

A CORRELAÇÃO ENTRE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR: DIFERENÇAS E SIMILARIDADES

Mariana Grilo
Naima Brito Moreira
Maiara de Jesus Palácios
Mayara Martins Peterle
Taynara Spagnol¹
Hyloran Galdino Cabral²

RESUMO

As semelhanças entre Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno Bipolar do humor são muitas, mas é possível, a partir de características específicas, identificar diferenças entre ambos. Este artigo buscou apresentar as características de cada um desses transtornos, colocando em foco suas diferenças e similaridades. Foram utilizadas artigos e revisões bibliográficas já existentes, procurando inserir uma nova visão, fazendo deste trabalho base para pesquisas futuras na área. Aborda-se, ainda, o preconceito vivido, a falta de apoio das famílias e o grande índice de suicídio nesses casos.

Palavras-chave: Transtorno. Bipolar. Borderline. Alteração de Comportamento.

ABSTRACT

The similarities between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder Humor are many, but it is possible, based on specific characteristics, identify differences between them. This article aims to present characteristics of each of these disorders, putting into focus their differences and similarities. Articles and Literature Review existing were used, seeking to insert a new vision, making this assignment basis for future research in the area. It was also discussed about prejudice faced, the lack of support from families and large suicide rate in these cases.

Keywords: Disorder. Bipolar. Borderline. Changing Behavior.

¹ Graduandos em Psicologia na Faculdade Multivix Cachoeiro de Itapemirim

² Pós-Graduando em Políticas Públicas, Gestão e Controle Social. Especialista em Saúde Mental: ênfase em Dependência Química. Graduado em Psicologia. Professor da Multivix Cachoeiro de Itapemirim.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Personalidade Borderline é considerado um grave transtorno mental que primeiramente foi estudado na década de 30 e o termo foi utilizado pela primeira vez em 1984. No final dos anos 70 e 80, já havia sido classificado por diversos nomes, conceitos e diferentes autores e, após vários estudos, surgiu, assim, como categoria diagnóstica. Inicialmente, designava um grupo de pacientes que vivia no limite da sanidade, mas com o passar do tempo o diagnóstico foi se aperfeiçoando.

As causas para o surgimento do transtorno são abrangentes e consideradas biossociais, podendo ser desde predisposição genética até fatores ambientais, destacando-se as situações traumáticas de abuso e negligência. Segundo Gunderson e Phillips (1995 apud DALGALARRONDO; VILELA, 1999), estima-se que aproximadamente 10 a 13% da população geral, quando investigada com instrumentos epidemiológicos, preencha os critérios diagnósticos para transtorno de personalidade.

Seu sintoma consiste em mudança de humor repentino, emoções instáveis, momentos de pânico, angústia, pessimismo, descargas afetivas impulsivas, insegurança a respeito da própria identidade, entre outros. O sintoma também apresenta quadros momentâneos de serenidade e calma, e como destacado por Vaillant e Perry (1985 apud DALGALARRONDO; VILELA, 1999), boa parte pode ser imprevisível.

Devido a essa instabilidade emocional, é confundido até os dias atuais por leigos com o transtorno bipolar, além de possuir algumas semelhanças com o quadro de esquizofrenia e de depressão. Nesta Perspectiva, o Transtorno Bordeline possui um conceito que foi:

[...] formulado inicialmente para a classificação norte-americana das doenças mentais de 1980, o DMS-III2. 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, sentimento de vazio interno e defesas egóicas muito primitivas seriam predominantes (DALGALARRONDO; VILELA, 1999, p. 53).

De acordo com os estudos de Dalgarrondo e Vilela (1999), as pessoas que apresentam esse transtorno se relacionam intensamente com a sociedade, porém vivenciam estados de rupturas onde apresentam medo de estarem sozinhas no mundo, logo são instáveis e vazias, ou seja, formam-se relações intensas e dependentes que se tornam relações manipulativas e desvalorizadoras.

Muitos pacientes que apresentam esse transtorno tentam o suicídio para chamar a atenção para si, principalmente cortando os pulsos, segundo Dalgarrondo e Vilela (1999), sendo que esse sintoma se apresenta, na maioria dos casos, em jovens e adultos. Essas instabilidades também são características em idosos, porém de maneira diferenciada.

O paciente borderline pode ser considerado com caráter impulsivo e autodestrutivo e além do suicídio supracitado, também podemos destacar promiscuidade sexual e perversões na busca de afeto e, até mesmo, o uso de drogas para chamarem a atenção para si, fugirem do sentimento de abandono ou até mesmo por uma busca pela identidade.

São poucas as diferenças notadas entre os transtornos supracitados, contudo pode-se perceber, em análise minuciosa, fortes traços em cada um que os diferenciam. Como, por exemplo, a personalidade bem definida do bipolar que não se encontra em um borderline. As fases maníacas e depressivas também são características do bipolar, enquanto no borderline a impulsividade fala mais alto, levando-o a mudar de humor em segundos, minutos ou horas.

As muitas características de ambos os transtornos podem levar a um diagnóstico equivocado, pois podem ser confundidos devido a grandes similaridades em seus sintomas. Indivíduos com personalidade borderline e transtorno bipolar do humor são acometidos de variações repentinas de humor, depressão, sofrimento profundo, preconceito da sociedade, falta de apoio das famílias em muitos casos, entre outros. A tentativa de suicídio é uma das principais similaridades entre esses transtornos, e se encontra como uma opção para o fim de todo esse sofrimento.

O presente artigo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, sem critérios definidos de artigos científicos e, além disso, foi utilizado como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V. Neste trabalho, buscamos, além de trazer a bibliografia de artigos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline com sintomatologia, diagnóstico e tratamento, principalmente criar uma linha de comparação do mesmo com o Transtorno Bipolar, oferecendo uma base de pesquisa importante para trabalhos futuros.

2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), transtorno de personalidade é:

[...] um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.

Para se entender um pouco sobre o que é o Transtorno de Personalidade Borderline, dá-se a seguir algumas características que são marcantes na doença. Sabendo-se que existem sim características específicas em pessoas com esse tipo de transtorno, será apresentada neste artigo uma revisão sobre as principais causas desse transtorno, o que envolve o diagnóstico e o tratamento, alguns possíveis resultados desse tratamento, o tempo de espera para que esses resultados sejam visíveis e as principais diferenças e similaridades entre o transtorno de personalidade borderline e a bipolaridade, que é o tema principal deste artigo.

Muitas causas foram apontadas com o passar dos anos como responsáveis pela origem do TPB. Essas causas estão relacionadas a fatores que se denominam biossociais, ou seja, fatores que dizem respeito a aspectos biológicos e sociais.

Esses aspectos biológicos podem ser reconhecidos através da história filogenética do indivíduo, que pode herdar, segundo alguns estudos, aspectos genéticos de seus pais e familiares, como no caso de pais agressivos, ansiosos, depressivos, com histórico de doenças mentais, etc. Já os fatores ambientais dizem respeito ao modo como esse

indivíduo aprende a se relacionar com o ambiente onde está inserido, e o ambiente familiar é o maior influenciador desde os primeiros anos de vida.

Segundo Jordão e Ramires (2010), muitos estudos têm discutido o papel de situações traumáticas com o indivíduo, e a maioria delas podem vir da família. Alguns exemplos citados pelas autoras são:

[...] abuso sexual e físico, história de prolongadas situações precoces e perdas parentais (como divórcio, doenças, viagens), exposição a atitudes parentais dominadoras, frias afetivamente e sádicas, marcadas por negligência emocional, superproteção e controle excessivo.” (JORDÃO; RAMIRES, 2010, p. 424-425).

Essas situações, segundo Carneiro (2004), levam a uma desregulação emocional e impulsividade, fazendo com que o indivíduo comece a ter comportamentos não funcionais, déficits e conflitos psicossociais. Essa desregulação frente a essas situações se dá ao fato de que pessoas que desenvolvem TPB são hipersensíveis, podendo perceber afeições nos outros, segundo estudos realizados nos E.U.A., até quatro vezes mais rápido. Por isso, ao perceberem afeições de desprezo, apatia, desinteresse, etc., sofrem mais do que o normal. Por outro lado, quando percebem afeições de carinho e afeto, tendem a interpretar de forma equivocada esses comportamentos e se apegar muito a outra pessoa, o que o leva a um ciclo de dependência, sofrimento e baixa autoestima.

Além disso, foi citado por Sousa (2003), que algumas pessoas com TPB ainda tiveram que conviver com o fato de que, em algumas famílias, os seus relatos eram totalmente invalidados. Como citado por Wasson e Linehan (1993 apud SOUSA, 2003, p. 126), “ao relatar as suas experiências, especialmente as negativas, foram ridicularizadas, ignoradas ou era-lhes dito que não estavam sentindo raiva, por exemplo, quando, de fato, estavam. ”

Diante dessa situação, Sousa (2003) considera que tais famílias são constituídas por pais que habitualmente exigiram que os pensamentos, sentimentos e emoções fossem controlados, o que invalidaria as situações que a criança vivenciou como difíceis e nas quais carecia de apoio. Levando então, ao fato de a pessoa ter convivido

com o transtorno desde a infância, neste caso, sem que houvesse relevância da situação diante da família.

Por fim, a criança além de conviver com tais características, ainda convivia com o fato de não ter seus pensamentos, sentimentos e emoções reconhecidas junto da família, tendo-as como falsos relatos, fazendo, portanto, com que viessem a crescer tendo seus sentimentos, emoções e pensamentos cada vez mais confusos.

Além dos aspectos biossociais, segundo Carneiro (2004), já foram realizados estudos na área de neuroimagem que comprovaram a existência de uma rede em mau funcionamento em várias regiões cerebrais que dizem respeito à sintomatologia do transtorno. Outros exames também já foram analisados e “Em estudos de PET (Tomografia por Emissão de Pósitrons), o córtex cingulado anterior, região mediadora do controle afetivo, bem como outras áreas do córtex pré-frontal, apresentaram um metabolismo basal alterado [...]” (CARNEIRO, 2004, p. 67)

Alguns resultados ainda citados foram em relação à “redução no volume da amígdala e do hipocampo nos pacientes com personalidade *borderline*.” (CARNEIRO, 2004). O autor afirma ainda que não se sabe se essas alterações neurobiológicas, como também nas amígdalas, verificadas em ressonância magnética, são antecedentes ao transtorno ou se são resultados dele.

Na década de 50, o transtorno *borderline* ainda não tinha características específicas delimitadas, fazendo com que essas características girassem entre aspectos neuróticos, distúrbios de personalidade e aspectos psicóticos (DALGALARRONDO, VILELA, 1999), fazendo, assim, que fosse muito confundido com outras doenças e, inclusive, com outros transtornos. Hoje em dia, ainda existe uma confusão devido à comorbilidade existente em seus sintomas, mas pode-se definir algumas características marcantes e, muitas vezes, exclusivas de pessoas portadoras do transtorno de personalidade *borderline*.

Segundo Dalgalarrondo e Vilela(1999), o transtorno *borderline* é mais frequente em adolescentes e jovens adultos, pois é nessa fase da vida que, segundo levantamento de Jordão e Ramires (2010), existem muitas “manifestações não específicas de falta

de tolerância à ansiedade, controle de impulsos e capacidade de sublimação, graves perturbações nas relações de objeto, e sintomas neuróticos múltiplos e crônicos” e ainda “uma falta de integração do superego com tendências antissociais, predomínio do processo primário e condensação de conflitos edípicos e pré-edípicos.”. Os adolescentes tem sido público alvo de estudos relacionados ao transtorno de personalidade borderline, pois se percebe na infância e na adolescência a existência de

[...] uma personalidade marcada por fragilidades nas vinculações afetivas, uso de defesas primitivas, dificuldades acentuadas no processo de individuação, difusão de identidade (falta de integração do conceito de self e de outros significativos) e nível de operações defensivas primitivas (centradas no mecanismo de clivagem e identificação projetiva) (JORDÃO, RAMIRES, 2010, 423.).

Essas pessoas possuem um comportamento muito imprevisível e, ao se relacionar com alguém, tomam para si características e comportamentos daquela outra pessoa que está próximo a ele. É o que se chama de personalidade fluida, alguém que não consegue ter pensamentos próprios, defender suas próprias ideias e se transforma de acordo com quem está ao seu lado.

As características mais marcantes do transtorno de personalidade Borderline estão relacionadas ao aspecto afetivo. Mudanças bruscas de humor fazem com que o indivíduo vivencie momentos de raiva e ira, que são direcionados a qualquer pessoa e/ou objetos (DALGALARRONDO; VILELA, 1999). Esses episódios causam muito sofrimento e dor, levando essa pessoa a uma possível depressão e quadros de ansiedade. Dalgalarrondo e Vilela (1999) destacaram também que a depressão vivida por pacientes com esse tipo de transtorno é resultado de um sentimento de rejeição muito forte, que faz com que o indivíduo se sinta solitário e queira se isolar cada vez mais.

Todos os sintomas apresentados fazem com que haja mudanças de uma forma geral no comportamento dessas pessoas, que tomam para si características autodestrutivas e impulsivas, podendo ocorrer tentativas de suicídio, na maioria das vezes com o objetivo de buscar atenção e afeto dos outros. A baixa autoestima e falta de confiança em si mesmo fazem com que ocorra uma perda significativa de

identidade, pois o indivíduo borderline torna-se fugitivo de seus próprios sentimentos de abandono, agindo em diversas situações de forma desesperada.

Os comportamentos alucinógenos também estão presentes em pessoas que possuem o transtorno de personalidade borderline. Elas, por muitas vezes, vivem fora da realidade, criando ideias delirantes e alucinações que não são claras e estáveis (DALGALARRONDO; VILELA, 1999). Poucos aspectos desse transtorno são estáveis, visto que os pensamentos e ideias de um borderline são confusos, difíceis de serem interpretados até mesmo pela própria pessoa, que vive em constante luta contra ela mesma.

Diagnosticar o transtorno de personalidade Borderline não é tão simples quanto alguns outros transtornos, devido a similaridades com outras doenças em suas características. Em pesquisas realizadas em literaturas nacionais e internacionais, sobre a adolescência e a personalidade borderline, Jordão e Ramires (2010, p.424) observaram que:

[...] três critérios estruturais, correspondentes à organização intrapsíquica, permitiriam o diagnóstico psicodinâmico da organização de personalidade borderline: a difusão da identidade, o predomínio de defesas baseadas na dissociação e a conservação da prova de realidade.

Pode-se ressaltar, para conhecimento de todos, que o diagnóstico é fechado por laudo de um médico psiquiatra que é acompanhado de um profissional de psicologia, para que receba tratamento adequado. O psicólogo deve fazer em seus atendimentos iniciais a entrevista e todo o restante dos procedimentos para verificar a situação daquele laudo e, se necessário, pedir que seja revisto.

Os diagnósticos, muitas vezes, são melhor realizados na adolescência, pelas características citadas anteriormente, existentes nessa faixa etária, sendo estendidas também para o início da vida adulta, onde os casos de personalidade borderline são mais comuns. Pode ocorrer também em outras faixas de idade, sendo predominantes as mesmas características. A observação das relações familiares também ganha destaque quando se fala em chegar a um diagnóstico para um possível quadro de

transtorno de personalidade borderline, devido à grande possibilidade das causas surgirem dessa relação.

Segundo alguns autores, citados por Jordão e Ramires (2010), os testes projetivos tem sido ferramentas utilizadas para um diagnóstico mais preciso, como o TAT (Teste de Apercepção Temática) e o Rorschach, levando a uma noção da dimensão da identidade e relações dos indivíduos borderline, que sendo mal sucedidas no início da vida, podem levar o indivíduo a se sentirem “sem valor, não dignos de amor” e “Assim, acabam tornando-se hipervigilantes em relação aos outros, tentando adaptar-se a eles, mas sem conseguir apreender seus próprios estados mentais.” (JORDÃO; RAMIRES, 2010, p. 425).

Quanto ao tratamento, para Carneiro (2004), os melhores resultados têm sido obtidos com programas de psicoterapia, podendo ser citado o relevante papel da terapia cognitivo comportamental - a terapia dialética comportamental. Ainda segundo afirmação de Carneiro (2004), os pacientes que aderem a esse tipo de tratamento chegam em diferentes níveis de gravidade e para cada nível é identificado um alvo inicial de tratamento. Em pacientes com descontrole comportamental severos, a prioridade é melhorar a regulação do comportamento, isto é, colocar o paciente funcional e produtivo. Já para os suicidas, naturalmente, o primeiro passo é reduzir o impulso suicida. Quando já se conseguiu o controle do comportamento, a disforia e as dificuldades de lidar com as experiências emocionais tornam-se o foco da terapia.

Enquanto isso, as terapias farmacológicas e hospitalares possuem resultados reservados sobre a diminuição do risco de suicídio. A farmacoterapia, entretanto, pode ser eficaz na diminuição do comportamento compulsivo, sendo útil para as intervenções psicossociais, possibilitando a chance de interromper a medicação quando os pacientes apresentam melhora do quadro (CARNEIRO, 2004).

3 TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

O transtorno bipolar do humor é uma adesão crônica e passou a existir e ser dessa maneira nomeado a partir do DSM-IV, uma vez que não existia até o DMS-III. “O transtorno bipolar é um transtorno crônico e complexo caracterizado por episódios de

depressão, mania ou hipomania de forma isolada ou mista com grande morbidade e mortalidade.” (SOUZA, 2005, p. 1). Os indivíduos acometidos pelo transtorno eram diagnosticados com Psicose Maníaco-Depressiva, nomenclatura existente desde o século XX nos trabalhos do psiquiatra alemão Kraepelin e que já diz bastante a respeito da sintomatologia da doença. Dito isso, é importante salientar que o mesmo envolve a psicose, além dos casos de mania e depressão, que são característicos e ajudam na sua identificação. Além disso, deve-se lembrar de que no DSM-V existem dois tipos de Transtorno Bipolar, o I, que leva em consideração um episódio anterior de mania para o seu diagnóstico, e o II, que é caracterizado pela ausência de mania ou hipomania.

O Transtorno Bipolar é extremamente comum, apesar de ser confundido com a depressão, atinge 8 a cada 100 pessoas e ao contrário do que a maioria das pessoas imagina esse transtorno ocorre igualmente entre homens e mulheres. É caracterizado por oscilações do humor, é a alteração entre períodos de bom humor e de irritação acarretando no indivíduo momentos de alegria e tristeza, levando aos episódios de mania e depressão. É caracterizado, também, por fatores biopsicossociais (biológicos, psicológicos e sociais) e por uma importante característica genética, ou seja, se existe algum quadro do transtorno na família ele pode vir a ocorrer em outro membro. Sendo assim, esses fatores podem determinar como o indivíduo reage aos estressores psicológicos e sociais, afetando sua vida como um todo ou mantendo a normalidade ou desencadeando a doença.

O transtorno pode ser identificado em crianças baseando-se no seu comportamento, mas é na adolescência que o diagnóstico fica mais fácil, pois nessa fase os jovens estão sob maior estresse, mais inseguros e indefinidos. Na infância os médicos pediatras não estão totalmente preparados para diagnosticarem e encaminharem as crianças para o serviço adequado. Sendo assim, quando a criança apresenta comportamento “inadequado” é de responsabilidade dos pais, escola ou amigos e quando ocorre à tendência é reprimi-la ou educá-la à força. É importante observar que o transtorno de humor bipolar pode aparecer pela primeira vez em qualquer idade, sendo ela criança, adolescente, adulto ou idoso.

Como já citado, o Transtorno Bipolar pode ser dividido em tipo I e tipo II, segundo o DSM V o tipo I inclui um episódio de mania, enquanto que o tipo II há a ausência da mania. Sendo assim o tipo II com crises mais leves minimizando os danos e os prejuízos na vida do paciente. Vale ressaltar que as crises podem variar de intensidade, frequência e duração independentemente do tipo de transtorno. O tipo I é caracterizado por possuir períodos de manias e depressão, ou seja, o episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores como explica o DSM V, que atingem mais severamente a vida dos pacientes provocando mudanças no comportamento e comprometendo as relações familiares, profissionais, afetivas e sociais. Como podemos perceber essas flutuações de humor tem reflexos negativos na vida do paciente e se não forem diagnosticados e tratados corretamente podem levar o paciente ao suicídio. De acordo com o DSM V o período de mania ou **Episódio Maníaco** é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana (sete dias) e presente na maior parte do dia. Sendo que o período Depressivo pode levar de duas semanas a meses e nesse período o risco de suicídio é grande.

Assim como sabemos da dificuldade para diagnosticar o Transtorno Bipolar, as suas causas também não são totalmente conhecidas, ou seja, ainda não há uma causa exata para as alterações de humor provocadas pelo transtorno. Para que ocorra o diagnóstico correto o tempo estimado é de um ano, o que acaba acarretando nos diagnósticos errôneos. Frente às dificuldades para as causas e conseqüentemente diagnóstico do transtorno, fatores biológicos, psicológicos, sociais e genéticos unem-se para que então haja o desencadeamento do transtorno. Por exemplo, se o paciente sofreu algum tipo de abuso, ou se passou por algum momento de muito estresse esses fatores traumáticos cooperam para o surgimento do transtorno. Sendo assim as causas se dão pelos fatores biopsicossociais e também pela genética.

O diagnóstico da doença dá-se de maneira complexa, visto que o estado maníaco é a condição que define o transtorno, porém o estado depressivo é mais frequente e mais recorrente na vida do paciente, causando a maior parte de suas incapacitações e sofrimento (GOODWIN; JAMISON, 2007 apud LAFER; NERY, 2011). Por isso, um

dos maiores desafios clínicos atuais é a diferenciação de um paciente em um episódio depressivo típico do Transtorno Bipolar do Humor e um episódio depressivo do Transtorno Depressivo Maior. É importante ressaltar que é necessário pelo menos um episódio maníaco anterior para se diagnosticar o Transtorno Bipolar tipo I, e que o episódio hipomaníaco não é suficientemente grave ao ponto de prejudicar o funcionamento social ou profissional do indivíduo (DSM-V). Caso existam características de cunho psicótico, o episódio é maníaco.

Como o diagnóstico é dado muitas vezes erroneamente, algumas características clínicas do paciente foram propostas para que fosse facilitado como, por exemplo, a idade de início precoce do primeiro episódio, além de uma taxa alta de episódios depressivos, histórico que indique transtorno bipolar na família, abuso de drogas, alguns sintomas atípicos e sintomas psicóticos (PERLIS et al., 2006; GHAEMI et al., 2008 apud LAFER; NERY, 2011). Como supracitado acima, os sintomas facilitam o diagnóstico, por isso, são um indicativo de que há necessidade de uma averiguação minuciosa do histórico e da condição do paciente, além da necessidade de investigar episódios maníacos ou hipomaníacos.

O transtorno bipolar do humor não tem cura, portanto, os pacientes acometidos pelo mesmo contam com a farmacoterapia como forma de tratamento e com intervenções psicossociais e psicoterapia para diminuir a recorrência dos sintomas e colaborar com a qualidade de vida do indivíduo. Tais intervenções consistem, como já citado, em melhorar a qualidade de vida do acometido, contando com as intervenções terapêuticas e o apoio, que visam recuperar o convívio social. Por estar associado a altos índices de mortalidade e prejuízos socioeconômicos, o acompanhamento em longo prazo faz-se fundamental. (SUPPES; DENNEHY, 2009 apud PEREIRA et al., 2010).

4 DIFERENÇAS E SIMILARIDADES ENTRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E O TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR

Apesar das grandes similaridades existentes entre os dois transtornos, muitas pessoas com personalidade borderline já receberam diagnóstico de transtorno bipolar do humor e vice-versa. Mais de 60% dos doentes bipolares apresentam comorbidade

com outros diagnósticos como o abuso de substâncias, perturbações da ansiedade e, inclusive, perturbações borderline da personalidade (FERREIRA et al., 2004).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) diz que: “Os transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade *borderline*, podem ter sobreposição sintomática substancial com transtornos bipolares, uma vez que labilidade do humor e impulsividade são comuns nas duas condições. ” Portanto, é importante lembrar que existe um grande desafio em se diferencia-los, pois são, na maioria das vezes, muito parecidos em suas características.

O tempo de variação do humor é uma diferença importante a ser destacada. O *borderline* tem uma variação de humor dentro de um tempo curto, o que significa que seu humor pode ser alterado em segundos, minutos ou, no máximo, em horas. Percebe-se aqui uma grande impulsividade, característica marcante nesse transtorno. Quanto ao bipolar, este possui uma variação de humor em tempo maior, podendo ser alterado em no mínimo quatro dias, semanas ou até meses, seguindo ciclos de mania e depressão (O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014), levando o indivíduo a um sofrimento extremo. Nesse aspecto, percebe-se que o tempo de normalidade entre eles, automaticamente, também é alterado. Uma pessoa que possui personalidade emocionalmente instável, desta forma, passará menos tempo em seu estado de normalidade, pois seu humor é afeto de forma muito rápida e intensa. No caso do indivíduo bipolar, esse tempo de normalidade se estende, visto que o tempo em que seu humor está alterado também é maior.

É fato que a depressão está presente em ambos os transtornos, mas ela acontece de formas diferentes em cada um. No bipolar, por exemplo, “[...] Quando o indivíduo se apresenta em um episódio de depressão maior, deve-se atentar para episódios anteriores de mania ou hipomania[...]” (O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, American Psychiatric Association, 2014), ou seja, os episódios de depressão estão sempre acompanhados de episódios maníacos ou hipomaníacos. Já nas pessoas com personalidade *borderline*, a depressão é intermitente; isso significa que ocorrem interrupções, os sintomas vão e voltam, e não de modo contínuo, em fases, como na bipolaridade.

Assim como em *transtornos dissociativos*, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014), fatores internos e externos podem afetar a intensidade dos sintomas, que podem variar para cada indivíduo. Os fatores internos, nesse caso, influenciam mais os sintomas das pessoas diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline, tendo um humor muito variante, enquanto os fatores externos mexem muito com o humor das pessoas com bipolaridade, que sofrem com o que está ao seu redor.

A identidade é uma das características mais marcantes nesses transtornos e pode ser considerada uma forte diferença entre eles. Pessoas com transtorno bipolar possuem uma identidade bem definida, por isso mesmo diante de todo sofrimento e confusão, conseguem defender o que querem e insistir (mesmo que de forma maníaca) até conseguir aquilo. Por outro lado, o indivíduo com transtorno borderline possui uma identidade menos definida, tendo grandes problemas também “[...] no autodirecionamento, no funcionamento interpessoal e na impulsividade[...]” (O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2014).

As diferenças entre os transtornos, apesar de na maioria das vezes serem de difícil percepção, tornam-se claras após o estudo minucioso de ambos. Porém, ao falar das similaridades existentes entre o Transtorno Bipolar do Humor e o Transtorno de Personalidade Borderline, entende-se o motivo da dificuldade de diagnóstico existente.

Quando falamos desses transtornos estamos falando de transtornos que provocam oscilações de humor causando instabilidade na vida do indivíduo. No decorrer do artigo foram descritas as características de cada transtorno e apesar de serem bastante parecidos também foram descritas algumas de suas diferenças. Esse tópico tem como objetivo explicitar de fato quais as similaridades entre os dois.

Se falamos que eles causam oscilações de humor o que acarreta a instabilidade na vida de cada afetado é fato que esses indivíduos vão ter dificuldades em se relacionar socialmente, tanto um transtorno quanto o outro trazem reflexos negativos ao indivíduo causando impacto significativo na sua qualidade vida, além de grande carga para família e sociedade em geral. No caso de um paciente Borderline essa

dificuldade é ainda maior pois os momentos de instabilidade são maiores e a variação do humor ocorre rapidamente levando o paciente a momentos de raiva e ira, o que conseqüentemente traz grandes sofrimentos ao indivíduo. No caso do paciente Bipolar a variação de uma fase para a outra (mania-depressão) pode levar dias, semanas ou meses, o que não diminui o sofrimento do paciente pois a fase depressiva é contínua. O DSM IV tornou oficial o conceito de transtorno bipolar II, incluindo na classificação americana os quadros de hipomania associados a episódios depressivos maiores (um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhados pelo menos por um episódio hipomaniaco). Como supracitado, os dois transtornos afetam diretamente a vida social e profissional do acometido, uma vez que geram dificuldades em lidar com situações cotidianas e de relacionarem-se socialmente.

Sabendo-se que o DSM-V classifica o TBH como tipo I e tipo II, deve-se levar em consideração que os maiores prejuízos estão presentes no indivíduo que se enquadra na bipolaridade tipo I, uma vez que possui episódios maníacos. Os episódios maníacos possuem cunho psicótico e atingem de maneira severa a vida do paciente, comprometendo diretamente suas relações devido às mudanças geradas no comportamento. O mesmo ocorre no sofredor do transtorno limítrofe, visto que sofrem mudanças repentinas de humor, fazendo com que o indivíduo vivencie momentos de raiva e ira, que são direcionados a qualquer pessoa e/ou objetos (DALGALARRONDO, VILELA, 1999).

Devido às mudanças bruscas de humor, manter intacta a vida social e profissional torna-se uma tarefa árdua aos acometidos por ambos os transtornos, levando em consideração que as pessoas ao seu redor não conhecem as doenças e rotulam os indivíduos de maneira errônea, causando ainda mais sofrimento pessoal. Tal sofrimento pode ser cada vez mais agravado caso o indivíduo não tenha o apoio familiar necessário. Além disso, “as características clínicas do TBH conduzem muitas vezes os familiares a direcionarem, inicialmente, a outras causas como estresse e problemas espirituais” (SOARES, 2005). Devido a tais pensamentos, os entes queridos podem não compreender as doenças em sua complexidade, assim, não as aceitando e lidando com a sintomatologia da maneira adequada e necessária. Devido a isso, “quando um familiar apresenta sintomas de TBH, a família experimenta vários sentimentos em relação ao doente e à doença. Surgem, em geral, conflitos familiares,

problemas financeiros, isolamento e falta de suporte” (SOUZA, 2008). Os conflitos gerados com a família dificultam o tratamento contínuo, necessário para a promoção da qualidade de vida do sujeito, visto que tanto o TBH quanto o TPB são adesões crônicas, por isso

não se pode separar a doença do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 2).

Os transtornos fazem com que o indivíduo procure meios para evitar o abandono, seus pensamentos paranoicos e intensos de idealização e desvalorização acabam criando a desordem emocional. Por exemplo, Segundo Linehan (2010) apud Sadi (2011), os indivíduos borderline geralmente sofrem de uma desregulação emocional possuindo uma sensibilidade, em que as respostas emocionais são bastante reativas e o indivíduo geralmente tem dificuldade com episódios de depressão, ansiedade e irritabilidade, bem como problemas com a raiva e sua expressão.

Toda a vida desses pacientes é marcada pela desordem emocional em que eles vivem. Com isso podemos destacar o grande risco de suicídio presente nos dois transtornos, aproximadamente 25% dos pacientes bipolares, por exemplo, tentam suicídio, na fase depressiva esse risco é ainda maior. E no paciente Borderline, Dalgalarondo e Vilela (1999) destacaram também que a depressão vivida por pacientes com esse tipo de transtorno é resultado de um sentimento de rejeição muito forte, que faz com que o indivíduo se sinta solitário e queira se isolar cada vez mais, o que pode levar ao suicídio, pois nesse momento os pacientes encontram-se com baixa autoestima, falta de confiança e sentimento de abandono.

O tratamento de ambos os transtornos tem em comum a necessidade do uso de medicação que trazem respostas mais rápidas de acordo com o nível de gravidade em que cada paciente se encontra, identificando o que precisa ser tratado de início, trazendo, por exemplo, estabilidade nas reações emocionais que variam muito, de acordo com cada transtorno, fazendo com que reduza a impulsividade existente, diminuindo os momentos de instabilidade capazes de produzir momentos de raiva ou tristeza profunda que trazem dor aos acometidos e estabelece uma maior facilidade,

antes não mais existente, quanto à habilidade de raciocínio lógico. Além disso, o uso de medicação também traz resultados importantes quanto à diminuição do risco de suicídio que se encontra presente em ambos os transtornos. Contudo, o objetivo inicial do uso da medicação é fazer com que o paciente volte a ser funcional, tornando-se novamente uma pessoa produtiva, lidando, portanto com os sintomas que são mais severos e disfuncionais para cada pessoa, para que depois possa trabalhar com os outros sintomas específicos de cada transtorno, como, por exemplo, o pensamento desordenado das pessoas com transtorno bipolar e, as respostas emocionais exageradas dos borderline.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estereótipo criado para intitular as pessoas acometidas pelos Transtorno de Personalidade Borderline e Transtorno Bipolar do humor vem acompanhado de termos como irresponsabilidade, egoísmo e desequilíbrio, e isso ocorre devido ao incômodo gerado pelo comportamento dos indivíduos acometidos por esses transtornos. O paciente em tratamento requer o amparo dos familiares durante o processo, uma vez que tem problemas ao relacionar-se socialmente, sintoma que pode levar a automutilação e ao suicídio. Para que o tratamento seja efetivo

Tanto a atitude pessoal de aderir à terapia, quanto a educação da família são essenciais, na medida que o único tratamento efetivo é o de equipe, contando com a colaboração de médicos, psicólogos, a família e o paciente (CARNEIRO, 2004, p 67).

A família tem papel fundamental na melhora da qualidade de vida dessas pessoas que sofrem quando são diagnosticadas com esses transtornos. Os indivíduos com borderline ou com bipolaridade, na maioria dos casos, não conseguem perceber sua própria patologia, por isso a família deve estar atenta e auxiliá-los na procura por um tratamento quando surgem os primeiros sintomas.

O Transtorno Bipolar do Humor é conhecido, através do senso comum, por suas alterações de humor supracitadas, o que dificulta aos indivíduos distinguirem que não são mudanças comuns de humor, retardando, assim, o tempo de procura a um profissional. O Transtorno de Personalidade borderline, por sua vez, é pouco conhecido na sociedade, sendo confundido também com vários outros transtornos.

Por isso, pode-se perceber a grande necessidade da maior divulgação desses transtornos, seja em quaisquer redes de comunicação.

O aprimoramento e a compreensão dos profissionais da área da saúde também são fundamentais durante todo o processo de acompanhamento dos pacientes. São necessários estudos cada vez mais aprimorados, com o intuito de abrangerem possibilidades de tratamento e informações adicionais sobre o TPB, a fim de esclarecer não somente os profissionais, mas também a população de maneira geral (CARNEIRO, 2004).

Conclui-se que o presente trabalho alcançou o objetivo de diferenciar e apresentar os principais aspectos dos transtornos de personalidade borderline e bipolar do humor, fazendo com que este seja uma grande fonte de pesquisas futuramente, suprimindo a falta de material atualizado sobre o tema e esclarecendo cada característica desses transtornos que são muito confundidos, inclusive com outros transtornos.

5 REFERÊNCIAS

CARNEIRO, Lígia Lorandi Ferreira. Borderline: no limite entre a loucura e a razão. **Ciências e Cognição**, v.3, p. 66-68, 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000300007>. Acesso em 28 Mar. 2016.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume02/n2/trans_torno_borderline_historia_e_atualidade.pdf>. Acesso em 14 mar. 2016.

DSM-V-TR™ - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. trad. Maria Inês Corrêa Nascimento... et al. 5.ed. rev. Porto Alegre: Artmed,2014.

FERREIRA, Berta et al. Doença Bipolar e Perturbação Borderline da Personalidade - Comorbilidade ou Continuum. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca**, online, v. 1, n. 1, p. 53-61, 2004. Disponível em <<http://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/6086/4784>>. Acesso em 27 Mar. 2016

JORDÃO, Aline Bedin; RAMIRES, Vera Regina Röhne. Adolescência e organização de personalidade borderline: caracterização dos vínculos afetivos. **Paidéia**, [online]. v.20, n.47, p. 421-430, set./dez. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n47/a14v20n47.pdf>>. acesso em 23 Mar. 2016.

- LAFER, Beny; NERY, Fabiano G.. Tratamento da depressão bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, p. 14-19, set./out. 2011. Disponível em <http://www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf>. Acesso em 23 mar. 2016.
- MACHADO, Norma Maria Malta. **Transtorno de Personalidade Borderline: relação com o espectro bipolar do humor**. 2008. 213 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília. Disponível em <http://www.btdtd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=826>. Acesso em 27 Mar. 2016.
- MATIOLI, Matheus Rozário; ROVANI, Érica Aparecida e NOCE, Mariana Araújo. O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 5, n. 1, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009>. Acesso em 30 mar. 2016.
- NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Rev. Bras. Ter. Comportar. Cogn.** [online]. V. 17, n. 4, p. 680-688, out./dez. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em 28 de Mar. 2016.
- PEREIRA, L.L. et al. Transtorno bipolar: reflexões sobre diagnóstico e tratamento. **Perspectiva**, Erechim, v. 34, n. 128, p. 151-166, dez. 2010. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/128_144.pdf>. Acesso em 29 de Mar. 2016.
- SADI, Hérika de Mesquista. **Análise dos comportamentos de terapeuta e cliente em um caso de Transtorno de Personalidade Borderline**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-04112011-115705/.../sadi_do.pdf>. Acesso em 28 de Mar. 2016.
- SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Transtorno de personalidade limítrofe solução Uma Perspectiva analítico-funcional. **Rev. Bras. Ter. Comportar. Cogn.** [online]. 2003, v.5, n.2, pp. 121-137. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200004>. Acesso em 09 de Abr. 2016.