração. Segundo, o padrão de relacionamento é intenso, complicado e com a presença de um enorme vazio existencial. Terceiro, há uma dificuldade em enxergar suas capacidades, depositando todas as suas expectativas no parceiro. Por fim, podem ser inseguros e impulsivos.

Em momentos que se sintam ameaçados, podem tentar prejudicar seu parceiro, com ameaças, perseguições ou até mesmo agressões. Isso não ocorre por falta de amor, mas por um gatilho mental que gerou um pensamento de possível perda desse parceiro (*Silva, A. B.; 2018*).

A questão de não se entender como um ser único e individual é tão grande que um Borderline pode se moldar para satisfazer seu parceiro, fazer coisas que não gosta só para reduzir a chance de perdê-lo, tudo por pura necessidade, falta de amor próprio, vazio existencial ou instabilidade. (*Silva, A. B.; 2018*).

O diagnóstico é feito a partir dos 18 anos. Antes disso, podemos considerar traços, como por exemplo no período da adolescência, em que se revelam as primeiras paixões e as emoções começam a florescer. (*Silva, A. B.; 2018*).

2.OBJETIVO

O objetivo do artigo é disseminar a informação sobre o transtorno borderline para profissionais da área da saúde, a fim de que pacientes em potencial possam ser identificados com mais avidez e encaminhados ao serviço de referência.

3.METODOLOGIA

O artigo trata-se de uma revisão bibliográfica e para sua realização foram utilizadas bases de dados virtuais, como PubMed e Scielo, com materiais entre os anos de 2005 a 2022. Também foi utilizada literatura da renomada psiquiatra Dra Ana Beatriz Barbosa Silva, “Mentes que amam demais”, de 2008.

4. REVISÃO LITERÁRIA

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Antes de mais nada, vale ressaltar que se trata de um transtorno de personalidade, cuja hipótese diagnóstica é dada pelo CID10 na seção F número 60.3.

De acordo com o DSM-5, da American Psychiatric Association, os critérios diagnósticos são:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginário
2. Relacionamentos interpessoais intensos e caracterizado pela alternância de idealização e desvalorização
3. Perturbação da identidade: problemas com sua identidade ou com sua autoimagem
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas destrutivas, como gastos excessivos, sexo sem proteção, abuso de álcool, direção irresponsável e compulsão alimentar)
5. Recorrência de algum comportamento, gesto ou ameaça suicida
6. Instabilidade afetiva por causa de acentuada reatividade de humor (p. ex. disforia episódica)
7. Sentimentos crônicos de vazio
8. Raiva intensa e inapropriada, com dificuldade para controlá-la
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos

Ainda segundo o DSM-5, pacientes com o transtorno tendem a abandonar situações de sucesso, pois causam medo e frustração. Uma grande curiosidade também é que “*borders*” sentem-se protegidos por animais de estimação ou qualquer objeto que passe a ter um valor sentimental e dê segurança a ele. (*American Psychiatric Association; 2014*).

Pacientes com a desordem podem apresentar morte prematura, com mais frequência entre jovens de 18 a 25 anos. (*American Psychiatric Association; 2014*). Geralmente, está associada à depressão ou uso de substâncias psicoativas. Também há relatos de pacientes cuja infância foi marcada por traumas, violência e abusos, fatores que contribuem para o desenvolvimento do transtorno no futuro. (*American Psychiatric Association; 2014*).

Na população, podemos encontrar cerca de 1,6% de pacientes com borderline, embora possa chegar a 5,9%. Em ambientes ambulatoriais médicos, pode chegar a 10%. Em pacientes em internações psiquiátricas 20%.

Com o passar do tempo, o quadro tende a se estabilizar. Para que se tenha uma ideia, um estudo citado no DSM-5 relata que após uma média de 10 anos, metade dos pacientes não apresentam mais um padrão de comportamento que atende aos critérios diagnósticos. (*American Psychiatric Association; 2014*).

Ao abordar a genética, nota-se que a chance de um indivíduo desenvolver o transtorno é cinco vezes maior em parentes biológicos de primeiro grau que possuam o transtorno. O risco também se dá caso haja na família indivíduos usuários de substâncias, transtorno de personalidade antissocial e transtorno depressivo ou bipolar (*American Psychiatric Association; 2014*).

2. CRITÉRIOS EM CRIANÇAS QUE LEVAM À SUSPEITA DO TRANSTORNO

Ao falar de crianças que possam desenvolver o transtorno, encontra-se o grande impasse de que elas não completam critérios diagnósticos. Devido a isso, alguns estudiosos se reuniram e definiram conceitos comuns a essas crianças que podem ser levados em consideração. De acordo com o livro “*Mentes que amam demais*” (2008), da psiquiatra Dra. Ana Beatriz Barbosa Silva, são eles:

1. Relações interpessoais transtornadas: crianças precisam de constante atenção e muitas vezes podem se sentir sozinhas.
2. Senso de realidade alterado: criam fantasias, como o famoso “*mundo imaginário*” e podem tentar assumir toda essa criação como verdade absoluta, a ponto de agir da maneira como pensa.
3. Crises de ansiedade: aqui, por tratarmos de crianças, podemos destacar medo da separação dos pais, medo do abandono. Possuem dificuldade a dormir, dificuldade de concentração e pânico ao que é novo.

4. Impulsividade: são hiperativas, impulsivas nas falas, possuem ataques de fúria e compulsão alimentar. Pode ocorrer comportamentos paranoides, que cessam em poucos minutos ou horas.
5. Sintomas neuróticos mais intensos e psicóticos: como sabemos, borderline está entre esses dois transtornos. Em crises, as crianças podem arrancar os cabelos, dar escândalos ou simular qualquer sintoma de natureza neurológica (desmaios ou convulsão). Chegam também a possuírem certas restrições autoimpostas e rituais.
6. Desenvolvimento funcional enquanto bebês: padrões de sono, hipo ou hiperreatividade e retardo no desenvolvimento motor.

Os critérios que podem conduzir a um possível diagnóstico do borderline na infância podem ser facilmente confundidos com TDAH, TOC, déficit de atenção e transtornos ansiosos como pânico e fobias. (Silva, A. B. 2018). Como nos adultos, é necessário que cinco diagnósticos sejam positivos para caracterizar o transtorno.

Em contrapartida, segundo o artigo *Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos, de 2010*, existe uma questão de se diagnosticar crianças quanto ao transtorno Borderline, uma vez que apresentem e contemplem os critérios adultos. Esses indivíduos foram analisados e foi observada ideação paranoide ou sintomas dissociativos (97,1%), instabilidade afetiva (88,6%), sentimento intenso de raiva (85,6%), comportamentos autodestrutivos ou suicidas (82,9%), esforços imensos para evitar o abandono (77%), impulsividade (65,7%), relacionamentos instáveis e intensos (62,9%), distúrbio da identidade (60%), e o sentimento de vazio (57,1%).

3. EPIDEMIOLOGIA

Em questão de gênero, afeta mais mulheres que homens, em cerca de 75% dos casos. Isso se deve ao fator cultural, uma vez que mulheres tendem a procurar o serviço médico com mais facilidade que os homens. (American Psychiatric Association; 2014).

As taxas de tentativa de suicídio podem chegar a 80%, porém apenas 4% são de fato concluídas. Devemos nos alertar que a taxa de tentativa de suicídio subiu de 3 para 10% (American Psychiatric Association; 2014). Como já dito, as comorbidades do Borderline, em porcentagem, são: Transtornos do humor (80-96%), ansiedade (88%), abuso de substâncias (64%), desordens alimentares (53%), TDAH (10-30%), transtorno bipolar (15%).

Quanto à remissão da doença, 35% dos pacientes possuem melhora após 2 anos, 91% após 10 anos e 99% após 16 anos. (Chapman, J., et al.; 2022).

4. DIFERENÇAS ENTRE BORDERLINE E OUTROS TRANSTORNOS

Vale ressaltar que entre borderline e personalidade antissocial há um diferencial considerado crucial, pois indivíduos borderline são 100% emoção e 0% razão. Por sua vez, pacientes com transtorno de personalidade antissocial são o oposto. Por isso, você vê um paciente borderline empático, que de fato se importa com outro, seja na dependência obrigatória presente no transtorno ou não. No antissocial, não existe empatia. Ele é sempre um personagem, muito bem construído por sinal, a fim de conquistar sua vítima. (Silva, A. B.; s.d.).

Há comparações entre o transtorno borderline e outras enfermidades psiquiátricas. No primeiro caso, temos o transtorno borderline e Depressão Maior. Na primeira, o sintoma da depressão tende a ser intermitente. Já na segunda, possui maior duração e não há interrupção. Podemos também comparar borderline com bipolar. No borderline, as alterações de humor são rápidas e duram horas, no máximo dias e são provocadas por qualquer fator externo. No Bipolar, as alterações de humor vão da depressão à mania, duram de semanas a meses e sem evento precipitante. (Paris, Joel; 2005).

Quanto à cognição, no transtorno borderline podemos ter alucinações auditivas intermitentes, enquanto que na esquizofrenia temos alucinações principalmente auditivas e contínuas.

Ainda sobre borderline X esquizofrenia, temos ideação paranoide e despersonalização. Em relação à ideação paranoide, em pacientes borderline não há tendência para delírio, o que já há na esquizofrenia. Na despersonalização, como já citado, doentes borderline possuem grandes questões quanto à personalidade. Na esquizofrenia, isso não acontece. (Paris, Joel; 2005).

5. O PADRÃO BORDERLINE DE SER

Primeiramente, é normal que qualquer indivíduo tenha picos de emoção, sejam elas quais forem. Porém, pode-se notar uma grande diferença entre pacientes saudáveis e borderline.

Um indivíduo considerado sem condições patológicas, quanto ao transtorno, sente algumas emoções, porém retorna aos padrões de neutralidade em seguida. Isso não acontece com o paciente borderline. Ele sente, qualquer que seja a sensação, já de forma mais intensa, mantém-se por um período, começa a retornar aos padrões de neutralidade, porém tem instabilidade por outro momento. (Brighter Horizons Brighton; s.d.).

Outra diferença notada, agora na área da neurologia, é a relação entre ondas gama e pacientes borderline.

Percebe-se que pacientes borderline possuem um atraso na sincronia gama precoce, em relação a indivíduos saudáveis, o que remete há um certo retardo nos estímulos táteis, sensitivos e visuais de pacientes com o transtorno, quando comparados a indivíduos saudáveis. (Williams, L. M., et al.; 2006).

Outra informação é a de que pacientes com o transtorno tiveram uma redução significativa na sincronia gama tardia (pico 250-500 ms pós-estímulo) no hemisfério direito, comparado à população saudável. Isso também leva a crer que indivíduos com o transtorno possuam alterações em percepções táteis, sensitivas e visuais. (Williams, L. M., et al.; 2006).

6. TIPOS DE BORDERLINE

Sobre as manifestações do borderline, há duas, as quais podem ser intrusiva implosiva e intrusiva explosiva. A implosiva é aquela que guarda tudo para si, ou seja, acumula emoções e sentimentos. Com isso, podem apresentar automutilações e danos ao próprio corpo. Já a explosiva é aquela cuja energia é exposta, grita, xinga, diz tudo que tem vontade. (Silva, A. B.; 2018).

7. TRATAMENTO

As medicações usadas no tratamento são antipsicóticos, estabilizadores do humor e antidepressivos. Esses medicamentos reduzem pouco a irritabilidade, labilidade, raiva e problemas interpessoais. O Aripiprazol, que é um antipsicótico, foi uma aposta nos testes para reduzirem os sintomas do transtorno de Borderline. Os antipsicóticos em si não são oficialmente indicados para tratamento de Borderline nos EUA. No entanto, testes empíricos e extraoficiais foram realizados, porém há variáveis nos resultados (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2022)

Por outro lado, o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline aceito e adequado é psicoterapia. Existem três terapias comprovadas que podem contribuir para o tratamento. Primeiramente, mentalização baseada no paciente, pois pode ajudar pacientes com transtornos do humor a estabilizarem suas emoções e a entender o contexto ao seu redor, principalmente o que sente sobre o próximo. Na segunda terapia, chamada de Dialético-Comportamental, há uma combinação de práticas de plena atenção com habilidades concreto interpessoal e emocional. Terceiro, Psicoterapia Transferência-Focada, focando em usar o relacionamento paciente-terapeuta para desenvolver o conhecimento do paciente da dinâmica dos problemas interpessoais. (Jennifer Chapman; et al; 2022).

8. CURIOSIDADES SOBRE O USO DO TERMO BORDER

Existem três conceitos sobre o uso da palavra border e são acompanhados por verbos de ligação.

Estar Border é um certo período em que já há experiência de algum critério do transtorno, como frustração amorosa, instabilidade ou raiva. Parecer Border é aquele indivíduo que tem um jeito border de ser, se assemelha às características, mas não preenche os diagnósticos do transtorno. É aqui que aparece o conceito de “traço”. Por fim, Ser Border é preencher os critérios diagnósticos e apresentar todo conjunto de sintomas, ou seja, o transtorno em si. (Silva, A. B.; 2018).

3. CONCLUSÃO

Conclui-se que em primeiro lugar trata-se de pacientes, vidas, que não optaram por sua personalidade ou maneira de ser. Muitas vezes, portadores da doença podem ser vistos como indivíduos introvertidos, sem assunto e fora

dos padrões da sociedade. Todavia, eles também possuem sentimentos, dores, medos e inseguranças que precisam ser identificados e tratados, assim como qualquer outro ser humano que precisa de ajuda. Como já citado, é possível reduzir as chances do desenvolvimento da doença, promovendo ambiente familiar saudável, longe de violências e abusos. A qualquer sinal de um dos critérios, observe o indivíduo e, caso necessário, leve-o ao psiquiatra e psicólogo para que nenhum segundo seja perdido no tratamento. Caso haja manejo com cuidado e perspicácia, há uma chance de controlar esse transtorno. Cabe aos profissionais especializados de hoje, evitar o pior amanhã.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2014). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)**. Porto Alegre: Artmed.

Brighter Horizons Brighton. (s.d.). **Brighter Horizons Brighton**. Fonte: Borderline Personality Disorder: <https://www.brighterhorizonsbrighton.com/what-is-bpd.html>

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (30 de 03 de 2022). NCBI Bookshelf. Aripiprazole for Borderline Personality Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness, p. 1.

Chapman, J., et al. (30 de 03 de 2022). **StarPearls Publishing. Borderline Personality Disorder**, pp. 2;4-5.

Jordão, A. B., & Ramires, V. R. (2010). **Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos**¹. *Paidéia*, 3-4.

Matioli, M. R., et al. (2014). Saúde Transform. Soc. vol.5 no.1. **O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise**.

Paris, J. (07 de 06 de 2005). CMAJ. **Borderline Personality Disorder**, p. 3.

Silva, A. B. (2018). **Mentes que amam demais**. Rio de Janeiro: Principium.

Williams, L. M., et al. (06 de 2006). **“Missing links”** in borderline personality disorder: Loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control, p. 185. Fonte: Journal of psychiatry & neuroscience: JPN