



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

A Instabilidade Afetiva na Perturbação Borderline de Personalidade

Carolina de Andrade Silva

Orientado por:

Prof. Doutor Filipe Barbosa

Co-Orientado por:

Dr^a Ana Ferro

Junho'2023

Resumo

As perturbações da personalidade (PP) têm uma elevada prevalência na população, em geral, estando associadas, na sua maioria, a problemas relacionais, bem como a uma redução da qualidade de vida do doente.

A Perturbação Borderline de Personalidade (PBP) é a PP mais frequentemente encontrada na população clínica podendo ser caracterizada, por um padrão global de instabilidade no relacionamento com os outros, na autoimagem e nos afetos, apresentando uma impulsividade marcada com começo no início da idade adulta.

O objetivo deste trabalho é estudar a instabilidade afetiva associada à PBP.

Para o estudo de caso foi primeiramente realizada uma revisão da literatura. De seguida, foi obtida informação a partir de uma entrevista semiestruturada com um doente do sexo masculino de 43 anos, instável e impulsivo, com antecedentes pessoais de ansiedade, abuso sexual, consumo excessivo de álcool e tabaco. Foram ainda consultadas outras fontes, como, por exemplo, registos das suas sessões de psicoterapia, consultas de psiquiatria e outros documentos oficiais do Sistema Nacional de Saúde entendidos como pertinentes. Para a revisão da literatura existente, foi consultada a base de dados PubMed, usando os termos “personality disorder”, “borderline personality disorder”, “emotional instability”, “affective instability”, “psychotherapy and BPD”.

Em suma, espera-se com este trabalho compreender as possíveis causas, apresentações e o impacto da instabilidade afetiva na vida dos doentes com PBP, bem como as suas implicações clínicas.

Palavras-chave: perturbação da personalidade; perturbação borderline de personalidade; instabilidade afetiva; instabilidade emocional

“O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados”.

Abstract

Personality disorders (PD) have a high prevalence in the general population, being mostly associated with relational problems, as well as a reduction in the patient's quality of life.

Borderline Personality Disorder (BPD) is the most frequently found PD in the clinical population and can be characterized as a global pattern of instability in relationships with others, in self-image and in affections, showing marked impulsivity beginning in early adulthood.

The goal of this dissertation is to study the affective instability associated with BPD.

Regarding the case study, a literature review was carried out first. In addition, information was obtained from a semi-structured interview with an unstable and impulsive 43-year-old male patient, with a personal history of anxiety, sexual abuse, excessive consumption of alcohol and tobacco. Other sources were also consulted, for example, records of his psychotherapy sessions, psychiatry appointments and other relevant official documents from the National Health System. To review the existing literature, the PubMed database was consulted, using the terms “personality disorder”, “borderline personality disorder”, “emotional instability”, “affective instability”, “psychotherapy and BPD”.

All in all, this work hopes to understand the possible causes, presentations, and impact of affective instability in the lives of patients with BPD and its clinical implications.

Keywords: personality disorder; borderline personality disorder; affective instability; emotional instability

"The final work is the sole responsibility of its author, and FMUL is not responsible for the contents presented in it."

Índice

Resumo	2
Abstract	3
Índice	4
Agradecimentos	5
Introdução	6
Perturbação de Personalidade	6
Perturbação Borderline de Personalidade	8
Instabilidade Afetiva/Emocional	14
Objetivos	17
Metodologia	17
Caso Clínico	18
Discussão	22
Perturbação Borderline de Personalidade e Instabilidade Afetiva	22
Perturbação Borderline de Personalidade e Impulsividade	25
Perturbação Borderline de Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica.....	26
Implicações Clínicas	27
Conclusão	28
Bibliografia	30

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado nunca teria sido possível sem o apoio de quem vivenciou estes últimos anos comigo, a quem estou eternamente grata pela ajuda na conquista desta etapa.

Ao Professor Doutor Filipe Barbosa, pela sua orientação, apoio incondicional e presença constante ao longo da elaboração deste trabalho. Obrigada por estar sempre a um e-mail de distância e me ter possibilitado fazer um trabalho na área pela qual tenho o maior interesse e fascínio.

Ao doente, H.C., pela sua participação e disponibilidade, sem o qual este trabalho não existiria.

Às minhas colegas e amigas de curso, Eunice, Gabi, Isis, Patrícia e Rita, com as quais partilhei, lado-a-lado, os altos e baixos da elaboração de um TFM, me motivaram a querer fazer melhor e informaram dos deadlines e informações burocráticas que me passam sempre ao lado.

À Vera, por ser a melhor amiga e motivadora pessoal que conheço e acreditar em mim, mesmo quando eu duvido.

Por último, à minha família, por me aturar em dias de stress, ajudar a solucionar os meus problemas técnicos e bibliográficos e, acima de tudo, por sempre me ter apoiado ao longo deste processo. Mãe, Tita e Manel, obrigada! Se a defesa correr bem, dedico-vos este trabalho.

Introdução

Perturbação de Personalidade

O que é uma perturbação de personalidade? De modo a conseguir responder a esta questão, é necessário começar por definir “personalidade”.

Personalidade, derivada do grego “persona”, foi evoluindo ao longo do tempo de “ilusão externa”, para “realidade aparente”, até que, por último, começou a ser usada como sinónimo do conjunto das características internas de um indivíduo (Millon, 2016a). De acordo com Millon, personalidade pode ser definida como “um padrão complexo de características psicológicas profundamente enraizadas, que são, em grande parte, inconscientes e não facilmente alteradas, as quais se expressam involuntariamente em quase todas as facetas do funcionamento”. Por outras palavras, a personalidade consiste no padrão de expressão individual do que se sente, pensa, como se age e se relaciona consigo mesmo, com outros e com o seu meio ambiente, o qual resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais (Ekselius, 2018; Gunderson et al., 2018).

O que diferencia então uma personalidade normal de uma PP?

O critério mais frequentemente usado para definir normalidade tem por base a estatística. Em Medicina isto geralmente traduz-se em classificar-se como “normal” os sintomas e comportamentos mais frequentes, enquanto o menos habitual é dado como patológico (Millon, 2016b). Embora algo redutora, esta ainda é a premissa atualmente usada para definir PP, nomeadamente no “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5” (DSM-5), como um “padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo (...)” (American Psychiatric Association, 2013).

Tanto no DSM-5 como na edição anterior revista, as 10 PP específicas estão categoricamente agrupadas em três clusters/grupos, de acordo com as suas diferenças qualitativas enquanto síndromes clínicas:

- Grupo A (grupo excêntrico): perturbações da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica;

- Grupo B (grupo dramático): perturbações da personalidade antissocial, borderline, histriónica e narcísica;
- Grupo C (grupo ansioso): perturbações da personalidade obsessivo-compulsivo, evitante e dependente.

Todavia, é frequente um doente apresentar concomitantemente critérios de diagnóstico para perturbações de grupos diferentes. Como tal, foi desenvolvido um modelo alternativo, também apresentado no DSM-5 (Secção III), o qual se baseia numa “perspetiva dimensional de que as perturbações da personalidade representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem impercetivelmente com a normalidade e entre si” (APA. 2013). Nesta nova classificação diferenciam-se apenas seis PP (antissocial, evitante, borderline, narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica), sendo as restantes englobadas no diagnóstico de “Personalidade especificada por traços” (Figueira et al. 2014. p.201)

Em termos epidemiológicos, a prevalência individual para cada perturbação de personalidade é relativamente baixa, variando entre 0.1% (esquizoide) e 2.5% (histriónica) (Eaton & Greene, 2018). No entanto, no seu conjunto, PP apresentam uma elevada prevalência na população (11-14%) (Eaton & Greene, 2018), sendo que cerca de um quarto dos doentes nos cuidados de saúde primários tem critérios de diagnóstico para, pelo menos, uma PP (Tyrer et al., 2015). Na abordagem meta-analítica de Nicholas R. Eaton e Ashley L. Greene observou-se que, embora as taxas de prevalência de PP na comunidade fossem geralmente semelhantes, a sua ordem de classificação por prevalência diferia entre estudos. Todavia, foi possível reconhecer alguns padrões, nomeadamente que a perturbação obsessiva-compulsiva (POC) é sempre a mais comum, as perturbações borderline, esquizotípica e anti-social se encontram consistentemente a meio da tabela, e a narcísica é habitualmente a mais rara. A maioria dos doentes diagnosticados com alguma PP é do género feminino, à exceção das PP esquizoide e narcísica (Eaton & Greene, 2018; Tyrer et al., 2015), o que provavelmente terá a ver com a maior busca de cuidados de saúde por parte das mulheres (Tyrer et al., 2015). No entanto, ainda não é claro se a distribuição assimétrica dos géneros na prevalência de PP demonstra reais diferenças entre estes

ou, se apenas reflete um enviesamento de diagnóstico por parte dos profissionais de saúde, assente em estereótipos e construtos sociais (Eaton & Greene, 2018).

Diversos estudos demonstraram que pessoas com PP têm uma maior morbilidade e mortalidade do que a população geral (Ekselius, 2018; Tyrer et al., 2015). Por um lado, existe um aumento da incidência de suicídio e homicídio neste grupo (Ekselius, 2018). Por outro, também se constatou um aumento de todas as causas por morte somática, o que demonstra o impacto das PP no bem-estar geral dos doentes, tanto a nível psicológico como físico (Ekselius, 2018). Para além disso, as suas dificuldades em relações interpessoais podem afetar a comunicação e interação com profissionais de saúde (Tyrer et al., 2015), levando conseqüentemente a um pior *outcome*, em questões relacionadas com saúde (Ekselius, 2018). Por último, notar que estes doentes também têm um maior número de fatores de risco associados a um estilo de vida não saudável (p.ex.: tabagismo, álcool, drogas).

Em suma, as PP são patologias de extrema relevância, pois devido à sua complexidade e cronicidade estão associadas a elevados custos: para o próprio doente, para o público e para os sistemas de saúde (Tyrer et al., 2015).

Perturbação Borderline de Personalidade

O termo “borderline” foi cunhado pela primeira vez por Adolph Stern em 1938, ao descrever um grupo de doentes que não se encaixavam devidamente nem no grupo “psicótico”, nem no “psiconeurótico”, ficando assim “no limite” entre ambos (Videler et al., 2019).

Atualmente, a Perturbação Borderline de Personalidade (PBP) é a PP mais frequentemente encontrada na população clínica, sendo a sua prevalência média estimada entre 1,6%-5,9%, podendo chegar aos 10% em doentes psiquiátricos em ambulatório e entre 20-25% no internamento (APA, 2013; Figueira et al., 2014; Leichsenring et al., 2011). Tende a manifestar-se primeiramente na adolescência através de comportamentos impulsivos e instabilidade afetiva (Videler et al., 2019). Na transição para a idade adulta, existe um switch sintomático de sintomas como a

impulsividade, a instabilidade afetiva e tentativas de suicídio (TS) para sintomas tendencialmente afetivos (raiva, sentimentos de vazio e disforia crónica) e do foro interpessoal (ex.: medo de abandono e disfuncionalidade), com subseqüentes períodos de remissão e recidiva, em relação aos critérios categóricos do DSM (Videler et al., 2019). Embora haja poucos estudos sobre a evolução da PBP em doentes mais velhos, a evidência até à data sugere um declínio contínuo da sua prevalência. No entanto, é de notar que a PBP tem uma expressão dinâmica ao longo do tempo, e os critérios usados para a diagnosticar em jovens adultos podem não fornecer tanta informação em doentes mais velhos (Videler et al., 2019).

Ao contrário do rácio de género 3:1 (sexo feminino: masculino) descrito no DSM-5, atuais dados adquiridos na comunidade demonstram que a prevalência de PBP é semelhante entre homens e mulheres (Gunderson et al., 2018). De acordo com Gross et al., a prevalência de PBP nos cuidados de saúde primários é cerca de quatro vezes superior à da população geral, o que sugere que estes doentes são utilizadores frequentes de cuidados médicos.

Embora os nove critérios de diagnóstico atualmente utilizados tenham todos o mesmo peso para o diagnóstico, sabe-se que o padrão de relacionamentos instáveis tem a maior sensibilidade e especificidade combinadas para a previsão de se ter PBP em dois anos (Gunderson et al., 2018).

A PBP está associada a uma elevada taxa de mortalidade por suicídio, entre 8-10%, cerca de 50 vezes superior à da população normal (Leichsenring et al., 2011), bem como a um maior risco de morte prematura, devido aos comportamentos de risco ligados à impulsividade dos doentes (Ekselius, 2018). Cada vez mais, surgem novos estudos que demonstram a contribuição de fatores genéticos para o desenvolvimento desta patologia, não tendo sido, no entanto, identificado nenhum gene causal até à data (Leichsenring et al., 2011). Sabe-se, porém, através de estudos com gémeos, que esta patologia tem uma elevada hereditariedade, de cerca de 0.7 (Gunderson et al., 2018; Leichsenring et al., 2011).

Diversos autores descrevem modelos semelhantes, em que explicam o aparecimento desta patologia, como o resultado da interação entre fatores genéticos

(ex.: temperamento) e influências ambientais (ex.: eventos adversos na infância) (Gunderson et al., 2018; Leichsenring et al., 2011).

No modelo neurobiológico, Gunderson (2018) descreve um possível impacto desta interação, através de hormonas e neuropéptidos, no desenvolvimento cerebral, levando assim ao aparecimento de quatro fenótipos sintomáticos: o fenótipo de instabilidade interpessoal; o fenótipo cognitivo e/ou de auto-distúrbio, o fenótipo de desregulação afetiva e/ou emocional e o fenótipo de desregulação comportamental (Gunderson et al., 2018).

No fenótipo de instabilidade interpessoal, como o nome indica, os doentes tendem a ter relações interpessoais instáveis e conflituosas, sendo habitual a alternância entre um envolvimento excessivo com outros e retraimento social. Tipicamente estes indivíduos tendem a demonstrar mudanças bruscas em relação às pessoas que lhes são próximas, idealizando-as quando sentem que estão a atender às suas necessidades, e pouco tempo depois, ostracizando-as, por se sentirem negligenciados ou desvalorizados. Estes indivíduos têm um medo excessivo de rejeição interpessoal e abandono. Como tal, farão de tudo para o evitar, exibindo comportamentos ameaçadores, demasiadamente exigentes ou de apego excessivo (Gunderson et al., 2018).

No fenótipo cognitivo e/ou de perturbações do “self” é característico os doentes terem uma autoimagem pouco desenvolvida e instável, frequentemente associada a um sentimento crónico de vazio. Devido à sua baixa autoestima, são mais suscetíveis a autocrítica e sentimentos de vergonha, podendo mesmo sentir ódio de si. Em termos pessoais e profissionais, têm objetivos pouco consistentes, que se alteram com frequência. Cognitivamente podem experienciar ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos (Gunderson et al., 2018).

No fenótipo de desregulação afetiva e/ou emocional, os doentes são emocionalmente instáveis e reagem desadequadamente, sobretudo em contextos interpessoais, ao exibirem emoções disfóricas de forma muito intensa, como depressão, ansiedade ou irritabilidade. Devido a estas explosões de raiva, é comum envolverem-se em altercações físicas (Gunderson et al., 2018).

A desregulação comportamental diz respeito à demonstração de comportamentos excessivos e arriscados, bem como ao controlo desadequado dos seus impulsos. Tipicamente esta desregulação pode manifestar-se por gastos impulsivos, sexo desprotegido, abuso de substâncias, condução imprudente, compulsão alimentar, comportamentos auto-lesivos e gestos, ameaças ou TS recorrentes (Gunderson et al., 2018).

Em termos de evolução, a PBP tende a ter uma maior expressão clínica durante a adolescência e início da vida adulta (Ekselius, 2018), regredindo habitualmente com o envelhecimento, sendo que a maioria dos doentes atinge maior estabilidade interpessoal e profissional entre os 30 e os 50 anos (APA, 2013). Isto deve-se ao facto da instabilidade afetiva, embora seja um traço herdado do temperamento, poder sofrer alterações ao longo do tempo, nomeadamente através de influências externas (Rothbart et al., 2000; Zanarini et al., 2007). Por outras palavras, o temperamento, e consequentemente a instabilidade afetiva, são inatos, mas não imutáveis (Zanarini et al., 2007).

Para estudar a evolução temporal de doentes com PBP, Zanarini et al. realizaram um estudo de follow-up a dez anos, no qual caracterizaram o desenvolvimento de 24 sintomas. O que se pôde observar, foi que dos 24 sintomas estudados, metade deles, nomeadamente, a instabilidade afetiva e alguns sintomas de impulsividade (como TS e comportamentos autodestrutivos), estava presente em menos de 15% dos doentes após 10 anos. Pelo contrário, características do foro afetivo (ex.: raiva, ansiedade e depressão), bem como do âmbito interpessoal (ex.: medo de abandono e dependência) demonstraram-se mais prevalentes e estáveis ao longo do tempo.

Estes resultados sugerem que existem dois grandes grupos de sintomas na psicopatologia borderline. Por um lado, os “sintomas agudos”, que resolvem relativamente rapidamente, sendo estes os melhores marcadores para a doença. Por outro lado, os “sintomas temperamentais”, os quais permanecem mais estáveis ao longo do tempo e não são específicos de PBP.

Esta divisa reflete o conceito naturalista, em que a maioria dos sintomas agudos estão associados a impulsividade (ex.: comportamentos autodestrutivos; TS), enquanto os sintomas temperamentais, nomeadamente no âmbito da afetividade, parecem refletir áreas de disforia crónica (ex.: raiva, sentimento de vazio).

Em termos de comorbilidades, é frequente PBP estar associada a diversas patologias psiquiátricas, nomeadamente perturbações do humor, de ansiedade e abuso de substâncias (Leichsenring et al., 2011). As últimas habitualmente são mais prevalentes em doentes do sexo masculino, enquanto as mulheres têm maior probabilidade de ter ansiedade e perturbações alimentares (Leichsenring et al., 2011). Este facto está em consonância com um estudo recente de X. Qian et. al, o qual veio corroborar hipóteses colocadas no passado, de que existe um padrão de manifestação sintomática específico para cada sexo. Por um lado, os homens têm uma maior propensão para apresentar sintomas de exteriorização (ex.: agressividade e impulsividade), sendo este um fator comum ao uso de substâncias e ao comportamento antissocial, anteriormente referidos. Por outro, as mulheres exibem mais sintomas de internalização (ex.: instabilidade afetiva), algo que caracteriza as perturbações de humor e ansiedade. No entanto, não se pode excluir a possibilidade desta diferença de sexos observada nas comorbilidades se dever a um viés de diagnóstico, como também já referi no capítulo das PP.

Todavia, a dificuldade em estabelecer um diagnóstico não se deve apenas a este facto. Frequentemente, indivíduos com PBP procuram ajuda médica devido a uma exacerbação de outra patologia mental associada, nomeadamente depressão, ansiedade, abuso de substâncias ou trauma (Gunderson et al., 2018). Tal facto protela o diagnóstico e tratamento corretos, pois é importante ressaltar que “distúrbios concomitantes são improváveis de serem comorbilidades, no sentido de ser um distúrbio distinto da doença ou condição inicial” (Gunderson et al., 2018). Ou seja, a prioridade num doente com PBP e comorbilidades como, por exemplo, depressão major, perturbação de pânico, abuso de substâncias ligeiro ou bulimia deve ser a PP, pois o seu tratamento eficaz pode reduzir a psicopatologia associada.

Por outro lado, PBP é frequentemente diagnosticada como perturbação bipolar, sobretudo devido a uma sobreposição de sintomas, como a impulsividade, instabilidade de humor, raiva desapropriada e ameaças de suicídio (Peterson Scott, 2017). As duas patologias podem co-existir, em cerca de 15-20% dos doentes com uma delas, e é, por isso, extremamente importante não omitir um diagnóstico de PBP face a um de bipolaridade. Nestes casos, o tratamento da perturbação bipolar deve ser a prioridade, mas as duas patologias devem ser tratadas independentemente, de modo a atingir os melhores resultados de remissão (Gunderson et al., 2018).

O tratamento dos doentes com PBP deve começar pela partilha do diagnóstico e educação do doente sobre esta patologia, de modo a minimizar o sofrimento do indivíduo e estabelecer uma aliança entre ele e o profissional de saúde (Gunderson et al., 2018). A psicoterapia é o tratamento de primeira linha, sendo que atualmente, tratamento baseado em mentalização (MBT) e a psicoterapia focada na transferência (TFP) têm sido referenciadas para lidar com estes quadros complexos e longos. A terapia comportamental dialética, um tipo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) dirigida para reduzir os sinais de PBP (Gunderson et al., 2018), bem como, as intervenções da terapia do esquema também demonstraram efeitos benéficos (Videler et al., 2019). No entanto, a abordagem deve ser ajustada a cada doente e ao seu estilo cognitivo. Por exemplo, em casos de boa capacidade de reflexão e introspeção, pode-se optar por uma técnica psicanalítica, como a psicoterapia expressiva ou a TFP, enquanto doentes com menor evidência destas capacidades poderão beneficiar mais com TCC. Em todo o caso, o tratamento de doentes com PBP é um processo moroso e a abordagem terapêutica deve ser flexível e adaptada à evolução do doente (Stone, 2019).

Qualquer uma destas abordagens pode ser complementada com farmacoterapia dirigida para três possíveis grupos de sintomas-alvo: neurolépticos para o tratamento de sintomas psicóticos; inibidores seletivos de serotonina (SSRIs) para sintomas afetivos; SSRIs + baixa dose de antipsicóticos para o descontrolo impulsivo-comportamental (Leichsenring et al., 2011).

Instabilidade Afetiva/Emocional

Instabilidade afetiva é um sintoma psicopatológico presente em diversas patologias do foro psiquiátrico, mas sobretudo descrito em doentes com PBP, que a percebem como “uma montanha-russa emocional” (Renaud & Zacchia, 2012).

De acordo com Renaud e Zacchia, instabilidade afetiva consiste num “traço temperamental herdado, modulado por experiências durante o desenvolvimento, o qual influencia a vivência diária de emoções, bem como predispõe para patologia do humor”.

De modo a compreender este conceito, é importante diferenciar afeto de emoção. Afeto, ou emoção primária, consiste numa reação fisiológica rápida e de curta duração a um estímulo, seja este interno ou externo. É sobretudo modulada pelo sistema límbico, nomeadamente a amígdala. Emoção, ou emoção secundária, por outro lado, consiste num conjunto de afetos com representação mental, o qual é gerado pela associação com memórias e experiências prévias através de um circuito neuronal mais complexo, que envolve não só o sistema límbico, mas também o neocórtex (Renaud & Zacchia, 2012).

Instabilidade afetiva, também denominada de instabilidade emocional, consiste assim na desregulação de qualquer um, ou ambos, estes processos. Para melhor entender em que consiste esta desregulação, vou, de seguida, caracterizar as várias dimensões da instabilidade afetiva.

Valência afetiva: diz respeito aos afetos percebidos em doentes com instabilidade afetiva serem predominantemente negativos. Diversos estudos demonstram esta predisposição em doentes com PBP, mas não é claro se os afetos negativos são mais frequentes, ou se os afetos positivos simplesmente são menos referidos, uma vez que são melhor tolerados (Renaud & Zacchia, 2012).

Amplitude afetiva: consiste na intensidade afetiva experienciada. O aumento desta é relatada tanto em doentes com perturbações de personalidade como de humor, sendo que os doentes com PBP tendem a descrever uma experiência afetiva muito intensa, e, por vezes, discrepante, da observada pelo clínico. Em ambos os

grupos de patologias, é relatado uma elevada intensidade afetiva, particularmente da depressão e ansiedade (Renaud & Zacchia, 2012). Alguns autores postulam que o aumento da amplitude afetiva em doentes com PBP não se deve a uma maior reatividade, mas sim a uma maior intensidade emocional de base (Kuo & Linehan, 2009).

Baixo limiar de reatividade a triggers externos: em doentes com PBP, diversos estímulos podem despoletar alterações do afeto, com a exteriorização de reações aleatórias. Esta aleatoriedade poderá ter a ver com facto destes doentes serem mais sensíveis a eventos externos, ou seja, menos previsíveis (Nica & Links, 2009). No entanto, um estudo de 2007, demonstrou que apenas 30% das alterações do humor em doentes PBP parecem ser despoletadas por eventos externos. Postulou-se então que emoções negativas que resultem em sentimentos de “culpa, auto-rejeição ou sensação de abandono”, também possam estar na génese desta reatividade aumentada. Como são emoções mais frequentemente experienciadas por doentes PBP, isto explicaria a sua maior reatividade. No entanto, é difícil identificar objetivamente as fontes dos triggers emocionais, uma vez que isso depende na capacidade individual de, primeiro identificar, e depois associar esse trigger a uma resposta (Renaud & Zacchia, 2012).

Rápida alternância de afeto com um padrão aleatório: a rápida alteração entre afetos, numa janela de minutos a horas, consiste na labilidade afetiva, uma componente da instabilidade afetiva. Doentes com PBP demonstram uma maior oscilação de humor durante o dia, bem como ao acordar, em comparação com indivíduos saudáveis. No entanto, tendem a sentir emoções prolongadas no que diz respeito a raiva (Renaud & Zacchia, 2012).

Regulação descontrolada do afeto: a regulação afetiva, ou modulação afetiva, consiste no “processo de desenvolver estados mentais de acordo com um senso de controlo, desde mecanismos de defesa homeostáticos a auto-regulação através de mentalização e relacionamento com outros” (Renaud & Zacchia, 2012). Esta capacidade individual de regulação afetiva é influenciada, por um lado, por experiências de vida e, por outro, por processos cognitivos. Se, por alguma razão este

processo falhar, pode haver uma sobre- ou uma sub-regulação afetiva. Esta última é típica dos doentes com PBP, manifestando-se na intensidade exagerada, alteração rápida e escalar descontrolado das suas emoções que acabam por se sobrepor à razão. A sua incapacidade de regular afetos leva-os a recorrer a mecanismos de defesa primários e comportamentos autodestrutivos de “acting-out”.

Etiologicamente, a instabilidade afetiva resulta da desregulação de sistemas neurobiológicos, de défices psicossociais ou da interação de ambos (Koenigsberg, 2010). À data da evidência de hoje, parece existir uma componente genética associada à instabilidade afetiva em doentes com PBP, realçada em estudos com familiares de doentes e em estudos com gémeos (Renaud & Zacchia, 2012). Embora existam alguns genes a ser investigados, nomeadamente o gene transportador de 5HT e a sua implicação no funcionamento serotoninérgico ou o gene do recetor opióide μ , ainda não se conseguiu estabelecer nenhuma uma relação causal genótipo-fenótipo (Renaud & Zacchia, 2012).

Em termos neurobiológicos, postula-se que a instabilidade afetiva resulta de reatividade excessiva do sistema límbico em circuitos gabaérgicos/glutamatérgicos/colinérgicos, o que leva a uma hipersensibilidade/reatividade emocional a estímulos externos (Renaud & Zacchia, 2012). Embora a base possa, por isso, ser neurobiológica, a regulação emocional ou a sua desregulação também são moduladas por experiências durante o desenvolvimento.

A aprendizagem e experiência durante o desenvolvimento são cruciais para o reconhecimento, a regulação e a expressão de emoções, ou seja, para a regulação afetiva. Diversos autores sugerem que eventos stressores na infância, como relações frágeis ou inseguras com os pais, negligência parental ou acontecimentos traumáticos, podem levar a défices na aprendizagem da regulação afetiva e consequentemente ao desenvolvimento de instabilidade afetiva (Renaud & Zacchia, 2012).

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo estudar a instabilidade afetiva associada à PBP com conceptualização num caso clínico. Especificamente, pretende explorar possíveis causas, apresentações e o impacto da instabilidade afetiva na vida dos doentes.

Metodologia

Para a descrição deste caso clínico, o doente foi primeiramente informado sobre a sua participação na elaboração deste trabalho. Para tal, foi-lhe entregue um termo de consentimento informado, o qual o doente assinou após se esclarecer as suas dúvidas.

De seguida, foi realizada uma revisão da literatura existente sobre o tema, pesquisando na base de dados “PubMed”, usando os termos “personality disorder”, “borderline personality disorder”, “emotional instability”, “affective instability”, “suicide and borderline personality disorder”, “psychotherapy and BPD”.

Por se tratar de um caso clínico descritivo, este foi elaborado com base na colheita de informações a partir de uma entrevista semiestruturada com o doente, a qual incidiu essencialmente sobre as seguintes dimensões, tendo como foco vivência pessoal do doente das mesmas:

- 1) Instabilidade afetiva e como se manifesta nas diversas áreas da sua vida (pessoal, relacional, social, laboral).
- 2) Impulsividade e evolução da mesma ao longo da vida.
- 3) Sintomatologia psicopatológica, nomeadamente relacionada à ansiedade, depressão e ao abuso de substâncias.

A história clínica foi colhida no dia 27 de Dezembro de 2022, durante cerca de duas horas, na Clínica Universitária de Psiquiatria no piso 2 do Hospital de Santa Maria (HSM), Centro Hospitalar Lisboa Norte, tendo sido fornecida pelo próprio doente, H.C.

Foram ainda consultadas outras fontes, nomeadamente os registos das suas consultas de psiquiatria (desde 22 de Janeiro de 2016) e os registos de psicoterapia (desde 2017) até à data. Estas foram lidas na íntegra e a sua informação foi utilizada para complementar a fornecida pelo doente.

Caso Clínico

H.C., sexo masculino, 43 anos, empresário na área de informática, natural de Lisboa, atualmente separado, reside com a filha e com um irmão na casa da falecida mãe.

Doente com antecedentes pessoais de TS e internamento por etilo-risco no Hospital Júlio de Matos (HJM) em 2005, recorre ao Serviço de Urgência Central (SUC) em 2016, devido a vômitos e diarreia muito frequentes. Após exclusão de substrato orgânico, o doente é então referenciado para a consulta de Psiquiatria do HSM por apresentar sintomatologia ansiosa.

O doente vinha medicado com Alprazolam 1mg (0+1+1), Victan® 2mg (1 ao pequeno-almoço), Sertralina 100mg (1 ao pa), Triticum® 150mg (1/3 ao deitar), Duspatal® e Librax®. Na consulta de psiquiatria, o doente foi diagnosticado com ansiedade física e psicológica e feito um ajuste terapêutico. Foi também sinalizado para a consulta de psicoterapia, por apresentar ansiedade generalizada, onde está a ser seguido semanalmente desde Fevereiro de 2017 e foi posteriormente diagnosticada a PBP.

O doente relata uma infância com diversas experiências adversas, nomeadamente negligência parental, discriminação familiar, bullying, abuso sexual e exposição a ambientes inapropriados, com abuso de substâncias.

Na escola, era vítima de bullying, sendo que aos 14 anos, após ter começado a praticar artes marciais para se saber defender, “deu a sua primeira tarefa”. Desde então, o doente refere comportamentos agressivos e o sentimento recorrente de raiva descontrolada. Desde a agressão física a um general na altura da tropa, a sentimentos

de raiva intensa no trânsito atualmente, o doente está frequentemente envolvido em discussões que escalam para a violência física.

Embora fosse o 3º mais novo de 7 irmãos, H.C. sempre sofreu de discriminação em relação aos seus irmãos, tendo sido obrigado pelos pais a abandonar a escola aos 16 anos para ajudar a suportar financeiramente a sua família. O que inicialmente despertou nele um sentimento de revolta e injustiça, acabou por se manifestar com sintomas depressivos aos 19 anos, tendo cometido a sua primeira TS, por abuso medicamentoso, um ano depois. Mesmo assim alega que “os pais não quiseram saber” (sic) e não falaram sobre o assunto. Refere que apenas podia contar com a irmã mais velha, que atualmente já faleceu. De notar, que nas sessões de psicoterapia o doente revelou ter sido vítima de abuso sexual por parte desta irmã, em criança. O irmão, com quem atualmente tem mais contacto, é ex-toxicodependente e mora na mesma casa que H.C. No entanto, não têm uma boa relação, uma vez que o doente afirma que “ele marcou negativamente a (sua) infância” (sic).

H.C. também refere que desde jovem que é impulsivo (“Adoro substâncias. Se fosse preciso ficava viciado em água”, sic). A sua impulsividade começa por se demonstrar no abuso de tabaco, tendo fumado quatro maços de tabaco por dia desde os 15 anos até aos 39 anos. Há cerca de quatro anos parou, alegando que nesse dia começou a ter ansiedade. Refere também consumos elevados de álcool desde 2015 (cerca de 0,5L de vinho + 3-4 cervejas por dia). Em 2021 é internado no Hospital de São José e posteriormente transferido para o HJM por etilo-risco (5-6L vinho/dia). A sua impulsividade também é evidente na condução. Como anteriormente referido, envolve-se em diversas brigas físicas no trânsito e alega ter várias multas, por excesso de velocidade. O facto de ter multas por pagar, agrava a sua ansiedade, o que por sua vez o deixa mais impulsivo, voltando a transgredir a lei.

Desde os 16 anos que H.C. tem relações amorosas marcadas por um padrão de instabilidade (“Sempre tive tendência para ser instável nas relações”, sic).

Aos 19 anos começa a namorar com a ex-namorada de um amigo, por “querer demonstrar que era capaz de a conquistar” (sic). Durante o namoro, o doente trai-a inúmeras vezes e seis anos depois, em 2005, é internado no HJM por um

“esgotamento”, após a mulher lhe roubar a casa, o carro e diversos outros bens através de esquemas de fraude. Mesmo assim, o doente não reconhece a instabilidade da sua parceira e justifica as suas ações como uma ação de vingança.

Poucos meses depois, apaixona-se novamente (“sempre me apaixonei facilmente”, sic), alegando que o namoro tinha como principal objetivo conferir estabilidade à filha dessa senhora, cujo pai era um traficante de droga. H.C. considera assim que sempre teve um lado muito empático, ao mesmo tempo que se vitimiza (“Tenho um coração de ouro, quero sempre ajudar. Sinto-me bem, mas depois sinto-me usado”, sic). Desta relação instável e com violência física de ambos os lados, nasce a sua primeira filha, de quem tem a custódia total, após ter provado em tribunal haver negligência por parte da mãe.

Em 2008 conhece a mãe do seu 2º filho, com quem manteve uma união de 12 anos, a mais longa até à data. Também esta relação é caracterizada por traição, da sua parte, violência verbal e física, por ambos, bem como múltiplos terminos e recomeços. Um dos terminos é despoletado por H.C. conhecer outra mulher, alegadamente “a mulher da sua vida” (sic) e deixar a mãe do filho por ela. Porém, não consegue manter-se longe do filho, com quem tem uma relação muito chegada (“O meu filho é tudo para mim. Há sempre um favorito”, sic), e acaba por terminar a relação com essa senhora e voltar para casa, para junto do filho, por mais dois anos. Descreve o filho como uma criança “muito nervosa” (sic) e pondera se será por ter assistido a heteroagressividade entre os pais, em pequeno.

Após o verdadeiro término da relação com a mãe do seu filho, envolve-se, num período de três meses, com cerca de 12 mulheres diferentes que conheceu online. Alega sentir-se muito ansioso e que os encontros o acalmam. Para além disso, “sentia-se como um rei, um Deus” (sic).

Em 2019 conhece a mãe do 3º filho. Também esta relação é marcada por discussões, terminos e reconciliações, e agressividade, estando atualmente separados, devido à mulher ter apresentado queixa por violência física contra o doente (embora H.C. tenha sido dado como impune, uma vez que agiu em legítima defesa). Expressa o desejo de voltar para ela, mas sente-se dividido, pois os filhos estão contra. Descreve a

sua relação com os filhos como estável e duradoura. Entre os vários progenitores, H.C. é o único que se mantém sempre presente na sua vida e age em prol dos seus interesses.

Em relação aos restantes familiares, também estas são marcadas por instabilidade. Como anteriormente referido, o doente nunca teve uma boa relação com os falecidos pais, alegando mesmo que quando a mãe morreu, há cerca de um ano, nem chorou (“Acho que me tornei frio. Não tenho empatia”, sic). Sempre se sentiu negligenciado e discriminado pelos progenitores, tendo, no entanto, sempre tentado manter este contacto, por medo de abandono, sujeitando-se a maltratos físicos e psicológicos (ex.: a sua alcunha pela família é “o maluco”). Dos cinco irmãos vivos atualmente e, embora more com um deles, apenas mantém contacto próximo com um outro irmão. Inclusivamente, se refere a um dos irmãos como “uma má influência, desumilde, sem escrúpulos e que usa os outros” (sic). No entanto, expressa estar sempre disponível para os seus familiares, o que leva a sentimentos de frustração e tristeza, uma vez que “só lhe ligam quando precisam” (sic).

Embora mantenha relações relativamente estáveis com os seus clientes, no passado, o doente mudou de emprego por diversas vezes, ora por alegada “ambição” sua, ora por despedimento. De momento, encontra-se no emprego mais estável até à data, a trabalhar por conta própria. No entanto, também na sua vida profissional não consegue estabelecer limites, alegando que “atende sempre o telemóvel, mesmo que toque de 15 em 15 min” (sic).

Em relação aos amigos, o doente apresenta uma vasta rede social. Todavia, esta é extremamente superficial e conflituosa: desde o marido da prima que se encontra dependente do consumo de cocaína, a um grande amigo dele começar uma relação com uma ex-parceira sua, as suas amizades são tanto uma consequência como uma causa da instabilidade na sua vida, não lhe fornecendo uma rede de suporte.

À data da entrevista o doente apresenta humor depressivo, referindo sentimentos fortes de frustração, vazio, culpa e tristeza (“Só fiz porcaria na minha vida. Não tenho nada de que me orgulhe”, sic). Diz que apenas vive para os filhos e não gosta de si, revelando também ideação suicida não estruturada. Já não tem nenhum

hobbie e revela estar desmotivado no trabalho, começando a perder clientes e deixando de conseguir arranjar novos.

O seu temperamento ansioso é espelhado nos três eixos da ansiedade. Fisiologicamente, descreve insónia intermédia e terminal e posterior agravamento dos sintomas físicos com “um aperto no peito” (sic). Para além disso, tem um pensamento acelerado, com ideias obsessivas e compulsões desde há um mês (ex.: abre e fecha o carro várias vezes, para ter a certeza que está trancado; revê o seu trabalho 3-4 vezes para ter a certeza que está bem feito).

H.C. apresenta insight para a doença desde que é seguido em consultas de psicoterapia. Dada a sua compreensão das consequências da sua doença “raramente falta às consultas” (sic). Sente-se melhor e considera estar menos impulsivo. Refere que o seu principal problema, de momento, é a ansiedade.

Atualmente, está medicado com buspirona 10 mg 4id, aripiprazol 10 mg e flurazepam 30 mg.

Discussão

Perturbação Borderline de Personalidade e Instabilidade Afetiva

A instabilidade afetiva é considerada a principal patologia da PBP, bem como a causa subjacente para diversas manifestações da doença, nomeadamente impulsividade, comportamentos auto-lesivos e TS (Nica & Links, 2009). É também o problema que leva a maior persistência de disfunções ocupacionais e interpessoais em doentes com PBP (Renaud & Zacchia, 2012).

De seguida, ilustrarei as diferentes dimensões da instabilidade afetiva no caso de H.C.

A preponderância das emoções negativas que sente, desde jovem, retrata a valência negativa do seu humor. De facto, está descrito que doentes com PBP relatam maior frequência de emoções negativas, bem como maior intensidade das mesmas

(Nica & Links, 2009). Num estudo de coorte prospetivo, Links et al. investigaram a relação entre quatro dimensões da instabilidade afetiva (intensidade de afeto negativo, amplitude afetiva, descontrolo emocional e triggers externos de afeto) e o risco de suicídio em doentes borderline com antecedentes de TS. Os resultados demonstraram uma forte associação entre a média da intensidade de afetos negativos e ideação/comportamento suicida. H.C., já tentou cometer suicídio, pelo menos, duas vezes, nomeadamente um ano após relatar ter sido diagnosticado com “depressão” (aos 20 anos) e mais recentemente, após o término da relação com a mulher que o enganou. Isto levanta a questão se o risco de suicídio está relacionado com estados de afeto (e humor) negativo, inerentes a diversas outras patologias psiquiátricas que H.C. também tem, ou mais concretamente com a instabilidade afetiva.

H.C. também relata um aumento da amplitude afetiva, exemplificado nas fortes paixões e desgostos intensos que sente. Tal como descrito por Renaud e Zacchia (2012), neste doente, a elevada intensidade afetiva é particularmente intensificada nos sintomas depressivos e ansiosos.

O doente apresenta ainda um baixo limiar de reatividade a triggers externos. Desde reações exageradas no trânsito (“Outro dia segui e agredi outro condutor, por este me ter mostrado o dedo do meio”, sic), a sentimentos de raiva inexplicáveis despoletados por estímulos físicos inofensivos (“quando me tocam na cara sinto que ajo por impulso/instinto. Não sou eu”, sic). O doente consegue identificar que esta reatividade tanto é despoletada por estímulos externos como internos, embora não consiga reconhecer as emoções associadas aos internos, apenas referindo que ocasionalmente fica muito irritado. “Parece um disjuntor que dispara.” (sic).

A raiva súbita também pode ser explicada pela rápida alteração de afeto inerente à instabilidade afetiva. Durante a entrevista foi possível observar um certo grau de labilidade afetiva, oscilando, num curto espaço de tempo, entre um humor mais depressivo, em que se lamentava e referia sentimentos de culpa, e um humor extremamente ansioso, com fuga de ideias e agitação psicomotora.

Por último, e mais importante, temos a desregulação afetiva de H.C. Tal como mencionado anteriormente, este doente já apresentava em criança um elevado

número de fatores de risco para desenvolver patologia do foro psiquiátrico, como a PBP. Vem de um meio socio-económico baixo, sofreu negligência e discriminação por parte dos pais, foi vítima de bullying na escola, de abuso sexual por parte da irmã mais velha e exposto à toxicodependência de um irmão (Videler et al., 2019). Estes eventos adversos contribuíram para o desenvolvimento deficiente de ferramentas cruciais para o reconhecimento, a regulação e a expressão de emoções, fazendo com que o doente começasse a recorrer a mecanismos de defesa primitivos e comportamentos autodestrutivos de “acting-out”, como o envolvimento com diversas mulheres e as alterações físicas. Ambos exemplos de tentativas de “reanimação” e preenchimento dos seus constantes sentimentos de vazio, com alívio temporário, mas sem verdadeira resolução.

Em suma, este doente apresenta sintomas e comportamentos característicos de todas as dimensões da instabilidade afetiva. Esta, por sua vez, impacta negativamente as diferentes áreas da sua vida: os relacionamentos amorosos, a vida profissional e o meio familiar.

Em termos de relações amorosas, o doente oscila entre sentimentos de paixão assolapada e discussões repentinas com acessos de raiva e heteroagressividade para com as parceiras. Tende a escolher parceiras provocadoras e também elas agressivas, contribuindo assim para um ciclo vicioso destrutivo. Até à data a sua relação mais duradoura foi de 12 anos com a mãe do seu 2º filho, mas também esta foi marcada por uma série de términos e recomeços, discussões, agressão e traição.

Na sua vida profissional, a instabilidade manifestou-se primeiramente por uma constante mudança de emprego. Embora o doente atribua a alternância entre diferentes trabalhos à sua ambição, acaba por admitir que também já foi despedido. O emprego mais estável que teve, é o atual, pois trabalha por conta própria. Embora descreva a relação com os seus clientes como “boa”, descreve um extremo medo de abandono por parte destes, sujeitando-se assim a horários inconvenientes e comentários desapropriados. Atualmente refere mesmo que está a perder clientes, embora não entre em detalhe sobre a causa.

Por último, a instabilidade está presente desde sempre no seu núcleo familiar. Começou por se manifestar na sua relação com os pais, negligentes e discriminadores, com os quais criou um vínculo inseguro. Embora sofresse de violência psíquica e física, o seu medo de abandono nunca o deixou cortar a relação com eles, vivendo sempre num limbo entre querer ser amado e querer odiar. A relação mais estável e confiável que tinha era com a sua falecida irmã mais velha. No entanto, ao longo dos anos de psicoterapia, admitiu ter sido vítima de abuso sexual por parte desta irmã, algo extremamente traumático e confuso para o doente. As relações com os seus outros irmãos sempre foram assombradas pelo sentimento de injustiça e discriminação que sentia por parte dos pais. Embora atualmente viva com um dos irmãos, passa dias sem o ver e alega que ele “marcou negativamente” (sic) a sua infância, uma vez que era toxicodependente. Apenas deseja manter contacto com um irmão, no entanto, sujeita-se a ajudar e ser usado pelos familiares que o maltratam, por medo de abandono.

A relação mais importante para o doente é a com os seus filhos. É a única relação em que é totalmente protetor, ternurento e afetuoso. No entanto, também serve para alimentar o seu núcleo narcísico, em que quer mostrar ao mundo que é bom pai. Quando isto é posto em causa, por exemplo, pela filha adolescente, despoleta nele um sentimento de raiva desmesurada. Algo paradoxal é também o facto de amar os filhos, mas não conseguir disfrutar estar com eles, mantendo uma certa distância e apenas cumprindo as suas funções básicas como progenitor.

Em suma, todas as relações deste homem são caracterizadas por instabilidade, causando nele e nos outros um sentimento de insegurança e imprevisibilidade.

Perturbação Borderline de Personalidade e Impulsividade

A impulsividade, como exteriorização comportamental indireta da instabilidade afetiva, é também de extrema relevância neste caso clínico.

Começou por manifestar-se na adolescência, com a experimentação de substâncias e, ao longo da vida, foi-se refletindo em diversas outras áreas: desde condução imprudente e conseqüentes alterações físicas no trânsito, a discussões e

heteroagressividade com as namoradas ou reanimações constantes através de sexo irracional com inúmeras parceiras. Este doente tem dificuldade extrema na mentalização e acaba por “apenas” agir. Este seu lado impulsivo, é assim também muito destrutivo, uma vez que não tem em conta as consequências dos seus atos, causando sofrimento nos que o rodeiam, bem como nele próprio.

Esta é uma das principais causas para as suas disfunções interpessoais.

Perturbação Borderline de Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica

Para além de PBP, este homem apresenta uma miríade de outra sintomatologia psicopatológica que dificulta a sua gestão.

Como descrito anteriormente, a principal queixa atual é a ansiedade, a qual se exterioriza nos três eixos, tendo um enorme impacto na sua vida. Por um lado, não consegue descansar adequadamente, ficando mais cansado e tenso. O stress acaba por contribuir não só para os sintomas físicos de “aperto no peito”, mas também para uma maior desregulação afetiva, levando-o a agir mais impulsivamente. A constante ansiedade e preocupação também se refletem a nível profissional, nomeadamente através dos seus pensamentos obsessivos e compulsões (ex.: revê a mesma tarefa três vezes). Isto não só causa no doente um sentimento de angústia, como também acaba por acarretar prejuízo financeiro, uma vez que reduz o seu rendimento laboral.

Embora já tenha sido medicado com diversos ansiolíticos e calmantes, o doente não tem remissão dos sintomas, uma vez que 1) apresenta efeitos paradoxais a alguns fármacos e 2) não adere à terapêutica quando esta é eficaz. A falta de adesão deve-se, em grande parte, à sua PP e instabilidade a ela associada. Como tal, isto acaba por ser um ciclo vicioso, uma vez que quanto mais ansioso está, mais instável se apresenta, e quanto mais instável se sente, mais difícil se torna de controlar a ansiedade. Mantém assim queixas de ansiedade muito marcada, motivo pelo qual recorre frequentemente ao SU.

Por outro lado, a ansiedade também influencia os seus consumos de álcool, uma vez que refere que "só assim é que con[segue] aliviar a ansiedade...nem que seja

por momentos"(sic). Como descrito anteriormente, este homem tem antecedentes pessoais de abuso de substâncias, nomeadamente tabagismo (o qual cessou há quatro anos) e álcool. Uma vez que a sua ansiedade não está controlada e o uso de substâncias é por ela agravado, a gestão dos consumos também se torna extremamente difícil e imprevisível.

Por último, o doente é medicado desde jovem com diversos antidepressivos, não se percebendo bem se estes sintomas estão associados a uma patologia psiquiátrica independente ou se são inerentes à PBP. Esta incerteza e imprevisibilidade à medicação é ainda agravada, pelo facto do doente até hoje apenas ter tido uma remissão parcial dos sintomas depressivos e, os medicamentos, concomitantemente, lhe provocarem alterações do apetite, com aumento do peso, e alterações do sono (hipersónia). Consequentemente, associada a esta melhoria parcial está uma deterioração da sua auto-confiança, o que acaba por levar a novos sentimentos de tristeza, irritabilidade e ansiedade, gerando assim um ciclo vicioso.

Em suma, este doente apresenta diversos sintomas psicopatológicos, os quais estão intimamente interligados e se influenciam mutuamente. Como tal, torna-se extremamente difícil diferenciá-los, medicá-los e prever a sua resposta terapêutica.

Implicações Clínicas

Os doentes borderline, representam elevados custos para a sociedade, não apenas pela complexidade desta patologia, mas também pela cronicidade da mesma.

Diversos estudos demonstraram os elevados custos diretos do tratamento de PBP, uma vez que estes doentes são utilizadores frequentes de cuidados de saúde primários, hospitalares e do serviço de urgência (Gunderson et al., 2018). Para além disso, doentes borderline têm uma maior probabilidade de terem outras comorbilidades, as quais também requerem tratamento (Leichsenring et al., 2011; Shen et al., 2017). Associado aos custos financeiros, existe também a sobrecarga por parte destes doentes nos profissionais de saúde, seja pela sua exigência, apego excessivo, falta de adesão à terapêutica etc. Para além disso, a complexidade na

gestão destes doentes também se deve ao facto de serem seguidos em diversas especialidades médicas, exigindo uma articulação afinada entre os vários profissionais de saúde, para obter os melhores resultados para o doente.

Em termos de custos indiretos, estes estão ligados à disfunção social dos doentes, principalmente a nível profissional, estimando-se que sejam 2-4 vezes superiores aos custos de saúde diretos (Gunderson et al., 2018).

Existem também diversos custos associados ao aumento da taxa de divórcio, processos jurídicos associados a partilhas, lutas de custódia, alterações físicas, acidentes de viação, etc. (Gunderson et al., 2018)

Por último, não esquecer a sobrecarga exercida em todos os que os rodeiam, com o aumento da incidência de patologia psiquiátrica nos cuidadores, nomeadamente ansiedade, sentimentos de desesperança e depressão (Gunderson et al., 2018).

Conclusão

A instabilidade afetiva é a principal patologia da perturbação borderline de personalidade, resultando da desregulação de sistemas neurobiológicos e défices psicossociais. Consiste em cinco dimensões: valência afetiva, amplitude afetiva, baixo limiar de reatividade a triggers externos, rápida alternância de afeto com um padrão aleatório e regulação descontrolada do afeto.

Pode ser classificada como um sintoma “agudo”, estando subjacente a manifestações clínicas como comportamentos impulsivos, auto-lesivos e tentativas de suicídio, sendo assim a principal causa da persistência das disfunções interpessoais e ocupacionais em doentes com PBP.

O caso clínico aqui descrito ilustra o impacto que a instabilidade afetiva pode ter nas diversas vertentes da vida de um doente, seja nas suas relações amorosas, no trabalho ou no seu meio social, bem como a dificuldade em tratá-la. Por um lado, porque atualmente não existe nenhuma psico- ou farmacoterapia específicas para esta

patologia, por outro, porque dificulta o tratamento de outras comorbilidades psiquiátricas.

Em suma, a instabilidade afetiva acarreta enormes custos, a um nível pessoal, social e económico. Sendo a principal patologia da perturbação borderline de personalidade, requer um maior interesse e mais investigação pela comunidade científica, uma vez que o seu tratamento eficaz poderá levar a uma melhor gestão e um melhor prognóstico destes doentes.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Eaton, N. R., & Greene, A. L. (2018). Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. Em *Current Opinion in Psychology* (Vol. 21, pp. 28–32). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001>
- Ekselius, L. (2018). Personality disorder: a disease in disguise. Em *Upsala Journal of Medical Sciences* (Vol. 123, Número 4, pp. 194–204). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/03009734.2018.1526235>
- Figueira, M.L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica* (Lidel, Ed) (1ª edição). Lidel
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Koenigsberg, H. W. (2010). AFFECTIVE INSTABILITY: TOWARD AN INTEGRATION OF NEUROSCIENCE AND PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVES. Em *Journal of Personality Disorders* (Vol. 24, Número 1).
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling Emotion Processes in Borderline Personality Disorder: Physiological and Self-Reported Assessment of Biological Vulnerability, Baseline Intensity, and Reactivity to Emotionally Evocative Stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531–544. <https://doi.org/10.1037/a0016392>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Millon, T. (2016a). INVITED ESSAY WHAT IS A PERSONALITY DISORDER? Em *Journal of Personality Disorders* (Vol. 30, Número 3).
- Millon, T. (2016b). INVITED ESSAY WHAT IS A PERSONALITY DISORDER? Em *Journal of Personality Disorders* (Vol. 30, Número 3).
- Nica, E. irina, & Links, P. S. (2009). *Affective Instability in Borderline Personality Disorder: Experience Sampling Findings*.
- Peterson Scott, N. (2017). Misdiagnosis or Comorbidity: Borderline Personality Disorder in a Patient Diagnosed With Bipolar Disorder. Em *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*.
- Renaud, S. M., & Zacchia, C. (2012). Toward a definition of affective instability. Em *Harvard Review of Psychiatry* (Vol. 20, Número 6, pp. 298–308). <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.747798>

- Rothbart, M. K., Evans, D. E., & Ahadi, S. A. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122–135. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.122>
- Shen, C. C., Hu, L. Y., & Hu, Y. H. (2017). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0405-1>
- Stone, M. H. (2019). Borderline Personality Disorder: Clinical Guidelines for Treatment. Em *Psychodynamic Psychiatry* (Vol. 47, Número 1).
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. Em *The Lancet* (Vol. 385, Número 9969, pp. 717–726). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. Em *Current Psychiatry Reports* (Vol. 21, Número 7). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Zanarini, M. C., Frances Frankenburg, E. R., Bradford Reich, D., Silk, K. R., Hudson, J. I., & Lauren McSweeney, S. B. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. Em *Am J Psychiatry* (Vol. 164).