

## Transtorno *borderline*: história e atualidade

Paulo Dalgarrondo e Wolgrand Alves Vilela

*No presente trabalho é feita uma revisão histórica e psicopatológica do distúrbio *borderline*. O autor sugere que a categoria clínica introduzida por Kahlbaum, em 1890, “*heiboidophenie*”, pode ser considerada como um protoconceito na origem do conceito de transtorno *borderline*. No final dos anos 70 e 80, sob a influência do DMS-III, a esquizofrenia latente ou *borderline* se transformava em dois subtipos de transtorno de personalidade: *borderline* e esquizotípico. Alguns aspectos psicopatológicos do Transtorno de Personalidade *Borderline* são revistos, com especial ênfase sobre os sintomas afetivos e as alterações no plano das relações interpessoais.*

**Palavras-chave:** Transtorno de personalidade *borderline*, esquizofrenia latente, história da psicopatologia.

## Introdução

O transtorno *borderline* surge como categoria diagnóstica utilizada de modo mais amplo na clínica psiquiátrica e psicanalítica no princípio da década de 50 (Masterson, 1972)<sup>1</sup>. A noção de *borderline* constitui-se inicialmente como uma entidade vaga e imprecisa, que compreende sintomas que se estendem desde o espectro “neurótico”, passando pelos “distúrbios de personalidade”, até o espectro “psicótico”.

Desde então, o quadro tem sido frequentemente diagnosticado em adolescentes e adultos jovens com comportamento impulsivo e/ou autodestrutivo, uso de drogas e com problemas sérios de identidade, notando-se um predomínio no gênero feminino (por volta de 75% dos casos) (APA, 1994). Esses indivíduos mal se encaixam entre as neuroses graves ou entre as psicoses endógenas clássicas. Ao longo das últimas duas décadas o conceito vem ganhando popularidade e também uma maior precisão. Além disso, a síndrome *borderline* tem sido estudada de forma crescente por clínicos e pesquisadores; um levantamento no sistema *medline* de catalogação computadorizada de artigos médicos, revela, nos últimos 10 anos, mais de 1.500 artigos publicados sobre o tema “transtorno de personalidade *borderline*”.

O conceito atual de *borderline* foi aquele formulado inicialmente para a classificação norte-americana das doenças mentais de 1980, o DMS-III<sup>2</sup>. Neste sistema diagnóstico, a síndrome *borderline* deixa de ser uma aceção relativamente vaga de estados intermediários neurose-psicose, para ser um distúrbio específico de personalidade, no qual comportamentos impulsivos, autolesivos, sentimentos de vazio interno e defesas egóicas muito primitivas seriam predominantes.

Este trabalho tem fundamentalmente dois objetivos. De um lado, descrever em linhas gerais a evolução do conceito de *borderline* e ressaltar a necessidade de uma definição mais precisa desta entidade; de outro, apresentar o quadro psicopatológico e alguns mecanismos mentais propostos para esses pacientes.

### Evolução histórica do conceito de *borderline*

A necessidade de se criar categorias diagnósticas para distúrbios mentais graves, próximos da alienação mental, mas sem sintomas declarados de “loucura”,

1. J.F. Masterson. “Psicoterapia intensiva del adolescente con un Síndrome Borderline”, in *El adolescente borderline*. Cuadernos de la ASAPPIA. Buenos Aires, Kargieman, 1972.
2. DSM-III (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>rd</sup> ed.. Washington, DC, American Psychiatry Association, 1980.

não é nova na tradição psicopatológica (Berrios, 1993)<sup>3</sup>. Nesse sentido, entidades como a *moral insanity* de Prichard (1835), a *manie sans délire* de Pinel, e as monomanias de Esquirol (1838), poderiam ser tomadas como precursores do conceito de *borderline*. Para o alienista Chaslin, haveria de fato um território fronteiro, entre a loucura e a sanidade, uma *borderland of insanity*, como ele sugeriu na virada do século, digna de ser estudada com maior cuidado pelos alienistas.

É, entretanto, apenas no final do século passado que uma categoria bastante semelhante ao que hoje se configura como transtorno *borderline* passou a se delinear mais claramente. Assim, Kahlbaum (1884, 1890)<sup>4,5</sup>, criador do conceito de catatonia, e junto com seu discípulo Hecker, do conceito de hebefrenia, descrevem com detalhes uma síndrome comum a adolescentes, que, apesar de aparentada com a hebefrenia, se assemelharia ao que hoje é concebido como transtorno *borderline*.

Em 1871, Ewald Hecker<sup>6</sup> descreve de modo detalhado e brilhante (Sadler, 1985)<sup>7</sup> uma forma de loucura própria de adolescentes, que se caracterizaria por um afeto “bobo”, “pueril”, por alterações comportamentais graves e desagregação progressiva do pensamento. Seria o que Kahlbaum<sup>7</sup> denominara de “vesânia ou loucura juvenil propriamente dita”. Em um trabalho de 1884, sobre as doenças mentais dos jovens, Kahlbaum fala de quadros menos graves, comuns a adolescentes, nos quais predominam alterações do comportamento ético e social. É, entretanto, no trabalho intitulado “Sobre a heboidofrenia”, de 1890, que Kahlbaum<sup>8</sup> irá descrever com detalhes essa forma frusta e curiosa de alienação juvenil.

Na heboidofrenia as alterações seriam principalmente na esfera das relações sociais e de personalidade. Surgiriam nesses adolescentes alterações na esfera instintiva, distúrbios da compreensão das regras morais e dos hábitos culturais. Nos casos extremos poderiam surgir também tendências ou evidentes comportamentos delinqüentes. Para Kahlbaum haveria dois tipos básicos de transtornos mentais específicos dos adolescentes que ele delimitou no grupo dos transtornos hebéticos. Em primeiro lugar a hebefrenia, com sintomas evidentes de loucura e, em segundo,

3. G.E. Berrios. “European views on personality disorders: a conceptual history”. *Compr. Psychiatry*, 34 (1): 14-30, 1993.
4. K. Kahlbaum. “Ueber jugendliche Nerven – und Gemuethskranke und ihre paedagogische Behandlung in der Heilanstalt”. *Allgemeine Zeitschrift fuer Psyshiatric*, 40: 863-873, 1884.
5. K. Kahlbaum. “Ueber Heboidophrenie”. *Allgemeine Zeitschrift fuer Psychatrie*, 46: 461-474, 1890.
6. E. Hecker. “Die Heboidophrenie”. *Achiv fuer pathologische Antomie und psysiologische und fuer klinische Medizin*, 25: 394-429, 1971.
7. K. Kahlbaum. “Ueber jugendliche Nerven...”. Op. cit.
8. K. Kahlbaum. “Ueber Heboidophrenie”. Op. cit.

a heboidofrenia, aparentada com a hebefrenia, mas diferindo dela por não evidenciar sintomas claros de alienação. A heboidofrenia seria menos desastrosa que a hebefrenia; o doente não perderia as capacidades cognitivas básicas e o quadro não evoluiriam para estados terminais confusionais ou deficitários. O adolescente hebóide poderia se apresentar aos olhos menos atentos simplesmente como um jovem mal-educado, com tendências a flutuações abruptas do humor e do comportamento. Oscilam rapidamente de um estado melancólico para um expansivo, ficando facilmente irados. São jovens que, embora pensem e raciocinem corretamente, discutindo os mais variados assuntos com facilidade têm, de fato, uma certa dificuldade em apreender de forma precisa a realidade. Entretanto, apesar desta forma de pensar dispersa e pouco útil, os hebóides, ao contrário dos hebefrênicos, não apresentam idéias delirantes verdadeiras.

No começo do século, os trabalhos de Eugen Bleuler<sup>9</sup> sobre a esquizofrenia vão trazer novas contribuições para este tema. Na sua monumental monografia de 1911, “*Dementia praecox, ou o grupo das esquizofrenias*”, o psiquiatra suíço relata a existência de um grupo de pacientes que, apesar de apresentarem um comportamento social convencional, trariam consigo, de modo subjacente, elementos de esquizofrenia. Este quadro ele denomina, “esquizofrenia latente”, reconhecendo, entretanto, sua dívida para com a heboidofrenia de Kahlbaum. Bleuler (1911) descreve esse tipo de paciente da seguinte forma<sup>10</sup>:

Kahlbaum cunhou o termo “heboidofrenia” ou “hebóide” para aqueles casos que mostram apenas transtorno dos sentimentos sociais, do tato social e do comportamento. (...) entretanto, os casos que ele descreveu nesse grupo tomam um curso que não difere de outros casos leves de esquizofrenia.

(...) outro tipo, com uma pronunciada irritabilidade: uma jovem normal e inteligente se casa aos vinte anos e vive feliz por mais de cinco anos. Muito gradualmente torna-se irritável, gesticula enquanto fala, suas peculiaridades aumentam continuamente; contudo, nenhuma empregada pára em casa. Briga constantemente com seus vizinhos. Dentro de seu próprio grupo familiar converteu-se numa tirana doméstica insuportável que não reconhece seus deveres, apenas seus direitos. (...) provoca transtornos constantemente com suas reclamações e caprichos. (...) não obstante, mostra-se completamente indiferente para coisas importantes, como as relações com seus familiares próximos. Não gosta dos filhos, é incapaz de comportar-se. (...) não se notou qualquer pista de sintomas paranóides ou catatônicos.

9. E. Bleuler. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1911.

10. Idem.

Em 1921, Rorschach<sup>11</sup> reafirmará, como seu mestre Bleuler, a existência de forma latente de esquizofrenia. Zilborg<sup>12</sup>, por sua vez, em 1941 criou o termo esquizofrenia ambulatorial, para salientar a existência de formas frustas, quase não identificáveis de esquizofrenia, que em vez de ser encontrada nos hospitais psiquiátricos, tendia a freqüentar os hospitais gerais e ambulatórios.

É entretanto, Stern<sup>13</sup>, em 1938, o primeiro autor a utilizar o termo *borderline*, num texto intitulado “Terapia e investigação psicanalítica do grupo das neuroses *borderline*”. Stern descreveu pacientes que despertavam fortes reações contratransferenciais em seus terapeutas, pacientes que tendiam a regredir intensamente na falta de uma estrutura ambiental mais organizada, situação que eles, paradoxalmente, buscavam evitar.

Deutsch<sup>14</sup>, referindo-se a esses estados intermediários entre a psicose e a neurose, descreve, em 1942, a “personalidade como se”. Segundo a psicanalista, essas pessoas apresentariam uma personalidade que, por trás de uma tênue adequação nos relacionamentos sociais do dia-a-dia, apresentavam um grave distúrbio nos relacionamentos interpessoais mais significativos.

Em 1949, Hoch e Polatin<sup>15</sup> introduziram na nomenclatura o termo esquizofrenia pseudoneurótica, definido como uma condição psicopatológica específica, caracterizada pela combinação de “pan-neurose”, “pan-ansiedade” e transtornos pervasivos da esfera sexual, sintomas esses associados às formas brandas de sintomas propriamente esquizofrênicos.

Nesse período, houve certa hesitação na nomeação dos quadros tidos como intermediários entre neurose e psicose. Vários termos foram sugeridos, tais como: pré-esquizofrenia, caráter esquizofrênico, esquizofrenia abortiva, esquizofrenia pseudopsicopática, caráter psicótico, esquizofrenia subclínica, síndrome *borderland* e esquizofrenia oculta.

É porém apenas em 1953, através do trabalho de Robert Knight<sup>16</sup> “Estados *Borderline*”, que o termo *borderline* começa a se firmar e a ganhar mais espaço na literatura psiquiátrica e psicanalítica. Knight utilizava o termo *borderline* para pacientes, geralmente encontrados no contexto da internação psiquiátrica, que não poderiam ser classificados nem como psicóticos, nem como neuróticos.

11. Cf. E. Brenas & F. Ladame. “Les adolescents borderline: diagnose et traitement”. *Psychiatrie de l'enfant*, 28 (2): 485-512, 1985.

12. Idem.

13. Cf. G.E. Vaillant & J.C. Perry. “Personality disorders”, in Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*. Baltimore, William & Wilkins, 1985.

14. Idem.

15. Idem.

16. Idem.

Não obstante, após o influente artigo de Knight, que trouxe crescente popularidade ao termo *borderline*, continuou a haver uma boa dose de desacordo em relação à sua definição precisa. Desde sua criação surgiram dúvidas, por exemplo, de se considerar o *borderline* ou como um tipo de paciente ou como um estado transitório, como uma organização de personalidade ou como uma forma grave de neurose, como um tipo atenuado de psicose ou como uma entidade nosológica de direito, ou, finalmente, tratar-se-ia apenas de uma rubrica para quadros clínicos que os clínicos e psicanalistas não conseguiam confortavelmente enquadrar nas categorias diagnósticas clássicas, já bem conhecidas. A tabela 1 resume a evolução histórica terminológica relativa ao transtorno *borderline*.

Autor / ano	Denominação
Kahlbaum, 1890	Heboidofrenia
Bleuler, 1911	Esquizofrenia latente
Rorschach, 1921	Esquizofrenia latente
Stern, 1938	Neuroses <i>borderline</i>
Zilborg, 1941	Esquizofrenia ambulatorial
Deutsch, 1942	Personalidade “como se”
Hoch & Polatin, 1949	Esquizofrenia pseudoneurótica
Knight, 1953	Estados <i>borderline</i>
CID-9, 1976	Esquizofrenia latente ou <i>borderline</i>
DSM-III, 1980	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>
CID-10, 1992	Transtorno de personalidade emocionante instável, tipo <i>borderline</i>
DSM-IV, 1994	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>

**Tabela 1: Evolução histórica do conceito *borderline***

### As transformações do conceito de *borderline*: da CID-9 para o DSM-III

É importante salientar que até os sintomas diagnósticos do DSM-II (APA, 1968) e da CID-9 (OMS, 1976)<sup>17</sup> o termo *borderline* esteve situado dentro do espectro das psicoses, particularmente associado à esquizofrenia. No DSM-II e na CID-9 o termo *borderline* é praticamente sinônimo de esquizofrenia latente (CID 295.5).

Na sinonímia de esquizofrenia latente temos: esquizofrenia marginal, limítrofe ou *borderline*, esquizofrenia pré-psicótica, pseudopsicótica ou reação esquizofrênica latente. Explicitamente, a CID-9 descreve da seguinte forma o que classifica como esquizofrenia *borderline*<sup>18</sup>:

Não foi possível formular uma descrição completamente aceitável deste quadro mental. Não se recomenda esta categoria para uso generalizado, entretanto, apresenta-se para aqueles que acreditam ser útil; trata-se de um quadro mental que se manifesta por meio de um comportamento excêntrico ou inconseqüente e de anomalias que dão a impressão de esquizofrenia, apesar de não haver manifestação, presente ou passada, de anomalias esquizofrênicas definidas e características. Os termos de inclusão indicam que este é o melhor lugar para classificar outras variedades de esquizofrenias mal definidas.

58

Assim, é de se notar o compromisso dessa definição com a tradição diagnóstica referente a estados esquizofrênicos frustos, “esquizofrenias sem sintomas esquizofrênicos clássicos”, tradição que remonta claramente a Kahlbaum e Bleuler. Por outro lado, fica também evidente que a CID-9 reconhece o caráter precário desta categoria, sugerindo que aí encontre acolhida todas aquelas formas de esquizofrenia mal definidas e obscuras.

É apenas com o advento de novo sistema diagnóstico de 1980, o DSM-III<sup>19</sup>, que a situação nosotóxica e nosológica do quadro *borderline* vai se definir de modo radicalmente novo.

O DSM-III<sup>20</sup> introduz mudanças substanciais na concepção dos sistemas diagnósticos modernos. Propõe-se a ser um sistema de classificação com cinco eixos de avaliação:

1. Transtorno psiquiátrico principal;
2. Transtorno de personalidade ou, para crianças e adolescentes, transtornos do desenvolvimento;

17. CID-9 (OMS). *Nona Revisão da classificação Internacional de Doenças*. Organização mundial para a Saúde, Genebra, 1976.

18. Idem.

19. DSM-III (APA) (1980). Op. cit.

20. Idem.

3. Doenças físicas;
4. Estressores psicossociais;
5. Nível de adaptação social antes da exclusão do distúrbio.

Além dessa concepção penta-axial, o DSM-III foi concebido para ser um sistema diagnóstico ateuórico no que se refere à etiologia dos diversos distúrbios mentais. Tal princípio facilitaria, segundo seus defensores, uma maior concordância (*reability*) entre clínicos e pesquisadores no uso das categorias diagnósticas do sistema. Finalmente, o DSM-III exige, para a realização de determinado diagnóstico, critérios específicos e explícitos de inclusão e exclusão.

É inegável que o DSM-III norte-americano significou um grande avanço no sentido de tornar as categorias diagnósticas e seu uso reprodutíveis, apostando na estabilidade e clareza de um modo de comunicação que hipervaloriza os comportamentos explícitos e os sintomas inequívocos. Busca, sobretudo, afastar-se das possíveis ambigüidades das expressões clínicas subjetivas, daquilo que o clínico percebe como implícito e de difícil definição no quadro clínico dos doentes. Rejeita, desta forma, a intuição do entrevistador como elemento diagnóstico fundamental, o *feeling*, o *praecox Gefuehl* dos psicopatólogos clássicos. Assim, o DSM-III é, de certa forma, o *turning point* de uma psiquiatria baseada em grandes mestres e escolas para uma psiquiatria sustentada em métodos epidemiológicos e no consenso de grupos de trabalho. O triunfo da psiquiatria pragmática sobre a doutrinária, da empiricista sobre a teorizante.

Por outro lado, deve-se ressaltar que apesar das qualidades desse tipo de sistema diagnóstico, alguns autores apontaram críticas que devem aqui ser mencionadas. Por exemplo, Lefèvre e cols.<sup>21</sup> salientaram que apenas explicitamente o DSM-III é ateuórico; implicitamente, porém, trata-se de um modelo comportamental, objetivista e naturalista da doença mental, que se fundamenta quase que exclusivamente sobre os comportamentos manifestos e as ocorrências externas, em detrimento do mundo interno das vivências mais íntimas e subjetivas do sujeito acometido pelo transtorno mental. Seria também ingênuo, do ponto de vista epistemológico, postular que é possível a observação e classificação inequívoca de fenômenos humanos, de forma neutra e ateuórica, livre de qualquer *a priori* teórico ou conceitual. Os fenômenos psicopatológicos são de fato, na maioria das vezes, prenhes de significações simbólicas cambiantes, e freqüentemente “contaminados” por uma subjetividade tal, que torna a sua objetivação, operacionalização, universalização e quantificação empírica, no mínimo, problemática.

21. M. Lefèvre; S. Lebovici & P. Jeammet. “L’amplication de la nouvelle classification américaine dite DSM-III a la psychiatrie de l’enfant e de l’adolescent”. *Psychiatrie de l’enfant*, 26 (2): 1983.



Tomadas essas restrições de cunho epistemológico, há um certo consenso de que o DSM-III representou, principalmente no campo da pesquisa epidemiológica e psicobiológica, um avanço considerável em relação à CID-9 e ao DSM-II. A confiabilidade dos diagnósticos melhorou de forma evidente, além da precisão e clareza na comunicação entre clínicos e pesquisadores de diversos países.

O que é particularmente relevante para o assunto aqui tratado, é que no DSM-III de 1980, o quadro *borderline* sai definitivamente do espectro da esquizofrenia para migrar, numa viagem aparentemente sem retorno, para o capítulo dos distúrbios da personalidade. A esquizofrenia latente ou *borderline* irá, de fato, dar origem a dois tipos de distúrbios de personalidade: o distúrbio esquizotípico de personalidade e o distúrbio *borderline* de personalidade.

Espectro da esquizofrenia	Espectro do distúrbio de personalidade
Esquizofrenia latente ou <i>borderline</i>	Distúrbio de personalidade esquizotípico Distúrbio de personalidade <i>borderline</i>

### Evolução nosotóxica da esquizofrenia latente

Tal mudança não ocorreu de modo gratuito ou aleatório. Para tal contribuiu de modo decisivo o artigo de Spitzer, Endicott e Gibbon<sup>22</sup>, de 1979, intitulado “Crossing the border into *borderline* personality and *borderline* schizofrenia”. Os autores partiram da constatação de que o termo *borderline* era utilizado pelos psiquiatras em duas linhas diferentes. A primeira referia-se a uma constelação de pacientes, nos quais havia importantes traços de personalidade de instabilidade e vulnerabilidade à frustração, que eram significativos para a evolução e o tratamento. Exemplos desse uso do conceito são os trabalhos de Gunderson e cols.<sup>23</sup> (1975) sobre “pacientes *borderline*” e os de Kernberg<sup>24</sup>, sobre a “organização de personalidade de *borderline*”.

A segunda linha de trabalhos referia-se ao uso do termo para descrever certas características psicopatológicas que são usualmente estáveis ao longo do tempo, como comportamento bizarro, idéias deliróides, de auto-referência, às quais se

22. R. Spitzer; J. Endicott & M. Gibbon. “Crossing the border into *borderline* personality and *borderline* schizofrenia”. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1979.

23. J.G. Gunderson; W.T. Carpenter & J.S. Strauss. “*Borderline* and schizofrenic patients: a comparative study”. *Am. J. Psychiatry*, 132 (12), 1975.

24. Cf. E. Brenas & F. Ladame. Op. cit.

postulava serem geneticamente relacionadas ao espectro da esquizofrenia. Este uso foi utilizado por Wender e cols.<sup>25</sup>, em seus estudos sobre crianças adotadas e sua relação com a esquizofrenia.

O estudo do grupo de Spitzer (1979)<sup>26</sup> teve por objetivo definir operacionalmente o que seria mais adequado: o uso de termos e conceitos separados para cada uma dessas duas grandes linhas, ou se uma única categoria nosológica poderia abarcar as duas vertentes.

Após um detalhado estudo utilizando questionários específicos para testar estatisticamente a viabilidade ou não de discriminação dos dois grandes grupos, Spitzer e cols. (1979)<sup>27</sup> concluíram pela hipótese de duas entidades diagnósticas. Assim, verificou-se que o conceito de *borderline*, usado até então, englobava de fato dois grupos de pacientes distintos e relativamente independentes entre si.

No primeiro grupo confirmou-se a existência de distúrbio de identidade, padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, impulsividade e imprevisibilidade dos atos, raiva inapropriada e perda de controle sobre a raiva, atuações autodestrutivas, baixa performance escolar ou profissional para o nível de inteligência, instabilidade afetiva marcante, sentimentos crônicos de vazio e intolerância de estar só. Inicialmente denominaram tal grupo de “personalidade instável” e, posteriormente, de “personalidade *borderline*”<sup>28</sup>. Tal grupo teria talvez (e pesquisas posteriores reforçam tal hipótese) um certo “parentesco” genético, portanto, nosológico, com transtornos afetivos.

O segundo grupo seria o de pacientes nos quais se encontravam com maior frequência: comunicação bizarra, idéias de referência, ideação paranóide, sensação de presença de força ou pessoa estranha, pensamento mágico, *rapport* inadequado com certa inadequação afetiva, hipersensibilidade à crítica e isolamento social. Tal grupo foi denominado de “personalidade esquizotípica”, sendo então sugerido, baseado em algumas constatações, que havia uma relação genética e nosológica entre esse quadro e a esquizofrenia<sup>29</sup>.

Assim, o grupo de Spitzer<sup>30</sup> conclui que o que era anteriormente denominado “esquizofrenia *borderline* ou latente” deveria receber a rubrica de “transtorno esquizotípico de personalidade”, e aquelas pessoas denominadas por vários autores como “pacientes *borderline*”, deveriam ser classificadas como portadores de um

25. Cf. R. Spitzer; J. Endicott & M. Gibbon. Op. cit.

26. Idem.

27. Idem.

28. M. Steiner; P.S. Links & M. Korzekwa. “Biological markers in borderline personality disorders: an overview”. *Can. J. Psychiatry*, 33: 350-354, 1988.

29. Idem.

30. R. Spitzer; J. Endicott & M. Gibbon. Op. cit.

distúrbio grave de personalidade, o então chamado “transtorno de personalidade tipo *borderline*”. Desta forma, estes dois novos grupos, mais bem distintos e delimitados, foram incorporados ao DSM-III permanecendo, daí em diante, nas novas edições do DSM-III (o DSM-III-R e o DSM-IV<sup>31</sup>).

As duas grandes categorias foram também, em 1992, incorporadas à nova classificação de transtornos mentais da OMS, a CID-10<sup>32</sup>. Aqui, entretanto, a CID-10 opta por um ordenamento nosotáxico um tanto distinto do DSM-IV. A CID-10 mantém o transtorno esquizotípico no capítulo do espectro esquizofrênico, enfatizando assim o seu caráter de transtorno aparentado com a esquizofrenia clássica. Apenas o transtorno de personalidade tipo *borderline* fica definitivamente no capítulo dos transtornos de personalidade emocionalmente instável. Nessa categoria a CID-10 agrupa dois subtipos: o tipo impulsivo e o tipo *borderline*. Nas páginas 61 e 62 vemos nas tabelas 2 e 3 as características e sintomas desses dois transtornos, originados da noção de esquizofrenia latente.

### **O transtorno de personalidade tipo *borderline*: aspectos clínicos e psicopatológicos**

62

#### *Epidemiologia*

Os transtornos de personalidade, de modo geral, são considerados bastante freqüentes pela epidemiologia psiquiátrica. Segundo Gunderson & Phillips (1995)<sup>33</sup>, estima-se que aproximadamente 10 a 13% da população geral, quando investigada com instrumentos epidemiológicos, preenche os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade. Casey (1988)<sup>34</sup>, identificou uma prevalência de cerca de 4% para as formas mais graves de transtorno de personalidade (incluindo o transtorno *borderline*, a sociopatia, e outros transtornos de personalidade com intenso distúrbio nas relações interpessoais, hostilidade extrema, comportamentos auto e heterodestrutivos marcantes etc.). As taxas são mais altas nos estratos mais pobres da população e em comunidades marginalizadas, onde predomina a violência e a desagregação familiar.

31. DSM-IV (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed.. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.

32. ICD-10 (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization, Geneve, 1993.

33. J.G. Gunderson & K.A. Phillips. “Personality disorder”, in Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.

34. P. Casey. “The epidemiology of personality disorder”, in *Personality Disorder: Diagnosis, Management and Care*, P. Tyrer (ed.). Londres, Wright, 1988, pp. 74-81.

ARTIGOS

<b>Transtorno de borderline Área de afetividade</b>	<b>Transtorno esquizotípico Área de afetividade</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos crônicos de vazio.</li> <li>- Instabilidade afetiva devido a marcante reatividade do humor (p. ex. intensos episódios de disforia, irritabilidade ou ansiedade, que geralmente duram horas).</li> <li>- Raiva intensa e inapropriada, ou dificuldade em controlar a raiva (p. ex. freqüentes episódios de raiva descontrolada, brigas físicas recorrentes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afeto inapropriado ou retraído.</li> <li>- Excessiva ansiedade social, que não diminui com a familiaridade e tende, antes, a estar associada a medos, paranóides do que julgamentos negativos sobre si mesmo.</li> </ul>
<b>Área do comportamento e interação social</b>	<b>Área do comportamento e interação social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, que se caracterizam por extremos de idealização e desvalorização.</li> <li>- Esforços intensos para evitar o abandono real ou imaginário.</li> <li>- Comportamento suicida recorrente, gestos, ameaças, ou comportamentos de automutilação.</li> <li>- Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autolesivas (p. ex. gasto de dinheiro, sexo, abuso de drogas, dirigir sem cuidado, bulimia etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comportamento e aparência estranhos, excêntricos ou peculiares.</li> <li>- Ausência de amigos íntimos ou confidentes, que não os parentes de 1º grau.</li> </ul>
<b>Sintomas e vivências internas</b>	<b>Sintomas e vivências internas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distúrbios da identidade: auto-imagem e/ou senso de si mesmo instável de forma intensa e persistente.</li> <li>- Ideação paranóide transitória e relacionada a stress ou sintomas dissociativos graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idéias de referência (excluindo delírio de referência).</li> <li>- Desconfiança e ideação paranóide.</li> <li>- Experiências senso-perceptivas incomuns, incluindo ilusões referentes ao corpo.</li> <li>- Crenças incomuns, pensamento mágico que influencia o comportamento e é inconsistente com as formas subculturais.</li> </ul>
Não satisfaz os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, distúrbio de personalidade.	Não satisfaz os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, distúrbio do humor com sintomas psicóticos, outro distúrbio psicótico ou distúrbio difuso do desenvolvimento.

**Tabela 2: Transtornos de personalidade *borderline* e esquizotípico, segundo o DSM-IV**

<b>Transtorno de personalidade emocionalmente instável, tipo <i>borderline</i></b>	<b>Transtorno esquizotípico (capítulo das esquizofrenias)</b>
Área da afetividade Sentimentos crônicos de vazio.	Área de afetividade Afetividade fria e vazia de conteúdo.
<b>Área de comportamento e interação social</b>	<b>Área de comportamento e interação social</b>
Freqüentemente se envolve em relações intensas e instáveis, que comumente terminam em crises sentimentais intensas. Esforços excessivos para evitar ser abandonado. Reiteradas ameaças ou atos de auto-agressão.	Comportamento de aparência estranhos, excêntricos e peculiares. Contato social empobrecido e tendência a retração social. Episódios ocasionais “quase” psicóticos transitórios.
<b>Sintomas e vivências internas</b>	<b>Sintomas e vivências internas</b>
Alterações e dúvidas sobre a auto-imagem, sobre os próprios objetivos e preferências íntimas (inclusive sexuais).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idéias de referência ou idéias paranóides.</li> <li>- Ruminações obsessivas sem resistência externa.</li> <li>- Ilusões somato-sensoriais e experiências de despersonalização ou desrealização ocasionais.</li> <li>- Pensamento e linguagem vagos, circunstanciais, metafóricos.</li> <li>- Crenças extravagantes ou fantásticas.</li> </ul>
Não satisfaz os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia.	Não satisfaz os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia.

**Tabela 3: Transtornos de personalidade de *borderline* e transtorno esquizotípico, segundo a CID-10 (critérios de pesquisa)**

Nos grupos de pacientes psiquiátricos internados, estima-se que cerca de 15% são casos cujo diagnóstico principal é um grave transtorno de personalidade, e cerca da metade de todos os pacientes internados apresentam algum transtorno de personalidade acompanhando o diagnóstico psiquiátrico principal, como comorbidade. Em grupos ambulatoriais, a prevalência de transtornos de personalidade fica geralmente na faixa de 30 a 50%. Isto varia, entretanto, com o perfil da clínica estudada. Por exemplo, programas para dependentes de drogas revelam uma

porcentagem bem mais alta que ambulatórios de psicoterapia. O curso do transtorno *borderline*, após a adolescência e período inicial da vida adulta, parece indicar certa estabilização nos relacionamentos interpessoais e no trabalho.

*Psicopatologia*

É interessante constatar, no tratado de psiquiatria de Eugen Bleuler<sup>35</sup>, atualizado por seu filho Manfred Bleuler – no qual ainda se utiliza o conceito de *borderline* como transição entre neurose e psicose – como a noção de esquizofrenia *borderline* vai tomando uma configuração mais próxima da atual noção de transtorno de personalidade *borderline*:

As perturbações fronteiriças (*borderline*) constituem-se primordialmente, nas descargas afetivas impulsivas, na irregularidade e contradição nas relações afetivas, na insegurança a respeito da própria identidade, nas disforias e, ocasionalmente, nas ideias deliróides, apesar de faltar a confusão esquizofrênica.

Já Vaillant & Perry (1985)<sup>36</sup> salientam que o comportamento das pessoas com personalidade *borderline* é em boa medida imprevisível. Notam a natureza trágica de suas vidas, evidenciada nas repetidas ações autodestrutivas: “cortam os pulsos e praticam outras automutilações com o objetivo de atrair atenção, exprimir raiva ou entorpecer-se ante o afeto esmagador”.

Devido a dependência e hostilidade intensas, as relações interpessoais são, geralmente, muito tumultuosas. A evolução do quadro clínico a longo prazo ainda é pouco conhecida, porém é intrigante que tal diagnóstico seja menos frequente em adultos depois dos quarenta anos e em idosos. Talvez seja um indício de que o transtorno de personalidade *borderline* seja um distúrbio próprio de adolescentes e adultos jovens, e que no adulto maduro e no idoso esse perfil de personalidade tomara “um outro rumo”. Mais recentemente, Garnet e cols. (1994)<sup>37</sup> têm conduzido estudos no sentido de elucidar a estabilidade da personalidade *borderline*, especificamente em adolescentes. Ainda resta certa controvérsia nesta área (Links e cols., 1993; Zaimes, 1995)<sup>38,39</sup>.

35. E. Bleuler & M. Bleuler. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985.

36. G.E. Vaillant & J.C. Perry. Op. cit.

37. K.E. Garnet; K.N. Levy; J.J.F. Mattanah; W.S. Edell & T.H. McGlashan. “Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific?” *Am. J. Psychiatry*, 151(9): 1380-1382, 1994.

38. P.S. Links; M.J.E. Mitton; M. Steiner. “Stability of borderline personality disorder”. *Can. J. Psychiatry*, 38: 255-259, 1993.

39. J.M.S. Zaimes. “Adolescent borderline personality disorder”. *Am. J. Psychiatry*, 152: 1537-1538, 1995.

No diagnóstico diferencial a principal distinção a fazer é com a personalidade esquizotípica, sendo que outros quadros devem ser também afastados, tais como os transtornos de personalidade tipo histriônico, anti-social, esquizóide ou paranóide, os transtornos afetivos maiores e também a própria esquizofrenia, nas suas apresentações com poucos e discretos sintomas.

A fim de precisar o diagnóstico, deve-se ter em mente que o que é típico do transtorno de personalidade *borderline* são os seguintes fenômenos clínicos: sentimentos crônicos de vazio, impulsividade, automutilação, episódios psicóticos de curta duração, tentativas manipuladoras de suicídio e, freqüentemente, relações interpessoais muito conturbadas e insatisfatórias.

Deve-se salientar, também, que apesar de boa parte da literatura ter focado os sintomas psicóticos de curta duração, seus sintomas são, no mais das vezes, circunscritos, fugazes ou duvidosos.

A seguir será exposto um resumo dos aspectos clínicos do transtorno *borderline*, segundo a linha de alguns autores com enfoques semelhantes (Kroll, 1981; Pope, 1983; Macaskilli, 1985; Southwick e cols., 1995)<sup>40,41</sup>.

#### **Sintomas mais característicos:**

#### **afetividade, comportamentos e sintomas psicóticos<sup>42,43</sup>**

66

#### *Afetividade*

- *Raiva e ira*: são muito comuns, dirigidas a uma variedade de pessoas e/ou objetos. Elas parecem, muitas vezes, constituir os principais ou únicos afetos que o paciente experimenta;
- *Depressão e ansiedade*: geralmente não se trata de uma depressão do tipo culposa, mas muito mais relacionada a sentimentos de profunda solidão e rejeição. Há uma vivência predominante de sentir-se fútil, só, isolado e rejeitado pelas pessoas de seu convívio<sup>44</sup>. Neste sentido, a depressão do indivíduo *borderline* se assemelha,

40. J. Kroll. "Borderline personality disorder: Construct validity of the concept". *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 1981.

41. S.M. Southwick; R. Yehuda & E.L. Giller. "Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder". *Am. J. Psychiatry*, 152(5): 789-781, 1995.

42. J.H. Nelson. "Comparison of three system for diagnosing borderline personality disorder". *Am. J. Psychiatry*, 142(7), 1985.

43. E.R. Shapiro. "The psychodynamics and developmental psychology of the borderline patient: a review of the literature". *Am. J. Psychiatry*, 135(11), 1978.

44. J.C. Perry. "Depression in borderline personality disorder: Life-time prevalence at interview and longitudinal course of symptoms". *Am. J. Psychiatry*, 142(1), 1985.

em parte, à vivência da depressão atípica. Alguns autores ressaltam a frequência de sintomas ansiosos entre os pacientes *borderline*, geralmente associada a anedonia.

Em resumo, a experiência afetiva do paciente *borderline* é caracterizada pela proeminência da raiva e da depressão (solidão-vazio), e algum grau de ansiedade e anedonia. Tais pacientes tendem, de fato, a experimentar afetos intensos, intempestivos e instáveis, entretanto raramente suas vivências afetivas inclui a experiência do prazer.

Recentemente, Southwick e cols. (1995)<sup>45</sup> procuraram testar a hipótese de que o transtorno *borderline* seria mais frequentemente acompanhado de depressão tipo anaclítica do que de depressão auto-acusatória. A depressão anaclítica ocorreria em pessoas dependentes, com tendência a sentimentos de desamparo, fraqueza, medo de abandono e uma forte necessidade de se sentirem protegidas e amadas. Já na depressão do tipo auto-acusatória ou introjetiva haveria o predomínio de autocrítica, sensação de menos valia, sentimentos de culpa e inferioridade. Os autores não puderam confirmar empiricamente sua hipótese, mas verificaram que os pacientes *borderline* tendem a experimentar na depressão uma autocrítica muito intensa, que tem sido negligenciada pela maior parte dos pesquisadores anteriores.

#### *Comportamento*

67

A característica mais frequente e saliente do comportamento dos pacientes *borderline* é o caráter impulsivo e autodestrutivo de seus atos<sup>46</sup>. O termo autodestrutivo é usado para indicar um largo espectro de comportamentos que resultam ser autodestrutivos, embora seu objetivo inicial, às vezes, não seja esse. Exemplos incluem a promiscuidade sexual e perversões na busca de afeto, a automutilação com o objetivo de manipulação dos outros, de chamar a atenção e envolvimento com drogas, na tentativa de obter uma entidade provisória (de “viciado”) ou, simplesmente, como forma de fuga e evitação de sentimentos de abandono.

É comum, também, uma certa confusão básica e dificuldade em relação à identidade sexual.

#### *Sintomas psicóticos*

Há certa concordância de que a síndrome *borderline* seja um distúrbio estável de personalidade. Entretanto, alguns desses pacientes podem desenvolver sintomas

45. S.M. Southwick; R. Yehuda & E.L. Giller. Op. cit.1.

46. F. Masterson. Op. cit.



psicóticos transitórios<sup>47</sup>. Quando esses quadros psicóticos ocorrem, eles tendem a se apresentar com as seguintes características:

- relacionados a situação de estresse;
- são rapidamente reversíveis e transitórios;
- os sintomas psicóticos tendem a ser não-sistemizados;
- as experiências psicóticas tendem a ser ego-ditônicas.

De modo geral, há ausência de idéias delirantes e alucinações claras e estáveis. Há, antes, a vivência de perplexidade intensa, confusão e ideação paranóide pouco estruturada. Esses pacientes tendem a apresentar grande vulnerabilidade a estresses farmacológicos, como aqueles produzidos pela maconha, LSD, mescalina ou outros alucinógenos.

#### *Aspectos intrapsíquicos*<sup>48,49</sup>

A dimensão intrapsíquica pode ser avaliada em pesquisas através do uso de testes psicológicos projetivos. Nos testes não-projetivos, nos quais se avalia a performance cognitiva como o WAIS, os pacientes *borderline* tendem a demonstrar uma performance normal<sup>50</sup>. Entretanto, um estudo usando uma bateria mais sofisticada, incluindo uma avaliação de funções pré-frontais que cobrem dimensões como a flexibilidade cognitiva, as funções executivas e de controle, revelou uma performance prejudicada no grupo de pacientes *borderline*.

Em testes projetivos, como o teste de Rorschach, os pacientes *borderline* tendem a apresentar conexão ilógica de percepções não relacionadas, elaboração excessiva do sentido afetivo das percepções, produções e associações mentais que, embora sejam criativas, são muito desprazerosas e circunstâncias.

#### *Funções egóicas*<sup>51,52</sup>

É no campo das relações interpessoais que se revelam as principais alterações das funções egóicas dos pacientes *borderline*<sup>53</sup>. Aqui seria a área mais propícia para

47. J.H. Nelson. Op. cit.

48. Idem.

49. E.R. Shapiro. Op. cit.

50. Idem.

51. J.H. Nelson. Op. cit.

52. E.R. Shapiro. Op. cit.

53. Cf. E. Brenas & F. Ladame. Op. cit.

caracterizar com certa especificidade os indivíduos *borderline*, em relação a pacientes com outros transtornos de personalidade<sup>54</sup>.

Freqüentemente assinala-se que as relações interpessoais dos *borderline* são muito transitórias e superficiais. A qualidade dessa transitoriedade e superficialidade é melhor revelada pela hipótese original de Helen Deutsch, da “personalidade como se”<sup>55</sup>.

A característica essencial da “personalidade como se”, segundo Deutsch, é que externamente tais pacientes conduzem sua vida relacional como se possuíssem uma capacidade emocional completa e sensível. Com facilidade, a ausência de uma resposta emocional real, esperada pelo paciente, ou mesmo frustrações insignificantes na esfera interpessoal, conduz à rápida dissolução das relações afetivas significativas. A grande distância entre relações superficiais adequadas e relações internas e íntimas inadequadas e muito insatisfatórias foi utilizada para caracterizar os pacientes *borderline* de forma mais expressiva.

Observa-se, também, que tais pacientes estão permanentemente prontos para formar relações pessoais intensas, invasivas e “aderentes” (Brenas & Ladame, 1985)<sup>56</sup>. No dia-a-dia as relações interpessoais podem se apresentar estáveis, mas tendem a ser sempre superficiais. Quando se observam os *borderlines* em duas relações mais significativas e íntimas é que se nota como elas são instáveis, intensas, tendendo à manipulação e a dependência. São as relações interpessoais intensas que diferenciam claramente os *borderlines* dos indivíduos com personalidades esquizóide. Já a ausência de sintomas psicóticos estáveis (como ideação bizarra ou paranóide, percepção alterada, comportamento e atitudes extravagantes), os diferencia das personalidades esquizotípica e dos esquizofrênicos.

Finalmente, através das relações entre pacientes *borderline* e psicoterapeutas, revelam-se traços importantes do funcionamento mental desses pacientes. Tendem também a formar relações intensas e dependentes que, entretanto, logo descambam para relações manipulativas e desvalorizadoras (Masterson, 1972; Shapiro, 1978)<sup>57, 58</sup>. Vários autores<sup>59,60</sup> têm ressaltado a importância do *setting* no qual esses pacientes são observados. Tais pacientes teriam grande probabilidade de se desestruturarem em *settings* pouco protetores, pouco estruturados.

54. E.R. Shapiro. Op. cit.

55. Cf. E. Brenas & F. Ladame. Op. cit.

56. Idem.

57. F. Masterson. Op. cit.

58. E.R. Shapiro. Op. cit.

59. E. Brenas & F. Ladame. Op. cit.

60. E.R. Shapiro. Op. cit.

A psicoterapia intensiva, em *settings* estruturados, tem sido preconizada por muitos autores<sup>61,62</sup>. Paralelamente aos tratamentos psicoterápicos, têm-se pesquisado<sup>63</sup> uma série de psicofármacos (antipsicóticos tradicionais e atípicos, antidepressivos, sais de lítio, carbamazepina etc.) no sentido de se obter uma melhora tanto sintomática como de padrões de conduta. De modo geral, o transtorno *borderline* é considerado um transtorno de personalidade muito grave<sup>64</sup>, situado provavelmente no final do espectro de gravidade dos transtornos de personalidade<sup>65</sup>.

A autonomia nosológica e utilidade clínica do construto “transtorno *borderline*” ainda não estão suficientemente consolidados. Há inúmeros grupos de pesquisadores utilizando métodos da psiquiatria biológica, da epidemiologia e da psicanálise, visando precisar e aprofundar este construto. A investigação psicopatológica aprofundada, tanto de correntes fenomenológicas-descritivas, como de orientações psicanalíticas, certamente poderá contribuir para o esclarecimento da questão; a que veio, afinal, esta entidade nosológica enigmática na história recente da psicopatologia?<sup>66,67,68,69</sup>

61. D.F. Dawson. “Treatment of the borderline patient, relationship management”. *Can. J. Psychiatry*, 33: 370-374, 1988.
62. A.B. Eppel. “Inpatient day hospital treatment of the borderline: an integrated approach”. *Can. J. Psychiatry*, 33: 360-363, 1988.
63. P.S. Links & M. Steiner. “Psychopharmacologic management of patients with borderline personality disorder”. *Can. J. Psychiatry*, 33: 355-359, 1988.
64. P.S. Links; M. Steiner; D.R. Offord & A. Eppel. “Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study”. *Can. J. Psychiatry*, 33: 336-340, 1988.
65. Cf. G.E. Vaillant & J.C. Perry. Op. cit.
66. Cf. M. Steiner; P.S. Links & M. Korzekwa.
67. Cf. K.E. Garnet; K.N. Levy; J.J.F. Mattanah; W.S. Edell & T.H. McGlashan.
68. Cf. P.S. Links & M. Steiner. Op. cit.
69. Cf. M. Baron. “Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders”. *Am. J. Psychiatry*, 142(8), 1985.

**Resumos**

*En la presente investigación es echa una revisión histórica y psicopatologica del disturbio borderline. El autor sugiere que la categoria clínica introducida por Kahlbaum, en 1890, "heiboidophenie", puede ser considerada como un protoconcepto en el origen del concepto de transtorno borderline. A fines de los años 70 y 80, bajo la influència del DMS-III, la esquizofrenia latente o borderline "migrava" hacia dos subtipos de transtorno de personalidad: borderline y esquizotípico. En este trabajo son presentados, con especial énfasis a los sintomas afetivos e las alteraciones en el plan de la interacción social.*

**Palabras-llave:** Transtorno de personalidad *borderline*, esquizofrenía latente, historia de la psicopatología.

*Dans ce travail on fait la révision historique et psychopathologique de le trouble borderline. L'auteur suggère qui la catégorie clinique introduite pou Kahlbaum, en 1890, "heiboidophenie", peut être considerée comme un protoconcept dans l'origine du concept de bouleversement borderline. À la fin des années 70 et 80, sous l'influence de le DMS-III, la schizophrénie latent ou borderline se muait en deux sous-types de bouleversement de personnalité: borderline et schizotypique. Quelques-uns aspects psychopathologiques de le Bouleversement de la Personnalité borderline sont revues, avec spécial emphase sur les symptômes affectifs et les changements dans le plan de les attaches interpersonnelles.*

**Mots-clef:** Bouleversement de la personnalité *borderline*, schizophrénie latent, histoire de la psychopathologie.

*This paper reviews the historical origins and psychopathological dimensions of the borderline disorder. The author suggests that Kahlbaum's clinical category "Heiboidophrenie", introduced in 1890, is an eligible candidate as a protoconcept in the history of latent schizophrenia and borderline disorders. In the late 1970's and 1980's, under the influence of DSM-III, latent or borderline schizophrenia split into two personality disorders: schizotype and borderline. Some psycopathological aspects of borderline personality disorder are presented, concerning specially affective symptoms ad social interaction disruption.*

**Key words:** Borderline disorder, latent schizophrenia, history of psychopathology.