

JEROLD JAY KREISMAN & HAL STRAUS

**EVITE
ODIÓ**

não me deixe

**Como entender as pessoas com
transtorno da personalidade borderline
e aprender a se relacionar com elas**

Um guia de referência para lidar com emoções extremas

Como tudo, para Doody

CAPÍTULO UM

O mundo do transtorno da personalidade borderline

“Tudo parecia e soava irreal. Nada era o que é. Era isso que eu queria: estar sozinho comigo mesmo em outro mundo, onde a verdade é mentirosa e a vida pode se esconder de si mesma.”

Longa jornada noite adentro, de Eugene O’Neill

No início, Dr. White pensou que tudo seria relativamente simples. Ao longo dos cinco anos desde que começara a tratar Jennifer, ela tivera poucos problemas médicos. Suas queixas estomacais deviam ser sintomas de uma gastrite, pensou ele, então a tratou com antiácidos. Quando as dores no estômago se tornaram insuportáveis, apesar do tratamento e dos resultados normais nos exames de rotina, o dr. White decidiu internar Jennifer para investigar o problema.

Depois de uma avaliação médica completa, ele perguntou se ela estava enfrentando algum tipo de estresse em casa ou no trabalho. Na hora Jennifer admitiu que seu cargo como gerente de RH numa grande empresa era cansativo demais, mas, como ela mesma disse, “Muita gente trabalha sob pressão”. Revelou também que sua vida pessoal andava mais caótica ultimamente. Ela estava tentando dar conta do trabalho enquanto lidava com suas responsabilidades como mãe. Mas duvidava de que esses fatores estivessem ligados às dores que sentia no estômago.

Quando o dr. White recomendou que Jennifer recebesse a visita de um psiquiatra, ela resistiu. No entanto, com a piora dos sintomas e a falta de diagnóstico, ela aceitou conversar com o dr. Gray.

Os dois se encontraram poucos dias depois, no hospital. Com uma aparência infantil e mais jovem do que inspiravam seus 28 anos, Jennifer estava

deitada na cama, num quarto que havia sido transformado de um cubículo anônimo em um ninho personalizado. Havia um bicho de pelúcia ao seu lado na cama e outro na mesa de cabeceira junto a várias fotos de seu marido e seu filho. Cartões desejando melhoras estavam meticulosamente arrumados numa fileira no peitoril da janela, acompanhados de arranjos de flores.

No início, Jennifer se mostrou muito formal e respondeu com grande seriedade a todas as perguntas do dr. Gray. Então brincou dizendo que seu trabalho a estava “obrigando a falar com um psi”. Quanto mais ela falava, mais triste parecia. Sua voz foi se tornando menos dominadora e mais infantilizada.

Ela lhe contou que uma promoção no trabalho estava criando novas demandas e responsabilidades que a deixavam insegura. Seu filho de 5 anos acabara de entrar na escola, e isso se relevava uma separação difícil para ambos. Os conflitos com seu marido, Allan, aumentavam consideravelmente. Ela relatou mudanças de humor repentinas, problemas para dormir, perda de peso, dificuldade de concentração e diminuição da libido.

O dr. Gray prescreveu antidepressivos, que melhoraram os sintomas gástricos e pareceram normalizar os padrões de sono. Em poucos dias, Jennifer recebeu alta e concordou em prosseguir com o tratamento.

Ao longo das semanas seguintes, Jennifer falou mais sobre sua criação. Originária de uma cidade pequena, ela era filha de um empresário bem-sucedido e sua esposa socialite. O pai, presbítero na igreja da cidade, exigia perfeição da filha e de seus dois irmãos mais novos, e vivia lembrando que a cidade inteira estava prestando atenção no comportamento deles. As notas de Jennifer, seu jeito de ser e até mesmo seus pensamentos nunca pareciam bons o bastante. Ela temia o pai, mas ainda assim buscava constantemente, sem sucesso, sua aprovação. A mãe se mantinha passiva e distante. Os pais avaliavam os amigos da filha e com frequência os julgavam inaceitáveis. Consequentemente, Jennifer tinha poucos amigos e ainda menos namorados.

Ela descreveu a montanha-russa das próprias emoções, que pareciam ter piorado depois que entrou na faculdade. Jennifer começou a beber, às vezes além da conta. Sem qualquer aviso, começava a se sentir sozinha e deprimida, e logo depois se sentia empolgada, feliz e apaixonada. Vez por outra tinha acessos de raiva com as amigas, crises que, de alguma forma, conseguira reprimir na infância.

Foi mais ou menos por volta dessa época que ela começou a gostar de chamar a atenção dos homens, algo que sempre evitara. Embora gostasse de ser desejada, sentia estar “enganando” ou trapaceando os pretendentes. Assim que começava a sair com alguém, sabotava a relação criando sucessivos conflitos.

Conheceu Allan quando ele estava terminando a faculdade de direito. Ele a cortejou com insistência e se recusou a ser dispensado quando ela tentou recuar. Allan gostava de escolher suas roupas e de lhe dar conselhos sobre como andar, como falar e como ter uma alimentação mais saudável. Insistia em que ela o acompanhasse à academia, onde ele malhava com frequência.

“Allan me deu uma identidade”, explicou ela. Ele a aconselhava sobre como interagir com os sócios e clientes no escritório de direito, quando ser agressiva e quando ser recatada. Assim, ela desenvolveu um vasto “repertório” de personagens ou papéis que podia chamar ao palco sempre que quisesse.

Os dois se casaram, por insistência de Allan, antes de ela terminar o penúltimo ano de faculdade. Jennifer largou os estudos e começou a trabalhar como recepcionista, mas o chefe reconheceu sua inteligência e a promoveu a cargos de maior responsabilidade.

Em casa, porém, as coisas começaram a desandar. A carreira de Allan e seu interesse pela boa forma o levavam a passar mais tempo fora de casa, algo que Jennifer detestava. Às vezes, ela o provocava e puxava brigas só para mantê-lo em casa um pouco mais. Com frequência, essas brigas terminavam em violência física. E depois em sexo.

Jennifer tinha poucas amigas. Desvalorizava as mulheres, que taxava de fofoqueiras e desinteressantes. Torceu para que o nascimento do filho, Scott, dois anos depois de se casar, lhe proporcionasse o conforto que lhe faltava. Sentia que o filho sempre a amaria e estaria ao seu lado. Mas as demandas de uma criança pequena foram avassaladoras, e depois de um tempo Jennifer decidiu voltar a trabalhar.

Apesar dos elogios e do bom desempenho no trabalho, ela continuava insegura, sentindo estar “fingindo” ser aquilo que não era. Acabou se envolvendo sexualmente com um colega quase quarenta anos mais velho.

“Em geral eu me sinto bem”, disse ela ao dr. Gray. “Mas há um outro lado meu que às vezes assume o comando e me controla. Sou uma boa mãe. Esse meu outro lado, no entanto, me leva a agir feito uma doida!”

Jennifer continuava a criticar a si mesma, em especial nos momentos

de solidão; quando estava sozinha, sentia-se abandonada, fato que atribuía à baixa autoestima. A ansiedade ameaçava dominá-la se não encontrasse algum tipo de válvula de escape. Às vezes, comia compulsivamente; certo dia, devorou uma tigela inteira de massa de cookie. Passava horas e horas olhando fotos do filho e do marido para tentar “mantê-los vivos na mente”.

A aparência de Jennifer nas sessões de terapia oscilava de modo radical. Quando vinha direto do trabalho, usava um terninho que transmitia maturidade e sofisticação. Nos dias de folga, porém, aparecia de short e meias três-quartos, com tranças nos cabelos; nessas sessões ela se comportava feito uma menininha, falando com uma voz aguda e usando um vocabulário mais restrito.

Às vezes, ela se transformava quando já estava no consultório, diante dos olhos do dr. Gray. Podia ser perspicaz e inteligente, mostrando-se disposta a ter uma compreensão maior de si mesma, e de repente virava uma adolescente, vaidosa e sedutora, incapaz de funcionar no mundo adulto. Podia ser encantadora e agradável, ou manipuladora e hostil. Podia sair batendo o pé de uma sessão, jurando nunca mais voltar, e aparecer, receosa, na sessão seguinte, com medo de o dr. Gray se recusar a atendê-la.

Jennifer se sentia como uma criança vestida com a armadura de um adulto. Ficava confusa com o tratamento que recebia dos outros, esperando que a qualquer momento pudessem ver através de seu disfarce e denunciá-la como uma fraude. Ela precisava de alguém que a amasse e a protegesse do mundo. Buscava desesperadamente a proximidade, mas quando alguém chegava perto demais, ela fugia.

Jennifer sofre de transtorno da personalidade borderline (TPB). Ela não está sozinha. Nos Estados Unidos, estudos apontam um número que pode chegar a 19 milhões de pessoas (entre 3% e 6% da população) que apresentam sintomas primários de TPB, e outros estudos sugerem que esse número está subestimado.^{1,2} Aproximadamente 10% dos pacientes ambulatoriais e 20% dos pacientes internados nas alas psiquiátricas, e entre 15% e 25% de *todos* os pacientes que procuram atendimento psiquiátrico recebem o diagnóstico desse distúrbio. Ele é um dos transtornos de personalidade mais comuns.^{3,4}

Apesar de sua prevalência, o TPB ainda é relativamente desconhecido pelo público geral. Pergunte a qualquer um na rua sobre ansiedade,

depressão ou alcoolismo, e essa pessoa decerto conseguirá fazer uma descrição aproximada da doença, ainda que não tecnicamente precisa. Mas peça-lhe que descreva o transtorno da personalidade borderline, e a pessoa reagirá com um ar de incompreensão. Por outro lado, se você perguntar a um médico especialista em saúde mental sobre o transtorno, receberá uma resposta bem diferente. O profissional dará um suspiro profundo e exclamará que, de todos os seus pacientes psiquiátricos, aqueles que sofrem de transtorno borderline são os mais temidos e os que mais devem ser evitados, mais do que os que sofrem de esquizofrenia, mais do que aqueles que sofrem de alcoolismo ou dependência química, mais até do que qualquer outro paciente. Há décadas o TPB paira como uma espécie de “Terceiro Mundo” da doença mental: indistinto, imenso e vagamente ameaçador.

Em parte, o TPB não foi reconhecido como deveria porque o diagnóstico ainda é relativamente novo. Durante anos, a palavra “borderline” foi usada como uma categoria ampla para pacientes que não se encaixavam em diagnósticos mais estabelecidos. Pessoas descritas como borderline parecem mais doentes que pacientes neuróticos (que apresentam uma ansiedade pronunciada advinda de conflitos emocionais), porém menos doentes que pacientes psicóticos (cujo alheamento da realidade torna impossível um funcionamento normal).

O transtorno também coexiste com outras doenças mentais e as tangencia: depressão, ansiedade, transtorno bipolar (maníaco-depressivo), esquizofrenia, transtorno de somatização (hipocondria), transtorno dissociativo de identidade (múltiplas personalidades), transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), alcoolismo, abuso de drogas (inclusive dependência de nicotina), transtornos alimentares, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, histeria, sociopatia, e outros transtornos de personalidade.

Embora o termo *borderline* tenha sido cunhado pela primeira vez nos anos 1930, o transtorno só foi claramente definido na década de 1970. Durante anos, os psiquiatras não conseguiam chegar a um consenso quanto à existência distinta dessa síndrome, muito menos quanto aos sintomas específicos para um diagnóstico preciso. No entanto, à medida que um número crescente de pessoas começou a buscar terapia por causa de um conjunto singular de problemas de vida, os parâmetros do transtorno se cristalizaram. O diagnóstico do transtorno da personalidade borderline foi definido pela

primeira vez na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), a “bíblia” de diagnóstico da profissão psiquiátrica, publicada pela Associação Americana de Psiquiatria. Desde então foram lançadas várias revisões do DSM, sendo a mais recente o DSM-5, publicado em 2013. Embora diversas escolas dentro da psiquiatria ainda discordem em relação a natureza, causas e tratamento exatos do TPB, o transtorno é hoje reconhecido oficialmente como um problema mental relevante nos Estados Unidos. De fato, os pacientes de TPB consomem uma porcentagem maior de serviços de saúde mental do que aqueles com praticamente qualquer outro diagnóstico.^{5,6} Além disso, estudos corroboram que cerca de 90% dos pacientes com diagnóstico de TPB têm também pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico.^{7,8} O TPB está relacionado com frequência a doenças médicas importantes, sobretudo em mulheres. Entre elas estão dores crônicas de cabeça, artrite, câncer e distúrbios dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, urinário, pulmonar, hepático e imunológico.^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15} Em 2008, a Câmara dos Representantes dos Estados Unidos escolheu maio como o Mês da Conscientização do Transtorno da Personalidade Borderline. Apesar disso, as pesquisas atuais financiadas pelo governo americano sobre o TPB representam apenas uma parte ínfima dos trabalhos relacionados a transtornos menos comuns, como por exemplo a esquizofrenia ou o transtorno bipolar.

Sob muitos aspectos, a síndrome borderline tem sido para a psiquiatria o mesmo que um vírus é para a medicina geral: um termo inespecífico para designar uma doença vaga, porém perniciosa, que é frustrante de tratar, difícil de definir e impossível de ser explicada adequadamente pelo médico a seu paciente.

FRONTEIRAS DEMOGRÁFICAS

Quem são as pessoas borderline que encontramos na vida cotidiana?

É Carlotta, aquela amiga desde a época do ensino fundamental. Por causa de qualquer mínimo deslize, ela acusa você de a ter apunhalado pelas costas e lhe diz que você na verdade nunca foi amigo dela. Semanas ou meses mais tarde, Carlotta telefona para você, simpática e blasé, como se nada tivesse acontecido.

É Bob, seu chefe. Num dia Bob é todo elogios pelo seu trabalho num projeto corriqueiro; no dia seguinte, recrimina você por um erro insignificante. Em alguns momentos se mostra reservado e distante, em outros aparece de repente esfuziante como “parte da turma”.

É Arlene, a namorada do seu filho. Numa semana ela é a patricinha modelo; na semana seguinte, uma punk raiz. Termina com seu filho numa noite, e horas depois ressurgue jurando devoção eterna.

É Brett, seu vizinho de porta. Incapaz de lidar com o naufrágio de seu casamento, ele nega a infidelidade evidente da esposa em um só fôlego, para em seguida assumir inteiramente a culpa por ter sido traído. Agarra-se desesperadamente à família, alternando entre culpa e ataques enfurecidos à mulher e aos filhos, que o acusaram de modo tão “injusto”.

Se as pessoas nesses perfis curtos parecem inconsistentes, isso não deveria surpreender ninguém – a inconsistência é o principal sinal de TPB. Incapazes de tolerar o paradoxo, as pessoas com personalidade borderline são paradoxos na forma humana. A inconsistência é um dos principais motivos pelos quais os profissionais especializados em saúde mental tiveram tanta dificuldade para definir um conjunto uniforme de critérios para a doença.

Se essas pessoas parecem muito familiares, também não deveriam surpreender ninguém. Há boas chances de você ter um cônjuge, parente, amigo íntimo ou colega de trabalho com personalidade borderline. Talvez você saiba um pouco sobre TPB e até reconheça características borderline em si mesmo.

Embora seja difícil estimar com exatidão os números, os profissionais da saúde mental concordam que a quantidade de indivíduos com o transtorno na população em geral está crescendo, e num ritmo acelerado, embora alguns observadores aleguem que o que está aumentando é a consciência dos médicos em relação ao transtorno, não o número de pacientes.

Será a personalidade borderline de fato uma “epidemia” dos tempos modernos ou será que a novidade é apenas o rótulo de diagnóstico *borderline*? De toda forma, o transtorno forneceu novos dados para a compreensão do arcabouço psicológico de vários distúrbios correlatos. Diversos estudos relacionaram o TPB à anorexia, à bulimia, ao TDAH, ao abuso de drogas e ao suicídio na adolescência – todos eles cresceram de modo alarmante na

última década. Alguns estudos detectaram TPB em quase 50% dos pacientes internados em decorrência de um distúrbio alimentar.¹⁶ Outros estudos constataram que mais de 50% das pessoas com problemas de abuso de drogas ilícitas preenchem critérios para o TPB.

Tendências autodestrutivas ou atos suicidas são muito comuns em pacientes borderline, e são um dos critérios definidores da síndrome. Até 70% dos pacientes com TPB tentam o suicídio. A incidência de morte por suicídio documentada é de 8% a 10%, e mais alta ainda em adolescentes borderline. Um histórico de tentativas de suicídio prévias, vida familiar caótica e falta de sistemas de apoio aumentam a probabilidade de que isso venha a acontecer. O risco se multiplica ainda mais entre pacientes afetados também por transtornos depressivos ou maníaco-depressivos (bipolares), ou pelo alcoolismo ou abuso de drogas ilícitas.^{17,18}

COMO OS MÉDICOS DIAGNOSTICAM UMA DOENÇA PSIQUIÁTRICA

Antes de 1980, o DSM-I e o DSM-II estabeleciam padrões para as doenças psiquiátricas em termos descritivos. A partir do DSM-III, os transtornos psiquiátricos passaram a ser definidos segundo paradigmas estruturados e *categoricos*, ou seja, diversos sintomas são propostos como sugestivos de um diagnóstico específico, e quando uma determinada quantidade desses critérios é alcançada, considera-se que o indivíduo preenche as exigências categóricas para um diagnóstico. Curiosamente, nas quatro revisões do DSM desde 1980 foram feitos apenas ajustes pontuais nos critérios definidores do TPB. Como veremos em breve, são nove os critérios associados ao TPB, e um indivíduo se qualifica para o diagnóstico se apresentar cinco ou mais entre os nove.

O paradigma categórico estimulou controvérsia no meio psiquiátrico, em especial no que tange ao diagnóstico de transtornos de personalidade. Ao contrário da maioria das doenças psiquiátricas, considera-se que os transtornos de personalidade se desenvolvem no início da idade adulta e perduram por longos períodos. Esses traços de personalidade tendem a ser persistentes e se modificam gradualmente ao longo do tempo. No entanto, o sistema categórico de definições pode resultar

numa mudança de diagnóstico abrupta demais para ser realista. Com relação ao TPB, um paciente borderline que apresente cinco sintomas em teoria deixaria de ser considerado borderline caso apenas um dos sintomas se modificasse. Uma “cura” súbita não parece coerente com o conceito de personalidade.

Por esse motivo e tantos outros, alguns pesquisadores e clínicos sugeriram adaptar o DSM para uma abordagem *dimensional* do diagnóstico. Tal modelo tentaria determinar o que se poderia denominar “graus de TPB”, já que obviamente alguns indivíduos borderline funcionam em níveis mais elevados do que outros. Segundo esses autores sugerem, em vez de concluir que um indivíduo é ou não borderline, o transtorno deveria ser reconhecido dentro de um espectro. Essa abordagem atribuiria pesos distintos a alguns dos critérios definidores, dependendo de quais sintomas as pesquisas revelarem ser mais prevalentes e persistentes. Esse método poderia desenvolver um protótipo borderline representativo, “puro”, capaz de padronizar métricas com base em quanto um paciente “se encaixa” na descrição. Uma abordagem dimensional poderia ser usada para medir o comprometimento funcional. Assim, um paciente borderline com nível de funcionamento mais alto ou mais baixo poderia ser identificado com base em sua capacidade de administrar tarefas habituais. Outra metodologia avaliaria traços específicos, como a impulsividade, a busca de novidades, a dependência em relação a recompensas, a prevenção de danos, os aspectos neuróticos (que abarcariam características como vulnerabilidade ao estresse, mau controle dos impulsos, ansiedade, instabilidade do humor, etc.) que foram associados ao TPB.^{19, 20, 21} Essas adaptações podem medir com mais precisão mudanças e graus de melhora em vez de simplesmente determinar a presença ou a ausência do transtorno.

Para entender a diferença entre essas duas abordagens definidoras, considere como se dá a percepção de “gênero”. A determinação de que alguém é macho ou fêmea é uma definição *categórica*, com base em fatores objetivos físicos, genéticos ou hormonais. As designações de masculinidade ou feminilidade, contudo, são conceitos *dimensionais*, influenciados por critérios pessoais, culturais e outros menos objetivos. Modelos tridimensionais já propostos e em curso de aprimoramento estão descritos no Apêndice A deste livro. Entre eles estão o Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtornos da Personalidade, da Associação Americana de Psiquiatria (MATP),

a Classificação de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-11) e os Critérios de Área de Pesquisa (RDoC) do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. É provável que futuras revisões do DSM incorporem aspectos de diagnóstico dimensionais.

Diagnóstico do TPB

O DSM-5 lista nove critérios categóricos para o TPB, cinco dos quais devem estar presentes para que se tenha um diagnóstico.²² Com poucas modificações, essas características definidoras formais do TPB não sofreram mudanças nas últimas quatro décadas. À primeira vista, esses critérios podem parecer desconectados entre si ou relacionados apenas de maneira periférica. Quando explorados a fundo, porém, vê-se que os nove sintomas estão intrinsecamente interligados, e interagem de modo que um cause o aumento de outro como os pistões de um motor a combustão.

Os nove critérios podem ser resumidos da seguinte forma (cada um deles é descrito em profundidade no Capítulo 2):

1. Tentativas frenéticas de evitar o abandono real ou imaginário.
2. Relacionamentos interpessoais instáveis e intensos.
3. Falta de noção clara de identidade.
4. Impulsividade em comportamentos potencialmente autodestrutivos, como abuso de substâncias, sexo, roubo, condução arriscada, compulsão alimentar.
5. Ameaças ou gestos suicidas recorrentes, ou comportamentos de automutilação.
6. Mudanças de humor severas e reatividade extrema a estresses situacionais.
7. Sensação crônica de vazio.
8. Explosões de raiva frequentes e inadequadas.
9. Sentimentos passageiros de irrealidade ou paranoia relacionados ao estresse.

Essa constelação de nove sintomas pode ser agrupada em quatro áreas principais para as quais o tratamento é frequentemente direcionado:

1. Instabilidade do humor (critérios 1, 6, 7 e 8).
2. Impulsividade e comportamentos descontrolados perigosos (critérios 4 e 5).
3. Psicopatologia interpessoal (critérios 2 e 3).
4. Distorções de pensamento e percepção (critério 9).

HEMOFILIA EMOCIONAL

Por trás da nomenclatura clínica existe a angústia vivenciada por indivíduos borderline e seus entes queridos. Para alguém com TPB, uma grande parte da vida é uma montanha-russa emocional interminável. Para quem mora com essas pessoas, tem amor por elas ou é responsável pelo seu tratamento, a viagem pode parecer igualmente desenfreada, assustadora e frustrante.

Jennifer e milhões de outros pacientes com TPB têm acessos de raiva incontroláveis direcionados às pessoas que mais amam. Eles se sentem impotentes e vazios, com sua identidade estilhaçada por graves contradições emocionais.

As mudanças de humor ocorrem com rapidez e de forma explosiva, levando o indivíduo dos píncaros da alegria às profundezas da depressão. Cheio de raiva num momento e calmo no instante seguinte, ele não compreende muito bem por que foi conduzido a tamanha ira. Depois do episódio, a incapacidade de entender a origem daquele destempero causa mais ódio de si mesmo e mais depressão.

Um indivíduo borderline padece de uma espécie de “hemofilia emocional”: falta-lhe o mecanismo de coagulação necessário para moderar os acessos de emoção. Basta fazer um furinho numa paixão ou apunhalar um sentimento na delicada “pele” de uma personalidade borderline para que ela morra emocionalmente de hemorragia. Quem sofre de TPB não conhece períodos prolongados de contentamento. Um vazio crônico vai minando a pessoa até torná-la disposta a tomar qualquer atitude para fugir. Num desses momentos de baixa, ela está sujeita a uma série de atos impulsivos e autodestrutivos: surtos de abuso de drogas e álcool, maratonas de comida, jejuns anoréxicos, vômitos bulímicos, apostas desmedidas, consumo em excesso, promiscuidade sexual e automutilação. A pessoa pode tentar

o suicídio, muitas vezes sem a intenção de morrer, mas para sentir *alguma coisa*, para confirmar que está viva.

“Odeio como eu me sinto”, confessa um paciente com o transtorno. “Quando penso em me matar, isso parece muito tentador, muito convidativo. Às vezes, o suicídio é a única coisa com a qual consigo me relacionar. É difícil não querer me machucar. É como se, ao me machucar, o medo e a dor fossem embora.”

Algo central na síndrome borderline é a falta de uma noção consistente de identidade. Quando descrevem a si mesmas, as pessoas com TPB pintam um autorretrato confuso ou contraditório, em contraste com outros pacientes que têm uma noção bem mais clara de quem são. Para superar sua autoimagem indistinta e em grande parte negativa, os indivíduos borderline, assim como os atores, estão constantemente em busca de “bons papéis”, de “personagens” completos que possam habitar para preencher seu vazio de identidade. Assim, muitas vezes eles se adaptam ao ambiente que os cerca, à situação ou a seus companheiros do momento como camaleões, de modo bem parecido com o personagem do filme *Zelig*, de Woody Allen, que literalmente assume a personalidade, a identidade e a aparência das pessoas ao redor.

O poder de atração das experiências de êxtase, quer sejam obtidas por meio de sexo, drogas ou outras vias, é avassalador para quem sofre de TPB. No êxtase, a pessoa pode voltar para um mundo primevo no qual o eu e o mundo externo se fundem, uma espécie de segunda infância. Em períodos de intensa solidão e vazio, ela abusa de drogas, bebe em excesso ou pratica sexo sem parar (com um ou vários parceiros), às vezes por dias a fio. É como se, quando o esforço para encontrar uma identidade se torna insuportável, a solução fosse perdê-la por completo, ou então conseguir um arremedo de identidade por meio da dor ou do entorpecimento.

O histórico familiar de alguém com TPB é marcado com frequência por alcoolismo, depressão e distúrbios emocionais. Uma infância borderline costuma ser um campo de batalha desolado, recheado de escombros de indiferença, rejeição ou ausência parental, privação emocional e abuso crônico. A maioria dos estudos encontrou em muitos pacientes borderline um histórico de abuso psicológico, físico ou sexual severo. De fato, um histórico de maus-tratos, testemunho de violência, negligência ou invalidação de experiências por parte dos pais ou cuidadores primários

distingue os pacientes borderline de outros pacientes psiquiátricos.^{23, 24} Tais pacientes são mais vulneráveis a outras doenças e mais propensos a apresentar alterações hormonais, inflamatórias, genéticas e outros processos neurobiológicos.²⁵ Um estudo envolvendo gestantes com histórico de adversidade na infância examinou os padrões cromossômicos de seus filhos. Houve correlação direta entre a severidade do abuso sofrido pela mãe na infância e o grau de encurtamento do comprimento dos telômeros da criança (telômeros são as “tampas protetoras” nas extremidades dos cromossomos), que estava vinculado também a mais problemas comportamentais aos 18 meses.²⁶

Esses relacionamentos instáveis perduram na adolescência e na idade adulta, quando os vínculos românticos são muito intensos e em geral de curta duração. Num dia o indivíduo borderline persegue o parceiro freneticamente, e no dia seguinte o manda fazer as malas. Romances mais longos, medidos em semanas ou meses, não em anos, são repletos de turbulências e raiva, de assombro e empolgação. Isso pode estar relacionado, segundo as pesquisas, a uma hipersensibilidade ao contato físico e uma preferência por um distanciamento interpessoal entre indivíduos com um histórico de maus-tratos na infância.²⁷

CLIVAGEM: O MUNDO POLARIZADO DO INDIVÍDUO BORDERLINE

O mundo de um adulto borderline, assim como o de uma criança, divide-se entre heróis e vilões. Emocionalmente infantil, o indivíduo com TPB é incapaz de tolerar as inconsistências e as ambiguidades humanas; não consegue conciliar as boas e as más características do outro para ter uma compreensão constante e coerente da pessoa. A qualquer momento, alguém ou é “bom” ou é “mau”: não existe zona intermediária, não existe área cinza. Nuances e tons são entendidos com grande dificuldade, isso quando chegam a sê-lo. Namorados e companheiros, mães e pais, irmãos e irmãs, amigos e terapeutas podem ser idolatrados num dia, e no dia seguinte, desvalorizados e descartados.

Quando a pessoa idealizada por fim o decepciona (todos nós causamos decepção, mais cedo ou mais tarde), o indivíduo borderline precisa

reestruturar drasticamente sua conceituação rígida e inflexível. Das duas, uma: ou o ídolo é banido para a masmorra ou a pessoa borderline bane *a si mesma* de modo a conseguir preservar a imagem “perfeita” do outro.

Esse tipo de comportamento, denominado “clivagem”, é o principal mecanismo de defesa empregado no TPB. Segundo a definição técnica, clivagem é a rígida separação entre pensamentos e sentimentos positivos e negativos a respeito de si próprio e dos outros, ou seja, a incapacidade de sintetizar esses sentimentos. A maioria dos indivíduos é capaz de sentir ambivalência e de perceber dois estados de sentimento contraditórios num mesmo momento; aqueles com TPB alternam entre os dois estados, ficando completamente alheios a um estado emocional quando imersos no outro.

A clivagem gera uma rota de fuga da ansiedade: a pessoa borderline vê um amigo próximo ou parente (vamos chamá-lo de “Joe”) como pessoas distintas em tempos diferentes. Num dia ela consegue admirar sem reservas o “Joe do bem”, interpretando-o como inteiramente bom; suas qualidades negativas não existem; foram expurgadas e atribuídas ao “Joe do mal”. Em outros dias, ela pode sem qualquer culpa desprezar inteiramente o “Joe do mal” e enfurecer-se contra sua maldade sem qualquer autorrecriação, pois agora seus traços positivos não existem, e ele merece totalmente a raiva.

Com o objetivo de proteger a experiência TPB de uma enxurrada de sentimentos e imagens contraditórios, e da ansiedade advinda de tentar conciliar essas imagens, o mecanismo de clivagem, com frequência e por ironia, alcança o efeito contrário: o esgarçamento do tecido da personalidade se transforma em rasgos verdadeiros; a noção da própria identidade e da identidade alheia muda de modo ainda mais dramático e frequente.

RELACIONAMENTOS TURBULENTOS

Apesar de se sentir vitimizado pelos outros, um indivíduo borderline busca desesperadamente novos relacionamentos, pois a solidão, ainda que seja uma condição temporária, é mais intolerável do que os maus-tratos. Para fugir da solidão, a pessoa com TPB corre para a noite, para os bares em que há solteiros disponíveis, para os sites de encontros, para os braços de alguém com quem está se relacionando há pouco tempo ou para qualquer

lugar onde possa conhecer uma pessoa capaz de salvá-la do tormento dos próprios pensamentos. Ela está constantemente à procura do par perfeito.

Na busca incansável de um papel estruturado na vida, a pessoa com TPB é atraída por – e atrai – outras com características de personalidade complementares. O marido de Jennifer, por exemplo, com sua personalidade dominante e narcisista, teve pouca dificuldade para lhe atribuir um papel bem definido. Ele conseguiu lhe conferir uma identidade, ainda que essa identidade envolvesse submissão e maus-tratos.

Os relacionamentos costumam se desintegrar depressa no TPB. Sustentar uma proximidade com um indivíduo borderline exige compreensão da síndrome e também disposição para andar numa longa e arriscada corda bamba. Proximidade excessiva ameaça sufocar a pessoa borderline. Manter distância ou deixá-la sozinha, mesmo que por breves períodos, ativa nela a sensação de abandono que ela experimentava na infância. Em ambos os casos, a reação do indivíduo borderline é intensa.

Em certo sentido, alguém com TPB é como um explorador emocional munido apenas de um rascunho de mapa dos relacionamentos interpessoais: para ele, é extremamente difícil avaliar a distância psíquica ideal a ser mantida dos outros, em especial se os outros lhe são importantes. Para compensar isso, ele alterna entre a dependência carente e a manipulação raivosa, entre arroubos de gratidão e acessos de fúria irracional. Como teme o abandono, ele se apega; como teme ser “engolido”, ele se afasta. Deseja e sente pavor da intimidade ao mesmo tempo. Assim, acaba repelindo aqueles com quem mais quer se conectar.

PROBLEMAS PROFISSIONAIS E NO AMBIENTE DE TRABALHO

Embora o indivíduo com TPB tenha dificuldade para administrar a vida pessoal, há quem consiga funcionar de modo produtivo numa situação profissional, em especial se o trabalho for claramente definido e proporcionar apoio. Algumas pessoas desempenham bem suas tarefas por longos períodos, mas de repente, por causa de uma mudança na estrutura do trabalho ou uma mudança drástica na vida doméstica, ou simplesmente por tédio e vontade de mudar, se demitem abruptamente ou sabotam o emprego e

passam à oportunidade seguinte. Muitas pessoas com TPB reclamam de problemas médicos frequentes ou crônicos, que levam a consultas e faltas por motivos de saúde recorrentes.²⁸

O mundo do trabalho pode representar um refúgio em relação à anarquia dos relacionamentos sociais. É por isso que os indivíduos borderline se saem melhor em ambientes de trabalho altamente estruturados. As profissões em que se oferece algum tipo de ajuda – medicina, enfermagem, sacerdócio, consultoria – atraem muitos com TPB, que lutam para alcançar o poder ou o controle que não conseguem ter nos relacionamentos sociais. Ao encarar esses papéis, eles podem cuidar dos outros e receber o reconhecimento pelo qual anseiam na própria vida. Os indivíduos borderline são quase sempre muito inteligentes e têm habilidades artísticas notáveis; abastecidos por um acesso fácil a emoções potentes, podem ser profissionalmente criativos e bem-sucedidos.

Mas um trabalho altamente competitivo ou pouco organizado, ou mesmo a presença de um superior muito crítico e exigente, tende a provocar raiva intensa e descontrolada e hipersensibilidade à rejeição. A raiva pode contaminar o ambiente e destruir uma carreira.

UMA DOENÇA “FEMININA”?

Até pouco tempo atrás, estudos sugeriam que a proporção de mulheres com TPB ultrapassava a de homens em três ou quatro para um. No entanto, pesquisas epidemiológicas mais recentes confirmam que a prevalência é parecida nos dois gêneros, embora as mulheres procurem tratamento com mais frequência. Além disso, a severidade dos sintomas e a incapacidade por eles gerada são maiores nas mulheres. Esses fatores podem ajudar a explicar por que as mulheres têm sido super-representadas nos estudos clínicos. No entanto, outros fatores talvez contribuam para a impressão de que o TPB é uma “doença feminina”.

Alguns críticos acham que existe uma parcialidade clínica nos diagnósticos de TPB. Os psicoterapeutas podem identificar problemas de identidade e impulsividade como sendo mais “normais” em homens, e conseqüentemente subdiagnosticar o TPB em pessoas do sexo masculino. Enquanto o comportamento destrutivo em mulheres pode ser visto como resultado da disfunção

de humor, um comportamento semelhante em homens pode ser percebido como antissocial. Enquanto as mulheres podem ser direcionadas para tratamento, os homens podem ser encaminhados para o sistema de justiça criminal, onde tendem a passar a vida inteira sem um diagnóstico correto.

TPB EM DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS

Muitos dos traços da síndrome borderline – impulsividade, relacionamentos turbulentos, problemas de identidade, instabilidade do humor – são obstáculos importantes de desenvolvimento para qualquer adolescente. De fato, o estabelecimento de uma identidade consistente é a principal busca tanto do adolescente quanto do borderline. Consequentemente, o TPB é diagnosticado com mais frequência entre adolescentes e adultos jovens do que em outros grupos etários.²⁹

O TPB parece ser raro entre idosos. Estudos recentes demonstram que a maior queda no diagnóstico de TPB ocorre após os 40 e poucos anos. A partir desses dados, alguns pesquisadores formularam a hipótese de que muitos adultos borderline mais velhos “amadurecem” e conseguem, com o tempo, alcançar a estabilização. Adultos mais velhos, porém, precisam lidar com um declínio progressivo das funções físicas e mentais, o que pode ser um processo de adaptação atribulado para algumas pessoas de idade avançada. Para uma identidade frágil, a tarefa de alterar expectativas e ajustar a autoimagem pode exacerbar os sintomas. O indivíduo borderline mais velho com uma psicopatologia persistente pode negar a deterioração das funções, projetar em outros a culpa pelas próprias deficiências e tornar-se paranoico; em outros momentos, pode exagerar as deficiências e se tornar mais dependente.

FATORES SOCIOECONÔMICOS

A patologia borderline já foi identificada em todas as culturas e classes econômicas. No entanto, as taxas de TPB nos Estados Unidos foram significativamente mais altas entre pessoas separadas, divorciadas, viúvas ou que moravam sozinhas, e entre aquelas com menos renda e instrução. As

consequências da pobreza em bebês e crianças – níveis mais altos de estresse, menos instrução e falta de bons cuidadores, atendimento psiquiátrico e pré-natal (talvez causando danos cerebrais ou desnutrição) – podem levar a uma incidência maior de TPB entre pessoas de classes sociais mais baixas.

Os custos sociais do TPB são consideráveis. Pacientes com TPB gastam mais com psiquiatras e outros médicos e têm também custos mais altos por causa da perda de produtividade relacionada a essas doenças em comparação com a população em geral. Um estudo dinamarquês, com milhares de pacientes e quinze anos de duração, comparou os custos de saúde dos pacientes com TPB com os da população em geral. Os dados confirmaram que outros custos médicos eram mais altos mesmo cinco anos antes de estabelecido o diagnóstico de TPB. Cônjuges de pacientes com TPB também apresentaram despesas com saúde e perda de produtividade mais robustas.³⁰

FRONTEIRAS GEOGRÁFICAS

Embora a maior parte das formulações teóricas e de estudos empíricos sobre a síndrome borderline tenha se originado nos Estados Unidos, países como Canadá, México, Alemanha, Israel, Suécia, Dinamarca, Rússia, China, Coreia, Japão e outros países orientais identificaram a patologia borderline em suas populações.

Os estudos comparativos são por enquanto raros e contraditórios. Alguns indicam, por exemplo, taxas mais altas de TPB na população hispânica, enquanto outros não confirmam essa hipótese. Alguns identificaram taxas mais altas de TPB entre indígenas norte-americanos do sexo masculino. Os estudos consistentes são poucos, mas poderiam lançar luz sobre os fios educacionais, culturais e sociais que compõem o tecido social da síndrome.

COMPORTAMENTO BORDERLINE EM CELEBRIDADES E PERSONAGENS DE FICÇÃO

Se a personalidade borderline é um fenômeno novo ou apenas um rótulo recente para um conglomerado antigo que inter-relaciona sentimentos

internos e comportamentos externos é uma questão que desperta bastante interesse na comunidade dos que trabalham com saúde mental. A maioria dos psiquiatras acredita que a síndrome borderline já existe há bastante tempo e que o aumento de sua importância não vem tanto do fato de se espalhar (como uma doença infecciosa ou uma condição de deficiência crônica) pela mente dos pacientes, mas da conscientização dos profissionais clínicos. De fato, muitos psiquiatras acreditam que alguns dos casos mais interessantes de “neurose” de Sigmund Freud na virada do século seriam hoje claramente diagnosticados como borderline.³¹

Vista dessa forma, a síndrome borderline se torna um novo e interessante prisma para entender algumas de nossas personalidades mais complexas, tanto do passado quanto do presente, tanto reais quanto fictícias. Inversamente, pessoas e personagens conhecidos podem ilustrar aspectos distintos da síndrome. Nessa linha de raciocínio, biógrafos e outros profissionais já especularam que o termo poderia se aplicar a pessoas tão distintas quanto a princesa Diana, Marilyn Monroe, Zelda Fitzgerald, Thomas Wolfe, T. E. Lawrence, Adolf Hitler e Muamar Khadafi. Críticos de cultura podem observar traços borderline em personagens fictícios como Blanche DuBois de *Um bonde chamado desejo*, Martha de *Quem tem medo de Virginia Woolf?*, Sally Bowles de *Cabaré*, Travis Bickle de *Taxi Driver*, Howard Beale de *Rede de intrigas*, Rebecca Bunch do seriado *Crazy Ex-Girlfriend* e Carmen da ópera de Bizet. Embora seja possível identificar nesses personagens sintomas ou comportamentos borderline, não se deveria supor que o TPB teria necessariamente causado ou incitado os atos ou destinos radicais dessas pessoas ou desses personagens nas obras em que aparecem. Hitler, por exemplo, foi motivado por disfunções mentais e forças sociais muito mais prevalentes em sua psique que o TPB; as causas de fundo do (suposto) suicídio de Marilyn Monroe eram provavelmente mais complexas do que uma manifestação do TPB. Há poucos indícios de que os diretores de *Taxi Driver* ou de *Rede de intrigas* estivessem tentando criar conscientemente um protagonista borderline. O que a síndrome proporciona é outra perspectiva a partir da qual pode-se interpretar e analisar essas personalidades fascinantes.

Ao longo da última década, circularam boatos de que muitas celebridades, entre atores e atrizes e figuras de grande destaque no mundo da música, apresentavam sintomas da personalidade borderline, embora muitos não falem sobre o assunto publicamente. Outros, como o integrante do

elenco de *Saturday Night Live* Pete Davidson e o ex-astro do futebol americano Brandon Marshall, mostraram-se abertos em relação ao diagnóstico de TPB, à dor causada pelo problema e ao estigma que acompanha uma doença mental. A dra. Marsha Linehan, conhecida pesquisadora e criadora da terapia comportamental dialética (TCD – também conhecida pela sigla original em inglês, DBT), uma importante abordagem de tratamento para o TPB, revelou que ela também teve problemas com esse transtorno, e foi hospitalizada várias vezes na adolescência por causa da automutilação e de outros sintomas preocupantes.

AVANÇOS EM PESQUISA E TRATAMENTO

Desde a publicação da primeira edição deste livro, foram dados passos importantes nas pesquisas sobre as causas de fundo do TPB e seu tratamento. A compreensão das causas biológicas, fisiológicas e genéticas das doenças psiquiátricas vem crescendo exponencialmente. As interações entre partes distintas do cérebro e a interseção entre as emoções e o raciocínio executivo estão sendo mais bem esclarecidas. O papel dos neurotransmissores, dos hormônios, do sistema imunológico e das reações químicas do cérebro é mais bem compreendido agora. A vulnerabilidade genética, o acionamento e o desligamento de genes e sua relação com os acontecimentos da vida para determinar o funcionamento da personalidade estão sendo estudados. Novas técnicas terapêuticas evoluíram.

Estudos de longo prazo confirmam que muitos pacientes se recuperam com o tempo, e um número maior ainda apresenta melhora significativa. Após dezesseis anos de acompanhamento, 99% dos pacientes borderline tiveram pelo menos dois anos de remissão, e 78% tiveram oito anos de remissão (definida como a não apresentação de cinco dos nove critérios definidores). No entanto, apesar da diminuição de alguns dos sintomas definidores mais agudos, como impulsividade destruidora, automutilação, tentativas de suicídio e pensamentos quase psicóticos, muitos desses pacientes seguem tendo dificuldades no âmbito social, profissional ou acadêmico. Embora as taxas de reincidência cheguem a 34%, uma recuperação plena e completa, com bom funcionamento social e profissional, é alcançada em 50% dos pacientes depois de dez anos.^{32, 33, 34, 35} Muitos pacientes

borderline melhoram sem um tratamento consistente, embora a terapia constante acelere a melhora.³⁶

A QUESTÃO DA “PATOLOGIA” BORDERLINE

Em maior ou menor grau, todos nós enfrentamos as mesmas questões que o paciente borderline: ameaça de separação, medo da rejeição, confusão em relação à identidade, sentimentos de vazio e de tédio. Quantos de nós já não tivemos alguns relacionamentos intensos e instáveis? Quantos de nós não temos acessos de raiva às vezes? Quantos de nós já não nos sentimos atraídos pelos estados de êxtase? Ou sentimos medo de ficar sozinhos, ou tivemos mudanças bruscas de humor, ou agimos de modo autodestrutivo?

No mínimo, o TPB serve para nos lembrar de que a linha que separa o “normal” do “patológico” às vezes pode ser muito tênue. Muitas das descrições contidas neste livro ilustram os extremos desse transtorno. Será que todos nós apresentamos, em maior ou menor grau, alguns sintomas da personalidade borderline? A resposta provavelmente é sim. De fato, muitos dos que estiverem lendo este primeiro capítulo podem pensar que essa pessoa parece alguém que vocês conhecem. O fator decisivo, porém, é que nem todos nós somos controlados pela síndrome a tal ponto que ela perturbe ou domine nossa vida. Com extremos de emoção, pensamento e comportamento, o TPB representa alguns traços muito positivos e muito negativos da personalidade humana, e da nossa sociedade, nos primeiros vinte anos do século XXI. Ao explorar suas profundezas e seus limites, talvez estejamos encarando nossos instintos mais assustadores e nossos maiores potenciais, e o difícil caminho que precisamos percorrer para passar de um ao outro.

CONHEÇA ALGUNS DESTAQUES DE NOSSO CATÁLOGO

- Augusto Cury: Você é insubstituível (2,8 milhões de livros vendidos), Nunca desista de seus sonhos (2,7 milhões de livros vendidos) e O médico da emoção
- Dale Carnegie: Como fazer amigos e influenciar pessoas (16 milhões de livros vendidos) e Como evitar preocupações e começar a viver
- Brené Brown: A coragem de ser imperfeito – Como aceitar a própria vulnerabilidade e vencer a vergonha (600 mil livros vendidos)
- T. Harv Eker: Os segredos da mente milionária (2 milhões de livros vendidos)
- Gustavo Cerbasi: Casais inteligentes enriquecem juntos (1,2 milhão de livros vendidos) e Como organizar sua vida financeira
- Greg McKeown: Essencialismo – A disciplinada busca por menos (400 mil livros vendidos) e Sem esforço – Torne mais fácil o que é mais importante
- Haemin Sunim: As coisas que você só vê quando desacelera (450 mil livros vendidos) e Amor pelas coisas imperfeitas
- Ana Claudia Quintana Arantes: A morte é um dia que vale a pena viver (400 mil livros vendidos) e Pra vida toda valer a pena viver
- Ichiro Kishimi e Fumitake Koga: A coragem de não agradar – Como se libertar da opinião dos outros (200 mil livros vendidos)
- Simon Sinek: Comece pelo porquê (200 mil livros vendidos) e O jogo infinito
- Robert B. Cialdini: As armas da persuasão (350 mil livros vendidos)
- Eckhart Tolle: O poder do agora (1,2 milhão de livros vendidos)
- Edith Eva Eger: A bailarina de Auschwitz (600 mil livros vendidos)
- Cristina Núñez Pereira e Rafael R. Valcárcel: Emocionário – Um guia lúdico para lidar com as emoções (800 mil livros vendidos)
- Nizan Guanaes e Arthur Guerra: Você aguenta ser feliz? – Como cuidar da saúde mental e física para ter qualidade de vida
- Suhas Kshirsagar: Mude seus horários, mude sua vida – Como usar o relógio biológico para perder peso, reduzir o estresse e ter mais saúde e energia

sextante.com.br

