

LETICIA LOPES

# Border, e agora?

— DO DIAGNÓSTICO AO DIA A DIA —



Border, e agora?  
*Do diagnóstico ao dia a dia.*

Letícia Lopes

1ª EDIÇÃO

*Revisão de texto:* Rogério Figueiredo

Dados de catalogação da publicação

Lopes, Leticia

Border, e agora? : do diagnóstico ao dia a dia  
/ Leticia Lopes. - 1. ed. - São Paulo, SP - 2021.

ISBN 978-65-00-33693-1

1. Distúrbios da personalidade borderline - Diagnóstico 2. Distúrbios da  
personalidade borderline - Tratamento I. Título.

“Border, e agora? Do diagnóstico ao dia a dia” © 2021

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou por qualquer meio,  
sem a autorização expressa da autora (Lei 9.610/98).

# Sumário

## Introdução

### **Capítulo 1. Borderline e seus sintomas**

- [1.1 O transtorno, a personalidade e o borderline.](#)
- [1.2 Os sintomas](#)
- [1.3 Diagnóstico](#)
- [1.4 Prognóstico](#)
- [1.5 Técnica um: \*grounding\*](#)

### **Capítulo 2. Tratamento**

- [2.1 Os medicamentos mais utilizados no tratamento do borderline](#)
- [2.2 A psicoterapia: crucial para o borderline](#)
- [2.3 Qual linha teórica da psicologia devo escolher?](#)
- [2.4 Terapia comportamental dialética \(DBT\)](#)
- [2.5 Equipe multidisciplinar](#)
- [2.6 Terapia em grupo](#)
- [2.7 Terapia familiar](#)
- [2.8 Grupos de ajuda mútua](#)
- [2.9 Técnica dois: \*dear man\*](#)

### **Capítulo 3. Comorbidades**

- [3.1 Parece mas não é: diagnósticos que podem gerar confusão](#)
- [3.2 Comorbidades mais comuns](#)
- [3.3 Técnica três: respiração diafragmática](#)

### **Capítulo 4. De onde veio?**

- [4.1 Correlação e causalidade](#)
- [4.2 Ambiente invalidante](#)
- [4.3 O cérebro borderline](#)
- [4.4 Técnica quatro: quatro reflexões para lidar com a raiva](#)

### **Capítulo 5. Fases da vida**

- [5.1 Infância](#)
- [5.2 Adolescência](#)
- [5.3 Idade adulta](#)
- [5.4 Técnica cinco: \*continuum\* cognitivo](#)

### **Capítulo 6. O border e o outro**

- [6.1 Família](#)
- [6.2 Relacionamentos amorosos](#)
- [6.3 Amizades](#)
- [6.4 Rede de apoio](#)
- [6.5 Pessoa favorita](#)
- [6.6 Solidão](#)
- [6.7 Técnica seis: redução de danos para automutilação](#)

## **Capítulo 7. Border, e agora? Como continuar**

[7.1 Estudos](#)

[7.2 Trabalho](#)

[7.3 Filhos](#)

[7.4 Ajudar o outro](#)

[7.5 Autoestima](#)

[7.6 Agradar o outro](#)

[7.7 Vazio](#)

[7.8 Compulsões](#)

[7.9 Manipulação](#)

[7.10 Remédios psiquiátricos](#)

[7.11 Terapia](#)

[7.12 Falando sobre o transtorno](#)

[7.13 Hábitos e rotina](#)

[7.14 Técnica sete: cartões de enfrentamento](#)

## **Agradecimentos**

## **Referências bibliográficas**

# Introdução

Oi! Você provavelmente chegou até esse livro porque recebeu o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. E, talvez, porque você tenha se assustado com esse nome e queira saber mais sobre isso. Ou talvez você reconheça em seus comportamentos alguns sintomas do transtorno e não tenha certeza para onde correr. A boa notícia? Após a leitura, você vai se sentir bem melhor (ou ao menos um pouquinho) e conhecer os detalhes do caminho a percorrer. Vamos juntos desmistificar o borderline, entendendo seus sintomas um a um, o tratamento possível, de onde ele veio e para onde ele vai. Você pode ler o livro todo de uma vez ou usá-lo como material de consulta, sempre que precisar retornar a algum tema.

Cada capítulo termina com uma técnica, somando sete técnicas no total. São práticas adaptadas da terapia cognitivo comportamental para lidar com algum sintoma, sentimento ou emoção. Não deixe de me contar o que achou! Criei a página “Border, e agora?” para ensinar e aprender sobre borderline com as pessoas que têm esse mesmo diagnóstico; sempre há algo novo para compartilhar.

Como vamos passar um tempo juntos, nada mais justo do que me apresentar. Meu nome é Leticia, tenho trinta e dois anos e fui diagnosticada com transtorno de personalidade borderline aos vinte e poucos. As coisas fizeram muito mais sentido depois de achar um “nome” para o meu jeito de ser. Os altos e baixos foram, claro, incontáveis, mas venho tentando lidar com isso da melhor maneira possível todos os dias desde então. Hoje, produzo

conteúdo na internet, escrevo e estudo bastante. Sou economista formada mas não atuo mais na área; minha paixão é psicologia e me formo psicóloga em um ano! Acho que nem preciso dizer em qual transtorno pretendo me especializar, né?

Escrever esse livro, cuja ideia começou a partir da minha história e se desenvolveu por conta da área de estudo que escolhi, foi uma das experiências mais legais que já vivi. Dizem que todo mundo deveria escrever um livro e plantar uma árvore antes de morrer... Bem, o livro eu escrevi. E não quero nem pensar em morrer! Às vezes sinto que já morri e revivi inúmeras vezes (talvez você entenda o que eu quero dizer), então só falta plantar a tal da árvore. Me alegra muito dizer que encaro com uma ansiedade boa a perspectiva de continuar viva por um bom tempo para realizar isso e um monte de outras coisas que aprendi ser capaz, apesar de tudo — ou, talvez, por causa de tudo. Espero de verdade, através deste livro, despertar em você mais alguns motivos para viver e realizar aquilo que faça seu coração feliz.

**AVISO DE CONTEÚDO:** FALAR SOBRE O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE PERPASSA POR TEMAS POTENCIALMENTE SENSÍVEIS (AUTOMUTILAÇÃO, SUICÍDIO, ABUSO, VIOLÊNCIA E USO DE SUBSTÂNCIAS). SE ESTIVER PRECISANDO DE AJUDA, BUSQUE O CENTRO DE VALORIZAÇÃO À VIDA (CVV), NO TELEFONE 188 OU NO SITE [WWW.CVV.ORG.BR](http://WWW.CVV.ORG.BR)



# **Capítulo 1. Borderline e seus sintomas**

## **1.1 O transtorno, a personalidade e o borderline.**

O primeiro passo para essa leitura fluir bem é entender direitinho do que se trata o diagnóstico de “border” (sim, temos até um apelido carinhoso para o borderline). Para começar, é importante entender o conceito de transtorno — e, em especial, o de transtorno mental. Um transtorno é qualquer situação que causa incômodo ou aborrecimento, grosso modo, uma perturbação. Transtorno mental, portanto, é um conceito que engloba as perturbações — relacionadas às emoções, comportamentos e cognições — responsáveis por sofrimentos ou prejuízos significativos.

A terminologia é importante porque, diferente das doenças, os transtornos não têm uma causa única e delimitada. Hoje, sabe-se que todo transtorno mental tem causa multifatorial, assim, não se fala de uma relação de causa e efeito entre acontecimentos traumáticos e transtornos mentais. O que explica um transtorno mental são diversos fatores psicológicos, biológicos e sociais, todos misturados, como numa receita de bolo. Da mesma forma que com apenas farinha não se faz um bolo, apenas uma situação determinada (por exemplo, um acidente de carro muito traumático) não explica o surgimento de um transtorno mental. Já começamos derrubando um mito logo no primeiro capítulo: borderline não é uma doença, é um transtorno mental. Como todo transtorno mental, não haverá uma causa determinada e nem uma cura — ao invés de cura, falamos em tratamento e remissão de sintomas.

O próximo elemento da equação é a personalidade. Usa-se o termo de diversas formas, “fulano tem personalidade forte”, “fulana sabe sempre o que quer, é cheia de personalidade”, e essas frases

dão dicas importantes do conceito de personalidade dentro da psicologia. Personalidade diz respeito ao ser e estar, a como você atua no mundo. Ela é construída ao longo da vida, desde a infância até a idade adulta (onde, teoricamente, se “estabiliza”) e é composta por diversos traços. Traços de personalidade representam padrões de pensamento, percepção, reação, etc. e, uma vez que se formam, permanecem relativamente estáveis ao longo do tempo. Eles não são bons ou ruins por si só, embora alguns tornem a vida mais fácil e, outros, menos. Um traço que torna a vida mais fácil é chamado de adaptativo (por exemplo, a extroversão para alguém que trabalha atendendo clientes o dia todo) enquanto um traço que dificulta as coisas é chamado de desadaptativo (imagine, por exemplo, ser super extrovertido e trabalhar como bibliotecário). Os dois exemplos usando o mesmo traço é de propósito: ser extrovertido, por si só, não quer dizer muita coisa, vai depender do contexto. De qualquer forma, é importante entender o que são os traços de personalidade para completar a equação do nosso diagnóstico.

Entendendo o conceito de transtorno e de personalidade, já podemos avançar mais um pouco: um transtorno de personalidade existe quando a pessoa possui diversos traços desadaptativos ao mesmo tempo, bastante pronunciados e rígidos a ponto de prejudicar o funcionamento interpessoal, o trabalho e a vida num geral. Para avaliar o que é desadaptativo também é levado em consideração o comportamento “normal” de uma população dentro de uma cultura determinada.

Existem vários transtornos de personalidade, mas o que nos interessa aqui é o borderline. A palavra (em inglês) significa limítrofe, ou seja, o que vive no limite, e daí já dá para começar a

entender a pessoa que recebe esse diagnóstico: alguém instável e “no limite” devido a traços desadaptativos de personalidade, cujo sofrimento (significativo e persistente) constitui um transtorno. O termo borderline foi cunhado pela psicanálise, e se referia a uma pessoa que não estava nem lá nem cá; estava no limite entre o “normal” e o “neurótico”, exibindo uma estrutura de organização de personalidade num nível intermediário de funcionamento e gravidade.

Vou deixar de lado a história do termo e focar no entendimento que a ciência tem hoje (conforme o Manual Estatístico de Diagnóstico em Transtornos Mentais, edição 5, a mais atualizada na data de lançamento desse livro), evitando assim as confusões comuns que ficam após a leitura de materiais desatualizados. Agora que dissecamos o “nome completo” do borderline e estabelecemos o material que vai nortear os próximos capítulos, vamos avaliar os sintomas, um a um.

## 1.2 Os sintomas

Todo diagnóstico em transtorno mental é feito a partir de uma série de sintomas ou critérios diagnósticos. O transtorno de personalidade borderline (doravante TPB) tem um total de nove sintomas possíveis. Para o diagnóstico, você não precisa ter todos, mas precisa ter cinco ou mais. E não basta ler e se identificar, ok? Se tiver em dúvida, busque um psicólogo ou um psiquiatra.

*1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.*

O abandono, nesse contexto, envolve a percepção de uma separação ou rejeição iminente, normalmente das pessoas mais próximas (familiares, amigos, cônjuges), mas também inclui a percepção aumentada de uma separação de curto prazo como algo bastante negativo. Uma ligeira alteração nos planos, como por exemplo o adiamento de um passeio por alguns dias, pode despertar uma sensação de abandono muito forte, levando a comportamentos extremos e impulsivos para evitá-lo. O entendimento dessa reação perpassa pelo desconforto da pessoa com TPB em ficar sozinha, sem ninguém ao redor. Pode também ser reflexo da instabilidade do *self* e dos sentimentos de vazio, como se a companhia do outro preenchesse um “buraco” interno. Isso será explorado mais profundamente nos próximos sintomas. Um adendo importante é que o sintoma de número 1, ao referir-se a

esforços desesperados, não considera o comportamento suicida ou a automutilação, pois isso por si só constituirá outro sintoma.

*2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.*

Os relacionamentos interpessoais também oscilam entre os extremos: num dia te amo, no outro te odeio. Pessoas com TPB relatam paixões imediatas e avassaladoras, idealizando o parceiro desde o primeiro encontro. Há uma necessidade de estar perto por longos períodos, compartilhando detalhes íntimos e confidências já no início do relacionamento, porém, isso pode ser invertido rapidamente para um extremo de desvalorização. Atribui-se essa mudança à percepção de que o outro não está presente o suficiente ou não é capaz de retribuir toda essa intensidade. Pode-se dizer que, ao perceber que o outro não está tão envolvido, ao invés de adequar-se, a pessoa com TPB “vira a chave”; o outro é cruel, o abandonou, não o merece. As mudanças dentro de um relacionamento, não apenas no seu início, podem ser repentinas e dramáticas, causadas por um comentário mal interpretado, um sorriso amarelo, enfim, pequenas coisas, grandes aos olhos do borderline.

*3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.*

Esse sintoma inclui mudanças súbitas em opiniões, planos, metas, valores, carreira, tipos de amigos, identidade sexual, etc. Muitas vezes, o indivíduo não consegue alcançar uma constância a respeito de quem é, o que gosta e o que deseja. Muitas pessoas com borderline se sentem más e incapazes, porém podem alternar esse papel buscando justiça para todos os maus tratos passados. Também há relatos de uma sensação de “não existir”, em geral associada a momentos onde não há uma relação interpessoal significativa. Típico camaleão, o borderline pode se camuflar em seu ambiente a depender das companhias naquele momento.

*4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas.*

A impulsividade, presente em ao menos duas áreas, pode incluir, por exemplo gastos em dinheiro, jogos e apostas, sexo (normalmente desprotegido), abuso de substâncias, direção irresponsável, exagero ou compulsão alimentar, etc.

*5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.*

Tentativas de suicídio são comuns para a população com TPB; estima-se uma taxa de suicídio de 9%. O comportamento automutilante está presente em aproximadamente 70% dos casos. Esse comportamento inclui cortes, queimaduras, machucados propositais, entre outros. Não há consenso de quando uma automutilação vira um comportamento suicida, mas os dois são

comumente relacionados. Em geral, a busca por ajuda acontece quando há ideação suicida recorrente, acompanhada ou não por comportamentos automutilantes. Ameaças suicidas, a ideação do ato e a automutilação podem surgir frente a um abandono (real ou imaginado) e também são relacionadas a um sentimento de alívio, à experiências dissociativas, à frustração ou a um movimento de autopunição.

#### *6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor.*

A instabilidade pode se apresentar na forma de disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa, raiva, desespero, entre outros. A duração dessas emoções é de geralmente poucas horas (raramente podendo durar alguns dias) e elas podem ser interrompidas por momentos de bem estar e satisfação, embora esses sejam menos comuns. O humor instável repercute diretamente nas relações afetivas e podem refletir a reatividade perante qualquer estresse interpessoal.

#### *7. Sentimentos crônicos de vazio.*

O tal do “vazio”, tão relatado pela pessoa com TPB, é relacionado a uma sensação constante de incompletude. A instabilidade da identidade (sintoma 3) também implica na percepção de esvaziamento: não sei quem sou, portanto devo ser vazio. A sensação é mais presente em momentos de solidão, o que talvez ajude a compreender porque o paciente borderline precisa

tanto estar na companhia de outras pessoas o tempo todo. Comportamentos compulsivos também podem representar uma tentativa de preencher esse vazio.

#### *8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la.*

Frequentemente irritadas e facilmente irritáveis, as pessoas com borderline parecem ter dificuldade em controlar a raiva, que por sua vez surge constantemente. Esse sintoma pode se apresentar através de sarcasmo extremo, amargura persistente, brigas físicas recorrentes, explosões de raiva não justificadas. Normalmente, após o episódio, a sensação de culpa e vergonha contribuem para a percepção geral de ser uma pessoa ruim.

#### *9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.*

Ao deparar-se com um estresse extremo ou com a percepção de abandono, sintomas dissociativos ou paranoides podem surgir. A duração e a intensidade não justificam um diagnóstico adicional, e a remissão costuma ocorrer dentro de minutos ou horas. A despersonalização é bastante relatada e constitui-se em uma sensação de distanciar-se de si mesmo, se tornando um mero observador externo dos processos mentais ou corporais. A desrealização, outro sintoma dissociativo, envolve uma experiência de irrealidade do ambiente, como se o mundo ao redor fosse um sonho, estivesse distorcido ou distante. Sintomas de ideação paranoide envolvem, por exemplo, sensação de perseguição ou

injustiça, porém o quadro não é grave o bastante para constituir um delírio.

### **Quadro sintomatológico do Borderline para consulta rápida:**

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 (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa, com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Uma reorganização possível para facilitar o entendimento do quadro do TPB de maneira geral é a proposta por Linehan (2010), que sintetiza o padrão de instabilidade e desregulação característicos do transtorno em cinco categorias, descritas a seguir.

- Desregulação emocional:
  - Instabilidade emocional;
  - Problemas com a raiva.
- Desregulação interpessoal:
  - Relacionamentos instáveis;
  - Esforços para evitar perdas;
  - Relacionamentos conflituosos.
- Desregulação comportamental:
  - Ameaças de suicídio, parassuicídio;
  - Comportamentos auto agressivos e impulsivos, incluindo abuso de substâncias.
- Desregulação cognitiva:
  - Distúrbios cognitivos.
- Disfunção do *self*:
  - Autoimagem e *self* instável;
  - Vazio crônico.

Essa forma de reorganizar o quadro de TPB é uma ferramenta didática para compreensão e categorização de sintomas afins, porém note que nada foi redefinido. Para além da lista dos nove sintomas, existem por aí muitas formas de classificar os comportamentos e características dos indivíduos que se enquadram no diagnóstico de borderline, contudo, o fato de existirem diferentes teorias não significa que todas elas têm respaldo científico. Não

deveria ser responsabilidade do paciente preocupar-se com esses detalhes teóricos, mas um conhecimento mínimo sobre o tema pode evitar que você caia em terapias alternativas ou passe a entender o transtorno por uma visão mística ou fantasiosa. Tenha em mente que o uso do manual diagnóstico supracitado (DMS-5) é, hoje, a obra de referência na área da saúde quando falamos sobre sintomas e diagnósticos em transtornos mentais.

### 1.3 Diagnóstico

Consultar a lista de sintomas não é suficiente para você definir, sozinho, se tem ou não o diagnóstico. Para isso, é de suma importância consultar um psicólogo ou psiquiatra (ambos podem diagnosticar transtornos mentais, embora muita gente ainda ache que o psicólogo não tem essa prerrogativa; ele tem). Talvez uma das maiores dúvidas das pessoas sobre o tema atualmente, onde informações sobre transtornos mentais estão espalhadas nas redes sociais, seja exatamente sobre o diagnóstico: eu tenho? Não tenho? É como se receber o diagnóstico fosse algo escrito em uma pedra, imutável e crucial. Já outras pessoas temem e se esquivam desse momento, como se ouvir de um profissional de saúde qualquer diagnóstico fosse o equivalente a receber um rótulo; ou como se ignorar o “nome” do transtorno, magicamente o fizesse desaparecer. Algumas provocações sobre o tema são possíveis, com o intuito de gerar reflexões e contemplar essas inquietações.

É importante, primeiro, entender como se dá o diagnóstico do TPB. Não há um exame físico para tal, a entrevista clínica é o que indicará para o profissional a presença dos sintomas. Além disso, não basta descrever esses sintomas para o profissional; o diagnóstico de um transtorno de personalidade se dá quando há um sofrimento clinicamente significativo devido aos sintomas e, por se tratar da personalidade, é preciso que exista uma continuidade desses sintomas ao longo da vida (começando, normalmente, na adolescência ou no início da idade adulta).

Muitas vezes, pessoas exibem comportamentos específicos em fases específicas da vida. Por exemplo, imagine uma pessoa

após o término muito sofrido de um relacionamento longo. Ela oscila entre muita tristeza e muita raiva. Em dias tristes, não sai da cama; quando sente raiva, relaciona-se sexualmente com diferentes parceiros, sem pensar muito sobre isso (eventualmente sem ao menos proteger-se), talvez como forma de se vingar, talvez como forma de esquecer o relacionamento acabado. E aí, essa pessoa está deprimida? Essa pessoa é compulsiva por sexo? Essa pessoa está se envolvendo em atividades potencialmente perigosas para si mesma? Isso constitui um transtorno? Depende. Embora ela esteja apresentando esses comportamentos momentâneos, é necessário avaliar o nível de sofrimento, quando esses comportamentos começaram, se já aconteceu algo parecido na vida dessa pessoa, se há um padrão. Esse sentimento de estar deprimido surge pelo luto do amor perdido ou é um episódio de depressão? Quais outros sintomas estão acontecendo simultaneamente?

Talvez uma pessoa leiga olhe para esse quadro e pense: “ela não lidou bem com o abandono do ex-parceiro e está com muita labilidade no humor, deve ser border”. Outra pessoa talvez pense: “com certeza está deprimida, é melhor tomar um antidepressivo”. O profissional de saúde mental, por outro lado, sabe que só com essas informações não se faz diagnóstico nenhum. A partir de uma entrevista clínica com essa pessoa, realizada utilizando técnicas específicas e a escuta treinada, será possível precisar um diagnóstico, caso haja algum, ou mesmo conduzir o caso nas situações onde exista simplesmente um problema pontual, pois nem todo sofrimento psicológico é transtorno.

Há uma percepção errônea de que “hoje em dia tudo é transtorno mental”, mas, ao estudar psicopatologia, fica claro que

preencher os critérios diagnósticos de um transtorno mental não é assim tão fácil. Por isso, a leitura de critérios não quer dizer muita coisa, caso contrário não precisaríamos do psicólogo e do psiquiatra para fazer essa avaliação, bastaria ler os manuais e se autodiagnosticar. Psicólogos e psiquiatras atuam (ou deveriam atuar) de acordo com a ciência, não estão seguindo um “dom” ou uma percepção mística do ser humano. Existem técnicas bastante específicas no delicado processo de diagnosticar um paciente.

Muitas pessoas leigas têm certeza, ao estudar um pouco sobre borderline, que definitivamente se enquadram no diagnóstico. Nesse sentido, buscam um profissional para “confirmar” essa suposição. O movimento é válido, inclusive é bacana dizer ao profissional sobre essa suspeita, elucidando os critérios com os quais se identifica e os sintomas. Quanto mais informação for dada ao profissional de saúde, mais certa será a avaliação. Mas vá com calma e não confie em sua intuição ou nos resultados dados pelo “Dr. Google”. É possível que seu palpite esteja equivocado. É possível que o profissional precise de mais tempo para ter certeza de um diagnóstico, ou pode ser que ele te apresente um diagnóstico diferente que você nem conhecia, enfim, não é um processo tão simples, portanto não se aborreça caso não saia da consulta com uma certeza.

O diagnóstico é uma forma de nortear o tratamento e universalizar o entendimento do que, exatamente, o paciente tem (em qualquer lugar que você for, ao dizer que tem tal transtorno, o profissional de saúde saberá do que se trata). Além disso, é importante ter como nomear o que você sente, afinal, conhecimento é poder: ao conhecer o seu diagnóstico, você pode entender melhor

sobre ele, entender o seu funcionamento a partir dos relatos que possuímos na literatura, sendo compreensível, portanto, essa busca por uma “conclusão”. Mas lembre-se que diagnóstico em saúde mental não é uma coisa imediata, o paciente pode ter mais de um diagnóstico, algumas vezes o psiquiatra e o psicólogo chegarão a conclusões diferentes e precisarão discutir o caso, entre outras situações possíveis.

Do ponto de vista do tratamento, normalmente não fará tanta diferença a certeza do diagnóstico “fechado” de borderline. Entenda: não há um medicamento específico para o transtorno. Além disso, um paciente que não atende todos os critérios necessários para o TPB, mas exibe padrões de comportamentos típicos do transtorno, será tratado de forma bastante similar ao paciente que já tem certeza de seu diagnóstico. Portanto, ter ou não o diagnóstico não deve ser um motivo de angústia; há casos onde o processo levará mais tempo do que o esperado.

Muitos profissionais, na pressa de diagnosticar, emitem opiniões que posteriormente serão questionadas e muitos pacientes, na pressa em receber o diagnóstico que “querem” (porque leram os critérios diagnósticos e têm certeza de serem exatamente daquele jeito) acabam por conduzir as entrevistas clínicas de modo a chegar aonde desejam. Nada disso ajuda, muito pelo contrário. Se você já está no processo de psicoterapia, continue nele, com determinação, e vá com calma, ainda que o seu sofrimento não tenha um “nome”. Da mesma forma, se já está indo ao psiquiatra, relate o que incomoda, siga direitinho as recomendações do médico, e vá vivendo.

Há uma preocupação tamanha com o diagnóstico como se isso fosse imediatamente mudar alguma coisa. Na prática, após o psicólogo ou o psiquiatra declarar “ok, você tem transtorno de personalidade borderline” para quem já desconfiava desse desfecho, já conhecia o transtorno e já estava em tratamento, pouca coisa mudará. O tratamento vai seguir conforme já vinha sendo feito, o psiquiatra tratando dos sintomas com remédios quando necessário, o psicólogo trabalhando em terapia na regulação emocional, etc. É diferente daquele paciente que nunca ouviu falar do transtorno e sai do consultório finalmente esclarecido. Nesses casos sim, ouvir o diagnóstico pode mudar completamente a visão de si mesmo, finalmente tendo encontrado um “motivo” para todo o sofrimento. Mas, para quem já desconfia, o diagnóstico vindo da boca de um psiquiatra ou de um psicólogo não vai mudar muita coisa, não há uma carteirinha do clube do borderline.

Vou além: existem pessoas que buscam o diagnóstico de borderline cheias de certeza porque exibem, claramente, determinados sintomas do transtorno. Porém, após diversas consultas, o profissional declara que não há transtorno, mas sim traços do borderline. Isso não deve ser motivo de desconforto, porque não significa que seu sofrimento é menos válido. Entenda que o transtorno de personalidade borderline é como um espectro: alguns pacientes apresentarão sofrimento intenso, vão exibir os nove sintomas, serão de difícil manejo, são casos mais difíceis e de alta gravidade. Outros pacientes vão exibir cinco sintomas, assim, também serão enquadrados no diagnóstico, mas o conjunto dos cinco sintomas possíveis e a gravidade da apresentação podem variar.

Pensemos de forma matemática: são 9 sintomas possíveis, 5 sendo necessários para o diagnóstico, portanto são 126 combinações diferentes de 5 sintomas. Se considerarmos também aqueles pacientes que exibem 6, 7 ou 8 sintomas nessa equação, as combinações de diferentes apresentações possíveis do TPB são muitíssimo variadas. Todas essas combinações, entretanto, levariam ao diagnóstico de borderline; isso significa que são idênticas entre si? Com certeza não.

Dentro disso, existem ainda as diferenças na gravidade do quadro, as diferenças ambientais e sociais desse paciente, a forma como a rede de apoio os suporta (ou não). As possibilidades são infinitas. Todos eles, porém, terão, no papel, o mesmo diagnóstico. Há um direcionamento, a partir do diagnóstico, para a condução do tratamento, mas cada pessoa é única e todo o quadro haverá de ser considerado.

De forma semelhante, um paciente pode apresentar somente, digamos, dois ou três sintomas do transtorno, não sendo um número suficiente para fechar o diagnóstico. Assim, esse paciente terá traços do transtorno. Isso significa que o caso será mais simples? De forma alguma. Um sintoma pode, sozinho, gerar um sofrimento imenso. O tratamento será necessário independentemente do número de sintomas; há sofrimento, há a necessidade de tratamento. Toda essa digressão de pensamento para pontuar: o diagnóstico é sim importante e relevante, mas não é o mais importante. O foco é o tratamento e o bem-estar do paciente, seja ele borderline, seja uma pessoa sem nenhum diagnóstico ou com traços de algum transtorno. Se há sofrimento é preciso tratar, sem

juízo de valor sobre quem sofre mais ou sobre quem tem mais ou menos sintomas.

Para todas as outras dúvidas possíveis sobre diagnóstico, em geral a resposta é “depende”. O diagnóstico pode ser dado em uma sessão apenas? Pode ser dado antes da idade adulta? Pode ser dado após a idade adulta? Pode demorar anos? Pode ser mudado ao longo do tratamento? Depende. Em saúde mental, dificilmente a resposta será “sempre” ou “nunca”, pois inúmeros fatores impactam no quadro psicológico de um indivíduo e essas perguntas circunstanciais não fornecem elementos suficientes para uma investigação do caso específico ao qual se referem.

De qualquer forma, leve sempre suas dúvidas ao profissional de saúde que te acompanha e, se sentir necessidade, busque uma segunda (ou terceira) opinião. Tratamento de saúde mental não é um casamento, você pode sim procurar outro profissional se estiver insatisfeito com a postura de quem te atende. E claro, se você trocar de profissional diversas vezes e nenhum for bom o suficiente, considere se não é alguma implicância sua. Pacientes com TPB são famosos pelo seu difícil manejo e por mudar muito de ideia a respeito dos profissionais que o acompanham: até ontem, o psicólogo era perfeito, mas hoje ele atrasou cinco minutos para a sessão, então de repente ele é o pior psicólogo que já existiu. É importante manter uma postura crítica e racional sobre o que é um incômodo relevante a respeito do profissional e o que é apenas uma emoção passageira despertada por uma situação frustrante. Além disso, profissionais especializados no quadro provavelmente conseguirão conduzir melhor o caso, lidando inclusive com as peculiaridades comuns aos pacientes borderline.



## 1.4 Prognóstico

Embora os transtornos de personalidade não sejam prevalentes na saúde mental (no sentido de não serem o grupo de diagnóstico mais comum), muitos dos pacientes psiquiátricos preenchem os critérios para TPB. Os que são diagnosticados com o transtorno apresentam, como um sintoma bastante comum, um padrão de comportamento autodestrutivo — incluindo aqui a automutilação e tentativas de suicídio. Mulheres são a maioria dentro do grupo dos pacientes borderline (aproximadamente 75%), mas o transtorno também se manifesta em homens. É um transtorno corriqueiro em unidades de emergência psiquiátrica, devido às tentativas de suicídio e ao sofrimento intenso e constante. A impressão de quem vê de fora muitas vezes é a de um caos completo. Além disso, há uma preferência da mídia em criar personagens borderline para filmes, séries e livros, retratando-os de maneira bem estereotipada (afinal, a intensidade do border funciona muito bem para temperar histórias de ficção). Por tudo isso, a ideia geral no senso comum é que o paciente borderline está fadado a seguir a vida de maneira errática e nunca melhorar. Ao contrário do que se acredita, porém, o prognóstico do borderline é positivo e essa informação costuma surpreender inclusive a pessoa com TPB, que muitas vezes recebe o diagnóstico como se estivesse recebendo um ultimato. Na verdade, sabe-se hoje que com o tratamento correto, é possível conviver com o diagnóstico em equilíbrio e de forma saudável. É um dos melhores prognósticos entre todos os transtornos de personalidade.

Lembre-se: ao lidar com transtornos mentais, não há cura e sim tratamento. Essa informação é importante para alinhar a expectativa da pessoa diagnosticada com TPB. Você não vai se curar e ser “ex-border”, mas pode ter remissão dos sintomas (total ou parcial), pode ter alta da terapia e parar com o uso de medicamentos psiquiátricos. Porém, como em qualquer outro transtorno mental, é possível que os sintomas voltem a aparecer e, nesse caso, o tratamento será retomado.

De maneira geral, é comum que as características do TPB sejam amenizadas até a metade da vida adulta (por volta de 45 anos). Muitos pacientes relatam melhoras significativas já no início dos 30 anos. É importante ressaltar a correlação entre anos de vida e anos de tratamento: apenas envelhecer não irá tratar o transtorno borderline por si só; grande parte da melhora vem do tratamento psicoterapêutico. Um dos estudos mais citados sobre o tema aponta que, dentro de 10 anos de tratamento, 88% dos pacientes apresentarão remissão sintomática.

Não se trata, infelizmente, de uma regra. Muitas pessoas continuarão sofrendo com o borderline por mais tempo; o diagnóstico e a busca pelo tratamento podem ocorrer numa idade mais tardia, enfim, são inúmeros os fatores a se considerar. A ciência trabalha com probabilidades, estatísticas e médias, mas cada pessoa é única e pode apresentar uma evolução diferente.

Estar “bem” também é muito subjetivo. Um estudo recente mede o sucesso da recuperação do borderline a partir de alguns marcos, como as relações interpessoais (por exemplo possuir, pelo menos, um relacionamento significativo além dos familiares), manter-se num emprego fixo por determinado período, estudar.

Existem diferentes formas de recuperação, mesmo se a remissão de sintomas não for total. É um longo caminho, com altos e baixos, e seu caminho será apenas seu; reforço isso para que não haja espaço para desânimo ainda que sua realidade não seja parecida com a média dos pacientes borderline.

Não há motivo para desespero. No próximo capítulo, iremos explorar as opções de tratamento para o transtorno de personalidade borderline, dando assim o primeiro passo para a recuperação.

## 1.5 Técnica um: *grounding*

Talvez a leitura desse primeiro capítulo tenha te deixado aflito ou ansioso. São sentimentos comuns nessa etapa da vida: descobrir-se border. Esse livro reunirá, no final de cada capítulo, algumas técnicas práticas a serem usadas nos mais diversos momentos onde você se sinta fora do equilíbrio. Pode usar agora, ou quando precisar. A primeira técnica tem como objetivo trazê-lo para o momento presente, usando o ambiente como ferramenta para acalmar seus sentidos, um por um.

A sensação de ansiedade pode nos paralisar, levando-nos para um estado físico de estresse com sintomas como falta de ar, tremedeira, tontura, vontade de fugir ou desaparecer. Ao sentir-se dessa maneira, procure respirar calmamente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca (isso ajuda a melhorar a sensação física de falta de ar, equilibrando as taxas de oxigênio e dióxido de carbono corporais).

Respirou? Agora vamos para a técnica; é simples, fácil de memorizar e irá impedir o foco excessivo da sua mente na ansiedade — eliminando o ciclo do “socorro, estou ansioso porque estou ansioso” —, trabalhando com todos os seus sentidos. Iremos buscar, no momento presente, sensações físicas que despertam a sensação de segurança e bem-estar: *grounding* remete à fundação, base, manter-se no chão.

Durante todo o exercício, continue respirando calmamente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca.

Primeiro, você trabalhará com sua visão. Observe três coisas presentes no ambiente e, ao olhá-las, procure descrevê-las

mentalmente. Pode ser qualquer coisa, seu sapato, a luminária, os padrões dos azulejos. Não precisa elaborar muito o pensamento — o foco não é se estressar com a sua capacidade criativa, simplesmente notar os objetos: mesa, cinza, pequena, lascada na lateral direita, e assim por diante.

O segundo sentido será a audição. Procure identificar a fonte de três barulhos presentes em seu ambiente. Conversas no corredor, buzina dos carros, o som repetitivo do ventilador. Note como, ao prestar atenção, você se torna consciente de barulhos diversos, os mesmos que talvez estivessem embaralhados como um zunido desagradável alguns segundos antes. Perceba seu ambiente como um lugar seguro, ainda que os sons te incomodem.

Agora, trabalharemos com o tato, em uma parte mais prática do exercício. Toque três coisas em seu ambiente, percebendo as diferentes texturas e temperaturas. A parede é lisa e gelada, a cadeira é dura e desconfortável, a pelagem do seu gato é macia.

O quarto sentido a ser trabalhado é o olfato. Procure identificar dois cheiros diferentes em seu ambiente. O cheiro não precisa ser agradável ou desagradável, apenas ser. Se não conseguir identificar nenhum cheiro, pode cheirar seu cabelo, suas mãos, a vela que está em cima da mesa.

O quinto e último sentido é o paladar. Mentalize algum alimento de sua preferência e tente sentir o gosto dele. Se tiver uma bala ou algum alimento em mãos, pode se concentrar em degustar, com calma, as diferentes sensações ao colocá-lo na boca (apenas um pedaço, de forma consciente, realmente analisando o sabor).

Lembre-se: conhecer uma técnica e entendê-la profundamente não basta. É preciso colocar em prática, caso contrário ficaremos

apenas na teoria. A teoria não ajudará muito no controle da ansiedade, pois tratam-se de sintomas físicos. A cada passo executado, o seu corpo se acalma, sentindo segurança e relaxando, um sentido por vez.

## **Manual rápido de *grounding*:**

- 1 - Visão: observe três coisas presentes no ambiente e, ao olhá-las, procure descrevê-las mentalmente.
- 2 - Audição: procure identificar a fonte de três barulhos presentes em seu ambiente.
- 3 - Tato: toque três coisas em seu ambiente, percebendo as diferentes texturas e temperaturas.
- 4 - Olfato: procure identificar dois cheiros diferentes em seu ambiente.
- 5 - Paladar: mentalize algum alimento de sua preferência e tente sentir o gosto dele.

Respire calmamente, inspirando pelo nariz, e expirando pela boca, durante todo o exercício.



## Capítulo 2. Tratamento

Uma das perguntas mais feitas em qualquer conversa sobre borderline é: qual o tratamento? Tratar tem diversos significados; medicar, cuidar, curar, remediar. E muito me incomoda a noção de procurar uma “cura” para o borderline. O borderline é um jeito de ser, é uma característica da personalidade de alguém, e não existe cura para tal. Na verdade, ninguém deveria buscar curar-se de si mesmo, pois quem é você além de quem você é? Sendo assim, esse capítulo irá se referir a tratamento no sentido de amenizar sintomas negativos, incluindo também a parte medicamentosa, mas, acima de tudo, o aprendizado necessário e indispensável a ser trilhado pela pessoa com TPB para que esta se sinta mais adequada e confortável em existir dentro do furacão de emoções com o qual convive.

Assim, antes de destrinchar as diferentes ferramentas dos tratamentos mais recomendados e eficazes para o borderline, gostaria de abordar o cuidado como um todo, ressaltando a importância da equipe, do paciente e de todos os envolvidos. Em geral, medica-se alguém a partir de uma queixa manifesta, ou seja, uma queixa relatada pela pessoa que procura o profissional de saúde. Há casos onde, ao relatar sintomas de depressão ao clínico geral, já acontece durante a consulta a orientação para o uso de antidepressivos, e esse paciente poderá ou não ser encaminhado a um psiquiatra e a um psicólogo. O médico especializado em saúde mental é o psiquiatra, mas, na prática, independente da especialização do médico, ele pode prescrever qualquer remédio. Além do mais, embora a conduta correta nesse caso peça por um

exame minucioso do paciente antes de qualquer diagnóstico final (sabia que sintomas de depressão também podem ser causados por alterações na tireoide ou falta de certas vitaminas?), estamos todos inseridos em uma sociedade imediatista cuja lógica é optar pelo tratamento mais rápido, normalmente voltado ao sintoma e não à investigação das causas, priorizando colocar o sujeito para “funcionar normalmente” o quanto antes. Esse é um dos motivos pelos quais o borderline pode ser diagnosticado erroneamente.

Pessoas com TPB podem passar por diversos diagnósticos, muitas vezes realizados de forma apressada, sendo tratados e medicados incorretamente. Embora o borderline se assemelhe em alguns aspectos sintomatológicos com diversos transtornos — por exemplo, é comum ser confundido com bipolaridade —, uma análise minuciosa (de preferência feita em conjunto por psicólogo e psiquiatra) descarta a maior parte das dúvidas nesse sentido. Um diagnóstico diferencial realizado por profissionais competentes será certo em identificar qual o transtorno do paciente, as possíveis comorbidades e o tratamento adequado. Mesmo assim, em alguns casos demoram-se anos para que o borderline seja identificado.

Para evitar esse vai e vem de diagnósticos errôneos, procure sempre profissionais sérios, com experiência no assunto, que não subestimem seu sofrimento nem sejam condescendentes. Busque o médico psiquiatra para cuidar de sua saúde mental e o profissional formado em Psicologia para ser seu terapeuta (no Brasil, a profissão de terapeuta não é regulamentada, assim, qualquer um pode exercê-la; não deixe sua saúde mental nas mãos de quem não é psiquiatra ou psicólogo). Desconfie de terapias alternativas, de diagnósticos instantâneos, esclareça suas dúvidas e, se necessário,

procure uma segunda opinião. Saúde mental é uma coisa muito séria!

Partindo, então, de um diagnóstico preciso de transtorno de personalidade borderline, o tratamento poderá ser iniciado. E é importante levar em consideração a complexidade do quadro, pois a vida inteira do borderline é permeada pelo seu transtorno: é alguém que sente as emoções de forma intensa, pode ter grandes acessos de raiva com pequenas frustrações, seu humor oscila muito rápido e violentamente e, muitas vezes, ele só busca ajuda quando está na fase crítica de seu transtorno (podendo, inclusive, ser acolhido em um hospital por ideação suicida ou tentativa de suicídio). Sendo assim, geralmente, o início do tratamento desse paciente será caótico.

Muitas pessoas não lidam bem com esse diagnóstico e, ao pesquisar sobre o transtorno na internet, encontram relatos terríveis de como ser borderline é praticamente uma sentença, um ultimato para a vida toda. Vá com calma e, nesse momento, selecione suas leituras com cuidado. Evite participar de fóruns em redes sociais, prefira buscar informações em sites e livros confiáveis, pois cada pessoa é um universo único e particular e, talvez, conversar com outras pessoas em sofrimento não te faça bem. Todos somos passíveis do efeito contágio, ou seja, podemos ser sugestionados pelas atitudes alheias; nesse sentido, grupos ditos “de apoio” podem surtir efeito contrário, pois muitas postagens são desabafos de pessoas em momentos de crise e, para uma pessoa fragilizada, não serão de muita ajuda. É claro que, conforme seu tratamento avançar, você poderá ajudar — e ser ajudado por — pessoas em situação semelhante, criando uma rede de apoio (falaremos disso

mais para frente). A princípio, porém, respire fundo e lembre-se que está tudo bem ser borderline. Pode não ser fácil ou agradável, mas não é o fim do mundo como às vezes escutamos por aí.

Um dos objetivos deste livro é desmistificar esse tabu sem, em nenhum momento, minimizar a realidade do borderline. Assim, no que tange ao tratamento, tenhamos em mente tratar-se de uma transformação, paulatina e trabalhosa, mas possível. O objetivo não deve ser a cura e sim a adaptação. O próprio paciente, durante seu tratamento, irá auxiliar a equipe de profissionais de saúde a compreendê-lo melhor, por entender seu funcionamento melhor do que ninguém. É um esforço colaborativo entre as partes, e os caminhos para lidar com a personalidade borderline são inúmeros. Aqui, abordaremos os mais indicados e eficazes.

Provavelmente haverá a indicação de medicamentos psiquiátricos para tratar dos seus sintomas e existem duas principais razões para tal. Em primeiro lugar, é sabido o quão eficaz são esses medicamentos no sentido de equilibrar as reações emocionais, reduzir a impulsividade e intervir positivamente no equilíbrio químico cerebral. Além disso, também são excelentes aliados para tratar as comorbidades, ou seja, os sintomas de outros transtornos presentes no paciente. Com a intervenção medicamentosa, é possível alcançar um estado mental de maior clareza e equilíbrio, indispensável ao tratamento como um todo.

## **2.1 Os medicamentos mais utilizados no tratamento do borderline**

### **Antidepressivos**

Antidepressivos são rotineiramente receitados a pacientes borderline. Sintomas depressivos são muito comuns no TPB e esses medicamentos auxiliam no controle dessas emoções. Alguns estão relacionados também ao controle da ansiedade, da impulsividade e de outros sintomas.

Os antidepressivos mais utilizados são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), contudo, existem remédios que atuam de outras formas (por exemplo, os inibidores da monoamina oxidase, inibidores da noradrenalina, os tricíclicos, entre outros). Os ISRS costumam ser a escolha inicial para o tratamento medicamentoso do borderline pela sua efetividade e segurança. Eles aumentam a quantidade de serotonina no cérebro, ajudando a amenizar inúmeros sintomas, não só os da depressão. A serotonina é um neurotransmissor responsável por regular diversas funções relacionadas ao bem-estar; baixos níveis de serotonina são associados a sentimentos negativos (por exemplo, tristeza e desesperança).

Esses medicamentos não causam dependência e seu uso é seguro. Embora possuam efeitos colaterais (como qualquer outro remédio), as vantagens superam as desvantagens. Ainda assim, o ajuste da dosagem e a escolha do remédio que mais funciona para você pode ser um caminho longo. É assim com todo mundo, persista. É importante relatar ao seu médico psiquiatra todas as

sensações geradas pelo remédio, assim, juntos, vocês conseguirão alcançar o equilíbrio ideal.

## **Estabilizadores de humor**

Estabilizadores de humor podem ser indicados sozinhos ou junto a outros remédios para compor o tratamento do paciente. Existem diversos tipos no mercado e cada um possui uma ação específica, geralmente agindo nas partes do cérebro responsáveis pelas emoções, sendo ferramentas poderosas para compor o tratamento do borderline. São muito usados também em casos de transtorno bipolar, pela eficácia em controlar as fases de mania (ou hipomania) e depressão.

Os estabilizadores de humor podem afetar a atividade do GABA (neurotransmissor inibidor do sistema nervoso central), dos receptores de glutamato (neurotransmissor excitatório) e alguns, como o lítio, se mostram eficazes embora não se saiba com exatidão como agem no organismo. A combinação de estabilizadores de humor com antidepressivos e outras classes de remédios psiquiátricos pode ser bastante efetiva. Grosso modo, os estabilizadores de humor equilibram a labilidade emocional, embora cada medicamento tenha sua ação específica; alguns mostram eficácia na redução da compulsão (por álcool, drogas, comida), comorbidade bastante comum nos quadros de TPB.

É sempre importante lembrar que determinadas substâncias, como por exemplo o lítio (estabilizador de humor amplamente utilizado), podem ser tóxicas em altas dosagens, assim, seus níveis presentes no sangue precisam ser monitorados periodicamente

através de exames clínicos. Mais uma vez, o médico psiquiatra é o especialista indicado para orientar sobre as especificidades desse tratamento e acompanhá-lo.

## **Antipsicóticos ou neurolépticos**

Os antipsicóticos são usados primeiramente para tratamento de pacientes com esquizofrenia ou transtorno bipolar, entretanto, podem ser indicados para outros transtornos, dentre eles o borderline. É importante lembrar quão comum é, dentro da medicina, usar o mesmo remédio para diferentes problemas, isso porque existem evidências que tais remédios podem funcionar bem em diversas situações. Digo isso para evitar preocupações desnecessárias em tomar um remédio meio “diferente”: não há, hoje, um remédio específico para borderline. E isso não é uma coisa ruim. Graças à ampla gama de opções de fármacos, o ajuste individual de cada um pode ser feito dentro de sua sintomatologia pessoal.

O paciente com TPB apresenta diversos padrões de comportamentos comuns a outros transtornos, assim, são inúmeras as possíveis combinações na hora de medicá-lo. Os antipsicóticos agem na organização dos neurotransmissores, possuem efeito sedativo e são úteis também na presença de pensamentos paranoides ou sintomas dissociativos. Doses menores desses medicamentos podem auxiliar no controle da insônia.

Os antipsicóticos são divididos em dois tipos: de primeira geração (os típicos) e de segunda geração (os atípicos). Enquanto o primeiro atua principalmente nos receptores de dopamina, o

segundo atua de maneira mais seletiva nos receptores dopaminérgicos e também nos receptores serotoninérgicos. Ser da primeira ou segunda geração não implica juízo de valor, pois cada grupo de medicamentos será mais ou menos apropriado de acordo com a história individual do paciente. Reitero: o psiquiatra é o profissional indicado para esclarecer quaisquer dúvidas a respeito dos prós e contras na escolha do remédio adequado.

## **Ansiolíticos**

Ansiolíticos, popularmente conhecidos pela “tarja preta”, podem desempenhar um papel importante no tratamento do borderline. Indicados especialmente para momentos de fase aguda — são relaxantes musculares —, acalmam e estabilizam o paciente. Por outro lado, devem ser utilizados com bastante cautela, pois o organismo desenvolve tolerância e a retirada desses remédios costuma ser difícil. Podem levar a um quadro de dependência química e abuso, afinal, os chamados “calmantes” tem o potencial de derrubar qualquer um.

Eles não serão, em hipótese alguma, a base do tratamento, e sim uma ferramenta a ser utilizada em momentos específicos (por exemplo, crises de ansiedade, insônia, para conter a automutilação, entre outros) e por tempo determinado. É extremamente importante seguir à risca a indicação médica para tomar ansiolíticos. No caso de pessoas com propensão a vícios e compulsões (grande parte dos indivíduos borderline), é recomendável que alguém de confiança guarde os remédios e os ofereça na quantidade prescrita

e no horário combinado, evitando uma possível overdose, abuso ou mistura com outras substâncias.

## **2.2 A psicoterapia: crucial para o borderline**

Você já conhece os principais remédios utilizados no manejo do borderline. Será isso o suficiente? Adianto: não. Remédios são importantes, talvez fundamentais, mas a base do tratamento será a psicoterapia. Entender o funcionamento mental é o passo decisivo para lidar melhor com todas as situações do dia a dia. Diferente de outros transtornos, o borderline é um quadro complexo, por envolver o modo de ser, a “essência” da pessoa, assim, em muitos momentos a impressão é de não ter para onde correr. Mas há! E na psicoterapia é possível encontrar os caminhos da transformação necessária para levar a vida com mais estabilidade.

Existem diversas linhas teóricas dentro da Psicologia, e cada profissional tem um jeito próprio de lidar com seus clientes. Entretanto, é crucial encontrar um psicólogo sério, cuja atuação seja pautada em técnicas científicas aceitas dentro da sua área. O psicólogo não deve utilizar de misticismos, crenças religiosas, “achismos”, entre outros — condutas passíveis de punição pelo Conselho Federal de Psicologia, órgão responsável pela regulação da atividade dos psicólogos no Brasil. E, dentro de toda a gama de opções disponíveis no mercado, cabe ao paciente o veredicto final: é crucial o sentimento positivo em relação a esse profissional. E é nesse ponto onde algumas observações se fazem importantes.

Para quem nunca frequentou uma sessão de terapia e o faz pela primeira vez (especialmente se em um momento de confusão mental e crise) a situação pode ser bastante desconfortável. Expor-se sincera e abertamente para um desconhecido, tentando explicar sentimentos íntimos e confusos é desafiador. Lembre-se que o

psicólogo é o profissional mais habilitado para ajudar, pois a escuta é a base de sua formação. Procure insistir caso a primeira consulta seja terrível — talvez não tenha sido tão ruim assim, podendo só ser uma distorção cognitiva sua, acostumado a encarar tudo de formas extremas. Você também pode não se adaptar ao profissional mesmo dando o seu melhor e está tudo bem, mas não use isso como desculpa para boicotar sua terapia. Se nenhum psicólogo é bom o suficiente para você, talvez o problema não esteja no profissional: ninguém pode ajudar quem não permite ser ajudado.

Embora busque-se uma ligação afetiva consistente entre cliente e psicólogo (o chamado “vínculo”), não espere sair satisfeito de todas as consultas. A terapia é um processo individual, personalizado, onde considera-se a realidade pessoal e social de cada um, bem como seu funcionamento particular para, a partir daí, modificar a forma de ver e levar a vida. Esse caminho pode ser tortuoso, dolorido e incômodo — eventualmente, você sairá da terapia com muita raiva, conturbado ou com sentimentos conflitantes. Por esse motivo, as sessões de psicoterapia têm frequência e tempo delimitados. Não há como mudar radicalmente o funcionamento mental de uma vez só, sendo necessário empenhar-se de verdade com o processo.

O psicólogo é o facilitador de sua mudança interna, contudo, o protagonismo é todo seu, cabendo a você o trabalho árduo e contínuo de conhecer a si mesmo, comparecer às sessões regularmente, realizar os exercícios e reflexões propostos em terapia, em suma, dedicar-se ao máximo durante todo o processo. Há, dentro de todo ser humano, potencial de melhora e mudança.

## 2.3 Qual linha teórica da psicologia devo escolher?

Hoje em dia é comum falar-se da importância da terapia (infelizmente, uma realidade inacessível para muitos), e o tabu em torno de visitar um psicólogo é cada vez menor. Que bom! O ser humano é questionador por natureza, consciente de sua finitude, absolutamente complexo; procurar terapia é encontrar um tempo (na agenda cada vez mais corrida da vida moderna) para pensar e falar sobre si mesmo, num espaço seguro e livre de julgamentos. Todos temos conflitos internos, sofrimentos psíquicos e sentimentos embaralhados, você não está sozinho ao navegar o tempestuoso mar da existência. Contudo, como borderline, tenha em mente a dimensão acentuada das suas emoções, admitindo a importância de buscar ajuda adequada.

O processo psicoterapêutico bem sucedido, na realidade do borderline, visa diminuir os desconfortos causados por suas emoções, perpassando pelo sentimento de *self*, pelas relações interpessoais (afetivas, familiares, profissionais) e pelas situações corriqueiras do dia a dia. A princípio, os sintomas mais graves serão trabalhados — por exemplo, a dependência afetiva ou a agressividade descontrolada — e, ao longo do tratamento, desconfortos menores serão abordados, no sentido de alcançar o controle de si mesmo: trabalho árduo para qualquer pessoa, borderline ou não. De acordo com a linha teórica utilizada pelo psicólogo de sua preferência, o caminho das pedras poderá ser diferente, no entanto, o objetivo sempre será alcançar o bem-estar e o equilíbrio emocional. Alguns caminhos são mais eficazes do que outros para lidar com o borderline; aqui, nos aprofundaremos na

terapia comportamental dialética, por ser a linha teórica mais recomendada para TPB (ou seja, é a linha teórica que possui o maior número de evidências científicas de qualidade indicando seu sucesso para esse transtorno em específico), mas isso não significa que apenas esse tipo de terapia será funcional e tampouco que funcionará com todo mundo. Muitos pacientes relatam melhora significativa com outras abordagens.

A sugestão de linha teórica é importante porque o paciente tem o direito de saber qual é o tratamento padrão ouro para o seu transtorno, afinal todos queremos nos sentir melhor no menor prazo possível e buscamos tratamentos com maior probabilidade de funcionar, certo? Hoje, na Psicologia de maneira geral, as abordagens da terapia cognitivo comportamental (TCC) e da análise do comportamento (AC) são as mais efetivas do ponto de vista de evidências científicas.

## 2.4 Terapia comportamental dialética (DBT)

A terapia comportamental dialética (na sigla em inglês DBT — *Dialectical Behavior Therapy*) é um tratamento cognitivo comportamental integrativo, de formato flexível, sendo hoje o padrão ouro para tratamento do transtorno de personalidade borderline. Partindo de uma teoria biossocial, supõe a interação recíproca de fatores biológicos e sociais na determinação de qualquer transtorno. Foi desenvolvida a princípio para mulheres com alto risco de suicídio e, posteriormente, definiu como público alvo os pacientes com transtorno de personalidade borderline. É útil também para aqueles que apresentam somente traços do transtorno. A DBT possui dados empíricos e controlados apontando para sua eficácia e é recomendada pela Sociedade de Psicologia Clínica Americana como o tratamento com níveis mais fortes de evidências científicas.

Na terapia comportamental dialética, a relação paciente e terapeuta é crucial, assim, não espere um terapeuta frio e distante. Juntos, vocês trabalharão na aceitação dos comportamentos e na modificação deles quando necessário, sempre de maneira dialética — ou seja, há uma conversa que vem e vai, dois lados opostos procurando uma síntese; o psicólogo não é o dono do saber, e sim alguém que andarão lado a lado com seu paciente numa construção mútua de um tratamento eficiente. Há a crença incondicional na capacidade de mudança do paciente, bem como em sua vontade de melhorar e progredir. Assim, uma das prioridades é a aceitação de si mesmo: aceitar-se como você é, tentar mudar o que não está dando certo e lidar com a frustração de, vez ou outra, ser diferente daquilo que você gostaria de ser, ou do que considera como “normal” —

levando em conta também os altos e baixos dessas percepções, comuns ao paciente borderline.

Diferente de outros tipos de terapia, a psicologia cognitivo comportamental (incluindo a DBT) trabalha com técnicas estruturadas e requer a participação ativa do paciente dentro e fora do consultório — escrever pensamentos, comportamentos, analisar situações, entre outros exercícios. Um tratamento em DBT de acordo com o manual envolve também *coaching* telefônico e grupo de treinamento de habilidades sociais, além da psicoterapia individual. É um tratamento longo, mais custoso e, infelizmente, não tão comum no Brasil, entretanto é notável um aumento da popularidade dessa abordagem dentro da Psicologia; com sorte, esse movimento a tornará mais acessível.

Embora para muitos a terapia pareça apenas uma conversa onde o paciente desabafa e ouve “conselhos”, vale lembrar que o psicólogo é um profissional cuja escuta é treinada e sua fala deve sempre ser baseada em técnica. O processo terapêutico vai muito além de um bate papo: trabalha-se a solução dos mais diversos problemas e conflitos, são treinadas habilidades interpessoais, regulação emocional, autocontrole, manejo de problemas, conflitos e outras situações inesperadas (bem como o controle da frustração), sempre mirando na modificação cognitiva necessária para permitir ao paciente um caminhar saudável na estrada da vida. Psicologia é ciência! Desconfie de quem disser o contrário.

Uma curiosidade muito interessante sobre a DBT diz respeito à sua criadora e principal pesquisadora, Dra. Marsha Linehan. Ela relatou, aos 68 anos, sua própria experiência com o transtorno de personalidade borderline. Segundo a autora, ela esteve no inferno e

seu desejo era ajudar outras pessoas a sair dali. Sua história inspira muitos dos seus pacientes, por mostrar que é possível, sim, o paciente borderline viver uma vida feliz, repleta e equilibrada. Em sua biografia, *Building a Life Worth Living* (“Construindo uma vida que valha a pena viver”, em tradução livre) ela relata sua história e todo o percurso, desde a vontade de ajudar os outros, até as infindáveis pesquisas para validar empiricamente a DBT. A leitura vale muito a pena; provavelmente o livro será traduzido para o português em breve.

## 2.5 Equipe multidisciplinar

A presença de comorbidades em pessoas com transtorno de personalidade borderline é comum. Dentre as mais frequentes, destacam-se depressão, ansiedade, transtornos alimentares (principalmente bulimia) e vícios em geral. Sendo assim, o tratamento poderá envolver diversos profissionais, a depender do quadro específico de cada indivíduo. Não é um problema precisar de várias pessoas para te ajudar, na verdade, alguns profissionais podem exercer papéis fundamentais em sua vida, além da indispensável dupla de psicólogo e psiquiatra.

Para casos de transtornos alimentares comórbidos ao borderline, por exemplo, um nutricionista é altamente recomendável — de preferência, aqueles que trabalham com a nutrição comportamental, abordagem que inclui, além do aspecto fisiológico do comer, aspectos sociais e emocionais. Um quadro de transtorno alimentar, ou mesmo um comer transtornado, onde a comida (ou a falta dela) é usada como ferramenta de controle de emoções, envolve muito além da necessidade biológica em se alimentar. O nutricionista comportamental ajuda o paciente a reaprender a se alimentar de forma natural e intuitiva.

O clássico borderline apresenta baixa autoestima, sentindo-se sempre aquém do idealizado. Por isso, a insatisfação com o corpo é um fator presente em muitos casos, especialmente numa época onde o físico “perfeito” é um padrão cada vez mais inatingível. Geralmente, sintomas menos graves poderão ser trabalhados na terapia psicológica (por exemplo, quadros pontuais de exagero ou restrição alimentar, falta de apetite, etc.), mas quadros mais

evoluídos — como anorexia, bulimia, entre outros —, pedem também o acompanhamento de um nutricionista, para garantir uma alimentação saudável e equilibrada (não se trata de uma dieta restritiva) em conjunto com o trabalho contínuo junto ao psicólogo.

## **2.6 Terapia em grupo**

Terapia em grupo pode ser uma boa alternativa para o borderline, pois permite o contato com pessoas com funcionamento emocional semelhante: escutando o outro, aprendemos a nos escutar. Vendo o outro agir, nos identificamos ou não com essas ações, modificando a partir daí, o nosso comportamento. A troca de experiência é muito rica e, quando mediada por um profissional, torna-se uma prática terapêutica poderosa.

Existem psicólogos que organizam grupos terapêuticos, com as mais diversas temáticas, ou mesmo juntam pessoas cujas histórias se complementam de alguma forma. O grupo não precisa ser focado em pacientes borderline mas, independente do foco, só será uma prática psicoterapêutica quando acompanhado por um psicólogo mediador. O trabalho terapêutico com grupos é de manejo delicado, com diretrizes, protocolos e vai muito além de sentar e conversar.

## 2.7 Terapia familiar

Já pensou em levar seus familiares para a terapia? Num primeiro momento, talvez a ideia pareça incômoda, mas devemos nos lembrar da sua participação na vida das pessoas mais próximas e de como o transtorno borderline pode impactar nessas relações. Muitas vezes, os pais, irmãos ou companheiros não entendem muito bem o que está acontecendo com a pessoa com TPB. É muito comum o termo “pisando em ovos” ao definir a relação com um borderline. Isso não precisa ser assim e, muitas vezes, a terapia familiar entra como facilitadora de uma melhora considerável num relacionamento já desgastado.

Especialmente em casos onde o paciente é mais jovem, os pais costumam sofrer muito com todos os sintomas e manifestações do borderline. Nesse sentido, o trabalho conjunto em terapia — todos na mesma sessão ou em atendimentos diferentes, a depender do caso e da forma de atuação do psicólogo — ajuda a mediar conflitos e posicionar os atores dentro de seus papéis na dinâmica familiar. Ter alguém próximo com TPB não precisa ser sinônimo de relacionamentos conturbados, cabe a todos os envolvidos paciência, compreensão e limites bem estabelecidos, para que ninguém assuma uma postura abusiva para com o outro.

A terapia conjunta também pode funcionar para relacionamentos amorosos (a famosa “terapia de casal”), porém, nesse caso, focada em amenizar os desconfortos no relacionamento e minimizar os conflitos, corriqueiros quando um dos envolvidos tem TPB. São comuns cenas de ciúmes, brigas, “vai e volta”, enfim, a

grande intensidade de sentimentos manifesta-se principalmente nos relacionamentos mais próximos.

## 2.8 Grupos de ajuda mútua

Grupos de ajuda mútua são reuniões abertas para pessoas cuja vivência é parecida em determinada temática, e o anonimato costuma ser a premissa básica. Dentro desses grupos, o mais conhecido provavelmente é o Alcoólicos Anônimos (A.A.), voltado a pessoas com problemas de alcoolismo, onde todos se reúnem para conversar e trocar experiências acerca dessa problemática. Não há nenhum profissional mediando a discussão e nenhum líder, todos têm a mesma importância, ajudando-se mutuamente a manter a sobriedade. O sistema de ajuda é baseado no “programa dos doze passos”, utilizado ao redor do mundo por inúmeros grupos.

Há, no Brasil, além do A.A., os Narcóticos Anônimos (voltado ao uso abusivo de substâncias), os Neuróticos Anônimos (pessoas com problema em controlar sentimentos negativos como raiva, tristeza, culpa, etc.), entre outros. Destaco o grupo MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas), voltado a mulheres cuja dependência emocional causa transtornos em suas vidas. Aqui, também é utilizado o sistema de 12 passos do A.A. de maneira adaptada, porém, o grupo surge baseado no livro “Mulheres que amam demais”, de Robin Norwood. Muitas das mulheres que se identificam com as características de uma mulher que ama demais têm traços border ou mesmo possuem TPB. Independente do grupo de ajuda mútua escolhido, a troca de experiências é riquíssima no sentido de proporcionar um espaço seguro onde todos podem abrir-se, sem julgamentos, e buscar, nas semelhanças, incentivo para mudanças pessoais necessárias.

## 2.9 Técnica dois: *dear man*

Um ponto importante ao iniciar o tratamento para transtorno borderline, independente das especificidades desse tratamento, é manter em mente que o caminho é longo e, muitas vezes, árduo. Como a personalidade envolve tudo o que somos e como nos comportamos no mundo, diversas atitudes enraizadas serão modificadas nesse percurso. A forma de se relacionar socialmente, por exemplo, é uma delas. O borderline implica em muita emoção, e é sabido que muita emoção atrapalha em situações mais delicadas, como por exemplo uma conversa sobre uma situação problema ou uma solicitação de algo para alguém. Nesse sentido, a segunda técnica apresentada aqui envolve habilidades sociais de relacionamento e barganha, podendo ser utilizada em conflitos ou outras conversas “tensas”.

*Dear Man* é uma técnica de efetividade interpessoal retirada do treinamento de habilidades sociais da terapia comportamental dialética (DBT). A sigla DEAR MAN é uma forma fácil de memorizar o nome da técnica (*dear man* significa, em inglês, querido homem). A autora da técnica e também da teoria comportamental dialética, Marsha Linehan, relata adorar brincar com acrônimos quando desenvolve suas técnicas. Curiosidades à parte, vamos ao trabalho. Você deve usar essa técnica quando desejar obter efetividade em seus objetivos, levando o outro a fazer o que você quer. Não se trata de manipulação, obviamente, mas sim de um jeito assertivo de se comunicar a fim de esclarecer exatamente o que você deseja de forma ordenada e racional, buscando uma solução que agrada a

todos os envolvidos. Para se recordar dessa técnica, lembre-se da sigla:

**D**escreva  
**E**xpresse  
**A**ssertividade  
**R**eforce

*Mindfulness*  
**A**parente  
**N**egocie

É preciso entender todas as etapas dessa técnica, para que fique claro como proceder quando desejar colocá-la em prática. Para facilitar, vamos assumir um exemplo onde há um conflito entre mãe e filha: a filha deseja conversar com a mãe sobre seus problemas e a mãe, impaciente, não a escuta, alegando que a filha é dramática. Assim, as duas nunca conseguem conversar sem que haja uma briga. Nesse contexto, a filha irá falar com a mãe usando a técnica *dear man*, com o objetivo de que as duas consigam conversar melhor.

**Descreva:** descreva a situação exatamente como ela se apresenta, sem emitir nenhum julgamento ou juízo de valor. É o primeiro passo, para que o interlocutor saiba do que se trata a conversa. Mantenha-se fiel aos fatos, como se você estivesse narrando a situação como um observador externo.

*No exemplo:* “mãe, notei que, quando fui conversar com você ontem, você desconversou e se retirou da sala, dizendo que ‘não estava afim de me escutar reclamando da vida outra vez’”.

**Expresse:** momento de colocar suas opiniões e sentimentos no diálogo, para que o interlocutor consiga entender como você se sente perante alguma situação. Use “eu” ao invés de “você”, pois é o momento de dizer como você se sente e não de falar sobre o outro.

*No exemplo:* “eu me senti deixada de lado e um pouco injustiçada, porque eu nem pude começar a falar, nem mesmo pude chegar ao assunto que queria discutir”.

**Assertividade:** ser assertivo envolve declarar alguma coisa de maneira direta, clara e sem enrolação. Não é grosseria, e sim decisão. Lembre-se que, se você não deixar claro suas intenções, o outro talvez nunca as entenda. É sua obrigação expor o que deseja e sente ao invés de ser obrigação do outro te entender.

*No exemplo:* “gostaria que você pudesse me escutar quando eu preciso conversar antes de sair do cômodo afirmando que estou sendo dramática”.

**Reforce:** reforçar aqui refere-se a deixar claro qual seria o benefício (reforço positivo) e/ou qual seria a desvantagem para a outra pessoa em fazer ou não fazer o que você está pedindo. Tratam-se de consequências positivas ou negativas e não de ameaças.

*No exemplo:* “se pudéssemos conversar, isso estreitaria nosso relacionamento e, sendo ouvida, eu não precisaria gritar por me sentir deixada de lado. Sem conseguir conversar, dificilmente poderemos resolver nossos problemas e nos relacionar melhor”.

**Mindfulness:** manter-se em *mindfulness* (atenção plena) envolve estar por inteiro, presente e atento, naquela situação e no pedido que você está fazendo. Não se distraia, não mude de assunto, mantenha a conversa e insista para que haja uma resolução. É possível que aqui a outra pessoa te ataque, te invalide ou tente mudar de assunto. Se manter com atenção plena envolve ignorar tudo isso e manter o foco no que você deseja. Pode soar repetitivo, mas é importante.

*No exemplo:* “eu realmente gostaria de ser ouvida antes de ser julgada”; “seria muito importante para mim que tivéssemos algum diálogo”.

**Aparente:** aparentar confiança e efetividade é crucial. Gaguejar, suspirar, explodir e deixar a emoção transbordar retira a credibilidade de sua fala. Busque aparentar calma, olhar nos olhos de seu interlocutor e focar na situação mesmo que, por dentro, esteja transbordando emoções.

*No exemplo:* a filha conversa com a mãe mantendo o mesmo tom de voz o tempo todo, olhando-a nos olhos, sem se alterar, ainda que sua mãe perca a calma, tente mudar de assunto, etc.

**Negocie:** talvez não seja possível resolver a situação da forma que você deseja. Negociar é importante porque, numa relação, os envolvidos precisam ceder um pouquinho para que

todos sejam atendidos. A negociação envolve sugerir diferentes formas de resolução, considerando todos os pontos de vista, e também jogar o problema para o outro, em busca de sugestões e ideias alternativas.

*No exemplo:* “você tem alguma ideia de como podemos fazer isso funcionar? Há algo que eu possa fazer para deixá-la aberta a uma conversa? Entendo que às vezes você está cansada, e nessas situações podemos adiar a conversa, mas e nas outras situações? Podemos tentar?”.

É claro que a vida é dinâmica e as conversas se desenrolam naturalmente e, algumas vezes, de maneira caótica. Mas se relacionar exige prática e toda prática pode ser melhorada com treino. Uma boa alternativa pode ser, antes de iniciar a conversa, escrever (ou pensar sobre) as frases que você deseja dizer, usando os princípios do *dear man*. Descrever a situação, expressar como você se sente, manter a assertividade, reforçar o que você deseja. Mantenha a atenção plena (*mindfulness*), aparente confiança e negocie a situação.

Isso é garantia de que as conversas vão sempre fluir bem? Claro que não. Mas é um enorme passo nesse sentido. Normalmente em conversas mais complicadas (e por isso o exemplo envolve mãe e filha, já que entre familiares as coisas podem rapidamente virar uma briga) o diálogo já começa com uma acusação e daí é ladeira abaixo — especialmente quando uma das pessoas que está conversando não tem uma boa regulação emocional (típico do paciente borderline). O *dear man* é uma das

inúmeras ferramentas da DBT para direcionar as interações sociais de uma forma mais saudável e equilibrada.

Se quiser, use o esquema abaixo para refletir sobre as situações que viveu e as conversas que teve para treinar a habilidade.

Lembre-se da situação e reflita:

- Descrevi a situação?
- Expressei opiniões e emoções?
- Falei de forma assertiva?
- Reforcei?
- Usei a atenção plena (mindfulness) e insisti, ignorando ataques?
- Aparentei confiança?
- Negociei?

Você também pode anotar o que fez que fugiu do planejado e formas de aproximar-se mais do que deseja na próxima vez.

- Como posso descrever melhor a situação em uma próxima conversa?
- Como posso expressar minhas opiniões e emoções em uma próxima conversa?

E assim por diante. Não desanime. Aprender a se relacionar de forma mais saudável, uma vez que você já aprendeu a agir de outra forma ao longo da vida, envolve reformular diversas atitudes e caminhos mentais já automáticos. Não será do dia para a noite e

está tudo bem. Além do mais, algumas pessoas são realmente difíceis de lidar e, usando a habilidade, você perceberá mais rapidamente quando alguém não está disposto a dialogar (situação onde, talvez, o melhor seja se afastar).



## Capítulo 3. Comorbidades

Diagnóstico em transtorno mental é um negócio bastante delicado. Inúmeros fatores precisam ser analisados para que o profissional (psicólogo ou psiquiatra) possa chegar a uma conclusão final e, ainda assim, outro profissional pode ter um parecer diferente. A angústia psíquica não pode ser vista ou tocada e, por ser subjetiva, não é tão clara de detectar como, por exemplo, uma pneumonia. Para garantir a exatidão de um diagnóstico — importante para que haja um direcionamento correto do tratamento — a comunicação entre o psiquiatra e o psicólogo é de grande valia. O psicólogo é preparado para exercer a escuta terapêutica e analisar até o que não é dito. Muitas vezes, alguém procura um psicólogo por causa de um problema que, na verdade, é sintoma de outro, a ser descoberto durante o processo de psicoterapia. Lembre-se também da importância de munir os profissionais com o máximo de informações possível, facilitando a “investigação” do seu caso. Desconfie de diagnósticos prontos: é bem improvável sair de uma primeira consulta com certezas absolutas.

Para explicar o porquê da detecção do borderline ser tão enrolada (falamos extensamente disso no capítulo 1), vamos analisar o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente na quinta versão, sendo esse o material norteador deste capítulo. Esse manual segue as diretrizes da Associação Americana de Psiquiatria (American Association of Psychiatric — APA), e é referência mundial para profissionais da saúde ao lidar com transtornos mentais e seus critérios diagnósticos. O primeiro DSM foi publicado em 1952 e, desde então,

é periodicamente revisado e republicado (sua última versão saiu em 2013).

Para entender esse manual, é importante conhecer também a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, comumente chamada de CID. O documento, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), contém um código único para cada doença conhecida, sendo utilizado mundialmente como norte para identificá-las e diagnosticar pessoas corretamente. De forma simplificada: cada transtorno mental tem um código CID (único e universal) e seus critérios diagnósticos esmiuçados no DSM.

Ao pesquisar a palavra “borderline” no DSM, são encontradas mais de cem correspondências ao longo do livro. E, a partir daí, fica claro o cuidado necessário envolvido nesse diagnóstico. Na verdade, e vale o lembrete, qualquer diagnóstico de transtorno mental é delicado (reforço: envolvendo muito mais do que uma busca na internet!), contudo, focaremos aqui nas peculiaridades do borderline — são muitas. Para facilitar o entendimento de um modo geral, primeiramente vamos conhecer, um por um, todos os transtornos cujos sintomas possam se parecer em algum aspecto com os do borderline, compreendendo quais são as diferenças fundamentais para diferenciar os diagnósticos. Uma vez explanadas as semelhanças e diferenças, entenderemos em detalhes a personalidade borderline e seus desdobramentos.

Para a compreensão de diferenças e semelhanças entre diversos transtornos e o borderline, cada um será conceituado de forma bastante resumida. É importante lembrar que, na maioria dos casos, os transtornos podem ocorrer simultaneamente. Importante:

ao buscar a definição de qualquer outro diagnóstico que não o transtorno de personalidade borderline, o presente livro não será suficiente.

### **3.1 Parece mas não é: diagnósticos que podem gerar confusão**

#### **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**

Envolve um padrão persistente de desatenção, acompanhado ou não de hiperatividade e impulsividade, interferindo no desenvolvimento. Começa na infância e sua detecção envolve a observação do indivíduo em diversos ambientes, pois o TDAH não acontece em apenas um local (por exemplo, apenas na escola).

*O que tem em comum com borderline:* a confusão entre o TDAH e alguns transtornos de personalidade vem do fato de alguns comportamentos e características serem parecidos, como algum grau de desregulação cognitiva e emocional, intrusão social e desorganização.

*O que o diferencia:* não há, no TDAH, medo intenso de abandono, autolesão e a extrema ambivalência característica do TPB.

#### **Transtorno psicótico breve**

O transtorno psicótico breve está dentro do espectro da esquizofrenia, e seus sintomas incluem delírios, alucinações, comportamento catatônico e discurso desorganizado, contudo, de duração curta e com retorno total ao estado “normal”, anterior à crise.

*O que tem em comum com borderline:* a presença de um transtorno de personalidade pode predispor o indivíduo a apresentar

períodos breves de sintomas psicóticos, embora geralmente transitórios, não justificando o diagnóstico adicional.

*O que o diferencia:* pode estar presente ou não como comorbidade junto ao borderline, mas não abarca os diferentes sintomas deste, geralmente tratando-se de diagnóstico secundário, quando existir.

## **Transtorno bipolar**

Consiste, grosso modo, em alteração entre estados de humor díspares, incluindo episódios maníacos (intensa euforia, humor elevado, expansivo, aumento de energia, admite sintomas psicóticos), hipomaníacos (humor elevado, porém interferindo menos na rotina se comparado à mania) e depressivos (humor deprimido, falta de prazer, fadiga). Há mais de um tipo de transtorno bipolar, e seu diagnóstico leva em consideração inúmeros fatores não citados aqui. Importa ressaltar a complexidade do transtorno bipolar e seu impacto na vida de quem o possui, uma vez que nos dias atuais a condição parece banalizada pelo senso comum, tida apenas como uma característica atribuída a qualquer pessoa cujo humor mude bastante — não é simples assim e devemos prestar atenção para não usar o termo “bipolar” de forma incorreta.

*O que tem em comum com borderline:* mudanças de humor estão presentes nos dois transtornos, sendo comum a confusão entre os dois, especialmente no público leigo, pela sobreposição de sintomas. Porém, o bipolar é um transtorno de humor e o borderline, de personalidade. Com acompanhamento especializado, é

absolutamente possível diferenciar os dois transtornos ou mesmo identificar a presença de ambos em um único indivíduo.

*O que o diferencia:* diferente do borderline, onde as mudanças de humor são intensas e rápidas, o bipolar apresenta episódios mais longos (por exemplo, semanas) e esses estados diferem consideravelmente do comportamento habitual do indivíduo. O borderline sempre está oscilando de humor e esse estado é seu habitual.

### **Transtorno ciclotímico**

Diagnosticado quando há a presença, por pelo menos dois anos, de sintomas de hipomania e de depressão, sem que, porém, sejam satisfeitos os critérios para o transtorno bipolar. Os episódios hipomaníacos e de depressão são menos graves e se apresentam com irregularidade. Estima-se que o quadro ciclotímico evolua para o transtorno bipolar em parte considerável dos casos.

*O que tem em comum com borderline:* as mudanças acentuadas no humor estão presentes em ambos os transtornos, portanto, se os critérios para ambos forem satisfeitos, os dois devem ser diagnosticados.

*O que o diferencia:* similar à bipolaridade, o transtorno ciclotímico (transtorno de humor) não envolve diversos sintomas do borderline (transtorno de personalidade) que, quando presentes, indicarão qual o diagnóstico mais preciso.

### **Episódios ou transtornos depressivos**

Embora a depressão seja uma condição altamente conhecida hoje em dia, existem diversas roupagens para ela, podendo se manifestar de forma leve, moderada ou grave, persistente ou não. Basicamente, a depressão inclui o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer nas mais diversas atividades rotineiras. Causa prejuízo social, envolve fadiga, insônia ou hipersônia, ganho ou perda de peso sem motivo aparente, entre outros.

*O que tem em comum com borderline:* é usual a depressão surgir como comorbidade ao borderline, embora os dois não sejam facilmente confundidos por serem bastante distintos. A sensação constante de vazio e a confusão do *self* podem levar o indivíduo borderline a sentir-se deprimido, esse quadro podendo ou não evoluir para um episódio depressivo. A tristeza acentuada relatada pelos pacientes borderline, de maneira geral, passa rápido, assim como passam os outros estados de humor.

*O que o diferencia:* os transtornos depressivos não incluem ou explicam a maioria dos sintomas da personalidade limítrofe, assim, no caso da depressão e do borderline serem dois diagnósticos presentes, é possível diferenciá-los sem maiores dificuldades.

## **Transtorno da personalidade dependente**

Caracterizado por um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado. Possui oito critérios diagnósticos e requer que o indivíduo preencha ao menos cinco.

*O que tem em comum com borderline:* sensação de desconforto e desamparo ao sentir-se sozinho, preocupações irrealistas com abandono, submete-se ao outro para evitar uma separação e outros comportamentos típicos de uma dependência emocional. O transtorno da personalidade dependente pode ser comorbidade a outros transtornos de personalidade.

*O que o diferencia:* o borderline reage ao abandono com sentimentos de vazio, exigências, fúria, diferente do indivíduo com personalidade dependente que, nessas situações, mostra-se calmo e submisso. Não há, no transtorno dependente, o típico padrão relacional do borderline (instável e intenso).

## **Transtornos ansiosos**

Ansiedade é uma palavra bastante comum nos dias de hoje, diz-se inclusive ser o mal do século. A ansiedade é um sentimento natural e se torna um problema quando atrapalha a rotina da pessoa, tornando até as situações mais banais em desafios imensos, repletos de obstáculos, medos e preocupações. São inúmeros os transtornos existentes permeando a ansiedade, se diferenciando pela situação ou objeto causador do quadro. Podem ser persistentes, pontuais, generalizados, causar ou não ataques de pânico, entre outros.

*O que tem em comum com borderline:* embora a ansiedade possa ser identificada como uma comorbidade, o quadro ansioso em geral possui diferenças consideráveis quando comparado ao borderline. Entretanto, o transtorno ansioso de separação, caracterizado por preocupação quanto à proximidade e segurança

de determinadas pessoas (em geral pais ou cuidadores), pode ser confundido com o borderline, uma vez que em ambos os casos há uma dependência em relação ao outro.

*O que o diferencia:* é possível haver a presença dos dois transtornos, porém, embora o borderline envolva um grau de dependência do outro e uma possível ansiedade de separação, também traz impulsividade, dificuldades no funcionamento interpessoal e problemas gerais de identidade, sintomas que não poderiam ser explicados por um transtorno de ansiedade (de separação ou não).

## **Transtornos dissociativos**

Se caracterizam por perturbação ou descontinuidade da integração normal de processos como consciência, memória, identidade e percepção. Os transtornos dissociativos incluem os mais diversos episódios, dentre eles amnésia, despersonalização, dissociação de identidade, entre outros. Os episódios podem ser pontuais, despertados por algum trauma ou recorrentes.

*O que tem em comum com borderline:* um dos sintomas do borderline envolve sintomas dissociativos, de leves a intensos, o que poderia indicar também um transtorno dissociativo. Vale observar, contudo, a manifestação desses sintomas, sua periodicidade e gravidade.

*O que o diferencia:* a observação de cada caso indicará se há a presença de um transtorno dissociativo ou de episódios dissociativos isolados já abarcados pelo diagnóstico do borderline

(são episódios de menor gravidade e duração, não justificando a presença de outro diagnóstico).

## **Transtorno factício**

O transtorno factício consiste no fingimento de sintomas físicos ou psicológicos sem motivo aparente. Sua causa é desconhecida e sua manifestação vai além da simples desonestidade, sendo associado com dificuldades emocionais severas.

*O que tem em comum com borderline:* pessoas com transtornos de personalidade (em especial casos mais graves) podem apresentar transtorno factício. O quadro também envolve automutilação deliberada sem intenção suicida.

*O que o diferencia:* ainda que os dois diagnósticos coexistam, é possível delimitar as diferenças no que tange a autolesão não suicida pois, sendo ela fruto de transtorno factício, ocorrerá em associação a fraude. Dentro de um quadro de borderline, a autolesão é expressão de sofrimento interno intenso, não sendo um quadro inventado.

## **Bulimia nervosa**

A bulimia é caracterizada por quadros recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios inadequados (exercícios em excesso, indução ao vômito, uso de laxantes, entre outros), e uma autoavaliação distorcida diretamente ligada ao peso e à forma corporal.

*O que tem em comum com borderline:* o comportamento de exagero alimentar (incluindo quadros de compulsão) pode ser uma das formas de manifestação do comportamento impulsivo do borderline.

*O que o diferencia:* o paciente diagnosticado com bulimia nervosa não apresentará os critérios diagnósticos que também o enquadrariam como borderline, e o paciente borderline que eventualmente exiba uma compulsão alimentar não necessariamente recorrerá a estratégias purgativas nem terá uma avaliação distorcida do próprio corpo. É importante ressaltar que a presença de bulimia é uma comorbidade relativamente comum ao quadro de TPB.

### **Transtorno explosivo intermitente**

No transtorno explosivo intermitente, a pessoa apresenta explosões comportamentais recorrentes e uma falha em controlar impulsos agressivos, demonstrando-os de forma desproporcional ao acontecimento. Não são explosões premeditadas, mas causam prejuízo significativo na vida do indivíduo.

*O que tem em comum com borderline:* há a explosão e o descontrole dos impulsos agressivos.

*O que o diferencia:* não haverá os outros critérios do borderline além da raiva acentuada. Um dos critérios observados pelo profissional ao atender um paciente com essa suspeita diagnóstica é exatamente a diferenciação precisa do transtorno explosivo intermitente com outro transtorno mental, já que explosões emocionais são comuns também a outros diagnósticos.

## **Transtorno da personalidade histriônica**

Envolve emocionalidade acentuada e busca de atenção em excesso, desconforto em não ser o centro das atenções, expressão superficial de emoções, teatralidade, enfim, são pessoas entusiasmadas que buscam sempre ser a “alma da festa”, inclusive apelando a cenas e histórias que tragam os holofotes para si.

*O que tem em comum com borderline:* há nos dois diagnósticos a busca por atenção, um possível comportamento manipulativo e mudanças rápidas nas emoções. É o mais parecido com o TPB em termos de apresentação, podendo ser também uma comorbidade.

*O que o diferencia:* não há, no transtorno histriônico, a autodestrutividade, os rompantes de raiva nos relacionamentos e o persistente sentimento de vazio profundo e perturbação da identidade presente no borderline.

### **3.2 Comorbidades mais comuns**

Comorbidade é a associação de diferentes doenças ocorrendo de modo simultâneo num mesmo paciente. No universo dos transtornos mentais, a palavra comorbidade é bastante comum, sendo assim, o paciente psiquiátrico pode apresentar um diagnóstico “principal” e algum outro, talvez em menor intensidade, ao mesmo tempo. Por exemplo, um paciente diagnosticado com depressão pode também apresentar ansiedade. É importante o conhecimento desse termo porque o transtorno de personalidade borderline raramente aparece sozinho: a presença de uma comorbidade (ou mais) é bastante comum. Os critérios diagnósticos do borderline são suficientes para, por si só, emaranhar-se com os mais diversos transtornos (como vimos acima, um a um) e a apresentação dos sintomas pode ser confundida com algum outro transtorno, levando a um diagnóstico errôneo ou mal interpretado. Cabe ao profissional de saúde fazer o diagnóstico diferencial nos casos onde há dúvida.

Ter uma comorbidade não te torna “mais doente”, simplesmente aponta para os profissionais responsáveis pelo seu tratamento quais caminhos podem seguir dentro do quadro completo que você apresenta. Algumas comorbidades são mais simples e outras mais complexas: um diagnóstico de transtorno bipolar e transtorno de personalidade borderline, simultaneamente, sugere um quadro delicado e um tratamento intensivo, por exemplo. Já um paciente borderline com comorbidade de depressão é, em geral, um quadro esperado e mais comum. É claro que cada caso é um caso e a singularidade de cada pessoa deve ser considerada: a

média é uma estimativa e haverão casos completamente diferentes do esperado. Talvez soe repetitivo, porém em saúde mental é imprescindível ressaltar a peculiaridade de cada caso.

Algumas das comorbidades mais comuns ao transtorno de personalidade borderline são: transtorno depressivo (seja leve, moderado, grave ou persistente), transtornos de ansiedade, bulimia, transtorno por uso de substâncias, entre outros. Os aspectos da personalidade borderline podem atuar como fatores desencadeantes para o surgimento de comorbidades, por exemplo, a tendência a comportamentos compulsivos facilitando o surgimento de um transtorno alimentar, o sentimento crônico de vazio facilitando a depressão, e assim por diante. Isso não implica em causalidade (por ter TPB então desenvolverei depressão) e sim em correlação (por ter TPB há uma probabilidade de também desenvolver depressão).

### **3.3 Técnica três: respiração diafragmática**

Pare um pouco de refletir sobre as suas possíveis comorbidades e preste atenção na sua respiração. Talvez seja difícil, depois de abordar tantos diagnósticos diferentes e termos possivelmente confusos. Tire um tempo para respirar de forma mais conscienciosa.

Nós respiramos o tempo todo e, ainda assim, quase não prestamos atenção a esse processo. Uma das técnicas usadas na terapia cognitivo comportamental (e também em relaxamentos de modo geral, yoga, mindfulness, etc.) é a respiração diafragmática. Talvez pareça bobagem e até exagero dizer que o simples fato de respirar de uma maneira determinada ajude muito a restabelecer seu equilíbrio emocional, mas é real, e há uma explicação biológica para isso.

Quando respiramos profundamente, ativamos o sistema nervoso parassimpático, responsável por, entre outras funções, nos acalmar, reduzir o estresse e ajudar o corpo a retomar o equilíbrio (por isso que técnicas de respiração são excelentes para lidar com sintomas de ansiedade). E o diafragma, um grande músculo que fica logo abaixo dos pulmões, tem um papel muito importante nesse processo: quanto mais ele se contrair, mais ar caberá em seus pulmões, potencializando o efeito de um exercício de respiração.

Para praticar a respiração diafragmática, lembre-se de um bebê respirando. A barriguinha do bebê sobe e desce conforme ele respira, e o objetivo será imitar esse movimento. Os adultos, de modo geral, respiram movimentando o peito. Faça o teste, peça a qualquer um para respirar fundo e provavelmente verá essa pessoa subindo e descendo os ombros ao fazê-lo.

Para maximizar o poder da sua respiração usando o diafragma, sente-se de maneira confortável em uma cadeira, apoie a mão levemente em sua barriga e inspire lentamente, buscando movimentar o abdômen, não os ombros ou o peito. Fazendo esse movimento, o ar entrará livremente, preenchendo todo o espaço disponível em seu pulmão. Segure a respiração por alguns segundos e expire lentamente, como se estivesse assoprando uma vela e não pudesse apagar a chama. Repita o exercício.

No começo, é necessário sentar e prestar atenção, mas, com a prática, você conseguirá respirar desse jeito sempre que quiser. Existem inúmeras evidências dos benefícios imediatos desse exercício, especialmente quando alguém está nervoso, ansioso ou agitado. Caso a descrição tenha parecido confusa, busque na internet vídeos ensinando a técnica. É bem simples e muito poderosa.

Vale lembrar que é necessário praticar, de preferência diariamente, para atingir o resultado desejado. Se você nunca treinou a respiração diafragmática e começar num dia que está com os nervos à flor da pele, não sentirá o efeito completamente. Com o tempo, o seu corpo ficará acostumado ao exercício, entendendo aquilo como um momento seguro de relaxamento e calma. Vale treinar a respiração antes de dormir, ao deitar na cama.

### **Manual rápido de respiração diafragmática:**

1 - Sente-se confortavelmente, apoie as mãos levemente em sua barriga.

- 2 - Respire lentamente pelo nariz, por quatro segundos. Evite mexer o peito e os ombros, ao invés disso movimentando o abdômen.
- 3 - Segure o ar por dois segundos.
- 4 - Expire lentamente pela boca, por seis segundos.
- 5 - Repita o movimento quantas vezes desejar.



## **Capítulo 4. De onde veio?**

Talvez a pergunta que invariavelmente toda pessoa diagnosticada com borderline faz ao menos uma vez é: de onde veio esse transtorno? Qual a causa? Afinal, há de existir um motivo que explique tudo isso, certo? Pois já aviso de antemão que esse capítulo não trará essa resposta a você. Mas, sem dúvida, vai te ajudar a entender um pouco melhor o porquê dessa pergunta não ter uma resposta certa.

## 4.1 Correlação e causalidade

Já vimos que todo transtorno mental é multifatorial (lembra da receita do bolo lá no capítulo 1?), ou seja, não tem uma causa específica que possa ser determinada. Existem correlações possíveis e probabilidades, entretanto, não há uma causalidade definitiva no surgimento de um transtorno. Um exemplo prático: imagine um grupo de pessoas que passaram juntas por um trauma importante, por exemplo, um assalto com reféns em uma agência bancária. Após o ocorrido, é possível que algumas delas apresentem TEPT (transtorno de estresse pós traumático). O curioso, porém, é que algumas não apresentarão nenhuma reação. O que podemos concluir desse exemplo? Embora um trauma seja um fator desencadeante para o surgimento de TEPT, ele sozinho não o explica. Há correlação, mas não há causalidade. Existem fatores biológicos, sociais e psicológicos particulares a cada pessoa, assim, um trauma isoladamente não causará a mesma reação a todos os envolvidos.

A mesma coisa ocorre no transtorno de personalidade borderline. Pessoas com histórias de vida absolutamente diferentes podem apresentar o transtorno e não há como apontar exatamente o que o causou; somado a isso, não existe um marcador biológico que aponte o borderline, ou seja, nenhum exame é capaz de detectar o transtorno. Contudo, é relevante observar, dentro da literatura científica, o que aparece regularmente no relato de pacientes borderline.

Nesse sentido, existem alguns fatores desencadeantes comuns dentro dessa população:

- experiência de abandono ou perda na infância;
- abusos sexuais ou físicos (em especial na infância mas também em outras faixas etárias);
- dificuldades de encaixar-se em seu ambiente (familiar ou social num geral), levando a um sentimento invalidante em geral;
- outros familiares com transtorno de personalidade borderline, sugerindo um fator hereditário e genético relevante.

Importa ressaltar que a presença ou ausência de qualquer um desses fatores não indica com certeza o desenvolvimento ou não do TPB. Algumas pessoas desenvolvem o transtorno mesmo com condições familiares e sociais positivas, sem nenhum histórico de abuso ou mesmo sem ter nenhum familiar com transtorno mental. Da mesma forma, uma mulher borderline que atenda a todos os “requisitos” citados acima pode ter uma filha sem que esta jamais apresente sintomas de nenhum transtorno. Não há uma causalidade absoluta e nenhum culpado a ser apontado, e é importante ter isso em mente ao longo do tratamento, para evitar gastar um tempo considerável buscando os motivos e os porquês: isso é o equivalente ao cão que corre atrás do próprio rabo.

## 4.2 Ambiente invalidante

Dito isto, é interessante esmiuçar o conceito de ambiente invalidante, talvez o fator mais comum à história de vida do paciente borderline. Um ambiente invalidante, como o nome já sugere, não valida a experiência de um indivíduo, fazendo com que o mesmo se sinta inadequado, à margem.

Pode acontecer no âmbito familiar ou social (escola, trabalho, grupo de amigos). Ambientes invalidantes são aqueles onde as experiências de alguém não são legitimadas, especialmente as experiências privadas (emoções, sensações, desejos). Um exemplo simplista disso é a mãe que diz para a criança que chora perante o joelho ralado após uma queda: “engula o choro e pare de frescura, você nem se machucou”. Aqui, a criança lida com a ambivalência de seu sentimento privado — o machucado lhe parece enorme, dolorido — e a invalidação de sua mãe, fazendo com que a emoção da criança seja deslegitimada. Sentir algo genuinamente e ouvir que isso é bobagem (ou seja lá qual a definição usada pelo outro) leva a um conflito cognitivo onde a emoção é completamente invalidada. Um ambiente invalidante é aquele no qual a maioria das experiências de alguém é invalidada por seus pares. Isso inclui também o excesso de críticas, julgamentos, falta de atenção e cuidado, controle invasivo e desrespeito às diferenças.

Provavelmente todo mundo já viveu alguma situação onde sentiu-se invalidado. Porém, essa experiência repetida vez após vez impede o amadurecimento de um mecanismo de resolução e gerenciamento de problemas: se tudo o que eu sinto é mentira ou está errado, como eu lido com essa sensação? Os caminhos mais

comuns são ignorar e suprimir o sentimento ou a revolta e a explosão para impor aos outros o que de fato está sendo sentido.

Essas situações são comuns em um ambiente caótico e desorganizado, onde comportamentos explosivos são reforçados (“apenas quando eu grito me escutam”) e onde a postura resignada parece resolver o conflito (“deixa pra lá, devo estar errado”). Esses fatores podem contribuir para um enfrentamento empobrecido perante as problemáticas comuns ao dia a dia, minar a autoestima do sujeito e estabelecer um estado de constante dúvida em relação aos próprios sentimentos. A pessoa que grita e esperneia quando quer algo, talvez tenha aprendido que só assim será escutada. A pessoa que depende do outro para tudo, talvez tenha crescido escutando que estava sempre errada, precisando buscar pistas no ambiente e no outro para se sentir validada.

Em contrapartida, um ambiente validante legitima as experiências de todos os membros, por mais diversas que sejam entre si. Há aceitação e tolerância, sem necessidade de controlar ou mudar o outro. Um ambiente validante favorece a solução e o gerenciamento de problemas, enfrentando-os ao invés de suprimi-los. Ao perceber-se num ambiente invalidante, é possível trabalhar com as pessoas envolvidas para modificar essa realidade, embora isso não seja fácil e nem tão claro quando se está dentro da dinâmica (especialmente se isso ocorrer durante a infância).

Um ponto interessante da teoria por trás da terapia comportamental dialética (ver capítulo 2, seção 2.4) é o entendimento de uma vulnerabilidade inata à algumas crianças no sentido de serem mais afetadas por ambientes invalidantes. O modelo da teoria, chamado de biossocial, supõe necessária uma

junção de biologia e genética (fator “bio”) com o ambiente e experiências propícias (fator “social”) como elementos cruciais para o surgimento do transtorno borderline. É como juntar a fome com a vontade de comer: uma criança que já é sensível e tem uma regulação emocional deficitária, quando colocada num ambiente que a invalida poderá desenvolver o transtorno. Por outro lado, talvez uma criança cujo emocional é mais fortalecido (por razões genéticas e biológicas inatas que a ciência ainda não é capaz de explicar completamente), caso colocada nesse ambiente invalidante cresça sem apresentar nenhum transtorno. Ou seja, inúmeros fatores precisam ser considerados, não existindo uma resposta pontual.

Uma ressalva importante são os casos de abuso sexual na infância. Muito relatado por pacientes borderline, o abuso sexual é um importante preditor do transtorno, ainda que o ambiente seja saudável afora dessa situação. Também não é uma causa determinística, mas crianças abusadas têm chances maiores de apresentar transtornos de personalidade quando adultas.

### **4.3 O cérebro borderline**

Não temos hoje um exame clínico para diagnosticar o borderline. Todo o processo de diagnóstico ocorre via entrevistas clínicas, mas isso não significa que não existam diversas pesquisas apontando para especificidades do cérebro borderline. Há a hipótese de que as influências biológicas incluam a genética, o ambiente intrauterino, as experiências na infância e tudo isso poderia atuar no desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso.

Pesquisas apontam uma alteração no sistema cerebral associado à regulação das emoções, as estruturas límbicas. No borderline, essas estruturas seriam mais facilmente ativadas. A efetividade em atenuar os sintomas do transtorno através do uso de antipsicóticos que atuam na área límbica pode ilustrar essa relação. Uma outra possível alteração muito relacionada ao transtorno borderline diz respeito à amígdala, estrutura cerebral responsável por gerenciar ansiedade, medo, controle de agressividade e respostas emocionais de maneira geral. Alguns estudos apontam uma diminuição (ou atrofia) dessa estrutura no borderline.

Para diversos transtornos mentais (senão a maioria), muitas pesquisas ainda são necessárias para termos certeza de como é (e se existe) um padrão cerebral específico determinante de tal manifestação psicológica. A falta de um exame que nos permita “ver” a existência do transtorno borderline torna a questão do diagnóstico ainda mais envolta em mistério. A boa notícia é que o conhecimento científico nunca para e há cada vez mais interesse em desvendar os caminhos do cérebro humano.

Nesse sentido, é válido refletir sobre o que muda, do ponto de vista de quem sofre, ter ou não um exame de imagem que

mostre alguma alteração no cérebro. Se há sofrimento, há sofrimento e, talvez, a necessidade de “provar” isso, gere ainda mais sofrimento. Por ora, as respostas para essas questões seguem incertas.

#### **4.4 Técnica quatro: quatro reflexões para lidar com a raiva**

Talvez refletir sobre a origem do transtorno borderline tenha te desestabilizado, gerando emoções negativas. Talvez você esteja sentindo raiva, tristeza, medo. Independente da emoção, esse exercício poderá ser usado. A escolha da raiva como exemplo é proposital: o borderline, em sua montanha russa de emoções, é muito intenso em seu sentir e quando sente raiva, pode sentir muita, mas muita raiva. A ideia aqui é trabalhar com reflexões guiadas, de preferência anotando-as usando papel e caneta, para concentrar-se totalmente na tarefa. Quando você para tudo e foca em escrever sobre uma emoção, começa a compreendê-la melhor.

Escrever é um espaço de autoconhecimento e desabafo. As quatro fichas para lidar com a raiva tem como propósito exatamente isso: um momento seu, onde você vai descrever uma situação, pensar sobre um “plano B”, tentar executá-lo e, depois, anotar como foi. Pode adaptar à vontade pro seu contexto e criar fichas novas também (inclusive para outras emoções, como tristeza, medo, etc.).

Não espere que isso resolva tudo de uma vez. Se a raiva, hoje, te desequilibra, há um longo caminho até o momento onde ela te desequilibre menos ou seja totalmente “domada” — e isso não significa deixar de sentir, mas sim, saber o que fazer com o sentimento, ao invés de agir impulsivamente. Se estiver com muita raiva pode riscar o papel todinho e xingar a ficha também. Isso já é um mecanismo de desviar a raiva para um outro objeto e vai ao encontro com o propósito do exercício.

#### **Reflexão 1 - A raiva e a motivação**

Encontrar motivação para lidar com a raiva é um desafio. Imagine como seria sua vida sem os ataques destrutivos de raiva que você tem hoje e anote tudo que viria de bom com essa mudança (por exemplo: menos conflitos com minha esposa, evitar gastos com objetos de valor quebrados, enfim, qualquer ganho que você possa ter por controlar esse sentimento). Coloque na balança o que você tem a perder caso continue deixando a raiva controlar o seu modo de agir quando ela se manifesta.

## **Reflexão 2 - A raiva e o oposto**

A raiva gera o desejo de fazer alguma coisa. Agir de forma contrária ao que a emoção te pede para fazer coloca você no controle da situação, ao invés de deixar a emoção ser protagonista. Se sentir vontade de xingar, cante. Se sentir vontade de gritar, sente-se em silêncio e respire. Se sentir vontade de jogar objetos na parede, abrace suavemente um travesseiro. Ok, talvez seja difícil, talvez até pareça impossível. Mas cada pequeno passo dado no sentido de não obedecer a sua emoção te deixará mais forte perante aquele sentimento. Praticar a ação oposta quebra o ciclo da impulsividade e tira a emoção do controle. Na hora da raiva, pense: o que eu estou com vontade de fazer? Qual o oposto disso?

## **Reflexão 3 - A raiva e o movimento**

A raiva é uma emoção energizante. Gastamos energia gritando, batendo, xingando. Que tal canalizar essa energia em

algum movimento físico que canse seu corpo e acalme sua mente? No momento da raiva, vá correr, dançar, praticar um esporte (por exemplo, boxe). Canalizando a energia da raiva em algo físico e seguro, você tira o foco de outras atividades potencialmente perigosas (dirigir, bater, se machucar) e cansa o seu corpo, eventualmente diminuindo a força da emoção. Se possível anote, após a tentativa, quais movimentos deram certo e quais não. Talvez correr com raiva acabe resultando em uma lesão nos pés, por exemplo. Sempre podemos aprender com a experiência, mesmo quando negativa.

#### **Reflexão 4 - A raiva e o aprendizado**

Não importa quão intensa seja uma emoção, em algum momento ela cessará. Após a explosão, você pode refletir sobre aquele sentimento e entender um pouco melhor sobre seu funcionamento nesses momentos desafiadores. A raiva também ensina coisas sobre você. Ela pode te mostrar quais são seus limites, o que te tira do sério, quais situações te desafiam e quais te magoam. Nem sempre o aprendizado será positivo. De repente você perceberá, após um momento de raiva, que é mesmo uma pessoa impaciente. Não há nada de errado, conhecer um aspecto sobre nós mesmos que nos incomoda é o primeiro passo para modificá-lo. Descreva qual foi a situação que causou a raiva e como você agiu; depois, reflita sobre o que essa situação te ensinou sobre você e como, numa próxima vez, pode agir no sentido de ser menos afetado.





## Capítulo 5. Fases da vida

Transtornos de personalidade, normalmente, são diagnosticados após os dezoito anos. Contudo, há muita discussão nesse sentido, afinal de contas, ninguém chega à maioridade a partir do nada; existiram dezoito anos de experiências antes dessa data. No caso específico do transtorno de personalidade borderline, não é uma regra que o diagnóstico seja fechado somente após os dezoito anos e muitos pacientes relatam sintomas e mesmo um diagnóstico preciso bem antes disso. É normal que exista uma confusão nesse sentido; cada pessoa tem sua história e não existe um caminho único para o aparecimento do TPB.

Ressalto novamente a existência de um processo formativo da personalidade (conceito abordado no capítulo 1), contínuo e dependente das experiências pessoais de cada um. Tipicamente, a personalidade não está totalmente formada até o início da idade adulta, por questões inerentes às diferentes faixas etárias e ao desenvolvimento do cérebro. Diagnosticar um transtorno em uma personalidade que não está completamente formada pode ser um movimento arriscado; por outro lado, alguns relatos clínicos de pacientes com idade abaixo de dezoito anos sugerem claramente a presença de sintomas típicos ao transtorno borderline e, nesses casos, não faz sentido esperar a maioridade para orientar esses pacientes sobre o transtorno e iniciar o tratamento dos sintomas.

Não há um manual de como é o borderline em cada fase da vida, mas alguns pontos podem ser observados.

## 5.1 Infância

Não parece coincidência que uma grande parte dos pacientes diagnosticados com TPB passaram por abuso sexual durante a infância; esse acontecimento pode ser um importante preditor do transtorno. É comum também a presença de um ambiente invalidante (ver capítulo 4), cujas características podem favorecer o desenvolvimento do borderline. Negligência, abusos físicos ou psicológicos e adversidades de maneira geral são apontados como fatores de interesse na investigação da infância do paciente borderline.

Contudo, alguns pacientes com quadro bem definido de borderline não relatam situações extremas em sua infância. Outros relatam pequenos acontecimentos desagradáveis que não parecem significativos mas, para eles, foi importante a ponto de levantar a dúvida: será que foi isso que me “deixou” assim? Cada criança tem um nível particular de sensibilidade e não temos como medir o impacto de cada experiência em cada pessoa. Mais uma vez, não é possível estabelecer um ponto de corte.

Após o diagnóstico de borderline, é comum que nos perguntemos sobre experiências passadas, fazendo aquela varredura mental na memória para procurar os primeiros sinais de comportamentos disfuncionais. A partir daí, dá para coletar um monte de relatos de caso da infância de cada um, comparar e elaborar teorias mirabolantes. Acaba-se caindo numa situação de ovo ou galinha: o que veio primeiro?

Como já vimos, o consenso científico hoje é o caráter multifatorial de todo transtorno mental. Assim, observar uma criança

com características aparentemente sugestivas do borderline não garante que ela crescerá e desenvolverá qualquer transtorno mental. Da mesma forma, o paciente adulto com o diagnóstico não necessariamente foi uma criança com características distintas que indicassem esse desfecho. Embora não seja consenso, alguns dos comportamentos dignos de atenção na infância incluem sintomas depressivos, agressivos, sensibilidade emocional, exclusividade nas amizades, entre outros.

Do ponto de vista dos manuais diagnósticos, o transtorno borderline manifesta-se no início da idade adulta, a partir de uma junção de fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, etc. Entretanto, na iminência de qualquer sintoma ou sofrimento, relatados pela criança ou notados pelos pais (ou cuidadores), é válido buscar um profissional da saúde mental — idealmente especialista em infância — para o acompanhamento ao longo da formação de sua personalidade.

## 5.2 Adolescência

A adolescência é um período onde, naturalmente, há uma confusão de identidade e um sofrimento típico dessa fase. No caso de pessoas diagnosticadas com TPB, é bastante comum que os traços do transtorno estivessem presentes nessa fase da vida, ainda que de forma menos intensa. Existem pacientes adolescentes com um quadro classicamente borderline, diagnosticados antes dos dezoito anos pela facilidade do clínico em visualizar os sintomas. Por outro lado, muitos pacientes diagnosticados com borderline no início da idade adulta relatam um grande sofrimento na adolescência, porém sem que isso fosse identificado como tal ou levado a sério pelos familiares, afinal de contas, tem-se no imaginário popular que todo adolescente “dá trabalho”.

O perigo de diagnosticar um transtorno de personalidade na época onde, por definição, o jovem está se descobrindo e vivendo intensas mudanças físicas e hormonais, é o risco de patologizar comportamentos normais da adolescência. Por outro lado, com uma observação treinada e atenta é possível distinguir onde acaba a adolescência “comum” e onde começam os transtornos, assim, o acompanhamento da saúde mental do adolescente que apresenta desregulação emocional intensa, depressão ou qualquer outro sintoma preocupante é de grande importância; independente da idade, sofrimento é sofrimento. Felizmente vivemos hoje numa sociedade mais aberta para discussões a respeito da saúde mental. Em contrapartida, nas redes sociais muito se fala sobre transtornos, automutilação, técnicas extremas de emagrecimento, e alguns

desses comportamentos têm um alto poder de contágio, muitas vezes sendo o fator desencadeante para o início de um transtorno mental. É um equilíbrio delicado; conversar sobre suicídio, por exemplo, é um fator de proteção, embora muitas pessoas não abordem o tema com o público jovem para evitar “dar ideias” aos adolescentes.

Deixando de lado as reflexões, a adolescência é um período onde normalmente as pessoas vivenciam laços complexos de amizade, discordâncias com familiares, os primeiros relacionamentos amorosos, enfim, muitas situações onde o comportamento intenso do borderline encontrará terreno para se desenvolver. Ressalto os primeiros relacionamentos amorosos como momentos cruciais: muitas pessoas diagnosticadas com TPB relatam um início dramático no campo das relações amorosas. Não é nada surpreendente, tratando-se de um jovem mais sensível pela sua biologia, experiências bastante dolorosas e até traumáticas nesse período da vida.

Os sinais comuns da adolescência — indecisão, intensidade, revolta, inconstância, modulação de si mesmo a partir do grupo, entre outros — no borderline serão intensificados. Um transtorno de personalidade não acontece de um dia para o outro, aliás, é critério diagnóstico que as características do transtorno sejam constantes ao longo dos anos, envolvendo de forma difusa diversos aspectos da vida do indivíduo. Dessa forma, o borderline pode até ser identificado apenas na idade adulta mas, de algum modo, estava ali o tempo todo, consolidando-se conforme a personalidade se delineava.

Há psicólogos que atuam especialmente com adolescentes que apresentam essa intensa desregulação emocional, existindo uma suspeita de transtorno borderline ou não, assim, há espaço para o tratamento de sintomas dessa ordem (o tratamento chamado DBT-A é a adaptação da terapia comportamental dialética para o público adolescente).

Tão logo um sintoma incômodo for tratado, mais rápido ele poderá entrar em remissão. Nesse sentido, a linha de corte dos dezoito anos pode até ser mantida para o diagnóstico a depender do caso, mas o encaminhamento desses sintomas não deve esperar. Olhar um adolescente em sofrimento e afirmar categoricamente que isso é coisa da idade e logo vai passar é uma postura invalidante e problemática, não só por desconsiderar completamente a subjetividade desse jovem mas também por dar um terreno fértil para os sintomas criarem raízes até a idade adulta, onde finalmente serão investigados.

### 5.3 Idade adulta

O início da idade adulta é a fase crucial para a identificação do transtorno borderline (embora algumas pessoas só descubram o diagnóstico numa idade mais avançada). Diagnósticos levam em conta aspectos comuns dentro de uma cultura e é no início da idade adulta que os sintomas do borderline realmente impactam de forma definitiva na vida das pessoas: a adolescência acabou, espera-se (tendo como referência o “normal” da nossa cultura) que essa pessoa alcance um equilíbrio, tenha um trabalho, estabeleça uma família, saiba mais ou menos quem é e o que deseja. Se essas obrigações arbitrárias da sociedade causam sofrimento para praticamente todo mundo, para o borderline o peso é ainda maior.

Uma das características do transtorno é a inconstância do *self*, ou seja, o borderline já possui, naturalmente, uma sensação confusa a respeito de si mesmo; ao ser confrontado com a idade adulta, tudo parece “demais”, é esmagador. Relacionar-se e pensar em casamento quando seus sentimentos oscilam nos extremos entre valorização e desvalorização? Manter-se num trabalho fixo quando você não sabe direito quem você é? Lidar com o mundo como um adulto quando, por dentro, você se sente prestes a quebrar? É um conflito considerável. De certa forma, a adolescência do borderline parece estender-se para a idade adulta; muitos autores definem o borderline como sendo uma pessoa cuja maturidade emocional é similar a de uma criança. São percepções simplistas de um quadro muito mais complexo, mas dão uma ideia de como esse transtorno pode impactar gravemente a vida, nos mais diversos aspectos.

O momento do diagnóstico é um marco de alívio e sofrimento, simultaneamente. O paciente sente-se melhor por saber que há um nome para o que ele sente; por outro lado é confrontado com uma série de informações sobre o transtorno, algumas bastante desconfortáveis e alarmantes. Tudo isso somado ao momento de tornar-se adulto, com todas as inúmeras variáveis a se considerar, não costuma ser fácil.

O adulto borderline já exhibe, de forma perceptível, os sintomas do transtorno. Normalmente é o paciente que chega na terapia ou na emergência psiquiátrica e relata um histórico estável em sua instabilidade, muito sofrimento e diversos comportamentos típicos. Nessa idade, se há o transtorno e o indivíduo busca ajuda, o diagnóstico será muito mais fácil; a adolescência já passou, a personalidade está consolidada, o cérebro já atingiu o desenvolvimento total. Contudo, ao invés da estabilidade esperada de um adulto, o borderline exhibe um padrão disfuncional e, em alguns casos, o início da idade adulta demarca também o início de um profundo sofrimento.

A ideia não é pintar um quadro negativo, especialmente quando já sabemos que o prognóstico do borderline é bastante positivo com o tratamento adequado. Porém, o momento do diagnóstico costuma ser turbulento, talvez porque dificilmente o paciente chegará equilibrado ao consultório dizendo “desconfio que haja algo de errado com alguns aspectos do meu comportamento”. Não, muito pelo contrário, o diagnóstico vem tipicamente após ou durante uma crise, ou em uma internação psiquiátrica, entre outros momentos complicados. Dessa forma, e é inclusive daí que vem o nome desse livro, a primeira pergunta que a pessoa recém

diagnosticada costuma fazer para si mesma é: “border, e agora?”, de certa forma abrindo um espaço para essa nova realidade onde há um nome para tudo aquilo que antes parecia tão indefinido.

Um ponto importante a ser mencionado envolve o prognóstico de melhora apontado pelas pesquisas mais recentes sobre o tema. Alguns autores citam a década dos 30 ou 40 anos, ou a meia idade, como um momento onde o borderline experimentará uma remissão dos sintomas, possivelmente cessando (ou diminuindo muito) o sofrimento. Esse prognóstico de melhora não acontece apenas devido à passagem do tempo e é aqui onde há muita indignação por parte de alguns pacientes, já com mais de 30 ou 40 anos e com sintomas ainda intensos do transtorno. A melhora envolve também a detecção do transtorno e o tratamento correto. É possível uma melhora apenas com o passar do tempo, mas não é o mais comum.

Existem pacientes que passam anos em terapias alternativas ou pouco efetivas e têm a impressão de não melhorar nunca. Outros passam a vida toda transitando de forma errática por diversos tratamentos, sem a dedicação necessária para uma melhora considerável. Há também a pessoa que, embora sempre tenha exibido um padrão borderline, busca um profissional da saúde mental pela primeira vez numa fase mais avançada da idade adulta, recebendo seu diagnóstico e iniciando seu tratamento apenas nesse momento. Casos assim escapam um pouco da estatística, bem como casos de pacientes com apresentação crônica do transtorno, com comportamentos muito enraizados, convivendo com pessoas e ambientes tóxicos ou invalidantes, enfim, estatísticas não podem prever a enorme gama de possibilidades da vida humana e do

desenvolvimento e remissão do TPB a depender do contexto. De qualquer maneira, a literatura aponta para uma melhora considerável após alguns anos de tratamento, assim, nunca é tarde para buscar ajuda profissional.

## 5.4 Técnica cinco: *continuum* cognitivo

O *continuum* cognitivo é uma técnica interessante para reavaliar pensamentos polarizados, aqueles no formato ou oito, ou oitenta. Para começar, descreva em uma frase alguma crença negativa que você tem sobre si, por exemplo: “eu sou um fracasso”. Agora reflita sobre quão fracassado você acha que é, considerando 0% nada fracassado e 100%, totalmente fracassado. Pensou num número? Muitas pessoas com transtorno de personalidade borderline se acham um fracasso, seja por baixa autoestima, por sentirem-se indignas de amor, entre outros motivos. Mas, no exercício, você pode usar qualquer crença negativa sobre você.

A seguir, descreva em exemplos como seria, para você, uma pessoa totalmente fracassada. Totalmente mesmo! O mais fracassada possível. Talvez essa pessoa totalmente fracassada nunca tenha conquistado nada em sua vida. Talvez nunca tenha trabalhado ou tido alguma amizade. Uma pessoa totalmente fracassada é tão *loser* (perdedora) que nem se preocupa com seu próprio fracasso. Enfim, use a imaginação para descrever alguém que seja o estereótipo do fracasso. Esses exemplos são arbitrários, porque a definição de fracasso, ou de qualquer outra característica, é algo muito pessoal.

Agora volte a pensar sobre aquele número que você deu para você mesmo no começo do exercício. Se compare com a pessoa totalmente fracassada descrita em seguida. Se essa pessoa que você descreveu representa 100% de fracasso, será que você realmente merece a mesma nota que atribuiu para si mesmo lá no início? Reflita honesta e racionalmente sobre sua crença negativa.

Provavelmente, após o exercício, você perceberá que não está tão ruim assim. Talvez você tenha se avaliado, a princípio, como 90% no “placar do fracasso” e, após uma comparação com aquilo que você definiu como uma pessoa totalmente fracassada, perceba que exagerou. E não se trata de, de repente, enxergar-se como 0% fracassado, nem como a pessoa mais bem sucedida de todos os tempos. A ideia é avaliar essa crença negativa de forma mais racional e próxima da realidade. As pessoas, às vezes, são muito duras consigo mesmas.

Siga na reflexão e pense como é aquela pessoa 0% fracassada. Reflita sobre como você pode se aproximar desse modelo. Será mesmo que você é um fracasso tão grande assim? Provavelmente não. Pensamos coisas negativas sobre nós e acabamos por acreditar nesses pensamentos. Desconfie sempre dessas coisas rígidas e absolutas que você acredita sobre você.

Se, no final do exercício, você concluir que realmente está próximo de 100% no “placar do fracasso”, ao menos você terá um parâmetro geral para começar a trabalhar consigo mesmo e se modificar, chegando cada vez mais perto da “pontuação” ideal. Contudo, procure fazer o exercício com bastante racionalidade. É bem difícil qualquer pessoa ser 100% alguma coisa. Não vale dizer que você é e acabou, sem nem refletir sobre o assunto. Use as evidências que você tem e não apenas o que seu pensamento negativo está te dizendo.



## **Capítulo 6. O border e o outro**

As relações interpessoais costumam ser afetadas quando há alguém com TPB envolvido. Seja nas relações familiares, nos relacionamentos amorosos ou nas amizades, a intensidade do borderline dificilmente passa despercebida. Saber lidar com o outro é um dos principais desafios para o border (talvez apenas mais fácil do que lidar consigo mesmo). Nesse sentido, algumas inquietações são comuns e bastante corriqueiras, afinal somos seres sociais e estamos sempre nos relacionando. Este capítulo é direcionado para as relações sociais mais comuns, mas de modo geral as orientações são válidas em diferentes contextos.

## 6.1 Família

A família é, geralmente, o primeiro grupo social com quem convivemos. Por isso é quase irresistível buscar nela as causas e explicações para muito do que acontece na idade adulta. Sabemos que não dá para atribuir culpa à família no desenvolvimento de um transtorno mental, seja borderline ou qualquer outro (veja o capítulo 4). Ainda assim, uma família invalidante, com histórico de abusos de qualquer ordem e relações conturbadas é muito comum na história de grande parte da população diagnosticada com TPB, podendo ser um preditor importante. Muitas vezes a convivência com essa família não é saudável e, ao invés de ajudar numa possível recuperação, ela dificulta o processo.

Em casos extremos (homofobia, psicofobia, intolerância religiosa, desrespeito de maneira geral), talvez a saída seja afastar-se. Conquistar a independência financeira e morar em outro local pode ser um importante avanço na recuperação de um borderline cuja família o impede de mudar, progredir e se tratar. Casos assim costumam envolver uma grande dose de culpa e muitas lembranças traumáticas. São situações onde, infelizmente, há de se optar por agradar a família ou preservar a saúde mental — convenhamos que uma família que impõe, ainda que nas entrelinhas, esse tipo de escolha, dificilmente será um ponto de apoio e estabilidade. Casos onde há dependência química por parte de algum familiar são retratos comuns de situações que requerem o afastamento.

Se você estiver numa situação familiar que te adocece, considere priorizar sua saúde mental. Se, para agradar um familiar, você precisa se anular, essa troca já começa injusta e uma relação

de amor jamais deveria exigir esse tipo de anulação. A culpa por se afastar talvez apareça e te machuque, em especial dentro da nossa cultura brasileira, tão calorosa, onde os filhos demoram a sair de casa e costumam manter-se perto dos pais ao longo da vida. Se a culpa surgir, lembre-se do porquê desse afastamento. Talvez tenha sido a única saída possível para você naquele momento. Entenda que, uma vez que você conquistar sua independência e conseguir focar em seu tratamento longe de uma família que te adoce, isso eventualmente te trará um equilíbrio que permitirá uma reaproximação saudável com esse núcleo familiar, quando isso for possível e conveniente.

Há também muita culpa envolvida nos casos onde a família se esforça para ajudar alguém com TPB, sem sucesso. Não raro o borderline se manifesta de forma explosiva nas discussões do dia a dia, tornando a convivência familiar muito complicada. É importante, nesses casos, que haja esforço também por parte da pessoa com borderline; sim, existe um transtorno, mas também é preciso existir um trabalho constante no sentido de comprometer-se ao tratamento, desenvolver habilidades sociais e ser empático com as pessoas que estão à sua volta, tentando te ajudar. Normalmente, quem está mais próximo é quem mais sente os impactos das flutuações do TPB. Familiares imediatos (mãe, pai, irmãos) podem passar a vida toda tentando apagar os incêndios comportamentais do familiar borderline. Em alguns casos, na idade adulta esse indivíduo perde o apoio dessa família, porque todo esforço unilateral é exaustivo. A família não pode ser o saco de pancadas para todas as frustrações da vida (e o contrário, obviamente, também é verdadeiro).

É impossível contemplar em um texto todas as diferentes configurações familiares possíveis, existindo ou não um membro com TPB. Uma família onde ninguém tenha nenhum diagnóstico de transtorno mental também tem lá seus problemas e brigas acaloradas. É normal. De qualquer forma, num cenário onde haja o “tempero” do borderline, todos poderão ser afetados pelo transtorno, pela proximidade e pela convivência. Como regra, dentro de um relacionamento é preciso que os lados envolvidos possam falar, consigam ouvir, se sintam contemplados. Sugiro a leitura de livros sobre comunicação não violenta (e claro, a utilização da técnica *dear man*, explicada no capítulo 2) para mediar as interações dentro de casa com respeito e abertura.

Quem é familiar do borderline e não sofre com o transtorno muitas vezes demora a entender o que está acontecendo, reflete sobre o que fez para “causar” o quadro (após a leitura do livro, espero que fique claro que não há um culpado) e oscila entre sentimentos de medo, proteção, raiva e confusão. Pais de filhos borderline, em especial quando estes são mais novos, se desdobram para ajudar e tentam resolver todos os problemas do filho, muitas vezes deixando sua vida totalmente de lado. Esse movimento também não é saudável. Existe, inclusive, um grupo de apoio para familiares de pessoas com TPB chamado *Family Connections*, que realiza treinamentos gratuitos para ajudar esses familiares a encontrar um equilíbrio em suas atitudes. É um espaço de desabafo e aprendizado muito rico, porém as vagas se esgotam rapidamente quando os treinamentos acontecem, pois há muita demanda e todos os profissionais envolvidos são voluntários (assim, há pouca oferta). De qualquer forma, a dica para o familiar que sofre

com o TPB alheio é estabelecer limites, conversar — quando as coisas estiverem bem — sobre planos de ação para quando houver algum tipo de crise, entender o transtorno com compaixão, mas sem ser conivente com todas as atitudes disfuncionais desse familiar. O equilíbrio é complicado e o acompanhamento psicoterápico pode ser fundamental para que o familiar do borderline possa ter um momento só seu, onde suas dores e seu sofrimento são os protagonistas.

## 6.2 Relacionamentos amorosos

O relacionamento amoroso quando um dos parceiros tem TPB costuma ser um mar de emoções. Há alguns pontos importantes (e disfuncionalidades) na área amorosa que não podemos deixar de lado.

*A dependência emocional:* nascida geralmente do sentimento de rejeição (real ou imaginada), é absolutamente comum para o parceiro com borderline. Por não saber direito quem é, pela sua baixa autoestima ou pela necessidade de afirmações constantes do amor e da aprovação do outro, muitos pacientes com TPB relatam uma dependência extrema de seus parceiros, com a percepção clara de que jamais serão felizes sem ele. Têm o raciocínio que, caso o relacionamento acabe, a vida provavelmente acabará também. E daí a pessoa vive em função daquele relacionamento, oscilando conforme oscila essa relação.

*A codependência emocional:* envolve a tentativa de viver em função do outro, buscando controlá-lo. O codependente acredita ser responsável pelo outro, impondo-se totalmente na vida dessa pessoa com o intuito de ajudá-la, salvá-la e resolver todo e qualquer problema. É muito comum em casos de dependência química, onde o parceiro adoece junto com o dependente, porque vive o vício do outro tão completamente que deixa de lado toda sua subjetividade: “não posso parar, pois só eu posso salvá-lo!”. Deixar de ser codependente implica numa reorganização interna profunda, para conseguir separar-se do outro, se encontrar dentro dessa bagunça e aceitar o fato de que o outro, sem você, continuará vivendo

tranquilamente. A codependência envolve um medo profundo de ser abandonado, de andar com as próprias pernas e também o medo de perceber não ser, no fim das contas, tão fundamental assim.

*Relacionamentos abusivos:* muito presentes na realidade da pessoa com TPB, seja esta a abusada ou a abusadora. A supervalorização do outro, mesclada com momentos de desvalorização extrema, com baixa autoestima e todo o combo de características comuns ao borderline é a mistura perfeita para situações abusivas dentro de um relacionamento amoroso. As duas situações são comuns: o borderline pode ser abusado, aceitar toda e qualquer exigência do parceiro para assim evitar um possível abandono, tornando-se um marionete nas mãos do outro. Borderline é um prato cheio para pessoas narcisistas, com pouca empatia ou, simplesmente, abusivas. É um parceiro fiel, dedicado e cuja autoestima baixa previne tentativas de se impor ou mesmo terminar a relação. Se você desconfia que está em uma relação abusiva, ou se escuta de seus amigos e familiares algo nesse sentido (ainda que você não concorde), analise friamente todos os comportamentos de seu parceiro e busque ajuda psicoterápica. Relacionamentos abusivos, pela sua natureza, vão envolvendo o outro devagarinho e, antes que o abusado se dê conta, já está vivendo numa realidade totalmente distorcida, com regras absurdas e situações inaceitáveis.

Ainda nesse sentido, o borderline pode também ser o abusador. São comuns relatos de escândalos e até violência física para com o parceiro e, no fim das contas, a explicação é: “ajo assim porque tenho TPB. Me aceite”. Isso é inadmissível. Não é porque

você se relaciona com um border que tem que engolir tudo, ok? Um diagnóstico não justifica atitudes abusivas para com o outro. Pode até explicar essas atitudes, e a partir daí trabalha-se para eliminar comportamentos nocivos. Se seu parceiro tem borderline e justifica tudo usando o diagnóstico, desconfie. No mínimo, é preciso que ele demonstre dedicação total com o tratamento para conseguir mudar esses comportamentos o mais rápido possível.

*Ciúmes:* qual a melhor forma de impedir que o outro me deixe? Controlando a vida dele, passo a passo, para que assim ninguém jamais se aproxime e o roube de mim. Tenho uma notícia para você: isso não adianta nada. O ciúme doentio (muito comum nos relacionamentos com um borderline) reflete o medo de abandono e a necessidade de seguir junto da pessoa amada, responsável por trazer segurança e preencher um pouco do “vazio interno”. Esse sentimento é nocivo dentro de um relacionamento, envenenando os dois lados: quem tem ciúmes e quem é o motivo desse ciúmes. Sufocar o outro não impedirá uma possível traição ou um abandono. Se ciúmes fosse uma ferramenta realmente eficaz, não teríamos tantas separações (muitas inclusive porque o parceiro não conseguiu lidar com tamanho controle do outro). Daria um livro só para falar sobre isso, mas o ponto crucial de reflexão é que, tipicamente, o ciúmes diz mais sobre o ciumento do que sobre o relacionamento. Qual o seu medo? O que te faz pensar que você com certeza será traído? Por que não pode ser você a se apaixonar por outra pessoa? Veja, a motivação desse ciúmes pode refletir crenças enraizadas de desvalorização e essas crenças precisam ser trabalhadas. Quando você se ama em primeiro lugar e está

confiante em seu valor, não gasta seu tempo preocupando-se de forma doentia com uma possível traição ou com ser substituído. Sabe que, caso isso aconteça, o outro irá perder uma pessoa incrível (você!). Sabe também que é melhor estar sozinho do que com alguém que quebra sua confiança. Se nada disso faz sentido, antes de agir em cima do sentimento de ciúmes (correndo inclusive o risco de ser, de fato, abandonado, já que se relacionar com alguém muito ciumento é insuportável), aja em você. Aja de dentro para fora. Busque terapia para entender de onde vem esse sentimento tão forte. Um pouco de ciúmes é tempero; mas todo mundo sabe que tempero demais estraga qualquer comida.

*Te amo, te odeio:* alternar entre extremos de valorização e desvalorização é sintoma de alta prevalência nos indivíduos com TPB. Entender o mecanismo por trás dessa oscilação brusca é de grande valia para conseguir esperar a poeira baixar antes de tomar qualquer atitude. A reação do borderline perante uma emoção é mais intensa do que seria necessário, isso já sabemos. Assim, quando o borderline está apaixonado e num momento feliz, o outro é idealizado, é o príncipe perfeito ou a princesa encantada do reino mágico do amor. Porém, basta um comentário torto ou uma atitude inesperada que a emoção do border pode ferver, transformando a pessoa amada diante de seus olhos na vilã da história.

Sabendo disso, em conjunto à terapia, onde serão trabalhados aspectos como regulação de emoções e formas mais adaptativas e funcionais de agir socialmente, cabe ao borderline não agir no momento da emoção, evitando tomar decisões baseando-se no calor do momento. Talvez a pessoa com quem você está se

relacionando casualmente não seja o amor da sua vida só porque vocês dividem a mesma música favorita. Não há necessidade de propor casamento só porque seu peito está fervilhando de paixão. Da mesma forma, não termine um relacionamento de muitos anos só porque seu parceiro estava num dia ruim e reclamou da comida que você preparou no jantar. Espere passar a raiva para refletir se, de fato, isso é um problema real. Claro que esses exemplos são uma extrapolação tosca desses sentimentos extremos, mas servem exatamente ao propósito: demonstram que emoções mentem e que às vezes estamos só fazendo tempestade num copo d'água.

## 6.3 Amizades

“Não tenho amigos”, “ninguém me acha legal”, “meus amigos somem e me dão chá de sumiço” — são relatos comuns de pessoas com TPB e isso é bastante curioso, porque se tem alguém que pode ser um amigo presente e leal, esse alguém é o border, certo? Pois bem, depende. E vale ressaltar o outro lado, para que você reflita sobre isso na sua própria vida. Se não fizer sentido para você, tudo bem.

As amizades não garantem que as pessoas estarão sempre disponíveis. Seus amigos têm seus próprios compromissos, conflitos e interesses. Seus amigos têm, também, outros amigos. São coisas aparentemente óbvias, mas muitas vezes ajudam a entender porque, vez após vez, o desfecho de suas amizades é infeliz. O borderline precisa de altas doses de atenção e carinho e pode ser alguém muito carente quando está num dia difícil. Além disso, não é incomum ligações desesperadas em horários aleatórios precisando de ajuda com a mais recente crise ou até, em casos mais graves, tentativas ou ameaças de suicídio. É lógico que há uma concordância implícita de que, quando um amigo está em apuros, nós o ajudemos imediatamente, ainda mais numa situação fora de controle. Porém, na prática, isso pode ser apenas um discurso politicamente correto.

Há muitas pessoas, ditas amigas, que irão sumir no primeiro sinal de problemas, e isso é absolutamente comum e algo que todo mundo vivenciará uma vez na vida. Mas há também pessoas que genuinamente se importam com você, são amigos leais, porém não têm condições psicológicas de oferecer todo o suporte que você

precisa. Imagine uma pessoa com TPB que, vira e mexe, liga para um amigo no meio da madrugada, aos prantos, precisando de atenção e acolhimento. Nas primeiras vezes, tudo bem. Mas, depois da vigésima semana de ligações chorosas, a pessoa poderá colocar um basta e desaparecer. De quem é a culpa? De ninguém.

Do ponto de vista de quem sofre, naquele momento de dor precisou de suporte e escolheu ligar para um amigo querido. Do ponto de vista de quem atende, embora exista uma amizade verdadeira, há também o dia seguinte com compromissos agendados pela manhã. Há também o parceiro ou parceira, acordando assustado com o telefone tocando no meio da noite, frustrado com outra ligação trazendo mais problemas. Há o cansaço psicológico relacionado a quando precisamos ajudar alguém que demanda muita atenção e, claro, a responsabilidade em sentir-se na posição de salvar o outro. Os pensamentos virão: e se eu não atender e ele tentar suicídio? E se eu não atender e ele tomar uma péssima decisão? Etc. E então, nesse caso, esse amigo pode tentar comunicar ao borderline que não irá mais atendê-lo durante a madrugada; talvez a resposta seja uma cena dramática, com choros, gritos e acusações. Talvez seja o estopim para, de amigo valorizado e querido, de repente essa pessoa virar o amigo falso e desprezível que deixou o borderline na mão. Entende como é complicado analisar toda a situação quando levamos em conta os sentimentos de todos os envolvidos?

Se, em todas as suas amizades, o desfecho sempre é o mesmo, o que há de comum nessas situações? Você. Vale refletir sobre o que está acontecendo nessas relações, quais os padrões de comportamento repetidos por você, talvez capazes de explicar a

dificuldade em manter amizades. É fácil apontar culpados, mas é importante uma análise racional na hora de decidir quem errou. Amizades onde existem cobranças descabidas (“se você não for comigo a tal lugar, saberei que não é meu amigo de verdade”, “você some e dá mais atenção ao seu marido do que a mim”, etc.) tendem a acabar em distanciamento. Perguntar ao outro o que aconteceu e realmente ouvi-lo, sem julgamentos, é o caminho para entender e, talvez, reatar uma amizade cujos laços estão fragilizados.

Os limites precisam ser estabelecidos de forma a atender a todos. Não há nenhum ganho em manter uma amizade quando a outra pessoa não te acrescenta em nada ou te faz mal. Isso vale também para amigos totalmente indisponíveis, presentes apenas em determinadas situações (por exemplo, o amigo que some, mas sempre aparece nas festas): sabendo do funcionamento da pessoa e da disponibilidade dela, qual tipo de amizade dá para vocês cultivarem? Forçar a barra não resolverá absolutamente nada. Algumas pessoas só estão disponíveis para as festas, e isso é absolutamente razoável. Talvez você seja o amigo indisponível que não consegue ir a todos os passeios porque não se sente confortável, ou porque não está psicologicamente bem. É um direito seu e, se algum amigo forçar esse limite, evite ceder e deixar-se de lado.

## **6.4 Rede de apoio**

Quem compõe sua rede de apoio? Entenda a rede de apoio como o conjunto de pessoas que estarão ao seu lado em momentos delicados onde você precisa de ajuda e suporte. Normalmente são os familiares imediatos (pais, irmãos), o parceiro e um ou outro amigo mais próximo. Os profissionais de saúde também compõe essa rede de apoio, embora apenas em momentos específicos, afinal eles têm inúmeros outros pacientes e não estarão disponíveis o tempo todo. É importante ter uma rede de apoio sólida para tornar mais fácil conviver com o TPB. Essas pessoas podem ser acionadas num momento de crise, podem te ajudar a controlar impulsos arrebatadores, podem oferecer um abraço que cole, uma por uma, todas as suas pecinhas que quebraram devido a algum acontecimento ruim.

Se você se sente desamparado, não tem rede de apoio nenhuma, busque construí-la. Frequentes locais onde possa fazer amigos (igreja, grupos de voluntariado, aulas de dança), converse na internet com pessoas que entendam pelo que você está passando (a internet é uma ferramenta maravilhosa para aproximar pessoas), seja a rede de apoio do outro quando preciso. Com quanto mais pessoas você se relacionar, menores as chances de não haver ninguém disponível para conversar numa hora difícil.

## 6.5 Pessoa favorita

“Pessoa favorita” é um termo informal, com muita popularidade dentro das discussões sobre TPB, e representa aquela pessoa com a qual o indivíduo borderline estabelece seu relacionamento mais profundo e possui um alto grau de dependência psicológica. É a primeira opção a quem ele recorre quando um suporte se faz necessário. Normalmente a pessoa favorita é o parceiro amoroso, mas também pode ser um familiar ou um amigo. Não é um sintoma estabelecido nem um fenômeno que sempre ocorre, mas é muito comum no relato dos pacientes a presença dessa pessoa favorita: “não vivo sem ela”.

Essas afirmações costumam refletir um padrão problemático de dependência emocional e também uma cobrança muito grande em relação ao outro. Muitas vezes, a “pessoa favorita” não consegue lidar com toda a demanda do borderline e se distancia dele, causando uma enorme perturbação. Daí, surgem diversos questionamentos por parte das pessoas com TPB: como viver sem minha pessoa favorita? Como trocar de pessoa favorita? E coisas do tipo. Não há resposta certa. Ter alguém ocupando esse papel, como é descrito nas discussões de pacientes borderline, reflete sintomas como a idealização do outro, as relações instáveis e o medo do abandono. Algumas orientações são válidas nesse contexto:

- Foque em você. Quando essa pessoa não estiver disponível, você precisa possuir mecanismos próprios de lidar com a situação.

- Antes de desabafar ou pedir ajuda, pergunte. Não é sempre que o outro estará disponível para te ouvir. Cobrar atenção incondicional acabará afastando-o.

- Explique ao outro o que está sentindo. Ao abrir o coração e dizer ao outro que ele é sua pessoa favorita (inclusive explicando o que isso quer dizer na sua concepção) colocará seus sentimentos em perspectiva, ajudando na compreensão do seu funcionamento.

- Diversifique seus relacionamentos. Você pode ter uma pessoa favorita e também várias pessoas queridas com as quais possa viver momentos incríveis.

- Investigue. Se você está sempre em busca de alguém para ocupar esse lugar de pessoa favorita, o que isso diz sobre você, sobre sua independência emocional e sobre sua autoestima? O que é possível fazer para que você seja, também, uma das suas pessoas favoritas?

## 6.6 Solidão

Sabe quando você mistura todas as cores de massinha de modelar em uma bolinha só e, ao invés de terminar com um arco íris nas mãos, acaba com uma bola cinza sem graça? Muitas vezes, desorientada por tantos sentimentos explosivos e tantas emoções, a pessoa com borderline acabará desenvolvendo um embotamento afetivo como forma automática de proteção. “Sinto muito, mas eu sinto MUITO!” — então lido com isso me fechando completamente para tudo e todos.

Não é incomum encontrar pessoas que, para conseguir sobreviver, deixam de lado suas emoções, evitando envolver-se em qualquer situação que possa trazer sofrimento ou sentimentos extremos. Isso vai acontecendo e não costuma ser planejado, nem totalmente consciente. No contexto do TPB, é aquela pessoa que já foi tão machucada em suas relações que prefere não se envolver com ninguém: não tem amigos, não namora, segue sua vida só nos encontros superficiais e corriqueiros exigidos por sua rotina. Isso pode parecer uma boa ideia, afinal, funciona; não há mais decepção, não há mais dor, nem abandono. Trago, porém, uma reflexão.

Se você foge de todos, em que momento irá aprimorar suas habilidades sociais? Não irá. Como você pode saber que ninguém nunca gostará de você sem dar ao outro a chance de se aproximar? Uma separação no passado pode ter sido tão dolorida que você não acha que é capaz de suportar isso novamente mas, se não tentar, de fato aceitará não ser capaz e ponto final. Será que você não merece mais uma chance, e depois outra, e outra?

Quando assumimos um comportamento e não o questionamos mais, ele irá se cronificar e virar a resposta padrão do nosso cérebro para aquela situação. Parece redundante, mas quando menos você faz, menos você faz. E quanto mais tempo esperar para agir, mais difícil será a ação. Nós não somos ilhas, isoladas no meio do oceano. Pela natureza do ser humano, somos seres sociais. Isolar-se, no longo prazo, pode trazer mais problemas do que soluções.

## **6.7 Técnica seis: redução de danos para automutilação**

Conflitos nos relacionamentos são muito corriqueiros no quadro de TPB. Similar a isso, a automutilação é também um sintoma bastante presente no borderline (embora não seja excludente, pois nem todo border se machuca) e envolve comportamentos de, deliberadamente, se machucar. Pode ser através de cortes, arranhões, queimaduras, etc. Muitas vezes, quem se machuca relata alívio imediato daquela sensação incômoda que o levou a se mutilar. A automutilação pode virar um comportamento compulsivo e ser bastante perigosa (a pessoa que se corta pode facilmente perder o controle da situação, por exemplo). A forma ideal para lidar com isso é acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Paralelamente, alguns comportamentos podem ajudar a prevenir e controlar o impulso de se machucar, indo além da simples detecção do fator desencadeante (“gatilho”) para a automutilação. Nesse contexto, entra a redução de danos, que propõe a reflexão sobre práticas que causam ou podem causar danos e estratégias para diminuí-los.

A redução de danos é um tema polêmico, principalmente quando utilizada em contexto de dependência química, onde alguns profissionais da saúde se posicionam sumariamente contra qualquer iniciativa nesse sentido, pregando a abstinência total como único caminho.

No caso da automutilação, a abstinência seria simplesmente não fazer, ou seja, ao sentir vontade de se mutilar o indivíduo deveria, simplesmente, segurar esse ímpeto. Essa premissa é problemática porque insere um juízo de valor na discussão, como se

o comportamento de se automutilar fosse uma questão puramente de escolha. Sabemos que não é tão simples assim; pense, por exemplo, num paciente com transtorno obsessivo compulsivo: ele não “escolhe” realizar rituais obsessivamente e precisa percorrer todo o tratamento para extinguir esse impulso.

### **Estratégias de redução de danos para automutilação:**

1 - Saiba identificar os fatores desencadeantes (no senso comum, os gatilhos) para o comportamento de automutilação. Se toda vez que você briga com alguém acaba se machucando, fique atento à essa situação e tenha um plano de ação.

2 - Planeje, fora do momento de crise, o que fazer quando sentir o ímpeto de se machucar. Acione sua rede de apoio ou os profissionais que te acompanham, combinando com eles de antemão que, caso sinta vontade de se machucar, vai ligar, mandar mensagem, etc.

3 - No momento do ímpeto da automutilação, ao invés de se machucar, segure uma pedra de gelo na mão fechada por alguns segundos (até sentir a queimação causada pelo gelo). Algumas pessoas relatam passar o gelo no lugar onde desejam infligir dano. A sensação do gelo é desconfortável, como uma queimadura, mas não irá machucar.

4 - Tome um banho frio. Gelado! Assim, o cérebro se ocupará de outra sensação, ativando todo o seu corpo para lidar com a

queda de temperatura, refrescando, literalmente, sua mente do ímpeto de se machucar.

5 - Vá a um lugar público. Normalmente quem se machuca o faz sozinho, escondido. Uma boa ideia é sair de casa e ir ao shopping, para uma padaria, ou mesmo uma praça. É claro que não vai ser legal, num momento de crise (talvez chorando, sentindo um turbilhão de emoções) sair de casa e ver outras pessoas. Mas, sem dúvida, irá fazer diferença na automutilação, afinal, a chance de você se machucar em público é, geralmente, muito menor. É óbvio mas não custa pontuar: existem momentos onde o indivíduo pode estar fora de controle e, caso saia na rua, se machucará ainda mais. Se a situação está grave a esse ponto, uma opção certa é a emergência psiquiátrica.

6 - Rasgue papelão, quanto mais grosso o papelão, melhor. Arremesse objetos (nada que seja de vidro!). Grite bem alto até doer a garganta. Não estamos buscando um comportamento totalmente equilibrado e sim alternativas menos nocivas à automutilação.

7 - Trabalhe a seu favor: mantenha o ambiente livre de objetos cortantes, por exemplo. Sinalize para sua família ou rede de apoio quando sentir vontade de se machucar (e, para avisar, pode ser bem dramático): “preciso de proteção! Quero me machucar!”. Com certeza será mais fácil se segurar com pessoas que você ama ao seu lado te ajudando.

8 - Não busque material na internet sobre o tema. O que você menos precisa é de dicas, fotos e relatos de como se machucar. Essas coisas possuem um risco de contágio muito alto. Mesmo quando estiver bem, evite entrar em contato com esse tipo de material, caso contrário quando vir a vontade de se machucar, você estará com um monte de ideias na cabeça.

9 - Caso a vontade seja irresistível, busque minimizar o dano: arranhar é menos nocivo que cortar, socar uma almofada é menos nocivo que socar uma parede, se cortar com objetos esterilizados é menos nocivo do que pegar qualquer coisa cortante que esteja ao seu alcance. O ideal é não se machucar de forma nenhuma, claro, e é exatamente por isso que a redução de danos é polêmica, por ser interpretada como uma apologia ao comportamento danoso. Na verdade, o objetivo é diminuir o estrago enquanto você não consegue cessar o comportamento.

10 - Saiba que todo comportamento é passível de mudança. Toda compulsão pode ser freada. Com o tratamento adequado, você conseguirá se livrar do ímpeto de se machucar ou, ao menos, controlá-lo. Busque ajuda imediatamente, mesmo se sua automutilação for “leve”, evitando assim uma piora do quadro. O processo não é linear: vá um passo de cada vez e, se cair, levante-se e continue tentando.



## Capítulo 7. Border, e agora? Como continuar

O transtorno de personalidade borderline é tipicamente encarado como um vilão em todas as áreas da vida de quem recebe o diagnóstico. Como se, ao recebê-lo, a pessoa precisasse rever tudo em sua vida e começar a viver a partir de seu transtorno. Mas a verdade é que não há uma maneira ideal de agir específica para aqueles com borderline; a vida seguirá seu curso com as mesmas possibilidades e dificuldades que todo mundo enfrenta, é o bom e velho arroz e feijão. Nesse sentido, o borderline é um tempero jogado em cima desse arroz e feijão, às vezes deixando o prato mais saboroso e às vezes deixando o prato tão apimentado a ponto de arder os olhos. Quero dizer com isso que todas as perguntas circunstanciais sobre a sua vida com borderline terão como resposta um “depende”; não há como saber.

Veja, pessoas se perguntam: como borderline, eu serei bem sucedido se trabalhar com tal coisa? Depende. Sem o diagnóstico, você pode trabalhar com qualquer coisa e isso pode dar certo ou errado. Com o diagnóstico, a mesma coisa. Considere o tempero que ele dá na sua vida mas não se baseie unicamente nisso para escolher seu caminho. Caso contrário, corre o risco de se acomodar num cantinho seguro e nunca tentar nada diferente, com a justificativa de ser borderline.

Desconfia-se que a cantora Britney Spears seja borderline. E olhe onde ela chegou, mesmo com altos e baixos. A psicóloga Dra. Marsha Linehan, criadora da terapia comportamental dialética (veja capítulo 2, seção 2.4) divide esse mesmo diagnóstico e simplesmente revolucionou o tratamento para TPB, ajudando

pessoas ao redor do mundo a passar por dores semelhantes às que ela viveu. Da mesma forma, sem dúvida existem pessoas diagnosticadas com borderline que acabaram num emprego ruim (ou no desemprego), num casamento ruim, em situações terríveis. Não dá para traçar um ponto de corte entre o que é “culpa” do transtorno e o que não é: a vida também é multifatorial.

Ter um transtorno de personalidade é jogar o jogo com uma dificuldade a mais. E, a depender da gravidade dos sintomas que você apresenta, a dificuldade será cada vez maior. Contudo, a dificuldade não torna nada impossível; com certeza mais trabalhoso, talvez até injusto, mas seguir tentando é a melhor — e única — opção. Quem não tenta, já perdeu. Siga no seu tratamento, preste atenção aos seus sinais internos, recorra à sua rede de apoio sempre que balançar. Mas não desista. Sua vida é seu bem mais precioso e, sem dúvida alguma, você tem algo de bom para contribuir com o mundo, com as pessoas que te rodeiam e com quem você ama.

Neste capítulo, selecionei algumas áreas da vida onde costumam surgir inquietações para quem foi diagnosticado com TPB. “Tenho borderline, será que eu posso...?” — sim, você pode. Você pode tudo.

## 7.1 Estudos

Como escolher qual faculdade cursar? Como sobreviver ao curso, com todas as demandas que isso trará, lidando ao mesmo tempo com os sintomas do borderline? Como saber o que eu gosto quando não tenho certeza nem de quem eu sou? A escolha da faculdade é um momento complicado no contexto do borderline porque normalmente as dúvidas são intensas e há muito medo de falhar. Além de, normalmente, essa escolha ser realizada numa idade onde não temos mesmo certeza de coisa nenhuma (imagina que loucura exigir que um jovem saia do ensino médio sabendo com o que quer trabalhar “para sempre”? Não faz sentido). Todas as dicas para fazer essa escolha corretamente que temos por aí em livros, blogs, vídeos e afins valem nesse momento, porque em relação ao TPB não há nenhum dano cognitivo ou na inteligência que limite a sua escolha por um caminho profissional.

Se você deseja ser da área da saúde (medicina, psicologia), em especial para trabalhar com transtornos mentais, ter um transtorno não vai te impedir. Se só pudessem ser psicólogos ou psiquiatras aqueles sem nenhuma questão psicológica, quem nesse mundo poderia trabalhar com isso? Pois é. Praticamente ninguém.

Ao longo do curso, talvez você precise faltar em algumas aulas por não estar bem. Talvez em algum momento precise afastar-se por um semestre para cuidar de sua saúde mental. Talvez tenha dificuldades para lidar com os trabalhos em grupo. Talvez não consiga fazer tantas amizades quanto gostaria. São questões possíveis. Por outro lado, talvez nada disso aconteça e você siga o curso todo sem nenhuma pausa e com muito sucesso. Ou, caso

precise de algum tipo de atenção, conte com colegas empáticos que te ajudarão nos dias ruins. As universidades também costumam contar com núcleos de apoio aos alunos que têm algum transtorno mental que os atrapalhe. Pode ser bacana levar isso em consideração ao optar por uma universidade.

Não vale a pena deixar de tentar por medo de dar tudo errado. E, caso comece um curso e perceba que não tem absolutamente nada a ver com você, reflita sobre a questão e, se necessário, mude de ideia. Isso acontece com cada vez mais pessoas; não há hoje aquela mentalidade de escolher uma profissão e acabou, trabalhando na mesma empresa com a mesma coisa até a aposentadoria.

Para todas essas questões — que são muito individuais para cada um de nós — talvez essas dicas soem vazias e inapropriadas. É o risco que se corre ao generalizar qualquer assunto. Por isso que a terapia é fundamental para esses conflitos e quaisquer outros: é o seu lugar, individualizado, onde as questões abordadas serão aquelas que você levantar, a partir da sua realidade. Todos nós podemos olhar para exatamente a mesma cena e cada um enxergar uma coisa; digamos que é como se cada um usasse óculos cujas lentes fossem de cores diferentes. Misturar todas as possíveis maneiras de ver as diferentes cores acaba por pintar tudo de um cinza confuso. Portanto, se for para selecionar só uma coisa daqui para considerar, leve com você o fato de ser capaz de escolher qualquer direção na sua vida.

## 7.2 Trabalho

O ambiente de trabalho, para quem tem TPB, pode ser um desafio ainda maior do que o “normal”. É um ambiente onde é preciso cumprir prazos, horários, ir trabalhar todos os dias mesmo quando seu humor está totalmente de ponta cabeça, ser simpático com colegas e clientes, não xingar o chefe mesmo quando ele merece... A lista é infinita. Quanto maior for a sua desregulação emocional, mais difícil será lidar com todas essas questões. E, diferente das nossas relações pessoais onde podemos pedir desculpas e retomar, no trabalho somos demitidos e acabou.

Vale pontuar que é possível tirar licenças remuneradas em casos de problemas psicológicos e, para momentos de crises graves, você estará amparado pela lei. Porém, isso não resolve o dia a dia; do ponto de vista do empregador, ele precisa manter o negócio funcionando e não pode arcar com um funcionário cujo humor oscila violentamente ou cujo comportamento não condiz com o ambiente de trabalho. E aí chegamos num ponto crucial: independente do que achemos sobre isso (se é certo ou errado, se o empregador é malvado, se isso é justo ou não), as coisas continuarão acontecendo. Talvez o maior desafio para quem tem borderline é entender que o mundo continuará girando, sem se importar com os seus sentimentos.

Psicólogos e profissionais de saúde que trabalham com pacientes borderline precisam sempre andar numa corda bamba, equilibrando a assertividade com o acolhimento. Muitas vezes, quando eles emitem uma opinião desfavorável ao paciente ou dão uma “bronca”, é o suficiente para esse paciente sair batendo os pés

do consultório e não voltar mais. É exatamente isso que a terapia pretende ensinar, entre tantas outras coisas: sair batendo os pés não resolve nenhum problema e não altera a realidade. Talvez esse seja o ponto onde o mercado de trabalho é tão cruel com quem tem uma altíssima sensibilidade: se você sair reclamando, outra pessoa assumirá seu posto. Caberia uma discussão enorme sobre a injustiça inerente ao sistema capitalista, a dificuldade real de inúmeras pessoas se encontrarem nesse mercado de competição tão ferrenha, mas vou me ater ao que você pode controlar, mesmo que o mundo não mude em absolutamente nada.

Não deixe seu tratamento de lado, isso é crucial. Vai ser o porto seguro que o ajudará a continuar, dia após dia, exercendo sua profissão mesmo em épocas turbulentas. Aprenda a usar máscaras sociais. Estar bem ou não em um determinado dia não pode transparecer completamente em sua atitude; é muito difícil trabalhar com alguém que, nos dias de mau humor, dá patada em todo mundo. Se for possível, tenha um colega que atue como rede de apoio. Pode ser uma boa ideia alguém do seu trabalho saber de suas dificuldades e ser aquele ombro amigo nos momentos complicados. Se perdoe caso tudo dê errado e você não consiga manter um determinado emprego; não tem como essa ser uma situação bacana, mas com certeza algum ensinamento você poderá tirar daí, te ajudando a alcançar um desfecho melhor na próxima vez. Não alimente culpa: ninguém tem culpa de ter um transtorno mental e é óbvio que é imensamente mais complexo lidar com as emoções quando o principal sintoma do seu transtorno — no caso do borderline — é exatamente a desregulação emocional.

Transtornos mentais são a primeira causa de afastamento de funcionários em licenças médicas. É urgente um olhar mais empático e acolhedor do mercado de trabalho de modo geral para com essas pessoas. Existem empresas que são exemplo de acolhimento nesse sentido e oferecem programas de bem-estar, preparam seus gestores e os funcionários para que a psicofobia (ou seja, o preconceito com pessoas que têm transtornos mentais) não tenha vez. Porém, isso não é universal.

Podemos até fazer um papel de agentes de informação, educando as pessoas próximas sobre o tema, mas não é função do paciente educar ninguém, certo? Acho muita falta de consideração pedir para alguém que sofre, além de lidar consigo mesmo, achar um tempinho para orientar todo mundo que não souber tratá-lo com o respeito e a dignidade que ele merece. Busque cuidar de você, pois enquanto o mundo lá fora não muda, dá para ir mudando seu mundo interno, aprendendo a lidar com o seu furacão de sentimentos, buscando maneiras de existir de forma agradável. Com sorte, aos poucos viveremos em uma realidade mais inclusiva. Por ora, a única solução é aceitar a situação como ela é e encontrar jeitos mais funcionais de lidar com isso.

### 7.3 Filhos

A maternidade ou paternidade para quem tem TPB é um tema repleto de nuances. Especialmente mães com borderline podem passar por momentos bastante complicados (não estou deixando de lado os pais, porém a maioria dos pacientes borderline é mulher e, além do mais, a gestação e o puerpério causam uma enxurrada de hormônios e emoções). Criar um filho não é fácil, acrescente a isso todos os sintomas de um transtorno de personalidade e as dificuldades aumentarão. Infelizmente, ao buscar materiais sobre o tema, a maioria retrata a mãe borderline como uma péssima mãe; fica claro nas entrelinhas esse viés de acusação. Cabe aqui inúmeras ponderações sobre o tema.

Se você tem borderline e quer ter um filho, isso não precisa ser um impedimento. Existe a carga genética dos transtornos mentais de modo geral, mas você já sabe que todo transtorno mental é multifatorial e ter uma mãe borderline poderá ou não ser um dos ingredientes para assar o “bolo” do transtorno (veja o capítulo 4). Muitos pacientes têm TPB e não têm mães com o mesmo diagnóstico. Similarmente, um filho cuja mãe é borderline pode ou não exibir esse ou qualquer outro transtorno mental. A reflexão sobre a carga genética é válida mas, se para ter um filho fosse crucial analisar todas as possibilidades genéticas de doenças, ninguém poderia ser pai ou mãe sem exames complicados de DNA. A escolha é de cada um, no fim das contas. E se você optou por ter um filho e está vivendo uma avalanche de culpa por causa da questão genética, considere que ter ou não a genética para determinado transtorno não garante que ele se manifestará.

O ambiente é crucial para o crescimento saudável de uma pessoa. Assim, ao criar um filho, é importante que os pais busquem o maior equilíbrio possível para garantir a essa criança a estabilidade necessária. Isso nem sempre é possível e com certeza haverão inúmeros erros. Já ouviu aquela frase: “quando nasce uma mãe, nasce uma culpa”? Não busque a perfeição e sim o aprimoramento. Tenha uma rede de apoio fortalecida para te apoiar nos momentos difíceis e não deixe seu tratamento de lado. A terapia em grupo com pessoas que passam por situações semelhantes pode ser uma boa pedida. Há também a internet e a chance de encontrar outras mães (ou outros pais) que estão vivendo a criação dos filhos e têm TPB; a troca de experiências é muito rica para engrandecer nosso repertório mental em qualquer situação.

## 7.4 Ajudar o outro

Qual é a linha que divide ajudar o outro de maneira saudável e de maneira patológica? Se relacionar com alguém cheio de problemas não implica em salvar essa pessoa de si mesma. Se você passa por uma situação assim, lembre-se: querer salvar o outro é receita para se machucar. Há um movimento duplo para que a ajuda seja efetiva: alguém a oferece mas, acima de tudo, outro alguém a aceita. Se você já orientou, indicou o caminho, tentou de tudo e a pessoa segue fazendo nada, entenda, o caminho mais saudável pode ser desistir. Não há como ajudar quem não quer ser ajudado. Você pode seguir ao lado daquela pessoa, vendo-a tomar todas as decisões erradas, pode colocar o tratamento como condição para permanecer presente (“ou você busca um tratamento ou me perderá”), pode se desdobrar em mil para continuar apagando os incêndios gerados pelo outro; a escolha será sua. Mas considere como está a sua saúde mental nessa equação. Considere quem irá te ajudar se toda sua energia está em ajudar o outro. Estenda a mão para si mesmo, para variar.

É comum que pessoas com TPB, ao se envolver com parceiros complicados, assumam para si a responsabilidade de resolver tudo. Ainda mais nos casos onde o outro está no pedestal (“sem você não vivo!”), parece válido aceitar qualquer coisa para manter a pessoa na sua vida. Porém, não importa o contexto, salvar o outro não é tarefa sua. Você pode tentar na melhor das intenções, afinal, quem ama cuida, certo? Mas se isso só é válido de um lado, acabamos num relacionamento abusivo. O trabalho de mudar, melhorar, se cuidar e buscar ajuda cabe a cada um, não tem como

fazer isso por ninguém. Não adianta obrigar o outro a fazer terapia. Não adianta jogar a bebida ou a droga no lixo. Não adianta gritar, espernear, esconder objetos cortantes, chorar, pedir, se vitimizar. O outro muda se ele quiser. E ter alguém do lado, aceitando-o incondicionalmente mesmo quando ele não muda, não facilita nada (às vezes, dificulta).

Essa orientação é válida para todo mundo. Seja você quem tem TPB ou seu parceiro, o raciocínio é similar. Se a pessoa diagnosticada com TPB não aceita o diagnóstico e não busca ajuda, não haverá como obrigá-la a isso. Aceitando o diagnóstico ou não, os sintomas continuarão presentes. Admitindo ou não os problemas, eles não irão sumir. É claro que é difícil. Talvez especialmente para a pessoa com TPB que, além de colocar o outro num pedestal, acredita que sem ele não conseguirá continuar. Há uma idealização e uma necessidade de provar-se útil ajudando, salvando, estando por perto. Mas viver o problema do outro é um buraco bem fundo que não vale a pena explorar.

Nesses casos é importante fortalecer a aceitação. Aceitar que o outro não mudará enquanto não quiser. Aceitar que você não tem o poder de modificá-lo. Se escolher ficar, aceitar que será necessário lidar com isso até que o outro decida tomar uma atitude. Se escolher sair, aceitar que irá doer, mas que foi necessário e vai passar. O egoísmo de se afastar não é de quem se afasta e sim de quem, por ser tão irredutível, adocece o outro e faz com que ele precise se afastar.

Pais de filhos com borderline também sofrem (bem como familiares), porque não é fácil se afastar de um filho, por exemplo. Não há nada que possa ser dito para minimizar a dor de quem vê

alguém que ama se destruindo, dando murro em ponta de faca; o sofrimento é imenso e sempre há a esperança de conseguir reverter a situação. Mas insisto: quem cuida de você enquanto você cuida do outro? Se preserve. Busque o equilíbrio. Tenha um espaço para cuidar de si e falar de sua dor, mesmo que o outro seja quem mais sofre. Sua dor é válida. Só quem lida com o peso de não conseguir ajudar uma pessoa amada sabe como é duro. Você não tem culpa, está tentando o seu melhor e, se for a hora de parar de tentar, isso não é egoísmo e sim auto preservação.

## 7.5 Autoestima

A palavra autoestima está na boca de todo mundo, porém poucos sabem definir o que exatamente ela significa. Normalmente, usa-se esse termo como um guarda chuva para definir a visão que uma pessoa tem de si mesma e o quanto ela “se ama”. Por exemplo, ao dizer que uma das características das pessoas com TPB é uma baixa autoestima, o que isso significa? O que compõe a autoestima? Conhecer tudo que está envolvido nesse conceito pode aumentar seu repertório mental para analisar como você se vê e onde precisa melhorar. A autoestima envolve três pilares, por assim dizer: autoconceito, autoimagem e autoeficácia.

Autoconceito envolve as ideias e representações de uma pessoa sobre si mesma, sobre seu caráter e sobre quem ela é. São as crenças que você tem a respeito de você mesmo, como se fizesse uma autoavaliação dos seus defeitos e de suas qualidades. O autoconceito é desenvolvido a partir das experiências pessoais e muitas vezes se apoia também nos comentários do outro. A mãe que diz para o filho “você é burro!” pode criar um filho cujo autoconceito reflita essa crença sobre si mesmo, por mais inteligente que ele seja.

Autoeficácia pode ser chamada também de autoconfiança, outra palavra que já conhecemos pelo senso comum, sem pensar muito sobre ela. Diz respeito à confiança que uma pessoa tem em si mesma. Quem duvida de sua capacidade, nos mais diversos aspectos, tem uma autoeficácia comprometida. A autoeficácia impacta em tudo: estudos, trabalho, relacionamentos. Envolve pensamentos extremos como “sou totalmente capaz” ou “não sou

nem um pouco capaz” e tudo que vier no meio. Sabe a sensação que você sente antes de começar uma prova? É sua autoeficácia. Pode ser uma tranquilidade confiante de quem sabe o assunto de cabo a rabo ou o frio na barriga daquele que não estudou e já prevê o zero. Porém, há a pessoa que é capaz, estudou, vai tirar uma ótima nota e, ao ver essa nota, se surpreenderá: “tinha certeza que tiraria uma nota baixa”; ou seja, a autoeficácia pode ser condizente ou não com a realidade, ajudando ou atrapalhando alguém a se arriscar e fazer escolhas de modo geral.

Autoimagem, finalmente, é o seu espelho mental. Você é bonito? Seu corpo é bacana? Seu nariz é horrendo e enorme? Pode ser ou pode não ser, independente disso sua autoimagem está aí, enraizada, te dando a resposta. O melhor exemplo de autoimagem distorcida é a pessoa que tem um transtorno alimentar. Por mais que o corpo dela esteja “perfeito” segundo um padrão estabelecido por ela, nunca estará bom. A autoimagem dessa pessoa, gravada dentro dela, vai dizer que o corpo está horrível, deformado, cheio de defeitos. A autoimagem é interessante porque impacta também a forma como você se vê no espelho, pois o que está enraizado em seu cérebro vai se misturar à realidade do que você vê. Isso explica porque algumas pessoas, ao verem uma foto de si mesmas, se surpreendem: “caramba, eu estou magra mesmo” e, no espelho, não notaram; paralelo a isso, pode explicar também porque algumas pessoas ficam extremamente obesas e não percebem o processo. Ao engordar, elas deixam de se olhar no espelho tão frequentemente, usam roupas largas, mantendo portanto a imagem mental desse momento. O cérebro continua com aquela imagem mental embora, na realidade, a pessoa continue engordando. E daí,

ao buscar um médico, há aquele choque ao deparar-se com um peso muito maior. Em suma, ainda que sua autoimagem mental corresponda à realidade sem grandes distorções, nos dias de hoje ela é um terreno fértil para gerar sofrimento, porque vivemos na época das redes sociais, dos filtros nos vídeos, das vidas perfeitas fotografadas com o ângulo e a iluminação ideal. Embora você saiba que só é mostrado na internet o recorte que as pessoas escolhem mostrar, provavelmente ao ver fotos de pessoas “perfeitas” isso te impacta de alguma forma; a comparação parece inevitável.

Ao falar de autoestima, portanto, tudo isso está misturado. E, tal como um tripé, um elemento faltante pode derrubar os outros dois. Você se acha lindo e de caráter impecável, mas sente que fracassará em tudo que tentar. Como anda sua autoestima? Ou você se sente capaz de conquistar o mundo, é inteligente, íntegro e preparado, mas se acha feio, acha seu sorriso torto, seus braços muito magros, etc.; como anda sua autoestima? Entenda que uma autoestima balanceada envolve os três conceitos em equilíbrio. E não esqueça de como sua cognição te engana o tempo todo; muita gente incrível se acha uma fraude completa porque acredita apenas no que seu pensamento diz, sem buscar provas na realidade para sustentar essas percepções. E talvez, mesmo sabendo de tudo isso, você ainda sinta que sua autoestima é uma porcaria. Porém, conhecimento é poder!

Para quem deseja se amar e melhorar a autoestima, saber da existência dos três pilares torna esse pensamento, outrora difuso, em uma tarefa separada em três tarefas menores; toda grande caminhada começa com um passo por vez. Para quem deseja ter

uma boa autoeficácia, um bom autoconceito e uma boa autoimagem, há diversos caminhos possíveis.

Para trabalhar em sua autoeficácia, se coloque à prova. Vá, mesmo com medo. Se falhar, aprenda com esse erro e tente novamente, usando o que aprendeu para chegar mais perto do sucesso. Não acredite em sua mente dizendo que você é burro, incapaz. Todo mundo é bom em alguma coisa e, até quem não é, pode vir a ser. Analise quais são seus pontos fortes, fortaleça-os, se desafie constantemente no sentido de fazer também aquilo em que você não é bom. Inspire-se no bebê aprendendo a andar: ele levanta, cai, levanta, tenta outra vez, chora, continua. Eventualmente ele sairá andando e isso será tão natural como respirar. Se, ao invés disso, ele gastasse seu tempo pensando não ser capaz, a humanidade viveria engatinhando.

Se seu autoconceito está indo de mal a pior, anote em um papel: quais são meus valores? O que, para mim, justifica estar vivo? Quais elogios já recebi? Você com certeza tem qualidades. Eu desafiaria qualquer um a me provar que é uma pessoa totalmente sem qualidades; aliás, se eu encontrasse essa pessoa, diria: parabéns, você tem a qualidade rara de não ter nenhuma qualidade! Você pode até não ter nenhum talento, mas e seu caráter? Você é uma pessoa justa, honesta, boa? A partir dessa profunda investigação, os incômodos poderão ser melhorados, por exemplo: sou incapaz de falar inglês. Portanto, sabendo disso, vou estudar o idioma. Sou grosso e constantemente exagero no tom ao discutir com os outros. Ok, irei me desculpar com quem agi de forma grosseira e criarei planos de ação para fazer diferente da próxima vez (antes de gritar, vou ao banheiro respirar por dois minutos).

Talvez você encontre nessa reflexão algo em que você não é bom mesmo, e também não está afim de mudar. Não há problema nenhum. Concentre-se em aceitar essa realidade e não se martirize por isso. É o clássico exemplo da pessoa que procrastina por horas e, ao invés de passar essas horas se distraindo com um filme incrível, passa o tempo todo rolando o *feed* de alguma rede social enquanto pensa “eu só procrastino, eu não faço nada, eu enrolo”. Nesse caso a pessoa não se divertiu e também não foi útil! É quase um exercício de tortura. Se você tem uma necessidade de dormir dez horas por dia, ao invés de se sentir uma pessoa horrível e lutar contra o sono, ou perdê-lo porque está ocupado em se xingar mentalmente, aproveite essas dez horas de sono. O dia seguinte com certeza será muito melhor.

Já a autoimagem é, talvez, o pilar onde seja necessário a maior dose de aceitação. Uma pessoa com 1.80m pode passar a vida inteira se lamentando porque gostaria de ser mais baixa; isso não mudará absolutamente nada na realidade. Diversas coisas em nosso corpo ou em nosso rosto podem gerar insatisfações e algumas são do jeito que são. É importante saber distinguir o que é factível mudar e o que vai apenas trazer muito sofrimento. É possível chegar no seu corpo dos sonhos, levando em consideração seu biotipo? Se sim, que legal! Vá atrás desse sonho. Talvez seja possível, mas implique em mudanças drásticas em sua rotina e num preço muito alto a se pagar. Você pode assumir esse preço ou assumir que não está disposto a fazer o que é preciso (e não há nada de errado nisso), e nesse caso não vale de nada gastar seu tempo sofrendo. A beleza (especialmente levando em conta um padrão social imposto, já que beleza é algo muito subjetivo) é uma

loteria genética e não diz muita coisa, por si só, a respeito de ninguém. Ainda assim, somos seres visuais e buscamos a beleza em nós e no outro. Nada disso é um problema, desde que não seja o que norteia sua vida ou te adoeça.

Ter uma autoimagem muito prejudicada pode refletir coisas passíveis de mudança (tipo: não gosto das minhas roupas, vou buscar uma consultoria de estilo e me vestir conforme acho belo) ou problemas mais profundos e que precisarão de ajuda profissional (novamente recorrendo ao exemplo da pessoa com transtorno alimentar: para ela, nada resolverá o problema, exceto acompanhamento psicológico e psiquiátrico). É importante distinguir o que é vaidade do que pode indicar um transtorno ou o início de um.

De modo geral, fala-se sobre fortalecer a autoestima de maneira muito leviana: aceite-se como você é, e pronto. Ou: pinte seu cabelo e emagreça, pronto. Conhecer os pilares da autoestima é saber que não basta se achar bonito, existem outros fatores envolvidos. Aumentar seu repertório intelectual, ler infinitos livros e falar cinco línguas pode fazer alguém se sentir incrível. Outra pessoa, porém, talvez continue se sentindo burra, embora todos seus amigos (e todas as evidências) atestem o contrário. Há um conceito interno de percepções enraizadas ao longo da vida, muitas vezes rígidas e mentirosas, muitas das quais nem nos damos conta. O melhor caminho para resolver e equilibrar esse conjunto de crenças cognitivas envolve a reestruturação de todas elas. Um excelente lugar para isso, sem dúvida, é a terapia e, nos casos onde a baixa autoestima se relaciona com algum transtorno (por exemplo, mas não somente, o borderline), fazer todas as mudanças sozinho é

muito difícil. Saiba de antemão que o trabalho maior será do paciente e não do terapeuta, mas este utilizará técnicas específicas, proverá um ambiente seguro, a orientação adequada e o suporte necessário, aumentando imensamente as chances de sucesso.

Combater as verdades ditas para nós por nosso cérebro não é algo rápido e simples, entretanto é possível e necessário. Uma autoestima baixa impacta em tudo: você aceita um emprego mais ou menos por achar que não dá conta de uma vaga melhor; você aceita um relacionamento onde não é feliz por achar que ninguém mais vai te querer; você não arrisca por ter certeza que irá falhar... Ao continuar se boicotando dia após dia, sem dúvida alcançará um resultado medíocre e aquém de seu potencial, pois estará agindo de uma forma cujo único resultado possível é insatisfatório. É o momento onde poderá bater no peito e dizer: “está vendo? Eu havia dito que era incapaz!”. Isso somente fortalecerá suas crenças negativas, minando ainda mais sua autoestima. A única pessoa que pode romper esse ciclo é você.

## 7.6 Agradar o outro

Ninguém nunca conseguirá agradar a todos. Uma pessoa cujo maior medo é não ser amada, ao se confrontar com essa realidade, fica absolutamente angustiada. Conhecer alguém, se apaixonar e não ser correspondido, por exemplo, é uma dor pontuda e desagradável para qualquer um. Saber que alguém no seu trabalho “não vai com a sua cara”, simplesmente porque não, é um incômodo constante. Postar uma opinião nas redes sociais e ser massacrado por quem pensa diferente é constrangedor e machuca. Vivemos uma época onde, ao elogiar laranjas, seremos acusados por alguém, de dedo em riste: “mas e as maçãs? O que você tem contra as maçãs?”. Talvez vivamos a época mais polarizada da internet — se você não pensa como eu sobre alguma coisa, então você é uma pessoa horrível. Pessoas são simplesmente reduzidas a um comentário, como se fossem apenas aquilo e todo o resto de sua humanidade não importasse mais.

Dentro desse cenário, o borderline sofre. Rejeição é como aquele machucado que, quando começa a parar de doer, sem querer cutucamos de novo a casquinha e ele volta a sangrar. Mas é necessário, talvez mais do que nunca, ter em mente que algumas pessoas não irão gostar de você. Sim, é isso mesmo: sem dúvida, ao longo da sua vida, algumas pessoas não irão gostar de você. Por melhor que você seja, por mais que tente, por mais que se esforce o dia inteiro, sempre haverá alguém ávido para apontar um defeito ou alguém que simplesmente não se importa e não quer papo. É chato ter a vontade de ser amigo de alguém e esse sentimento não ser recíproco. É chato amar alguém e não ser amado. E, se você é

borderline, o chato pode virar chatíssimo, doloridíssimo, talvez nenhum superlativo seja suficiente para descrever essa dor. Portanto, com a certeza de ser impossível agradar a todos, cabe a você se proteger desse sofrimento imenso elaborando arduamente essa realidade.

Aceitar a rejeição é a melhor forma de se blindar contra ela, porque invariavelmente vai acontecer. E pode doer muito todas as vezes, mas o que conta é como você vai lidar com essa dor. Com o tempo, vai ficando mais fácil. Lembre-se da sensação de ansiedade extrema do seu primeiro beijo (ou alguma outra primeira vez que te deixou tremendo da cabeça aos pés). Provavelmente hoje em dia, ao passar pela mesma situação, o frio na barriga ainda é gostoso, mas não te deixa a ponto de desmaiar. Com situações ruins, o mesmo princípio funciona. Vamos criando uma “casca” para lidar com as coisas desagradáveis da vida e, cada vez que é necessário juntar os pedacinhos, voltamos mais fortes. A primeira vez é uma dor explosiva e terrível, mas te dará ferramentas para, na segunda vez, já conhecer o caminho das pedras.

## 7.7 Vazio

Sentir-se vazio pode envolver diversas sensações concomitantes como desesperança, solidão e isolamento. Mas essas formas de teorizar o vazio não implicam em diminuí-lo; mesmo sabendo os motivos que podem levar o borderline a se sentir vazio, o sentimento perdura, e é muito associado com uma dor psicológica que não passa. Além do mais, parece automático a ideia de tentar preencher esse vazio com alguma coisa. Muitas vezes, pessoas com TPB aprendem a conviver com esse vazio, sem nunca conseguir de fato “preenchê-lo”. As descrições de sentimentos que acompanham o sentir-se vazio variam muito: inutilidade, tédio, falta de sentido ou propósito, medo, ansiedade, irrealidade, rejeição, entre outros. Simultaneamente, também pode ser descrito como ausência de emoção e de sentimentos de maneira geral.

Muitas pessoas buscam mecanismos de ação para lidar com essa questão, incluindo comportamentos danosos como machucar-se. Talvez o mais comum seja mergulhar de cabeça em alguém, em geral parceiro amoroso, e preencher-se com aquela pessoa, atribuindo a esse relacionamento a responsabilidade de acabar com o “buraco” interno. No momento onde a paixão está presente, pode até parecer uma estratégia funcional, mas a paixão tem tempo para acabar e, quando o estado mágico de encantamento inicial passa, lá está o vazio novamente. Afinal, e isso vale para qualquer pessoa no mundo, não há ninguém que te complete; já somos completos por natureza, cabendo a cada um encontrar o sentido e a completude dentro de si mesmo. Ao invés de buscar lá fora, é preciso uma

viagem interior, pois o que vem de fora é efêmero e não te preencherá por completo — pode até preencher mas, caso isso vá embora, como você fica? Drogas, sexo, relacionamentos, comida e compras estão dentro das ferramentas comuns utilizadas como tentativa para preencher de significado a vida das pessoas (não somente quem tem TPB); são ineficazes e potencialmente danosas. O desafio aqui é que não há resposta única tampouco resposta certa, é absolutamente individual o encontro entre alguém e seu interior (esteja este vazio ou não).

Gosto de pensar, correndo o risco de pintar a situação de forma romântica, que o vazio interior é um chamado ao sentido: feito buraco negro, ele engole tudo o que colocamos ali, mas demora mais a digerir o que é bom. Ter uma meta, uma direção, um hobby que deixa o coração quentinho, um dia feliz com amigos, fazer o bem ao outro, são algumas coisas que o vazio demora um tempão para engolir. E, como logo será novamente alimentado com mais coisas boas, está satisfeito enquanto, ao mesmo tempo, pede por mais, sempre mais, por ser um poço infinito para o que é bom. É a minha forma pessoal de lidar com este vazio. Entendo que ele sempre estará aqui, aprendi a amar essa parte também e sei que alimentar meu vazio com o que me faz mal só o deixa maior e mais dolorido. É um estômago emocional sempre faminto, e não me deixa esquecer jamais: preste atenção em você e busque o que te faz bem.

Convido você a refletir sobre o seu vazio e sobre o que ele significa, caso tenha um aí dentro também. E me desculpo de antemão caso tenha romantizado algo que te dói. A intenção é levantar um questionamento: esse vazio precisa ser preenchido a

todo custo ou simplesmente aceito e acolhido? Como conviver com ele caso ele não vá embora? O que você anda colocando aí dentro? Dois livros que sempre me emocionam e falam exatamente sobre sentir-se vazio e incompleto e sobre a aceitação dessa falta são “Vazio” (de Anna Llenas) e “A parte que falta” (de Shel Silverstein).

## 7.8 Compulsões

Compulsões envolvem padrões repetitivos de um comportamento ou hábito realizados tipicamente para acalmar uma emoção de angústia ou ansiedade. Quem sofre de algum tipo de compulsão acaba preso num ciclo infinito por não conseguir cessar o comportamento, se sentir mal por realizá-lo, acabar por repeti-lo porque se sente mal, e assim por diante. Compulsões podem variar em seu objeto: comida, substâncias, sexo, automutilação, rituais e pensamentos obsessivos; a lista segue. Um dos sintomas do borderline envolve a impulsividade em áreas potencialmente perigosas, o que, por si só, não tem nada a ver com compulsão, mas pode evoluir para tal. Da mesma forma, gestos recorrentes de automutilação também podem indicar um quadro onde a vontade de se automutilar é tão grande que parece impossível contê-la. Além do mais, uma comorbidade comum ao TPB é a bulimia, cujos critérios diagnósticos incluem a ingestão alimentar em excesso, em episódios de compulsão, seguidos por purgação. Não estou propondo uma causalidade entre esses fatores e sim jogando luz em uma possibilidade: o surgimento de algum tipo de compulsão junto ao TPB.

Quadros compulsivos de modo geral dificilmente serão resolvidos sem acompanhamento profissional, sendo necessário a dupla de psicólogo e psiquiatra para conduzir o tratamento ideal. Especialmente quando o comportamento compulsivo envolve automutilação, há um risco importante no quadro, pela possibilidade da pessoa se acidentar gravemente sem querer. Compulsão não é uma simples questão de escolha entre fazer ou não tal coisa, é

preciso um olhar atento para reverter o quadro, minimizando o mais rápido possível o sofrimento do paciente. A presença constante das chamadas “paranoias” envolvendo ciúmes, inseguranças de modo geral, medo de abandono e outras percepções mentais geradoras de ansiedade (muito comuns no quadro de TPB), ainda que não evoluam para um quadro compulsivo, podem envolver rituais exaustivos de verificação e muito sofrimento psicológico. Já sabemos que onde há sofrimento há espaço para tratamento, havendo ou não um diagnóstico formal.

## 7.9 Manipulação

A constante manipulação de quem tem TPB é um tema muito comum nas conversas sobre o transtorno. O próprio manual diagnóstico cita a mentira e a manipulação como características típicas desses pacientes. Manipulação pode ser definida como uma manobra para influenciar o outro, em geral contra a vontade desse outro. É um movimento socialmente considerado como bastante negativo e chama para nosso imaginário a figura daquela pessoa espertinha que usa de armadilhas mentais e sedução para conseguir o que quer e se dar bem. Será realmente benéfico mencionar essa característica para um paciente borderline, especialmente se este já apresenta algum grau de sofrimento?

Alguns dos típicos momentos onde a ação do borderline é lida como manipuladora envolvem cenas de automutilação e ameaças de suicídio. Pelo olhar do outro, o borderline está buscando somente chamar a atenção com essas atitudes. Soa um pouco extremo utilizar desses artifícios para tal finalidade e, se pensarmos racionalmente, machucar-se apenas para obter atenção já reflete algo profundamente disfuncional; é um grito por ajuda. De qualquer forma, é importante pensar sobre o que esse comportamento quer dizer.

Muito embora haja a expectativa de manipulação a partir da presença do diagnóstico, normalmente essa ação é motivada por um desespero sem nome que parece exigir medidas extremas para cessar. O medo do abandono, por exemplo, pode motivar ações cujo objetivo final seja obter atenção e cuidado, mas isso não é um plano maquiavélico do borderline para manipular o outro. Talvez seja

a única linguagem que ele conheça. Quando não sabemos lidar com um sentimento, somos levados a agir baseados na emoção. Isso não é feito de maneira totalmente consciente e não é, por si só, um ato bom ou ruim. Em muitos casos a ação de ameaçar o suicídio, por exemplo, é motivada por uma forte ambivalência quanto a continuar ou não vivo e pode refletir um perigo real. Da mesma forma que é extremo ameaçar se matar para chamar a atenção do outro, também é extremo ouvir uma ameaça suicida e pensar: “ah, mas é só para chamar minha atenção”. Essa consideração é importante; é preciso ao menos dar o benefício da dúvida.

Mais do que uma conspiração consciente do borderline para manipular tudo e todos, há um sofrimento intenso expressado de maneiras disfuncionais. E há, claro, os casos onde existe manipulação, de caso pensado e planejado. O ambiente familiar pode inclusive moldar esse comportamento ao longo do crescimento do indivíduo, ao recompensar determinadas atitudes que façam com que manipular seja entendido como uma forma efetiva de conseguir o que se quer; talvez a única forma possível. Para esses casos, a pessoa que manipula precisa saber o que está fazendo (seja percebendo sozinha ou escutando quando o outro aponta o padrão) e buscar modificar essa forma de agir. O ponto aqui não é admitir a manipulação como comportamento aceitável ou imutável e sim observá-lo em sua completude, sem julgamentos pré concebidos.

Acima de tudo, é válido pontuar o óbvio: pessoas más podem vir com ou sem diagnóstico. E é claro que dentro de uma população clínica que divide um diagnóstico existirão sujeitos bons, maus, manipuladores e manipulados. Rotular o paciente psiquiátrico só reflete uma psicofobia enraizada no pensamento comum, típico de

pessoas que escutam a palavra borderline e já exclamam: “isso aí é problema”. O TPB envolve uma série de sintomas e, dentro das peculiaridades de cada um e de todas as combinações possíveis, existe borderline de tudo quanto é jeito.

## 7.10 Remédios psiquiátricos

Remédios psiquiátricos não são vilões! Poderia terminar esse item aqui. Mas vamos explorar minuciosamente essa questão. Imagine que você está com febre e alguém te oferece um antitérmico. Ele irá abaixar sua temperatura corporal, tirando parte do mal estar desconfortável trazido pela febre. Nessa situação, faria sentido você não aceitar o remédio? A febre provavelmente passaria do mesmo jeito, mas o caminho seria muito mais desagradável. Em alguns casos, como numa infecção, você precisará recorrer a antibióticos. E, talvez, se não conseguir tomá-los, a situação se agravará sobremaneira. Nunca vi uma pessoa recusar antibiótico para, ao invés disso, tentar se curar sozinho com a força do pensamento (bem, imagino que esse tipo de pessoa exista). O ponto é: sintomas psiquiátricos podem ser a febre ou a infecção. Em alguns casos, irão sumir sem que você faça nada, em outros (a depender da gravidade) não irão entrar em remissão sem a ajuda de um remédio. Independente disso, sem dúvida o caminho a percorrer com a ajuda do remédio é mais rápido, mais agradável e seu desfecho costuma ser muito melhor.

No tratamento de TPB não existe um remédio certo, indicado para esse transtorno em específico. Não há remédio para que você deixe de ser quem você é (que bom!), mas existem diversos remédios que atuam em sintomas específicos (veja o capítulo 2, seção 2.1). Boa parte dessa questão já foi explorada no livro, porém vale voltar ao assunto, pois infelizmente o receio dos remédios psiquiátricos ainda é grande na população, talvez devido à

memória coletiva dos primeiros remédios psiquiátricos, usados nos terríveis manicômios, onde os pacientes perambulavam como zumbis. Hoje em dia, a realidade passa longe disso. Os remédios atuais são seguros, cada vez causando menos efeitos colaterais.

Sabendo de tudo isso, não boicote seu tratamento. O remédio psiquiátrico, via de regra, demora um tempo para agir e estabilizar seu organismo. É uma substância nova e seu cérebro precisa de tempo para se ajustar. Dê esse tempo, seja paciente. Ao contrário do remédio para febre, ao se sentir melhor, você não deve abandonar seu remédio psiquiátrico. É por causa dele que você está bem e, caso o retire bruscamente, a chance é alta do problema retornar, talvez até com maior gravidade. A retirada ou introdução dessas substâncias precisa ser acompanhada de perto pelo psiquiatra. Desconfie de palpites da internet, pois cada remédio reagirá de uma forma específica para uma pessoa específica. Relate ao seu psiquiatra tudo o que sente ou deixa de sentir com os remédios, a função desse profissional é exatamente te acompanhar e te orientar durante o tratamento.

Pergunte sobre o que achar necessário: posso beber? O que fazer se eu esquecer de tomar um comprimido? Como proceder se meu sono for impactado? Esse remédio irá me viciar? Em quanto tempo posso esperar que o meu corpo se acostume ao remédio? Não existem perguntas bobas ou erradas. O erro é deixar de perguntar.

Em tempo, o remédio não irá te viciar. Esse é um medo comum, mas basta observar a quantidade de pessoas que abandona o tratamento no meio para constatar que os remédios psiquiátricos de uso contínuo não viciam. De qualquer forma, pode

perguntar isso ao seu médico; só saia do consultório quando não houver mais nenhuma inquietação.

## 7.11 Terapia

A resposta para a maioria das perguntas sobre situações complicadas na vida do borderline poderia ser, simplesmente: faça terapia. É realmente muito difícil você já saber tudo o que poderia ser dito ou feito no contexto psicoterapêutico. É realmente muito difícil você ser totalmente imune aos benefícios da terapia. Porém é altamente possível que você não esteja se dedicando o suficiente ao processo. Terapia é também o que se faz fora do consultório e entre as sessões. É provável que você faça terapia com um profissional, em determinada abordagem, que simplesmente não te ajudará. Terapias alternativas, psicoterapias que duram muitos anos e não trazem respostas pontuais, profissionais terapeutas que não são psicólogos são apenas alguns exemplos do que pode atrapalhar o seu caminho nesse momento. Dê uma chance (ou uma segunda chance) para a terapia. O processo feito por um profissional eficiente (de preferência seguindo o caminho para o qual apontam as evidências científicas) é a forma mais certa de conviver com o borderline e encontrar um equilíbrio.

Dentro do consultório, seja honesto. Abra seu coração! Claro que isso poderá não acontecer imediatamente, mas a ideia é aproximar-se desse cenário. Até as situações chatas devem ser abordadas. O psicólogo atrasou a sessão e você se chateou? Fale com ele. Sua psicóloga desmarcou em cima da hora e te deixou na mão num momento de crise? Converse sobre isso na próxima sessão. Ouviu algo de que não gostou? Se ofendeu? Se apaixonou pelo terapeuta? Fale sobre isso. A terapia é um local seguro de treino para as situações desagradáveis da vida. O psicólogo tem

ferramentas e é capaz de orientar você mesmo nas situações chatas ou emocionais. Terapia não é confortável o tempo todo. É tipo uma musculação psicológica: haverá dor para chegar ao crescimento.

O borderline costuma desenvolver sentimentos extremos em relação ao terapeuta. Isso é sabido e esperado. Não precisa sair correndo ou se abster de abordar as partes ruins. Lembre-se, o espaço é seguro, é seu, o psicólogo não está ali como um juiz moral e sim como um facilitador do seu tratamento.

## 7.12 Falando sobre o transtorno

Falar ou não sobre o borderline para as pessoas conhecidas? É necessário apresentar-se já deixando claro a presença de um transtorno? Será uma mentira iniciar um relacionamento sem comentar sobre o quadro? Essas perguntas não têm resposta certa mas geram muita inquietação. Analogias com situações diversas podem ilustrar o cenário: imagine conhecer alguém e ouvir “prazer, meu nome é fulana e eu tenho alergia a amendoim”; ou “gostaria de participar do processo seletivo para sua empresa, segue meu currículo e meu último exame de sangue”; será mesmo necessário esse tipo de colocação? Soa esquisito, talvez da mesma forma que soe esquisito para alguém ouvir “bom te conhecer, ah, eu fui diagnosticado com borderline”. É compreensível que, após o diagnóstico, essa informação pareça absolutamente relevante para alguém. Porém, um transtorno mental não define quem você é em sua totalidade (embora possa ajudar a explicar alguns comportamentos). Apresentar-se rotulando a si mesmo como “a pessoa border” não necessariamente resultará num desfecho positivo.

Por outro lado, existem situações onde provavelmente o transtorno aparecerá. E, nesse sentido, é compreensível também querer falar sobre o tema, explicar o que é, conversar sobre seu funcionamento. Provavelmente a resposta mais adequada seja um equilíbrio. Não há necessidade de andar por aí com uma placa na testa escrito borderline, da mesma forma que o diagnóstico não precisa ser tratado como um tabu, como um grande segredo. Algumas pessoas preferem “esconder” o diagnóstico por medo de

sofrer psicofobia e pelo entendimento raso do senso comum em relação ao transtorno. Em alguns casos, há uma recepção negativa da “notícia” — algumas pessoas simplesmente se afastarão. Talvez exista algo na história dessas pessoas que explique o medo ou a relutância em se envolver com alguém com TPB, talvez seja só um preconceito infundado. Essas pessoas continuarão existindo, goste você ou não, de forma que escolher falar ou não sobre o seu transtorno há de ser uma opção pessoal sua, levando em consideração o seu contexto.

O lado bom de abrir o jogo é que as pessoas mais próximas podem usar essa informação para te entender melhor, criando terreno para diálogos enriquecedores. Dá para indicar livros, dividir experiências, ensinar e aprender; pessoas muito diferentes, com ou sem transtornos mentais, podem passar por situações bastante semelhantes e a troca de ideias sobre dores, conflitos e inquietações sempre traz algo de positivo. Alguns preferem não falar sobre o borderline com pessoas próximas, mas usam a internet para abrir o coração e encontrar aqueles que passam por situações semelhantes; é uma boa ideia para equilibrar os extremos de falar ou não sobre o assunto.

## 7.13 Hábitos e rotina

Os benefícios da rotina são proclamados pelos mais diversos livros de autoajuda. Por outro lado, a frase “saia da rotina” é o slogan padrão para seduzir as pessoas a saírem da previsibilidade do dia a dia, sugerindo que ter uma rotina é algo entediante. Do ponto de vista de quem tem um transtorno mental, a rotina pode ter vantagens importantes e úteis para ajudar no equilíbrio de viver a vida plenamente mesmo enquanto vive os sintomas.

O borderline é estável em sua instabilidade, ou seja, invariavelmente está oscilando em suas emoções: seu natural é a mudança, de uma emoção para a próxima. Nesse sentido, uma rotina previsível pode dar uma sensação de segurança confortável no meio do caos emocional. Talvez a ideia de ter uma rotina pareça insuportável, uma chatice. Talvez pareça maravilhosa, mas difícil de manter. Deixemos os julgamentos de lado para considerar os benefícios de viver um dia a dia mais previsível.

Uma rotina pode te ajudar a perceber a instabilidade de humor chegar, antes dela estragar o seu dia, especialmente nos casos onde há um fator desencadeante para isso; por exemplo, sempre que chega a hora de um compromisso determinado, você sente ansiedade e se agita. É possível, a partir da observação, entender quais os efeitos que determinadas atividades causam em você e elaborar planos de ação para lidar com elas. A rotina fixa é excelente também para manter o horário de suas medicações em ordem, caso você precise delas. Remédios psiquiátricos são comumente ingeridos em horários específicos. Ao juntar a ação de tomar remédio com algo já habitual, como tomar café da manhã, seu

cérebro irá associar uma tarefa à outra. Com o tempo, o ato de tomar seu café da manhã já irá te lembrar do remédio. Essa estratégia funciona para a criação de qualquer hábito e é muito poderosa.

Uma rotina constante com metas específicas (tipo fazer exercícios físicos toda quarta-feira) cria um senso de obrigação e é uma ferramenta que ensina a lidar com a frustração de ter que cumprir certos compromissos mesmo sem estar com vontade. Se chegar a quarta-feira e sua vontade for apenas dormir porque brigou com o namorado, sendo firme com seus compromissos, você irá se exercitar do mesmo jeito, ainda que com menos vontade. E muito provavelmente se sentirá bem melhor após a atividade. A sensação de dever cumprido e de se levar a sério é muito prazerosa. Além disso, um padrão de atividades é útil para entender quais delas são benéficas e quais desencadeiam estresse ou outros sentimentos negativos. Talvez a aula de russo seja uma ideia bacana que, na prática, só te deixa irritado.

Atente-se também para acontecimentos corriqueiros que podem bagunçar sua rotina. Alguns dos principais são mudanças em seu ciclo de sono (dormir menos ou mais, dormir em um horário diferente, etc.), interferências no ciclo circadiano (viajar entre fusos horários, por exemplo), mudanças em ritmos biológicos (mudar a sua hora de almoço, ficar muitas horas sem comer) e mudanças estressoras de maneira geral (mudar de casa, assumir um posto novo no trabalho, etc.) Até alterações não estressoras nos padrões de rotina (como um amigo passar um tempo em sua casa) ou mudanças aparentemente benéficas e inofensivas (férias, período de festas, final de ano) podem impactar na sua regulação emocional

e biológica. Estresse de modo geral pode interferir também na adesão ao tratamento farmacoterápico; quem nunca esteve numa viagem e esqueceu de tomar os remédios? É importante prestar atenção.

Toda pessoa tem seu conjunto único de fatores de risco e de proteção. A rotina costuma ser protetiva de maneira geral, mas não há uma regra. Você não precisa cronometrar todas as suas atividades e seguir à risca. Talvez esse controle te ajude muito, mas talvez te atrapalhe. Reflita sobre os seus fatores de risco e proteção; são só seus e podem seguir regras próprias. O que, no seu dia a dia, te desestabiliza? E o que ajuda a te manter nos trilhos? Entretanto, antes de descartar completamente a ideia de ter uma rotina um pouco mais estruturada, considere o assunto; não é à toa que existem tantos livros e tantos aplicativos criados para ajudar com uma rotina. O ser humano funciona seguindo ritmos cíclicos, tem necessidade de dormir todos os dias, de se alimentar, de se movimentar. A previsibilidade é bem vinda.

Rotina envolve disciplina e para desenvolver disciplina é preciso de um conjunto de bons hábitos. Entenda: disciplina é diferente de sacrifício! Sacrifício implica em renúncia; disciplina, por outro lado, é um processo cujos frutos irão beneficiar o disciplinado. Saúde mental envolve disciplina, também. O tratamento psicoterápico, por exemplo, é feito semanalmente, no mesmo horário, por um tempo determinado. Além do consultório, cabe ao paciente exercitar o que aprendeu, refletir sobre o que foi dito, colocar em prática as novas habilidades. Ir à terapia e não fazer nada sobre isso no resto da semana provavelmente resultará num tratamento ineficaz.

A diferença entre quem consegue e quem não consegue é fazer. Colocar em prática. E não precisa ser tudo de uma vez! Tenha em mente que sucesso não é fazer mil coisas uma vez, mas sim fazer uma coisa mil vezes. Estabelecer um mini hábito, para começar, ajudará muito. Ler um livro pode ser um grande desafio... Ler uma página por dia, não tanto. E de pouco em pouco você irá adquirir o hábito de leitura. Talvez você se pergunte: o que tem isso a ver com o borderline? Muita coisa. Se o ser humano é instável, emocional e naturalmente sente dificuldade em fazer o que sabe que precisa ser feito, o borderline além de tudo é invadido repentinamente por emoções. Lidar com os sintomas do TPB envolverá uma grande dose de disciplina e persistência. Ainda nesse tópico, talvez a orientação mais importante: não seja seu próprio carrasco. Tentar envolve falhar, falhar envolve aprender e, então, tentar novamente. Ninguém gosta de ter seus esforços criticados de maneira rude, ainda que tenha falhado. Não seja você a falar consigo mesmo desse jeito. Se perdoe. Você está tentando e isso é muito bonito. Siga.

## **7.14 Técnica sete: cartões de enfrentamento**

Falamos ao longo deste capítulo de diferentes situações onde será necessário enfrentar diversos obstáculos, vez após vez. A sétima e última técnica desse livro, portanto, te ajudará a continuar quando enfrentar essas situações desafiadoras. Os cartões de enfrentamento são uma maneira de proteger o seu “eu do futuro” através de lembretes, mensagens tranquilizadoras e fatos baseados na realidade. Normalmente, eles são elaborados na terapia junto com o psicoterapeuta, mas também podem ser criados por você. Basta escrever alguma coisa que, num momento futuro, poderá ajudar no enfrentamento de uma situação.

Por exemplo, num término de relacionamento complicado, o cartão pode ser sobre o porquê de você ter terminado e por quais razões não deve voltar a ligar para aquela pessoa. Em momentos de tensão gerada por uma nova situação (primeiro dia de um novo trabalho, por exemplo), o cartão pode te lembrar que você é capaz, está ali por merecimento e que já passou por várias primeiras vezes e sempre sobreviveu. Em crises de ansiedade, o cartão pode ser sobre a respiração diafragmática, com o passo a passo descrito da técnica.

Muitas pessoas carregam os cartões de enfrentamento na carteira, ou mesmo em forma de notas no celular, assim eles estão sempre por perto quando necessário. É quase como uma lista de lembretes úteis de você para você em momentos onde a emoção impedirá a tomada de uma decisão equilibrada e racional.

**Minha carta de enfrentamento para você:**

Obrigada por me acompanhar nessa leitura e parabéns por chegar até aqui; não até o final do livro, mas até aqui, até hoje, mesmo com tudo o que você já teve que enfrentar. Espero que essa leitura tenha ajudado na compreensão do transtorno de personalidade borderline e tornado mais fácil a tarefa de conviver com ele, ainda que só um pouquinho. Você não está só nessa tarefa, somos muitos e seguimos tentando. Um dia de cada vez e, quando estiver difícil, siga, uma respiração (lenta e demorada) de cada vez.

Não se esqueça que conhecimento é poder. Saber o que se passa com você te dá ferramentas para modificar o que incomoda e viver, cada vez mais, uma vida melhor e que valha a pena. Existir dificilmente será um mar de rosas... Muitas vezes será um mar agitado e revoltado, assustador até. Assim, o melhor é entrar nesse mar com um colete salva vidas. O tratamento para o transtorno borderline é possível; árduo, trabalhoso, mas possível. Não desista de lutar. Não desista de você. Essa intensidade toda é uma chama brilhante e encantadora, é uma característica que, somada a tantas outras características suas, te torna uma pessoa única. E você é muito especial.

Não somos o que somos apesar do borderline e nem por causa do borderline: ele é uma das partes que nos tornam pessoas inteiras. Dentro desse vazio que você percebe aí dentro cabe o mundo todo, cabe amor, preocupação, cabe uma imensa entrega ao outro e àquilo que você ama. Não dê ouvidos para a culpa, não deixe espaço para vergonha, se abraçe, perdoe erros antigos e siga. A única pessoa sem a qual você não consegue viver é você!

Leticia

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, por terem me buscado em todos os buracos nos quais já me enfiei (e pela certeza de que continuariam me buscando, quantas vezes fossem necessárias). Amo vocês.

Ao Guilherme, por ter me escolhido como sua companheira de vida, dividindo todos os momentos e até o mesmo diagnóstico. Você é meu border favorito.

Ao Bombom, por me ensinar tanto com sua sabedoria felina e permanecer ao meu lado, todos os dias, o tempo todo, mesmo nas épocas mais sombrias.

À Heloísa, por sua humanidade, paciência e assertividade. Seu acompanhamento foi fundamental; não vejo a hora de ser sua colega de profissão.

E, finalmente, agradeço a você, pela confiança em meu trabalho e por escolher esse livro no meio de tantos outros sobre o tema. Obrigada por chegar até aqui.

## Referências bibliográficas

ALVARENGA, Marle et al. Nutrição comportamental. Editora Manole, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

CAREY, Benedict. Expert on mental illness reveals her own fight. The New York Times, v. 23, 2011. Disponível em <<https://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html>>. Acesso em 10 de mar. de 2021.

CRICK, Nicki R.; MURRAY-CLOSE, Dianna; WOODS, Kathleen. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. Development and psychopathology, v. 17, n. 4, p. 1051-1070, 2005.

DEEGAN, Patricia E. A Web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics. Psychiatric Rehabilitation Journal, v. 34, n. 1, p. 23, 2010.

DIVISION 12 OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Disponível em <<https://div12.org/treatment/dialectical-behavior-therapy-for-borderline-personality-disorder/>>. Acesso em 10 de out. de 2021.

DIVISION 12 OF THE AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Psychological treatments: borderline personality disorder. Disponível em <<http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/borderline-personality-disorder/>>. Acesso em 10 de out. de 2021.

FRIEDEL, Robert O. Borderline Personality Disorder Demystified, Revised Edition: An Essential Guide for Understanding and Living with BPD. Hachette UK, 2018.

FRUZZETTI, A.E., & Hoffman, P.D. (2004). Family Connections workbook and training manual. Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.

GUILÉ, Jean Marc et al. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. Adolescent health, medicine and therapeutics, v. 9, p. 199, 2018.  
KLONSKY, E. David. What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. Journal of personality disorders, v. 22, n. 4, p. 418-426, 2008.

LEAHY, Robert L. Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta. Artmed Editora, 2018.

LINEHAN, Marsha. Building a life worth living: A memoir. Random House Trade Paperbacks, 2021.

LINEHAN, Marsha M. Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. Artmed Editora, 2018.

LINEHAN, Marsha M. Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente. Artmed Editora, 2010.

LLENAS, Anna. Vazio. Editora Moderna, 2018.

NEW, Antonia S. et al. Amygdala–prefrontal disconnection in borderline personality disorder. Neuropsychopharmacology, v. 32, n. 7, p. 1629-1640, 2007.

PORTER, Carly et al. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 141, n.

1, p. 6-20, 2020.

RISO, Walter. Amar ou depender?: como superar a dependência afetiva e fazer do amor uma experiência plena e saudável. L&PM, 2014.

SILVERSTEIN, Silverstein. A parte que falta. Companhia das Letrinhas, 2018.

ZANARINI, Mary C. et al. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. Psychiatry research, v. 262, p. 40-45, 2018.

ZANARINI, Mary C. et al. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, v. 163, n. 5, p. 827-832, 2006

# **Contatos**

**Instagram:** @bordereagora

**Site:** [www.bordereagora.com.br](http://www.bordereagora.com.br)

**Contato:** [www.bordereagora.com.br/contato](http://www.bordereagora.com.br/contato)

**“Border, e agora? Do diagnóstico ao dia a dia” © 2021**