

Divulgação Científica

***Borderline* – no limite entre a loucura e a razão**

Borderline: in the limits between madness and reason

Lígia Lorandi Ferreira Carneiro

Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, UFRJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil



Comentário sobre o artigo: *Borderline personality disorder* (2004). Klaus Lieb, Mary C Zanarini, Christian Schmahl, Marsha M. Linehan e Martin Bohus, *Lancet*, 364: 453-461. www.thelancet.com.

Borderline feels like I'm going to lose my mind ...⁽¹⁾

Borderline significa “limítrofe”. Podemos assumir que as palavras do antigo sucesso da Madonna caracterizam perfeitamente a instabilidade, a precária fronteira entre a lucidez e a insanidade em que vivem as pessoas nessa condição. A personalidade *borderline* é um grave transtorno mental com um padrão característico de instabilidade na regulação do afeto, no controle de impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na imagem de si mesmo. Apesar de não ser tão divulgada quanto outros transtornos psiquiátricos, afeta de 1 a 2% da população geral, 10% de pacientes psiquiátricos e 20% dos internados em hospitais, sendo que a maior parte das pessoas afetadas (até 70%) corresponde a mulheres.

Identificar uma pessoa com personalidade *borderline* não é difícil, pois os sintomas incomodam todos os que se

relacionam com ela, especialmente familiares. O quadro engloba algumas manifestações típicas de vários transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, mas em geral os pacientes não saíram totalmente do estado considerado normal para serem enquadrados em tais classificações. A “síndrome” *borderline* é portanto um mosaico de sintomas menos acentuados de diversos transtornos. Para assegurar um diagnóstico preciso foram estabelecidos nove critérios no DSM IV (quarta versão do manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais). Nele, a personalidade *borderline* aparece classificada dentro do grupo dos transtornos de personalidades emocionalmente instáveis.

Em relação ao distúrbio afetivo, os pacientes apresentam diversas sensações, por vezes conflitantes, muitas vezes manifestando tensão aversiva, incluindo raiva, tristeza, vergonha, pânico, terror e sentimentos crônicos de vazio e solidão. Outro aspecto é a exagerada reatividade no humor: os pacientes com frequência mudam com grande rapidez de um estado a outro, passando por períodos disfóricos e eutímicos ao longo de um dia.

(1) Escrito por Reggie Lucas © Bleu Musique Int.

✍ – L. L. F. Carneiro é aluna do Programa de Iniciação Científica (PINC/UFRJ) no Laboratório de Neurogênese, Programa de Neurobiologia, Instituto de Biofísica (IBCCF) e graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Endereço para contato: ligia@biof.ufrj.br.

Além disso, a cognição também se apresenta alterada. A sintomatologia varia, há idéias superestimadas de estar mal, experiências de dissociação – despersonalização e perda da percepção da realidade – outros sintomas são semelhantes aos psicóticos, com episódios transitórios e circunscritos de ilusões e alucinações baseadas na realidade. Acredita-se que o distúrbio de identidade pertença ao domínio cognitivo porque se baseia em uma série de falsas crenças, por exemplo a de que uma pessoa é boa num minuto e má no instante seguinte.

Outra característica marcante pintada para este quadro é a de impulsividade, manifestada de duas formas: há pacientes deliberadamente auto-destrutivos, que apresentam comportamento suicida, podendo apresentar auto-mutilação, ameaças e tentativas de suicídio; outros pacientes manifestam formas mais gerais de impulsividade, caracterizadas, pelo abuso de drogas, distúrbios alimentares, participação em orgias, explosões verbais e direção imprudente.

Por último, os pacientes apresentam relacionamentos intensos e instáveis, cujos problemas mais comuns são o profundo medo de abandono, que tende a se manifestar em esforços desesperados para evitar ser deixado sozinho, e alternância entre extremos de idealização e desvalorização, sendo os relacionamentos marcados por freqüentes discussões, rompimentos, baseados em uma série de estratégias mal adaptadas que irritam e assustam outras pessoas.

Várias causas são apontadas para a origem do transtorno. Acredita-se que, além do forte componente genético, experiências traumáticas na infância, como abuso sexual e negligência, causariam a desregulação emocional e a impulsividade, levando aos comportamentos não-funcionais, déficits e conflitos psicossociais. Estes, por sua vez, agravariam a desregulação. Estudos de neuroimagem revelaram uma rede mal funcionante em várias regiões cerebrais relacionadas a importantes aspectos da sintomatologia. Em estudos de PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons), o

córtex cingulado anterior, região mediadora do controle afetivo, bem como outras áreas do córtex pré-frontal, apresentaram um metabolismo basal alterado. Estudos estruturais mostraram redução no volume da amígdala e do hipocampo nos pacientes com personalidade *borderline*. Foi registrada ainda, com a técnica de RMf (Ressonância Magnética funcional) uma ativação aumentada da amígdala em resposta a expressões faciais e emoções negativas, provavelmente relacionada ao enfraquecimento do controle pré-frontal inibitório. Se essas alterações neurobiológicas são pré-existentes ao transtorno ou se são apenas suas manifestações, ainda permanece a dúvida.

O impacto social desse transtorno é muito grande, a taxa de mortalidade devida ao suicídio é alta, atinge 10% dos pacientes. Trata-se, desta forma, de uma das distúrbios psiquiátricos comumente associados ao suicídio. Os tratamentos usuais são pouco efetivos, já que mesmo recebendo medicamentos e tratamento psicossocial, os pacientes continuam com graves desajustes no trabalho, nas relações sociais, na satisfação global e no funcionamento geral. Assim, para controlar esses pacientes, os melhores resultados têm sido obtidos com programas de psicoterapia, podendo ser citado o relevante papel da terapia cognitiva comportamental – a terapia dialética comportamental. Dentre os objetivos, os principais são aprimorar as habilidades comportamentais, ensinando táticas específicas para regular as emoções, aumentar a motivação para mudanças, estruturar o ambiente e otimizar a capacidade e motivação dos próprios terapeutas. No entanto, esta abordagem requer uma assistência continuada, uma vez que este tipo de patologia envolve graves transtornos de personalidade, o que fragiliza o ego possibilitando recaídas marcadas pelo comportamento imprevisível.

Os pacientes que aderem a esse tipo de tratamento chegam em diferentes níveis de gravidade e para cada nível é identificado um alvo inicial de tratamento. Em pacientes com descontrole comportamental severo, a

prioridade é melhorar a regulação do comportamento, isto é, colocar o paciente funcional e produtivo. Já para os suicidas, naturalmente, o primeiro passo é reduzir o impulso suicida. Quando já se conseguiu o controle do comportamento, a disforia e as dificuldades de lidar com as experiências emocionais tornam-se o foco da terapia.

A terapia farmacológica e hospitalar possuem resultados reservados sobre a diminuição do risco de suicídio. A farmacoterapia, entretanto, pode ser eficaz na diminuição do comportamento compulsivo, sendo útil para as intervenções psicossociais, possibilitando a chance de interromper a medicação quando os pacientes apresentam melhora do quadro. Dentre os remédios mais utilizados, os neurolépticos costumam controlar os sintomas cognitivo-perceptuais; os antidepressivos e estabilizadores de humor, regulam as alterações bruscas de humor, ansiedade e raiva.

Os clínicos se defrontam com limitações frente ao ato diagnóstico, devido a complexidade de sintomas e especificidade do

tema que envolve o diagnóstico de personalidade *borderline* para seus pacientes, além das dificuldades do tratamento. Um maior esclarecimento sobre o transtorno na classe médica e mesmo entre a população é fundamental para enfrentar o problema. Como o transtorno afeta as relações interpessoais, muitos preconceitos e muita incompreensão acompanham os pacientes com personalidade *borderline*. Muitas vezes, tais pessoas são rotuladas de “irresponsáveis”, “egoístas”, “desequilibradas”, “problemáticas”, o que só agrava sua instabilidade e faz com elas se aproximem mais e mais da loucura, já que dificilmente sozinhas conseguirão contornar a dificuldade. Para conviver com a personalidade *borderline*, o primeiro passo é caracterizá-la como um transtorno psiquiátrico tratável e procurar ajuda com profissionais da saúde especializados. Tanto a atitude pessoal de aderir à terapia, quanto a educação da família são essenciais, na medida que o único tratamento efetivo é o de equipe, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, a família e o paciente.