

**Como lidar com
o transtorno de
personalidade
límitrofe – *Borderline***

Autores

Martin Bohus (1956-) é médico, professor titular de Medicina Psicossomática e de Psicoterapia na Universidade de Heidelberg, desde 2003, e também diretor da Clínica de Medicina Psicossomática e Psicoterapia do Instituto Central de Saúde Mental, em Mannheim, Alemanha.

Markus Reicherzer (1966-) é médico e diretor da Clínica Dr. Schlemmer (Centro de Medicina Psicossomática), em Bad Tölz, Alemanha, desde 2008.

Editores da coleção **Guia Prático:**

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Fundadores da coleção:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Martin Bohus
Markus Reicherzer

**Como lidar com
o transtorno de
personalidade
límitrofe – *Borderline***

Guia prático para familiares
e pacientes

Tradução de Klaus Brüscke

Revisão técnica de Dr. Thomas Haunold

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

5a. edição

 **hogrefe**

Copyright versão original © 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
Título original: *Ratgeber Borderline-Störung - Informationen für Betroffene und Angehörige*,
Martin Bohus e Markus Reicherzer
Copyright da tradução: © 2017 Editora Hogrefe CETEPP, São Paulo

Editora: Cristiana Negrão
Tradução do texto e das legendas das ilustrações: Klaus Brüsckhe
Ilustração: Renate Alf (www.renatealf.de)
Capa e diagramação: Claudio Braghini Junior
Revisão técnica: Dr. Thomas Haunold
Preparação: Eloiza Mendes Lopes
Revisão: Joana Figueiredo e Eugênia Pessotti

**CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO SINDICATO
NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ**

B667c

Bohus, Martin, 1956-

Como lidar com o transtorno de personalidade limitrofe – *Borderline* / Martin Bohus,
Markus Reicherzer ; tradução Klaus Brüsckhe. – 5. ed. – São Paulo : Hogrefe, 2017.

152 p. : il.

Tradução de: Ratgeber Borderline-Störung

ISBN: 978-85-85439-52-1

1. Distúrbios da personalidade. 2. Distúrbios da personalidade *borderline*.
I. Reicherzer, Markus. II. Brüsckhe, Klaus. III. Título.

17-41554

CDD: 616.8581

CDU: 616.89-008.485

Este livro segue as regras da Nova Ortografia da Língua Portuguesa.
Todos os direitos desta edição reservados à

Editora Hogrefe CETEPP
Rua Barão do Triunfo, 73, conjunto 74
Brooklin, São Paulo, SP, Brasil
CEP: 04602-020
Tel.: +55 11 95241-6566
www.hogrefe.com.br

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão por escrito.

ISBN: 978-85-85439-52-1

Impresso no Brasil

Sumário

Prefácio	9
1 O que é transtorno de personalidade <i>borderline</i> (límitrofe)?.....	11
1.1 Quais padrões de comportamento e de experiência caracterizam o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?	11
1.2 Com que frequência e como surge o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?	14
1.3 Como se manifesta o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?.....	15
1.3.1 Problemas com sentimentos (regulação emocional)	16
1.3.2 Problemas com os “outros”	20
1.3.3 Problemas consigo mesmo e com o próprio corpo	23
1.3.4 Outros sintomas importantes.....	24
1.3.5 Padrões problemáticos de comportamento	26
1.4 Transtornos adicionais frequentes	29
2 Como surge o transtorno de personalidade <i>borderline</i>?	35
3 Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno <i>borderline</i>?	41
3.1 Fundamentos.....	41
3.2 Métodos terapêuticos	43
3.3 Condições de tratamento.....	46
3.4 Tratamento medicamentoso.....	51

4	A terapia comportamental dialética (TCD).....	53
4.1	O que se entende por terapia comportamental dialética?	53
4.2	Um planejamento cuidadoso prepara o sucesso na terapia	57
4.2.1	Quais sintomas do transtorno de personalidade <i>borderline</i> são os mais evidentes em você?.....	57
4.2.2	Qual é sua atual condição de vida?	59
4.2.3	Como o transtorno evoluiu até agora?	61
4.2.4	O contrato de não suicídio	61
4.2.5	Terapias anteriores foram interrompidas?.....	66
4.2.6	O que eu preciso controlar primeiro (controle do comportamento)?	68
4.2.7	O que quero atingir (metas da terapia)?.....	69
4.2.8	A que devo me ater (acordo sobre as regras da terapia)?.....	71
4.2.9	Ajuda por telefone ou <i>e-mail</i> ?.....	71
4.3	O que acontece durante a TCD?.....	73
4.3.1	O trabalho com o terapeuta	73
4.3.2	A estrutura da TCD.....	81
4.3.3	Treinamento de habilidades	84
4.3.3.1	Como as habilidades são aprendidas?.....	85
4.3.3.2	Módulo de habilidades 1: Atenção plena interna	89
4.3.3.3	Módulo de habilidades 2: Tolerância ao estresse	92
4.3.3.4	Módulo de habilidades 3: Regulação emocional.....	102
4.3.3.5	Módulo de habilidades 4: Habilidades interpessoais (como lidar com os outros).....	115
4.3.3.6	Módulo de habilidades 5: Melhora da autoestima	116
4.4	TCD na internação	118
4.4.1	Intervenção emergencial na internação	118
4.4.2	Tratamento intensivo na internação	122

5	Outras questões importantes.....	127
5.1	Mães <i>borderlines</i>	127
5.2	Como familiar, o que posso fazer?.....	128
5.3	Relato de uma paciente: Viagem de ida e volta para o inferno	133
	Posfácio à edição brasileira	139
	Anexo	141
	Endereços úteis	141
	Folha de exercício 1: Ficha diária	142
	Folha de exercício 2: Análise de comportamento	143
	Folha de exercício 3: Registro de tensão	146
	Folha de exercício 4: Alcançar metas sociais.....	147
	Folha de exercício 5: Treinar o "olhar justo"	149



Prefácio

O presente guia traz informações sobre o transtorno de personalidade *borderline* (TPB), ou transtorno de personalidade limítrofe. O que se entende por isso? Como surge e o que se pode fazer para tratar esse transtorno? Ou melhor, como podemos aprender a lidar com ele?

Antes de tudo, nos dirigimos a quem sofre do transtorno, mas também a seus familiares, professores e educadores.

Primeiro, o mais importante: o transtorno de personalidade *borderline* é de fato um distúrbio grave e muitas vezes um fardo, mas não precisa ser por toda a vida. A maioria dos pacientes consegue aprender a lidar com o problema e levar uma vida digna. Às vezes, quando tudo vai bem, isso acaba acontecendo naturalmente. Contudo, é bem melhor quando se encontra a ajuda de especialistas. Este livro deseja facilitar a conquista desse caminho.

Algumas pessoas com transtorno de personalidade *borderline* ganham este livro dos familiares e, num primeiro momento, ficam céticos. Outras tiveram péssimas experiências com terapeutas ou em clínicas. Algumas acreditam não merecer uma vida melhor. E elas não estão sozinhas. Muitas pessoas com personalidade *borderline* também pensam assim.

Esperamos, porém, que você continue a ler este livro. Dê uma chance a si mesmo! Você merece.

Este livro é um guia. Ele não pode nem deve substituir uma psicoterapia. Queremos informar, encorajar e motivá-lo a empreender um novo caminho.

O transtorno de personalidade *borderline*, na maioria dos casos, começa na idade juvenil, mas não é um diagnóstico definitivo. Quanto mais cedo o tratamento começar, maiores serão as chances de sua

eficácia. Portanto, é decisivo que o transtorno seja diagnosticado logo e tratado por especialistas que dominem o assunto.

Pessoas com transtorno de personalidade *borderline* elaboram seus sentimentos de modo singular. Elas são muito sensíveis ao que ocorre em seu entorno e reagem de maneira muito delicada a dificuldades. Os sentimentos tornam-se muito fortes, às vezes, avassaladores. Por isso, essas pessoas procuram maneiras de reprimir esses sentimentos. Às vezes, isso dá certo, às vezes, não. Autolesões, drogas, ataques de raiva, álcool ou até mesmo episódio de vômito ajudam momentaneamente a atenuar os sentimentos ruins, mas o



alívio é apenas momentâneo. A longo prazo, a pessoa se torna mais vulnerável a essas práticas, e os amigos se retraem, estabelecendo-se um círculo vicioso. Você já passou por isso? Este guia ajudará você a encontrar a porta de saída.

Mannheim e Bad Tölz, fevereiro de 2012.

Martin Bohus

Markus Reicherzer

1 O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

1.1 Quais padrões de comportamento e de experiência caracterizam o transtorno de personalidade *borderline*?

Você já passou por isso?

- Você tem a sensação de ser diferente dos outros? De que não faz parte de nenhum grupo?
- Você, às vezes, se sente um(a) alienígena?
- Você é mais sensível e delicado(a) do que a maioria das pessoas que conhece?
- Seus sentimentos já provocaram dor física e a tensão interior ficou insuportável?
- Pequenas coisas conseguem desencadear variações de humor intensas e pensamentos negativos?
- Você tem tendência a se recriminar? A se detestar e a detestar muito tudo o que lhe diz respeito?
- Para você, é difícil ficar sozinho(a) mesmo quando você não se dá com as outras pessoas?
- Como você lida com as situações de crise? Tenta resolvê-las com álcool, drogas, autolesões, bulimia ou fazendo jejum? Você sabe, no fim das contas, que, com o tempo, tudo isso leva ao caos, mas...
- Você já passou por tudo isso? Ou por algumas dessas coisas?

Se o texto mencionado anteriormente lhe diz alguma coisa, pode ser que você tenha transtorno de personalidade limítrofe – *borderline*.

De onde vem o conceito?

De fato, o conceito de “limítrofe” (*borderline*) soa um tanto estranho. Remete a fronteira, área de conflito e zona de combate. Na verdade, esse conceito vem de uma época na qual ainda se acreditava que pacientes com fortes oscilações de humor, que ouviam vozes e tinham sensações passageiras de irrealidade, sofressem de uma forma limítrofe da esquizofrenia. Assim, o termo “limítrofe” descrevia esse suposto limiar da esquizofrenia. Hoje, sabe-se que os dois transtornos não têm nada a ver um com o outro. Mesmo assim, o termo permaneceu e muitas pessoas que têm o transtorno gostam dele.

Como se diagnostica o transtorno de personalidade borderline (limítrofe)?

Hoje, quando cientistas e terapeutas diagnosticam transtornos psíquicos, eles se referem às diretrizes da Associação Americana de Psicologia (American Psychiatric Association – APA). Tais diretrizes procuram classificar os transtornos mediante sintomas observáveis, ou seja, mediante comportamentos ou vivências interiores. Esse procedimento varia e nem sempre está bem fundamentado cientificamente. É uma tentativa mais ou menos bem-sucedida de organizar um pouco o mundo das doenças psíquicas.

Nos últimos anos, ficou evidente que os padrões de vivência e comportamento listados no quadro a seguir descrevem muito bem, em seu conjunto, o transtorno de personalidade *borderline*.

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

Critérios diagnósticos do transtorno de personalidade *borderline*

Pessoas com transtorno de personalidade *borderline* frequentemente demonstram as seguintes características:

1. Esforço desesperado de fazer de tudo para evitar a sensação de ser abandonado.
2. Relacionamentos muito estreitos, mas também difíceis.
3. Insegurança e oscilações da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Dificuldades de controlar comportamentos prejudiciais, por exemplo, gasto descontrolado com dinheiro, sexo inseguro, abuso de droga ou álcool, direção irresponsável, compulsão alimentar etc.
5. Frequentes pensamentos suicidas, tentativas de suicídio ou automutilações.
6. Oscilações intensas de humor, por exemplo, períodos de desânimo significativo, elevada irritabilidade ou, ainda, ansiedade intensa.
7. Sentimento crônico de vazio.
8. Raiva inapropriada ou dificuldade de controlar a raiva ou a irritação, como frequentes ataques de raiva, irritação constante, agressões físicas repetidas.
9. Sintomas pseudopsicóticos passageiros, decorrentes do estresse ou de sintomas dissociativos decorrentes do estresse (esses conceitos serão explicados nas p. 24-26).

A maioria das pessoas não experimenta todos esses nove critérios. Chegou-se a um consenso de que bastam cinco deles para que se possa falar, com segurança, em transtorno de personalidade *borderline*. Mas, como dissemos, trata-se apenas de pontos de referência; o diagnóstico precisa ser feito por um especialista competente.

1.2 Com que frequência e como surge o transtorno de personalidade *borderline*?

Trata-se de um transtorno relativamente frequente. Cerca de três em cada cem adultos experimentam, uma vez na vida, um episódio *borderline* mais longo. Homens e mulheres são acometidos com a mesma frequência. Mas os que procuram ajuda são, em sua maioria, mulheres. Já os homens com o transtorno têm mais problemas com a lei, pois frequentemente extravasam seu estado de tensão ou sua sensação de impotência de maneira agressiva.

O transtorno, ou ao menos algumas de suas características, na maioria dos casos, começa na puberdade. Entre os 13 e os 18 anos, ele afeta uma em cada 20 meninas. Cerca de um terço dos pacientes *borderlines* relata que seu comportamento automutilatório (como, por exemplo, o de provocar ferimentos intencionalmente) começou ainda antes dos 12 anos de idade. Um amplo estudo em escolas alemãs mostrou que uma em cada 20 meninas de 15 anos se machuca regularmente e já passou por mais de duas tentativas de suicídio. Também sabemos, no entanto, que os problemas e os sintomas do transtorno de personalidade *borderline* podem melhorar significativamente com o passar do tempo. Na Alemanha, somente uma em cada 200 pessoas com mais de 45 anos de idade é acometida por ele.

Ainda não foi completamente esclarecido o que contribui para a melhoria ou a estabilização do transtorno. O certo é que o uso de drogas (inclusive maconha) e álcool desempenha um papel negativo importante. A proporção de traumas eventuais e o apoio social também influenciam enormemente. Vemos, então, que o transtorno de personalidade *borderline* está longe de ser “raro”; há pessoas famosas para quem seus sintomas não eram desconhecidos. É bem provável

que a princesa Diana, Jim Morrison, Kurt Cobain e Amy Winehouse tivessem o transtorno. Mas não se preocupe: nem todos os *borderlines* acabam na droga ou no álcool, ou ainda no palco; a maioria deles leva uma vida relativamente “normal”.

Um dos maiores perigos do transtorno é, contudo, o suicídio. Para muitos que sofrem da personalidade *borderline*, o suicídio parece exercer um forte fascínio como última opção. Cerca de 5% das pessoas afetadas (ou seja, uma em cada 20) acabam se matando. Mas o número de *tentativas de suicídio* é bem maior (cerca de 60%). Outro grande problema é a inserção social dos pacientes *borderlines*. Muitos ainda conseguem concluir os estudos. Os problemas, porém, começam, no mais tardar, quando têm de enfrentar um curso profissionalizante ou universitário, ou ainda sair de casa. O número de jovens adultos *borderlines* que concluíram sua formação profissional é, infelizmente, bem menor do que o dos outros jovens da mesma faixa etária. Cabe ainda observar que, na evolução do transtorno, mesmo após longas fases de estabilidade, sempre pode haver recaídas. Na maioria das vezes, isso se deve a episódios de estresse momentâneos; nesses casos, uma breve terapia devolve a estabilidade.

1.3 Como se manifesta o transtorno de personalidade *borderline*?

Atenção!

Podemos organizar os problemas do transtorno de personalidade *borderline* em três áreas:

1. Problemas com sentimentos (regulação emocional).
2. Problemas com outras pessoas.
3. Problemas consigo próprio e com a imagem corporal.

1.3.1 Problemas com sentimentos (regulação emocional)

Pessoas com transtorno *borderline* experimentam sentimentos mais intensamente e por um tempo maior do que as outras. Isso significa que, muitas vezes, bastam desencadeadores mínimos para evocar sentimentos fortes. Estes acabam definindo toda a vivência da pessoa. As emoções têm a “função” de levar os seres humanos a certos comportamentos e ações. Por isso, é frequente que os pacientes *borderlines* se sintam vítimas de seus sentimentos e se sintam obrigados, por um forte ímpeto, a seguir seus impulsos.

Quando, por exemplo, experimentamos um medo muito forte, surgem em nós pensamentos de fuga, procura de ajuda ou, se preciso, mobilização de todas as forças para atacar. Todo nosso pensamento volta-se unicamente à função de reconhecermos o mais rápido possível uma nova ameaça e a de nos defendermos. Esse padrão vale para todas as nossas emoções. Toda vez que um sentimento é muito forte, ele determina nosso pensamento e nossa ação. Não surpreende, portanto, que pessoas com sentimentos muito fortes, como os pacientes *borderlines*, ajam muitas vezes de modo “estranho”, ou seja, que aqueles que estão ao redor do paciente não consigam compreender o que motivou determinado comportamento. Quando os sentimentos perdem novamente sua intensidade, tal comportamento muitas vezes parece incompreensível e vergonhoso para o próprio paciente.

Quando os sentimentos se tornam muito fortes, muitas vezes é difícil identificá-los com precisão. As pessoas afetadas os experimentam como uma tensão praticamente insuportável. Essa tensão é tão forte que eles tentam de tudo para que esses sentimentos desapareçam o mais rápido possível. A Figura 1 mostra o “perfil” típico, ou seja, a evolução da tensão de uma paciente *borderline* comparada à de uma jovem hígida. Com a ajuda de um computador de bolso, pergunta-

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (límitrofe)?

va-se, de hora em hora, qual a intensidade da tensão naquele instante (entre 0 e 9). O valor 7 foi determinado previamente: a partir desse valor, a tensão interna é tão alta que todo pensamento se fixa unicamente em acabar com a tensão imediatamente e com todos os meios.

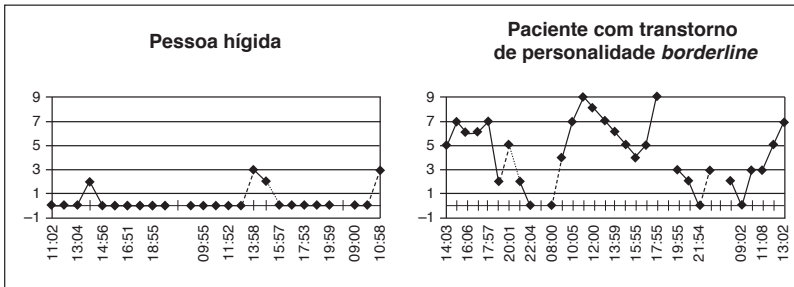


Figura 1. Estados de tensão em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* e pessoas hígidas ao longo de 24 horas. O eixo vertical retrata a extensão da tensão experimentada; o eixo horizontal, a hora da medição.

Observamos claramente os aumentos rápidos e acentuados até valores muito elevados de tensão, e o tempo necessário para que os sentimentos voltem a se normalizar.

Tais estados de tensão são muitas vezes percebidos como praticamente insuportáveis. Assim, não surpreende que muitas pessoas com o transtorno se agarrem às possibilidades de amenizar momentaneamente essas tensões, por meio de automutilação, consumo de drogas ou álcool, esforço físico extremo, compulsão alimentar, vômitos, impulsos agressivos, entre



muitos outros. Todos esses “métodos” têm em comum o fato de ajudarem em curto prazo, mas serem prejudiciais em longo prazo, ou ao menos de não contribuírem para uma melhora prolongada da situação. Aliás, o cérebro aprende logo e registra bem as consequências de curto prazo; portanto, ele sempre lançará novamente mão dessas “tentativas de solução rápida”. Assim, pode surgir um desejo compulsivo de automutilação.

Como explicar esses distúrbios da regulação emocional?

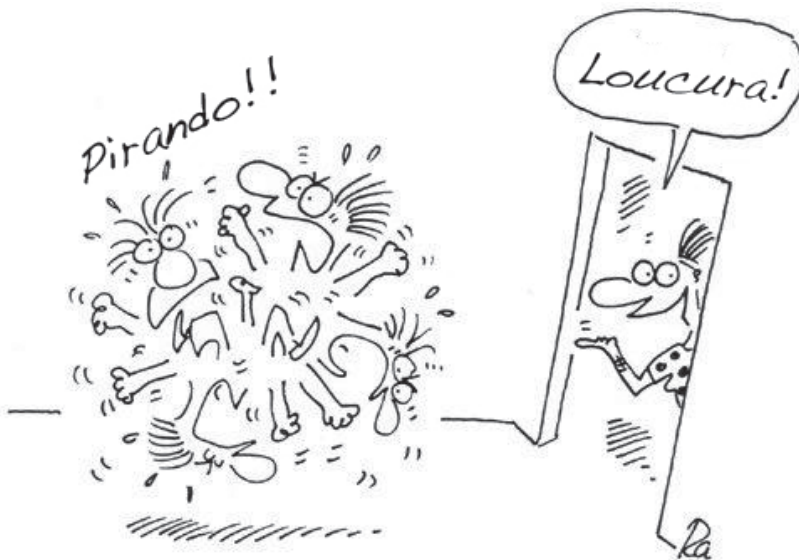
As causas exatas e os mecanismos de ação ainda não são conhecidos. É provável que alguns mecanismos básicos de interação entre a biologia de nosso sistema nervoso e a regulação pelo pensamento no cérebro estejam alterados. Em condições normais, o cérebro dispõe da capacidade de atenuar automaticamente as emoções. Isso acontece em várias etapas (ciclos de regulação). Além dessa repressão neurobiológica, os seres humanos conseguem controlar e atenuar suas emoções mediante pensamentos e ações conscientes. Ambas as possibilidades (ou seja, os processos automáticos e aqueles conscientes) parecem agir em pacientes *borderlines* tardiamente.

Pensamentos como “a situação não é realmente ameaçadora; já superei coisas assim” ou “embora esse desafio seja novo, não vou morrer, ainda que eu não seja o melhor...” muitas vezes ajudam a reduzir o medo ou o estresse. Os pacientes *borderlines*, porém, desenvolvem pensamentos automáticos típicos, como “se eu errar agora, os outros vão perceber como sou besta e vão zombar de mim” ou “se eu der vexame, não vou sobreviver”, ou, ainda, “se meu namorado ficar bravo, ele vai me abandonar, e não vou suportar isso” etc. São todos pensamentos que não ajudam a diminuir a ansiedade, não é verdade?

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (límitrofe)?

Como afirmado, há dois problemas: de um lado, os sentimentos são muito fortes pelo fato de a autorregulação neurobiológica não funcionar de maneira suficiente; de outro, os pensamentos tranquilizadores frequentemente não ajudam muito. Uma paciente descreveu muito bem essa relação: “Pacientes *borderlines* têm um motor muito potente, como o de um Porsche, mas infelizmente possuem freios como de um Gol; assim, não é de se surpreender que de vez em quando ele derrape na curva”.

A boa notícia: para ficar nessa analogia, é possível reforçar os “freios fracos”. Habilidades adicionais para atenuar os sentimentos podem ser aprendidas. Isso não é algo muito difícil e foi comprovado em muitos estudos científicos. Algo fundamental numa terapia bem-sucedida do transtorno de personalidade *borderline* sempre é o aprendizado de habilidades para atenuar os sentimentos e, por conseguinte, das “regulações emocionais”.



Uma parte importante da regulação emocional é o controle dos impulsos, ou seja, a regulação de ideias ou estímulos impulsivos de ação. Também nesse campo os pacientes *borderlines* têm normalmente dificuldade. Eles se distraem com facilidade e às vezes têm pouca concentração. Às vezes, reagem com violência, raiva ou agressividade a supostas ofensas ou rejeições. Com o tempo, arrependem-se. Muitos se envergonham e se retraem ainda mais. Não é exatamente uma receita de sucesso para cultivar a inserção social. No entanto – também aqui a boa notícia – o controle dos impulsos pode ser melhorado com um treinamento específico.

1.3.2 Problemas com os “outros”

Para a maioria dos pacientes *borderlines* é difícil ficar sozinho. Contudo, a relação com o companheiro ou com a melhor amiga, por exemplo, também não é fácil. Nos grupos sociais, sentem-se excluídos e isolados. Somam-se os mal-entendidos quando eles tentam interpretar as intenções dos outros. Também os outros têm dificuldade para compreender o comportamento dos pacientes *borderlines*. Todos esses medos concentram-se naturalmente mais nos relacionamentos, em que predomina um pavor intenso de ficar sozinho e um grande medo de que os companheiros sumam realmente quando estão ausentes. Assim, as pessoas com esse transtorno frequentemente confundem “estar sozinho” com ser abandonado. Portanto, tentam se ligar às pessoas importantes do seu círculo de relações o mais intensamente possível. Por outro lado, a sensação de proximidade e a proteção desencadeiam com frequência muitas emoções de medo, culpa, vergonha ou mal-estar físico. A consequência disso são: relacionamentos complicados e difíceis, com frequentes separações e reaproximações (“Eu odeio você, não me deixe...”). Para os observadores, esse comportamento interpessoal parece muitas vezes inexplicável ou “manipulador”. De fato, existe o perigo de parceiros benévolos não supor-

tarem muito tempo essa mudança rápida do estado de doação intensa para o de rejeição. No entanto, prender-se a companheiros que não fazem bem por medo de ser abandonado também não é uma solução.

Como podemos explicar esses transtornos no campo interpessoal?

Atenção!

Uma vida sem atritos com companheiros, amigos, pais ou colegas requer substancialmente um grande número de habilidades, das quais, muitas vezes, não temos consciência:

- Precisamos confiar no outro, mas também da certeza de que, em caso de necessidade, conseguiremos sobreviver um tempo sozinhos.
- Portanto, precisamos aprender a avaliar em quem podemos confiar e como fazer com que os outros tenham confiança em nós.
- Precisamos aprender a compreender corretamente os sentimentos e as intenções dos outros e a reagir a eles “instintivamente”.
- Precisamos aprender a avaliar como nossa presença e nosso comportamento se refletem nos outros.
- Finalmente, precisamos aprender a exigir coisas e a nos afirmar sem que isso ameace os relacionamentos.
- No entanto, às vezes, precisamos também nos fazer valer e assumir o risco de uma perturbação passageira da relação.
- Enfim, precisamos aprender que opiniões e visões diferentes e, às vezes, também conflitos são normais e precisam ser tolerados.

Pacientes *borderlines* apresentam dificuldades em muitos desses campos. Normalmente eles têm extrema sensibilidade ao estado dos outros, mas tendem a avaliar expressões faciais ou posturas corporais neutras como hostis ou agressivas. É natural, então, que reajam de forma impulsiva ou contrariada mais do que o necessário.

Desenvolver ou gerar confiança é igualmente difícil. A maioria dos pacientes *borderlines* reage a rejeições imaginárias ou insignificantes de modo violento e às vezes, de modo raivoso. Justamente por não conseguir confiar muito no próprio juízo, com frequência, ficam desconfiados e cautelosos por muito tempo. Às vezes, é difícil estimar se as expectativas com relação aos outros são de fato adequadas. Esperar que a mãe reaja de forma carinhosa e calma quando um jovem de 16 anos chega bêbado em casa às 4 horas da manhã não é propriamente razoável. Nem todo amigo se comporta de maneira atenciosa e amável quando se grita com ele. Com frequência, exige-se do outro, sem exprimir o que é exigido, que ele deveria “sentir” como a pessoa está, avaliar suas intenções, e não o comportamento (“Por que você berra de volta quando eu brigo com você? Na verdade, eu só queria deixar você mais tranquilo!...”).



Contudo, o mais difícil é avaliar como nosso comportamento repercute nos outros. Nem sempre a “intenção” coincide com o efeito. A tentativa de ser gentil ou de se distanciar acaba dando errado. Muitos dos padrões de comportamento parecem, à primeira vista, incompreensíveis. Talvez ajude saber que a maioria dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* se vê sempre em perigo, abandonada pelos outros, ridicularizada ou rejeitada. Justamente quando temos muito medo de sermos rejeitados, reagimos de maneira instintiva, com raiva e agressão ou de modo submisso, renegando nossas próprias necessidades. Esses padrões de comportamento causam nos outros justamente repulsa, de modo que aquilo que mais tememos acaba se tornando bastante provável: pacientes com transtorno de personalidade *borderline* tornam-se excluídos. Nesse contexto, é compreensível que se sintam particularmente inseguros nas relações sociais quando se espera que eles interajam, ou seja, nos intervalos ou depois de praticar esportes, por exemplo. É natural que evitem o máximo possível situações desse tipo. Na maioria das vezes, os “grandes amigos” também costumam ser pessoas com transtorno de personalidade *borderline*, por terem extrema sensibilidade quanto ao humor e às necessidades dos outros.

1.3.3 Problemas consigo mesmo e com o próprio corpo

A maioria das pessoas que sofrem do transtorno de personalidade *borderline* relata uma profunda sensação de insegurança quanto a quem elas realmente são. Muitas se percebem como “separadas de si mesmas”, “distantes de si mesmas”, ou vivenciam o fato de “estarem entregues a si mesmas” como algo extremamente desconfortável. A solidão aumenta, assim como a terrível sensação de ser insuficiente e não valer nada. Muitas pessoas com o transtorno também se consi-

deram moralmente más, incompetentes, feias e dignas de desprezo. Aumentos momentâneos da autoestima são muitas vezes seguidos de desânimo e menosprezo por si mesmas. Algumas vezes, esses pacientes ouvem vozes na cabeça dizendo-lhes que não têm valor e que não faz sentido se esforçarem, pois não merecem o sucesso. É frequente que tais pensamentos, que, se cada vez mais audíveis, lembrem fatalmente o que pessoas importantes de seu círculo de relações lhes disseram em outras ocasiões.

A atitude diante do próprio corpo e a avaliação da própria imagem não costumam ser benevolentes e carinhosas. Não são poucas as pessoas com o transtorno que se sentem como que separadas de seu corpo, experimentando-o como feio e repugnante; evitam, naturalmente, olhar-se no espelho. Companheiros que achem o corpo delas atrativo são acusados de propensos à perversão (“Como posso ter consideração por uma pessoa que me acha atraente?!”).



1.3.4 Outros sintomas importantes

Outro sintoma importante da regulação emocional alterada em mulheres pacientes *borderlines* são os *fenômenos dissociativos* acentuados. Por esses fenômenos, entendem-se transtornos passageiros de nossa percepção de espaço, tempo e corpo. É preciso observar que nosso cérebro gasta muita energia para nos transmitir a sensação de que o tempo transcorre em determinada velocidade, de que nos sentimos ligados ao ambiente ao nosso redor e de que “habitamos” nosso

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (límitrofe)?



corpo. Na dissociação, essas percepções, geralmente óbvias, estão alteradas. Quando estamos sob grande tensão ou quando esta é desencadeada por fatores concretos, desenvolve-se repentinamente uma sensação profunda de “irrealidade”. A imagem que temos do mundo muda. As cores tornam-se pálidas, os sons parecem vir de longe e nosso corpo é percebido como se tivéssemos tomado uma anestesia no dentista. Por vezes, apresenta-se a sensação de “abandonarmos” o corpo e olharmos para ele “de fora” de um modo um tanto desapegado. Todas as emoções ficam adormecidas e perdem sua força impulsiva; portanto, as dissociações também têm suas vantagens. Fica, no entanto, a sensação de perda de controle. Nessas situações, como a própria memória pode deixar de funcionar, muitas vezes as pessoas afetadas se esquecem de períodos longos, o que as deixa extremamente inseguras.

Como já descrito, os *borderliners* experimentam frequentemente os chamados *fenômenos pseudopsicóticos*. Ou seja, eles veem ou ouvem pessoas, espíritos ou vozes que são percebidos como absolutamente reais, embora tenham ciência de, na verdade, isso ser impossível e não corresponder à realidade. Uma paciente contou, por exemplo,

que telefonou para uma amiga pedindo que ela viesse verificar se a falecida mãe dela estava de fato na banheira. Ela sabia que a mãe já falecera havia tempo, mas estava vendo-a na banheira.

Não sabemos como o cérebro produz essas ilusões, mas sabemos que as pessoas com o transtorno falam raramente a respeito, pois temem ser declaradas “loucas”, o que faria com que elas tivessem que novamente vivenciar experiências negativas no sistema de saúde. Parece certo que esses fenômenos são ativados especialmente sob estresse, ou seja, muitas vezes eles desaparecem sozinhos. Também a percepção de ouvir os próprios pensamentos é frequente. Infelizmente, em geral, tais vozes são humilhantes e desagradáveis.

1.3.5 Padrões problemáticos de comportamento

Muitas pacientes com transtorno de personalidade *borderline* desenvolveram métodos para diminuir sua sensibilidade emocional ou interromper sentimentos desagradáveis intensos ou estados dissociativos. Alguns desses métodos são extremamente úteis. Assim, por exemplo, boa qualidade de sono, esporte e alimentação saudável melhoram perceptivelmente a sensibilidade emocional. Outros métodos são efetivos em curto prazo (do contrário, não seriam usados), contudo, em longo prazo, infelizmente levam à piora do problema. Os mais evidentes são decerto as *mutilações por corte*. A maioria das pessoas começa com arranhões. Com o decorrer do tempo, os cortes vão ficando mais fundos e espalham-se pelo corpo todo, às vezes até nos órgãos genitais. É muito comum o *head banging*, ou seja, bater a cabeça contra uma superfície dura, ou queimar-se com cigarro ou ferro de passar, ou, ainda, com líquido quente, vapor ou ácido, além de picar-se. Cerca de um terço das pessoas acometidas começam a ter esse comportamento ainda nos primeiros anos escolares. Na grande maioria dos casos, es-

As automutilações são indolores; depois de poucos minutos, geram uma sensação profunda de relaxamento, alívio, calma e proteção. A sensibilidade corporal e, com ela, a percepção da dor normalizam-se aproximadamente 20 minutos após a mutilação. O motivo mais importante da autolesão é o desejo de provocar um alívio da tensão interior. Outros motivos, bem menos frequentes, são a autopunição, retomada do controle e o desejo de “sentir novamente o corpo”. Algumas vezes, as autolesões levam também a “euforias” momentâneas, ou seja, ao bom humor intenso e à melhora da concentração e da autoestima. As pessoas afetadas que experimentam isso tendem a se cortar com muita frequência, isto é, várias vezes ao dia. Não se pode negligenciar o fato de haver fóruns na internet em que as automutilações são expostas abertamente e elogiadas. Alguns pacientes relatam verdadeiras competições para ver quem consegue fazer a automutilação mais agressiva ou fatal. Tudo isso parece exercer um fascínio e, para alguns, não é fácil desvencilhar-se desse comportamento.

Fique sabendo!

Recebemos frequentemente perguntas de pais ou professores desorientados e em dúvida se toda forma de automutilação é indício claro de transtorno de personalidade *borderline*. Justamente pelo fato de, em alguns grupos de jovens, às vezes ser “legal” provocar cicatrizes para provar coragem, devemos prestar atenção no seguinte: se um adolescente se corta ou se “arranha” uma única vez, isso não deve ser necessariamente interpretado como sinal de alerta. O que é decisivo é se essas autolesões são percebidas como “agradáveis” e relaxantes, e se são repetidas. Um jovem que se machuca várias vezes e sente nisso somente dores mínimas e um claro relaxamento deveria, de todo jeito, procurar um terapeuta: é quase certo que ele tenha problemas com sua regulação emocional.

Outro padrão de comportamento que chama a atenção e muitas vezes é muito perigoso é o *comportamento de alto risco*. Entende-se por isso o malabarismo no topo de guias, telhados de edifícios ou parapeitos de pontes. Também se enquadram nisso “correr” em rodovias ou sentar-se nos trilhos do trem até sentir as vibrações etc. Aprendemos que muitas pessoas adotam tais comportamentos arriscados para dominar sentimentos de impotência; algumas relatam também que dessa forma se sentem “realmente vivas”. Isso também é fácil de explicar: quando se leva o corpo a uma situação objetivamente muito perigosa, nosso cérebro descarrega rapidamente elevadas doses de substâncias chamadas neurotransmissores: adrenalina, dopamina e outras, que produzem uma sensação de vigília, vitalidade e “deixam esperto”, o que pode até provocar dependência. Não é preciso mencionar que tais métodos para se sentir vivo ocasionalmente terminam em morte.

Também os *distúrbios alimentares*, como compulsão para comer (chamada de *binge eating*), crises de vômito (ataques bulímicos) ou jejum radical (anorexia), podem ser usados para aumentar a insensibilidade ante os próprios sentimentos. Alguns relatam um sentimento de orgulho por terem um controle aparente sobre o próprio corpo. Na verdade, faz muito tempo que quem assumiu o controle foi o distúrbio alimentar.

Infelizmente, esses distúrbios levam justamente a grandes oscilações de humor e a perturbações do pensamento. Também é importante salientar as consequências da *desidratação*. Alguns pacientes *borderlines* limitam-se a tomar 250 ml de líquidos por dia (o normal seria 2,5 l). As consequências são distúrbios do sono, piora da dissociação e o aparecimento de vozes. Por que não bebem? Porque ter a sensação de estar “fora de seu próprio corpo” parece ser mais agradável do que ter de suportar sentimentos desagradáveis.

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (límitrofe)?

Também vale citar, entre os padrões de comportamento problemático, o abuso de álcool e drogas, sexo irresponsável sem prazer duradouro, compras compulsivas, comportamentos obsessivos, como rituais de banho, ou mesmo ataques agressivos (ver seção a seguir).

1.4 Transtornos adicionais frequentes

Muitos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* desenvolvem, ou ao mesmo tempo, ou no decorrer da vida, outros transtornos psíquicos que influenciam parcialmente na evolução do transtorno *borderline* e requerem um tratamento específico (chama-se isso de “comorbidade”, de co = junto, e morbo = doença). A Tabela 1 enumera os problemas e os transtornos psíquicos mais importantes que os pacientes *borderlines* frequentemente têm de enfrentar.

Tabela 1. Transtornos comórbidos frequentes.

Transtorno	Frequência durante toda a vida
Distúrbios do sono (pesadelos)	75%
Estresse pós-traumático	60%
Fobia social	46%
Transtornos depressivos	40%
Transtornos de atenção e hiperatividade	35%
Distúrbios alimentares e vômitos	18%

Quais são as comorbidades mais frequentes do transtorno de personalidade *borderline*?

Distúrbios do sono persistentes certamente figuram entre os problemas mais comprometedores. As causas são variadas: medo de adormecer, ruminação intensa, pesadelos, forte agitação interior que dificulta o sono, consumo de álcool ou drogas, sequelas ou efeito colateral de tratamentos medicamentosos, prática excessivamente intensa de esportes antes de dormir etc. Para o tratamento desses distúrbios do sono, aconselha-se procurar um médico. Existem hoje medicamentos eficazes que não provocam dependência. De modo algum devem ser usados os benzodiazepínicos (Rivotril® ou outras marcas), pois corre-se o risco da dependência, que reforça significativamente a alteração da regulação emocional de pacientes *borderlines*.

O *transtorno do estresse pós-traumático* (TEPT) é uma consequência típica e frequente de experiências traumáticas. Dois em cada três pacientes *borderlines* sofrem desse transtorno. As causas, em sua maioria, estão ligadas a experiências de violência interpessoal, como abuso sexual ou violência física na infância ou na juventude. Os sinais característicos de um TEPT são os chamados *flashbacks*, ou seja, vivenciar novamente cenas dos acontecimentos traumáticos. Mesmo sabendo que, na verdade, tais cenas ocorreram no passado, elas são vivenciadas emocional ou mesmo fisicamente como reais e atuais. Podem se tratar de imagens, odores, sons ou até mesmo percepções corporais. Também podem surgir dores na região genital ou a percepção de rostos de pessoas conhecidas mudarem repentinamente. Outros sinais do TEPT são pesadelos intensos, estado de forte agitação interior e evitação de fatores desencadeadores e situações que evoquem o trauma. Quando este se deu na infância ou na juventude, muitos pacientes internalizam, no decorrer do tempo, as consequências da experiência. Sentem-se sujos ou lambuzados, têm

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (límitrofe)?

a sensação de carregar uma culpa pelo que aconteceu com eles e envergonham-se de si mesmos e de seus pais. Pensamentos assim têm, naturalmente, consequências sérias no curso da vida. A boa notícia para isso é que existem programas terapêuticos muito bem-sucedidos que minimizam o impacto de tais experiências traumáticas. Além disso, deve-se procurar especialistas ou unidades especializadas no transtorno (ver p. 46-47).

O conceito de “fobia social” descreve o medo significativo e humilhante de transmitir uma imagem pública negativa e ser mal avaliado pelos outros. Como consequência, muitas atividades sociais são evitadas ou postergadas tanto quanto for possível. Cerca da metade de todos os pacientes *borderlines* sofre desse problema. Uma dessas pacientes, por exemplo, relata que evitava lavar seus *jeans* numa lavanderia comunitária, pois temia passar por ridícula se não conseguisse entender as instruções de uso do equipamento. Para outra, muito esperta e talentosa, a faculdade era “um inferno total”, pois precisava providenciar sempre um atestado médico quando tinha de apresentar um seminário. Já outros têm dificuldade de ir a uma reunião de pais e mestres na escola de seus filhos, ficando com um terrível peso na consciência. Para muitos, é difícil comer na companhia de outras pessoas, ir a sanitários públicos, telefonar para desconhecidos; às vezes, as pessoas com o transtorno de personalidade *borderline* mal deixam a própria residência. Para esses casos, também temos uma boa notícia: com um pouco de trabalho é possível aprender muito bem a lidar com a fobia social. Esse esforço vale a pena, de todo jeito!

A maioria das pacientes *borderlines* experimenta fortes oscilações de humor e breves fases de desânimo. Não é raro chegarem inclusive a apresentar *estados depressivos* graves, uma sensação duradoura de desespero e perda de motivação. Só é possível passar a entender o conceito de “motivação” quando ela diminui repentinamente ou falta completamente. A normalidade de escovar os dentes ao levantar, de

decidir logo entre dois produtos nas compras, de fazer um breve telefonema, todas essas coisas cotidianas exigem força. Esta nós obtemos, na maioria das vezes, sem precisar de muita motivação. Numa depressão, essa motivação desaparece. Uma paciente descreve esse estado da seguinte maneira: “É como se o motor de um grande navio pifasse e o peso todo tivesse de ser empurrado por um pequeno motor de popa”. Além da falta de motivação, outro sintoma importante da depressão é a perda de qualquer vestígio de otimismo, deixando tudo sem gosto e sombrio; a pessoa acredita ser má ou inútil; ocasionalmente tem a sensação de ter enganado ou traído quase todo o mundo. Fica igualmente difícil pensar de maneira clara ou perceber as coisas. Às vezes, a situação é tão ruim, que não se consegue mais ler um livro ou se é incapaz de assistir a um filme; além do fato de tudo isso não proporcionar mais nenhum prazer. Até os alimentos perdem o sabor e não se quer mais pensar em sexo. Algumas dessas situações certamente vão parecer a muitas pacientes *borderlines* estranhamente conhecidas. Mas isso não é simplesmente depressão? A diferença de-



cisiva entre os problemas normais dessas pacientes e os de uma depressiva são a persistência e a constância dos sintomas. Os pacientes *borderlines* experimentam cada um desses sintomas por um tempo relativamente breve (um ou dois dias), e eles muitas vezes estão ligados a algum evento. O transtorno depressivo (depressão maior) normalmente se apresenta independentemente de um fator desencadeador e dura muito tempo (ao menos 14 dias). Para um diagnóstico seguro, é importante que as oscilações comuns de humor estejam aumentadas. A depressão estende seu manto pesado sobre tudo. A notícia importante é que também as depressões podem ser bem tratadas hoje. Via de regra, uma combinação de psicoterapia específica e tratamento medicamentoso é eficaz.

O *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (TDAH) em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* passa frequentemente despercebido, mesmo por especialistas experientes. Por hiperatividade entende-se não apenas a dificuldade de “ficar quieto no lugar”, mas também um colapso de humor em situações de tédio e agitação física, e a procura constante por novas emoções radicais. É importante entender que, na infância, sobretudo as meninas não chamam tanto a atenção pela hiperatividade. Elas são muito mais sonhadoras, esquecidas e quietas; elas *não* chamam a atenção. Na idade mais avançada, porém, revelam uma elevada dificuldade de concentração, especialmente em tarefas que oferecem poucos estímulos e requerem atenção constante. À pressão externa, as pessoas afetadas reagem instintivamente de maneira alérgica, a maioria procrastina tudo até o último momento. Às vezes, as coisas em que mergulhamos são tão interessantes que esquecemos o mundo ao redor... e naturalmente nos atrasamos mais uma vez... Outro grande problema é o tédio, que pode aumentar tanto até que se torne insuportável. Quando ainda estão presentes esquecimento acentuado e dificuldade de lembrar e honrar compromissos, deve-se cogitar esse diagnóstico e introduzir um tratamento medicamentoso de suporte.

Assim como os transtornos aqui retratados, outros transtornos psíquicos com consequências negativas, como distúrbios alimentares, dependência e compulsões graves, requerem com frequência um tratamento específico. Para que se possa tomar de antemão uma decisão certa e se possa introduzir passos terapêuticos adequados, as pessoas afetadas têm de procurar um médico especializado em psiquiatria ou neurologia, ou ainda um psicoterapeuta.