

A PSICOPATOLOGIA DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB) E SUAS CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

2017

Yan de Jesus Lopes

Psicólogo em formação. Graduando em Psicologia pela Faculdade Unificadas de Teófilo Otoni (FUTO). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e do Núcleo de Estudos sobre Direitos, Ética e Sexualidades (Brasil)

E-mail de contato:

yanlopes33@hotmail.com

RESUMO

O Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) é um diagnóstico descrito pelo agrupamento B dos transtornos relacionados com a personalidade, que de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) se caracteriza por certa instabilidade limítrofe no psiquismo do sujeito que afeta diretamente no jeito de ser e de se comportar. A presente pesquisa segue a partir dos diversos critérios diagnósticos a cerca do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) e seus respectivos pressupostos metodológicos, ao qual a seleção de materiais se estabelece por critérios diagnósticos em Psicologia e Psiquiatria. Seu objetivo se passa pelo método qualitativo descritivo, que visa à compreensão panorâmica dos critérios estabelecidos por alguns autores adotados contemporaneamente como pressupostos fundamentais que norteiam profissionais da saúde mental em suas práticas diagnósticas, fazendo-nos por em perspectiva a importância da clareza quanto ao pressuposto adotado para condução clínica, promovendo discursões necessárias e pensamentos pertinentes a cerca das características divergentes e convergentes entre autores e pontuações a cerca da psicopatologia em questão para novas concepções teóricas.

Palavras-chave: *Borderline*, transtorno da personalidade, psicopatologia, estado limite, personalidade limítrofe.

Copyright © 2017.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

O presente artigo visa à descrição do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) em suas respectivas descrições clínicas em relação ao diagnóstico desde sua adoção ao método atóxico do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) até a adoção de pressupostos de diagnósticos metodológicos de cunho teóricos adotados por profissionais da saúde mental para diagnosticar e desenvolver medidas terapêuticas.

A partir de um apanhado histórico, em 1930 a 1940 a psiquiatria começou a descrever pacientes com certo grau de perturbação psíquica que não se enquadravam em um perfil psicótico convencional para receberem o diagnóstico de esquizofrênicos. Na tentativa de descrever a psicopatologia de seus pacientes que apresentavam indícios de perturbação começaram os primeiros estudos clínicos desenvolvidos pela psiquiatria (Gabbard, 2006).

Após um longo percurso da história o Transtorno da Personalidade Borderline ou comumente siglado como TPB faz parte do agrupamento *B* junto aos transtornos de personalidade *Antissocial*, *Narcisista* e *Histriônica* dentre os três grupos referente às psicopatologias da personalidade.

Os Transtornos da Personalidade (TP) estão ligados ao jeito de ser e de como o sujeito se comporta frente às situações cotidianas, o modo que lida consigo e com os outros, em especial seu jeito próprio de lidar com suas emoções e percepções, de forma que se nota a demonstração de determinado desequilíbrio no psiquismo humano mediante seus aspectos biopsicossociais e suas relativas inferências comportamentais, ao qual especificamente no agrupamento *B* estarão caracterizados pela manipulação e pela impulsividade.

De acordo com o DSM-V o surgimento das características borderline tem seu início na adolescência ou no início da vida adulta (embora os avanços em pesquisas emergentes trazem uma perspectiva do diagnóstico também se apresentar como manifesto em crianças). Caracterizado pelos novos enfrentamentos e responsabilidades e desarranjos que outrora podem se apresentar como ameaçadores ao psiquismo do sujeito e o direcionando a necessidade de “apoio” para autocontrole frente à vida e seus novos desafios.



Considera-se o quadro borderline como fruto do mal-estar na contemporaneidade devida evolução social e os constantes desarranjos da vida cotidiana resignificados por novos modelos sociais geradores de angústias, aos quais permeiam a existência humana e pulsiona o ser a se comportar em relação ao meio de forma impulsiva ou descontrolada em busca de preencher seu vazio.

O TPB passou a se apresentar como uma psicopatologia preocupante para o contexto sociocultural brasileiro em meio às oscilações sociais e culturais, gerando conflitos internos e externos ao sujeito pelas constantes desarmonias em seu ambiente de trabalho, familiar e lazer que tendem a se comportarem pelos extremos, ao qual poderão colocar-se em perigo e as pessoas que o rodeiam frente à impulsividade e descontrolo das emoções.

MÉTODOS

O presente estudo possui caráter descritivo, que segundo Prodanov e Freitas (2013) “expõe as características de uma determinada população ou fenômeno, demandando técnicas padronizadas de coleta de dados” (p.127) extraíndo informações pertinentes à pesquisa por meio de livros e periódicos de embasamento teórico, técnico-científico que se baseiam em saúde mental, em específico a psicopatologia do Transtorno da Personalidade Borderline, orientado por uma pesquisa de revisão bibliográfica. Agregando a pesquisa quantitativa por compilação de dados aos estudos epidemiológicos do TPB. Que contribui de certo modo à compreensão da psicopatologia borderline individual e coletiva.

RESULTADOS

Quando nos declinamos a escuta clínica no campo da psicologia, psicanálise e dos diversos outros campos da saúde mental, trabalhamos sobre o viés de pressupostos já metodologicamente semiestruturados ao longo dos avanços da ciência e da pesquisa. De tal forma que colocando em evidência o objeto de estudo, os conceitos e teorias que surgem a partir do mesmo, cada linha de pesquisa como, por exemplo, das psicanálises e outras correntes psicológicas dirão de um dado “fenômeno” com embasamentos distintos da concepção que cada uma traz.

Há profissionais da saúde mental que nega a existência do diagnóstico borderline como uma nova organização, como uma estrutura psíquica; que de acordo com Hegenberg (2009) a psicanálise lacaniana considera tal psicopatologia, como histeria grave ou perversa, se baseando que o borderline seria então fruto de uma fragmentação ou a relação anaclítica que estaria por si só

diluída nas três estruturas da teoria (*neurose, psicose e perversão*) sem haver, distinção especial, diferenciando-se dos outros teóricos da psicanálise e outras correntes da psicologia e das mais variadas linhas de atuação em saúde mental.

Segundo Zimerman (2007) pacientes borderlines eram considerados anteriormente por profissionais da saúde mental como um estado do psiquismo humano onde o sujeito apresentava-se com características estabelecidas por uma fronteira entre a neurose e a psicose. Hegenberg discorda de tal posicionamento do autor assim como os demais que partilham a mesma premissa, pois, para Hegenberg (2009) o sujeito borderline não é histérico, nem mesmo neurótico, pois, há discrepâncias que tangenciam o modo de se trabalhar com neuróticos e com sujeitos diagnosticados com transtorno da personalidade borderline (TPB), mas que compõe um quadro clínico específico, peculiar e com características próprias.

Contemporaneamente alguns psicólogos, principalmente alguns dos neo-psicanalistas consideram tal condição psíquica como uma nova “estrutura” ou “organização” psíquica, particular e munida de características próprias, específicas e peculiares que explicaria determinados posicionamentos frente à castração do Outro, que elucidaria determinados comportamentos frente à falta (*vazio crônico*) em sua existência. Embora outros possuam formulações e concepções contrárias a estes posicionamentos de uma nova estrutura psíquica, aos quais alguns teóricos formulam a defesa da inexistência de dada afirmação sobre o conceito ou a diluição que permeia às três estruturas clássicas como defendido pelos lacanianos pode se apresentar como uma redução, embora segundo “Kernberg (1975, 1976), Masterson (1976) e M. H. Stone (1980, 1986), o conceito de organização de uma personalidade de nível *borderline* alcançou larga aceitação na comunidade psicanalítica” (Mc. Williams, 2014, p.73).

O DIAGNÓSTICO A PARTIR DOS CRITÉRIOS DO DSM-V

O DSM tem sido uma das principais ferramentas de referência aos critérios diagnósticos das psicopatologias no mundo, que contribuirá adiante como norte para discussão de alguns critérios amplamente aceitos para o psicodiagnóstico. O mesmo fórmula os seguintes critérios fundamentais encontrados em um paciente com características de TPB, ao qual se encontra:

“Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado” (DSM-V, 2014, p.663). Assim como pontuado por Maranga (2002) o borderline desenvolve sempre novos investimentos para um amor incondicional.

Ao qual vemos clinicamente tais aspectos se demonstrando a partir da dependência e submissão a relacionamentos abusivos, relacionamentos esses que se fortificam a partir da própria

imagem distorcida de si e de sua forte necessidade de apoio, atenção e amor proporcional ao qual nunca possuirá, pois, os investimentos afetuosos do borderline o faz “depende” do outro para nunca perde-lo, fazendo com que o mesmo se submeta e aceite os abusos para evitar o abandono que para si, seria devastador.

“Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização” (DSM-V, 2014, p.663). O borderline em suas relações interpessoais e intrapessoais ampliam inconscientemente as informações que sua percepção interpreta de forma intensa, que de acordo com Hegenberg (2009) o borderline coloca uma lente de aumento nos problemas e situações do seu cotidiano e sofre constantemente com eles, devido à intensidade que o mesmo significa tal situação, gerando situações que poderão vir a ser conturbadora somada a impulsividade, característica desse modo de ser.

Devida instabilidade emocional, muitas vezes o sujeito borderline quanto é quanto se sente “incompreendido” em suas relações, fazendo com que o mesmo embora faça esforços para evitar o abandono, se afaste dos outros e, ao mesmo tempo, os outros se afastem devido seu jeito instável e intenso de ser. Tal afastamento ou isolamento ocasiona em alguns casos episódios de “depressão” ou intensa baixa autoestima em sua relação com a autoimagem que poderá constantemente ser agravada no percurso do tempo, afetando de modo negativo suas inter-relações.

Apesar do seu investimento afetivo no mundo que o rodeia facilmente se desilude e estabelece rupturas com o outro, com conseqüente «apagamento da sua representação por queda da carga de afeto positivo» (A. C. Matos, 1994) e ameaça à linha de continuidade psíquica (M. Matos, 2000). Tal como os objetos parentais o desinvestiam quando não correspondia às suas expectativas ou necessidades de preenchimento narcísico também o borderline desinveste aqueles que o decepcionam como forma de se defender de um sofrimento psíquico que tem dificuldade em elaborar. Ao contrário do psicótico, que desiste de investir no outro ou em novos projetos, assiste-se no borderline a novos investimentos numa procura constante do que nunca teve e se recusa a aceitar que nunca terá, ou seja, um amor incondicional por parte dos objetos primordiais. (Maranga, 2002, p.222)

“Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo” (DSM-V, 2014, p.663). Zimerman; Hegenberg; Dalgalarondo e outros autores convergem ao ponto dos possíveis problemas de identidade do sujeito borderline. Ao qual, pessoas com TPB encontra-se em constante angústia a ponto de haver um determinado impedimento de transmitir uma imagem integrada, transmitindo aspectos de uma dicotomia ou ambigüidade em relação a si mesma (Zimerman, 2007) sendo que “esse estado decorre do fato de que o paciente borderline faz um uso excessivo da defesa de dissociação dos distintos aspectos do seu psiquismo, que permanecem contraditórios ou em oposição entre si” (p.230).

O sistema defensivo do borderline, predominantemente frágil e imaturo, coincide com a reduzida integração psíquica (B. Brusset, 1988) [...]. Encontramos no borderline uma fragilidade identitária podendo o seu self ser descrito como uma espécie de mosaico (A. C. Matos, 1994). O perigo de difusão da identidade decorre dos processos defensivos de clivagem quer do objeto quer da relação que podem culminar numa clivagem do self bem como do estilo intermitente do borderline investir nas relações e nos projetos de vida (Maranga, 2002, p.221).

“Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas” (DSM-V, 2014, p.663). Segundo Dalgalarro (2008) há tendências no comportamento borderline de certa impulsividade e agressividade devido temperamento explosivo que interfere em suas relações, desencadeadas pelo aumento de proporção da situação, ao qual o faz reagir à frustrações, contradições e outros aspectos que possam se opor ao que o sujeito borderline pensa.

De acordo com Maranga (2002) assim como em casos de indivíduos psicóticos, podemos assistir “no borderline a um predomínio da agressividade sobre o amor e a uma dominância das forças destrutivas sobre o poder construtivo e criativo” (p.220). Ao qual Dalgalarro (2008) prediz que determinado comportamento se apresenta como um padrão comportamental repetitivo, onde muitas vezes tal comportamento “encontra-se no ambiente familiar dessas pessoas, onde a reação explosiva e agressiva transformou-se em forma de comunicação e de obtenção do desejado” (p.335-336).

“Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante” (DSM-V, 2014, p.663). Devido vazio, perda de si e as constantes angústias intensificadas ao sujeito, provoca em alguns casos a necessidade de alívio do sofrimento, que muitas vezes o mesmo se dá através das tentativas incansáveis de suicídio ou automutilação a fins de descargas emocionais. A automutilação possui valor simbólico, repleto de significados peculiares a cada sujeito. Pois, o mesmo não busca se auto exterminar más por este meio busca alívio de suas angústias.

“Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor” (DSM-V, 2014, p.663). A instabilidade de humor do paciente borderline, embora se estabeleça pela constante mudança de seus sentimentos mediante as situações, a mesma ocorre de forma inconsciente ao sujeito, sendo essa instabilidade facilmente percebida por terceiros e muitas vezes negada pelo próprio, que tentará de alguma forma atribuir à culpa de suas instabilidades do humor aos que o rodeiam ou aos demais eventos que possam vir a ser o causador do seu mau-humor, por exemplo, buscando sempre aspectos, situações ou palavras que justificam tal mudança.

“Sentimentos crônicos de vazio” (DSM-V, 2014, p.663). O sentimento de vazio existente no borderline o faz desejar preenche-lo de alguma forma, fazendo com que este vazio que outrora se

apresenta como uma constante angústia e frustração o leve para situações de novas experimentações, como sexuais, alcóolicas, drogas lícitas e ilícitas, esportes radicais, dentre outros.

Devido o sentimento de vazio que acompanha o sujeito, o mesmo influenciado pelo aspecto impulsivo, se permite a novas experimentações sexuais das mais diversas formas, entretanto, passa ser comum percebermos no quadro de definições do borderline uma determinada natureza perversa da sexualidade, muitas vezes apresentando-se com características sadomasoquistas (Zimmerman, 2007).

Na tentativa de preencher o vazio a mesma passa vir a apresentar comportamentos compulsivos e autodestrutivos, já que, a instabilidade e impulsividade, seja uma das fortes características do borderline, que poderá contribuir para que o mesmo caminhe para autodestruição. Valendo ressaltar que ao possuir dadas características impulsivas, instáveis e compulsivas a fim de preencher o sentimento de vazio, não quer dizer que obrigatoriamente o mesmo caminhe para autodestruição de forma generalizada, já que, existem borderlines que conseguem se manter de forma harmoniosa frente aos impulsos com auxílio e acompanhamento especializado, o que nos leva a uma das principais questões pertinentes a se intervir na clínica junto a pacientes com tal diagnóstico, a fim de minimizar possíveis consequências de tal impulsividade, que poderá colocar o sujeito e os demais em risco, abordando inicialmente a possibilidade de se trabalhar com redução de danos quando o mesmo se apresenta em estado crítico ao início do tratamento clínico.

É comum na busca de se preencher quanto ao vazio crônico, o sujeito buscar relações que possam tentar proporcionar-lhe algo a mais do que já possui, o que seria ideal para si, mesmo sem ter consciência do que seria esse algo, que caracterizaria como objeto perdido, que em meio a idealizações do desejo pulsional se perdeu ou nunca existiu e se tornou presente como angústia no sujeito borderline de forma disfuncional, como um vazio que o move a preencher-se, que de certa forma, o uso de álcool, drogas e outras substâncias, relacionamentos abusivos não se estabelecerão como algo que irá preencher, más que se torna presente na tentativa de encontrar a solução esperada para satisfação completa por tais meios, que outrora se torna frustrante o fracasso da tentativa, tendendo-se à repetição.

Em meio a algumas fontes de fuga, o mesmo busca apoio na tentativa de se evitar o abandono, de forma que irá se sujeitar aos desejos do outro, do grupo, da comunidade ou algo que te traga uma referência que o possibilite a desenvolver-se como pertencente a algo ou alguém. Pois, devido seu medo de estar e ficar sozinho o coloca em relação com o outro de forma que com base no outro, o borderline garante seu “apoio”, que outrora se apresenta na necessidade de si próprio constituir-se com um self completo, que em dado momento se apresenta como totalmente frágil, sob influências externas devido problema em sua própria identidade.

“*Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la*” (DSM-V, 2014, p.663). Assim como Hegenberg salienta sobre a lente de aumento sob as demais situações, o sujeito borderline experiência determinada intensidade em suas emoções que provoca raiva intensa muitas vezes associada a comportamentos impulsivos devidos a dificuldade de controle e falta de habilidades socioemocionais.

“*Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos*” (DSM-V, 2014, p.663). Segundo Zimmerman (2007), é bastante comum determinado grau de psicose em pacientes borderlines, sendo que para diferenciarmos dos quadros psicóticos comuns aos contextos clínicos, nos casos de pacientes borderlines percebemos a apresentação de um juízo crítico e senso da realidade. Ao qual Dalgalarondo (2008) aponta que esses pacientes apresentam dados de alucinações de aspecto auditivo, como, por exemplo, nos casos de alcoolismo em uma determinada frequência, embora não seja uma regra que se aplica a todos borderlines.

Ao percurso de toda estruturação do transtorno da personalidade borderline, podemos perceber segundo Zimmerman (2007) algumas manifestações “pré-psicóticas” onde se assemelham de um modo idêntico embora ressalte suas peculiaridades “como é o caso de personalidade paranoide, esquizoide, hipomaníaca, neuroses impulsivas, transtornos alimentares graves, drogadicções, psicopatias, etc.” (p.230). Ao qual, para Dalgalarondo (2008) tais pacientes se apresentam frequentemente com ilusões mnêmicas, onde a característica dessas ilusões será de conteúdos alterados na realidade psíquica, sendo elementos falsos que irão se apresentar de forma verdadeira na memória do sujeito. Passando assim a se constituir uma ficção da realidade que outrora o sujeito tenha vivenciado, apresentando em seus relatos conteúdos de lembranças sobre o passado que será fruto de sua imaginação presente em sua realidade psíquica.

Devido a ansiedade existente na maioria dos casos de transtornos da personalidade borderline, os mesmos não só adicionam conteúdos fictícios somente ao passado, mas também apresentam constantemente ideações do futuro com constantes convicções do que irão ocorrer em dados momentos. Ao qual segundo Dalgalarondo (2008) apresentam uma intensa vivência de uma atividade imaginativa seja referente ao passado ou ideações do futuro onde os mesmos se defrontam em dificuldades do real e não real, pois, o autor denomina tal experiência intensa da imaginação como *pseudologia fantástica* ou *mitomania*, com características de mentira e manipulação, devendo-se ater aos cuidados onde “a mitomania deve ser diferenciada, sobretudo do delírio fantástico” (Dalgalarondo, 2008, p.229).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A cerca da epidemiologia do transtorno da personalidade *borderline*, vemos a seguir os dados adquiridos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V de 2013, onde o mesmo propõe dados percentuais e margem de erro que dispõe de relevância fundamental para análises aplicáveis contemporaneamente, ao qual:

A prevalência média do transtorno da personalidade *borderline* na população é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. Essa prevalência é de aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e de por volta de 20% entre pacientes psiquiátricos internados (DSM-V, 2013, p.665).

Contrapondo os dados à cima de 2013 descritos pelo DSM-V, vemos abaixo a relação estatística sobre a epidemiologia do TPB em 1965 descritos por Kaplan e Sadock:

Ocorre em 2% a 3% da população geral e é, de longe, o transtorno da personalidade mais comum em contextos clínicos. Estima-se que ocorra em 11% das populações não hospitalizadas, 19% das populações hospitalizadas e 27% a 63% das populações com transtorno da personalidade. Ele parece ocorrer aproximadamente três vezes mais em mulheres do que em homens (Kaplan & Sadock, 1965, p. 1558; *apud*, Hegenberg, 2009, p.24).

A amostra a cima mencionada de Kaplan e Sadock se referem à porcentagem populacional, diferindo-se do DSM que se baseia somente em uma população diagnosticada com TPB, de tal forma que o DSM-V afirma com base em dados que “o transtorno da personalidade *borderline* é diagnosticado predominantemente (cerca de 75%) em indivíduos do sexo feminino” (DSM-V, 2013, p.666). Afirmando que 75% da população diagnosticadas com TPB são do sexo feminino, enquanto 25% diagnosticados com TPB são do sexo masculino. Entretanto, Kaplan e Sadock (1965) concordam ao dizer que o TPB ocorre três vezes mais em mulheres do que em homens em sua época, não diferindo dos dados diagnósticos em relação ao gênero do DSM-V revelando-se em estudos a maior ocorrência do transtorno em pessoas do sexo feminino, mesmo entre a diferença de épocas e contextos tal percentual persiste.

Os dados citados nos faz refletir a respeito dos aspectos socioculturais que inferem com maior proporção a tais dados. Pois, fazendo uma leitura dos dados podemos dizer hipoteticamente que segundo o DSM-V a cada 100 diagnósticos de TPB 75 são em pessoas do sexo feminino. O que nos traz a premissa cultural de pessoas do sexo feminino procuram mais serviços de saúde do que pessoas do sexo masculino, de tal forma que observamos os dados obtidos a partir da atenção

primária pacientes de ambulatórios e pacientes internados nas alas psiquiátricas que consequentemente interfere no panorama da epidemiologia do transtorno de forma direta. Tal visão nos leva a uma importante crítica levantada por Hegenberg (2009), que “talvez o número de borderlines masculinos esteja subestimado. Muitos deles podem estar nas delegacias e nos presídios em função de sua agressividade ou nas mãos dos cuidadores dos usuários de drogas” (p.24). Considerando os aspectos típicos encontrados em um borderline como o uso de substâncias, a agressividade a impulsividade, dentre outros que se encaixariam nos critérios para o diagnóstico, vemos com mais frequência, comportamentos e características de forma nítida em pessoas do sexo masculino, mas a inferência biopsicossocial nos faz atribuir ao homem tais tendências comportamentais, o que nos proporciona uma vasta discussão a respeito de tais comportamentos frente à adoção do diagnóstico ao sujeito do sexo masculino.

CRITÉRIOS AMPLAMENTE UTILIZADOS POR PROFISSIONAIS

Para melhor compreensão das classificações psicodiagnósticas e delimitação da ampla sintomatologia, elementos e característica que compõe a definição do borderline, estabelece a seguir uma compilação de características do mesmo, mediante a visão e compreensão de alguns autores em suas publicações que se tornaram pressupostos para inúmeros profissionais da saúde. De tal forma, a partir da visão de autores utilizados no meio científico na contemporaneidade como Dalgalarondo, Gabbard, Hegenberg, Zimerman e a contribuição atórica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V. Estrutura-se o seguinte quadro com os critérios e observações que os mesmos apontam a tal transtorno:

<i>TABELA DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS SEGUNDO AUTORES</i>
Grinker (1968)
1. Falha do senso de identidade; 2. Relacionamentos instáveis; 3. Sintomas de depressão, e não um quadro com todos os critérios para transtorno depressivo; 4. Raiva inadequada ou intensa.
GABBARD (2006)
1. Pensamentos quase psicóticos; 2. Automutilação; 3. Tentativas de suicídio manipulativas; 4. Preocupações com abandono/fusão/aniquilação; 5. Exigências/achar-se especial; 6. Regressão no tratamento 7. Dificuldades contratransferenciais;

<ol style="list-style-type: none">8. Manifestações não específicas de fragilidade do ego;9. Mudança em direção ao processo de pensamento primário;10. Operações defensivas específicas;11. Relações objetais internalizadas patológicas.
ZIMERMAN (2007)
<ol style="list-style-type: none">1. Algum grau de uma parte psicótica da personalidade;2. Diferente das psicoses bem estabelecidas, os borderlines conservam um juízo crítico e senso da realidade;3. Ansiedade difusa; vazio crônico; acompanhada de uma neurose polissintomática;4. Intensas angústias depressivas e persecutórias, com uma fachada de sintomas ou traços caracterológicos, de fobias diversas, manifestações obsessivo compulsivas, histéricas, narcisistas, somatizadoras, perversas, etc.;5. Adquirem uma natureza de sexualidade perversa e sadomasoquista;6. Podem aparecer manifestações “pré-psicóticas”;7. Apresenta um determinado transtorno do “sentimento de identidade”, que Kernberg denomina <i>síndrome da difusão da identidade</i>;8. Organiza-se como uma pessoa ambígua, instável, exageradamente compartimentada.
DALGALARRONDO (2008)
<ol style="list-style-type: none">1. Instabilidade emocional intensa;2. Sentimentos crônicos de vazio;3. Relacionamentos pessoais intensos, mas muito instáveis, oscilando em curtos períodos de uma grande “paixão” ou “amizade” para “ódio” e “rancor” profundos;4. Esforços excessivos para evitar abandono;5. Dificuldades sérias e instabilidade com relação à autoimagem, aos objetivos e às preferências pessoais (inclusive a sexual);6. Atos repetitivos de autolesão, envolvendo-se em atuações perigosas (como guiar muito embriagado e velozmente, intoxicar-se com substâncias, etc.);7. Atos suicidas repetitivos;8. Impulsivo e explosivo;9. Grandes Problemas de identidade.
HEGENBERG (2009)
<ol style="list-style-type: none">1. Angustia de separação;2. Dilema com a identidade;3. Clivagem;4. Questões do narcisismo;5. Agressividade;6. Impulsividade;7. Tendências ao suicídio.
DSM-V (2013)
<ol style="list-style-type: none">1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado;2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas;5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante;

6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor;
7. Sentimentos crônicos de vazio;
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la;
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Fonte: (Dalgalarondo, 2008, p.269-272; DSM-V, 2013, p.663; Gabbard, 2006, p.320-321-322; Hegenberg, 2009, p.49; Ribeiro, Cordás, Nogueira, 2011, p.111; Zimerman, 2007, p.230-231).

TRATAMENTO

Em relação ao tratamento, de acordo com Silva, Yazigi e Flore (2008) sobre um estudo multicêntrico realizado por Clarkin et al., em relação aos melhores tratamentos utilizados para transtorno da personalidade borderline, ao qual foram estudados três tratamentos utilizados contemporaneamente dentre outros, a psicoterapia focada na transferência, a terapia cognitivo-comportamental e o tratamento suportivo, foram observados que entre às três, a que desenvolveu um melhor resultado em relação a benefícios e prognóstico a cerca dos principais critérios diagnósticos apresentados em um portador de TPB, a terapia focada na transferência demonstrou resultados significativos em comparação aos demais.

Em casos de pacientes com diagnóstico de TPB, aconselha-se uma abordagem multidisciplinar para o caso, pois, se faz necessário o acompanhamento médico, psiquiátrico, psicológico, nutricional, dentre outros que possam vir a colaborar para o desenvolvimento de um bom prognóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transtorno de personalidade borderline é caracterizado por um desequilíbrio do psiquismo humano em seus diversos aspectos intensificando os sentimentos o humor e o comportamento do sujeito. Sua angústia o move a comportamentos impulsivos e explosivos sem que o mesmo a perceba, o que a torna muitas vezes imprevisível até para si mesmo.

Suas características de impulsividade e os demais elementos do diagnóstico borderline podem ser facilmente controlados com auxílio de psicoterapia, ao qual a terapia centrada na transferência se mostra favorável nestes casos, devido sua necessidade de apoio que a transferência possibilita e acompanhamento multiprofissional.

Embora muitos autores postulem critérios diferentes para o psicodiagnóstico borderline, devido a pontos de vista distintos do TPB ou a embasamentos teóricos e pressupostos divergentes, muitas características do transtorno da personalidade borderline se convergem entre os autores mencionados e muitos outros no campo da psicologia e da psiquiatria. Entretanto, vale ressaltar a importância da necessidade e clareza ao referencial que o profissional se atém para diagnosticar um paciente, pois, cada linha de investigação assim como observado a cima irá caracterizar e tratar de formas distintas o espectro do diagnóstico borderline. Nenhum dos autores está certo ou errado a respeito dos seus critérios para o psicodiagnóstico, pois, se compreende o diagnóstico a partir de sua história e contexto sociocultural, já que é fundamental pontuar a subjetividade e singularidade do sujeito, podendo ser considerados os critérios de cada teórico ao qual se deseja adotar desde que os mesmos apresentem dados empíricos necessários para o quadro apresentado e que o terapeuta ou profissional da saúde mental tenha clareza quanto a tal pressuposto teórico adotado em suas investigações terapêuticas.

Em detrimento das diversas formas de apresentação da sintomatologia do transtorno da personalidade borderline, os terapeutas iniciantes até mesmo os mais experientes mesmo se atendo aos critérios exigidos para tal classificação se encontram em constantes dificuldades para o estabelecimento do psicodiagnóstico do paciente, muitas vezes podendo haver psicodiagnósticos equivocados devido às várias influências biopsicossociais ao qual o sujeito se encontra em dado momento, pois, tais influências poderão provocar um *jeito de ser borderline* que poderá confundir o terapeuta, até mesmo mascarar o real diagnóstico.

O diagnóstico de Transtorno da Personalidade Borderline ainda é um diagnóstico recente comparado aos demais, que carece de mais aprofundamentos em estudos específicos do transtorno devido às diversas confusões teóricas e falta de consenso entre pesquisadores sobre tal psicopatologia, devido à amplitude de objetos de estudo particular de cada pesquisador que interfere na uniformização diagnóstica.

Valendo ressaltar a não redução do paciente a um diagnóstico, tão pouco sua identificação pelo mesmo, devemos compreender o psicodiagnóstico somente como orientação ao manejo da prática clínica, não como uma forma prescritiva, mas como auxiliadora da condução terapêutica necessária para intervenção e compreensão de como o paciente se posiciona frente ao seu sintoma.

Sendo que é constantemente percebido ao longo dos estudos teóricos até dado momento que embora não haja uma cura para o TPB o mesmo por si só já encontra uma forma estável com o passar dos anos, principalmente na velhice, mas com acompanhamento especializado e multiprofissional o mesmo antecipa tal estabilidade psíquica e passa a gozar de um auto equilíbrio ao invés daquilo que poderia se tornar destrutivo para si devido à instabilidade anteriormente existente. Estima-se que se estabeleça um “bom” prognóstico de acordo com o DSM-V entre os 30 e 50 anos de idade, adquirindo estabilidade emocional, diminuição dos comportamentos

impulsivos e explosivos e melhora em suas relações, sendo relativo ao contexto sócio histórico, biopsicossocial e do padrão de vida de cada sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Psiquiátrica Americana – APA. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Gabbard, Glen O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Hegenberg, M. (2009). *Borderline*. 6ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Maranga, A.R. (2002) Organizações borderline: aspectos psicodinâmicos. *Análise Psicológica*, p.219-223.

Prodanov, C.C.; Freitas, E.C. (2013). *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª ed. Novo Hamburgo-RS: Universidade FEEVALE.

Ribeiro, H.L.; Cordás, T.A.; Nogueira, F.C. (2011) Transtorno da personalidade borderline. In: Cordás, T.A.; Neto Louzã, M.R. *Transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed. Cap. 8, p.111-122.

Silva, J.F.R.; Yazigi, L.; Flore M.L.M. (2008). Psicanálise e universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica. Alice quebra-vidros. *Rev Bras Psiquiatr*.

Mc. Williams, N. (2014). *Diagnóstico psicanalítico: Entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Zimerman, D.E. (2007). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed.