Transtorno de Personalidade Borderline: perspectiva da automutilação em adolescentes

Borderline Personality disorder: perspective of self-mutilation in adolescents

DOI:10.34117/bjdv7n5-109

Recebimento dos originais: 07/04/2021
Aceitação para publicação: 03/05/2021

Igor Amorim Amaral
Graduando de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim
Endereço: Rua do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, 32604-115.
E-mail: igoramaral67@gmail.com

Jéssica Brambati Martins
Graduanda de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim
Endereço: Rua do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, 32604-115.
E-mail: jessica.j.bm@hotmail.com

Luísa França de Faria
Graduanda de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim
Endereço: Rua do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, 32604-115.
E-mail: luisafariaa@gmail.com

Marianne Fonseca Sarto
Graduanda de Medicina na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim.
Endereço: Rua do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, 32604-115.
E-mail: mariannefsarto@gmail.com

Murillo Costa Oliveira
Graduando em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim
Endereço: Rua do Rosário, 1081 - Angola, Betim - MG, 32604-115
E-mail: murillo.oliveira@sga.pucminas.br

Patrícia Regina Guimarães
Doutorado
Instituição de atuação atual: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Endereço: Rua do Rosário, 1081, prédio 7. Bairro Angola. Betim/MG. Cep: 32604115.
E-mail: patrguimaraes@gmail.com

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
Pós doutorado
Instituição de atuação atual: UFMG
Endereço: Avenida Alfredo Balena 190 Santa Efigênia

E-mail: cristianedefreitascunha@gmail.com

RESUMO

O Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) consiste em um distúrbio que possui como principais manifestações padrões de instabilidade e disfunção nos domínios emocional, comportamental, cognitivo e interpessoal. Esses sintomas se acentuam por volta dos 14 aos 17 anos que, concomitantemente, corresponde ao período da adolescência em que o jovem experimenta mudanças significativas na consolidação da sua identidade, influenciada por suas relações familiares e sociais. Nesse contexto, devido a essa pressão vivenciada pelo indivíduo, é comum a realização da automutilação como forma de alívio ao sofrimento psicológico e aos conflitos internos, sendo essa prática um sintoma comportamental frequente em portadores de TPB. Para a realização desta revisão narrativa de literatura, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas US National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo), utilizando combinações booleanas com os descritores "adolescente", "transtorno de personalidade borderline" e "automutilação". Sendo assim, foram resgatados 718 artigos em inglês e português, no período de 2008 a 2019, dentre os quais 29 foram elegidos. Além disso, foram efetuadas consultas ao Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5). No Transtorno de Personalidade Borderline os indivíduos apresentam maior dificuldade em compreender e lidar com as emoções vivenciadas que, quando associadas ao período conturbado da adolescência, favorecem negativamente o desenvolvimento psicológico infantojuvenil. Por conseguinte, esses pacientes desenvolvem em sua personalidade traços marcantes como impulsividade, instabilidade afetiva, sentimentos de vazio, situações de raiva intensa e sintomas dissociativos, que podem se manifestar, muitas vezes, em comportamentos autodestrutivos na tentativa de sanar as suas aflições. Nesse contexto, a automutilação surge como forma de redirecionamento dos sentimentos e alívio das angústias, sendo mais frequente dentre os adolescentes portadores de transtorno de personalidade borderline (95,2%), na qual 65,4% praticaram a automutilação mais de 25 vezes e 53,9% mais de 50 vezes durante suas vidas. Concluiu-se com esse estudo que a adolescência se apresenta como um significativo fator agravador das manifestações do Transtorno de Personalidade Borderline, principalmente quando elucidados outros contextos familiares e sociais que são mais marcantes nessa faixa etária. Dessa forma, é imprescindível que essa doença seja diagnosticada de forma precoce e que os profissionais estejam qualificados para lidar com as questões subjetivas do contexto desses adolescentes e, assim, intervir de maneira efetiva para que o Transtorno de Personalidade Borderline não acarrete consequências permanentes para o paciente.

Palavras-chave: Adolescentes; Transtorno de Personalidade Borderline; Automutilação.

ABSTRACT

The Borderline Personality Disorder (BPD) consists of a condition whose main manifestations are instability patterns and dysfunctions on emotional, behavioral, cognitive and interpersonal domains. These symptoms are accentuated around the age of 14 to 17 years old which, concomitantly, corresponds to the period of adolescence in which the young person experiences significant changes in his identity consolidation (in the consolidation of his identity), influenced by their family and social relationships. In this context, due to the pressure experienced by the individual, it is common the self-

mutilation practice has a way to relieve psychological suffering and internal conflicts, this practice being a common behavioral symptom in patients with BPD. To conduct this narrative literature review, searches are were performed in the electronic databases US National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) and Scientific Electronic Library Online (Scielo), using Boolean combinations with the descriptors "adolescent", "Borderline Personality Disorder" and "self-mutilation". Thus, in 718 articles were retrieved in English and Portuguese, from 2008 to 2019, which 29 were elected. In addition, consultations were made to the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5). In the Borderline Personality Disorder the individuals have greater difficulty in understanding and dealing with the emotions experienced, which, when associated with the troubled period of adolescence, negatively favor the psychological development of children and youth. Consequently, these patients develop in their personality striking traits, such as impulsivity, affective instability, feelings of emptiness, situations of intense anger and dissociative symptoms, which can often manifest in self-destructive behaviors in an attempt to heal their distress. In this context, self-mutilation appears as a way of redirecting feelings and relieving anxieties, being more frequent among adolescents that suffer from Borderline Personality Disorder (95.2%), in which 65.4% practiced more than 25 times and 53.9% more 50 times during their lives. It was concluded with this study that adolescence presents itself as a significant aggravating factor of the manifestations of Borderline Personality Disorder, especially when elucidated by others family and social contexts, that are more striking in this age group. Thus, it is essential that the disease is diagnosed early and that professionals are qualified to deal with the subjective issues of the context of these adolescents, and, thus, intervene effectively so that the Borderline Personality Disorder does not imply on having permanent consequences for the patient.

Keywords: Adolescents; Borderline Personality Disorder; Self-mutilation.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade *borderline* (TPB ou Transtorno de Personalidade Limítrofe) é uma síndrome caracterizada por humores instáveis, problemas de impulsividade e instabilidade emocional, apresentando repercussões nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem, que podem vir acompanhados de comportamentos suicida e auto-mutilatório[1]. Nos adolescentes, esse transtorno pode ser diagnosticado com segurança a partir dos 11 anos e apresenta grande similaridade com o TPB em adultos em relação à manifestação dos sintomas e o curso[2]. No entanto, evidencia-se que em adolescentes portadores desse transtorno a probabilidade é maior de expressar a sintomatologia aguda por meio da ideação suicida, comportamentos impulsivos e, principalmente, da automutilação recorrente e não suicida[3].

Sugere-se que o pico dos sintomas do transtorno de personalidade *borderline* é atingido no final da adolescência, por volta dos 14 aos 17 anos de idade. Coincidentemente, é durante esse período que a autolesão, independentemente da

intenção, é amplamente prevalente na sociedade e é considerada um problema de saúde pública[3].

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria[4], a automutilação é definida como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio. Esses podem se apresentar de forma crônica e gerar consequências graves àqueles que o praticam[5]. São exemplos desse comportamento:

"cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis"[6].

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no Brasil, no ano de 2016, 10.729 adolescentes, de 10 a 19 anos, realizaram lesão autoprovocada[7]. Dentre essas práticas, a automutilação é o comportamento autolesivo mais difundindo entre os adolescentes, em função do seu maior acesso às redes sociais, como é observado, por exemplo, na divulgação de imagens e de discursos sobre a automutilação no Tumblr[8].

Cronologicamente, a adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um período entre os 10 e os 19 anos[9]. No entanto, os critérios para definir essa etapa vão muito além da idade. A adolescência é um período de transição do ciclo vital humano entre a infância e a adultez identificado por extrema complexidade. Essa fase está relacionada com a caracterização do indivíduo, de acordo com as expectativas culturais da sociedade e está ligada às transformações biológicas, físicas e sociopsicológicas[10].

Devido a toda essa pressão com que o adolescente precisa conviver é comum a utilização do corpo como cenário de representações dos seus sentimentos, como uma descarga das experiências emocionais dolorosas e como uma dramatização dos seus conflitos durante esse período[11]. Através das lesões ocasionadas na pele, o indivíduo possui o intuito de aliviar a sua dor emocional, causada por esse transtorno psicológico que concomitantemente é influenciado por fatores biopsicossociais da adolescência[12].

Portanto, é visto que as características presentes no TPB são reforçadas durante o período da adolescência. Nesse cenário, é evidenciado o risco aumentado da recorrência de gestos, ameaças suicidas ou comportamentos automutilantes, o que sustenta a necessidade do diagnóstico precoce nessa faixa etária[13].

2 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura. O artigo possui como conjecturas metodológicas a pesquisa exploratória que foi realizada a partir de um levantamento bibliográfico, de naturezas quantitativa e qualitativa, enfatizando a literatura científica relacionada à associação entre o transtorno de personalidade borderline e a prática de automutilação em adolescentes. A fim de propiciar a execução desta revisão, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas US National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (Scielo), além de consultas ao Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-5). Dessa forma, foram resgatados 166 artigos utilizando os descritores "adolescente" e "automutilação", enquanto 384 artigos foram localizados por meio da associação entre os descritores "adolescente" e "transtorno de personalidade borderline". Além disso, 168 artigos foram obtidos com a combinação dos descritores "transtorno de personalidade borderline" e "automutilação". Os critérios de seleção foram produções científicas publicadas em inglês e português, no período de 2008 a 2019, cujos desenhos de estudos enquadram-se em: ensaio clínico, metanálise, estudo clínico randomizado, revisão e revisão sistemática. Por fim, dos 718 artigos alcançados, 29 foram utilizados para esta produção científica que, dispondo de tais artefatos metodológicos, viabilizaram a construção da presente revisão narrativa de literatura.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A história por detrás do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) remonta desde o ano de 1884, quando o termo "borderline insanity" foi inicialmente utilizado na caracterização de pacientes chamados de "limites loucos", mas sem que houvesse uma descrição concreta de seu quadro[14]. É visto, portanto, que esse transtorno perpassou por várias definições ao longo dos anos, sendo encontrados nas bibliografias os termos esquizofrenia ambulatorial, personalidade "como se", esquizofrenia pseudoneurótica, transtorno de caráter psicótico, patologia limítrofe, organização borderline da personalidade e estados limite. Dessa forma, evidencia-se as várias tentativas por diferentes autores em descrever o quadro clínico de apresentação dessa doença e assim permitir a sua classificação em uma psicopatologia única [14] [15].

No presente, o Transtorno de Personalidade Borderline, como é atualmente denominado, está enquadrado no DSM-5 como uma psicopatologia da personalidade,

fazendo parte do agrupamento B juntamente aos transtornos de personalidade Antissocial, Narcisista e Histriônica[16]. No manual, esse transtorno é descrito como "um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos"[4].

3.1 FISIOPATOLOGIA E FATORES DESENCADEANTES

O TPB não apresenta uma fisiopatologia única definida na literatura, em função da escassez de pesquisas nesse âmbito. No entanto, acredita-se que esse transtorno está diretamente associado a diversos fatores que vão interferir no desenvolvimento cerebral, seja estrutural ou funcionalmente. As causas mais citadas na literatura são as neurobiológicas, as influências genéticas e as psicossociais[17]. Sugere-se que a etiologia neurobiológica está relacionada, principalmente, com as alterações presentes nos processos de top-down, associados com o córtex orbitofrontal e o córtex cingulado anterior, e de bottom-up, associados com o sistema límbico, como a amígdala, hipocampo e córtex insular[17].

O primeiro processo está vinculado às operações centradas nos processos cognitivos influenciados pela memória e pelas representações mentais[18]. Considerando a instabilidade emocional presente nos portadores do Transtorno de Personalidade Borderline, evidencia-se que a sua complexidade está relacionada com a baixa capacidade dos processos cognitivos realizados, principalmente, pelo córtex orbitofrontal. A serotonina é responsável por regular as regiões pré-frontais, inclusive as associadas ao circuito anterior, agindo em receptores 5-HT2. O aumento dos receptores serotoninérgicos 5-HT2A e a redução dos receptores 5-HT2C, estão diretamente relacionados com os traços impulsivos que caracterizam o borderline[17].

O segundo constitui na atenção que envolve a atividade perceptiva e neurofisiológica[18]. Insinua-se que a hiperatividade da amígdala cerebelosa ocasiona as emoções intensas e variáveis experimentadas pelos portadores de borderline[17]. Além das alterações nesse processo, observa-se uma diminuição da massa de substância cinzenta em estruturas do sistema límbico, como no giro cíngulo ventral, hipocampo, amígdala, giro parahipocampal e uncus. Ademais, uma região importante regulada pela amígdala, o giro fusiforme, responsável pelo reconhecimento da expressão facial, também é afetado. Dessa forma, é possível inferir que essas alterações estruturais podem estar

intensamente relacionadas à instabilidade afetiva, podendo levar ao humor deprimido e à impulsividade, ambos traços característicos do paciente portador do TPB[19].

Por fim, acredita-se que a disfunção do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal apresenta relação direta com o desenvolvimento dessa síndrome. Isso se dá através dos níveis aumentados de hormônios do estresse, como o cortisol basal, e da redução da sensibilidade dos *feedbacks* dessas glândulas, que estão presentes em muitos portadores desse transtorno[17].

Já no âmbito das influências genéticas, destaca-se que o TPB pode apresentar como uma de suas etiologias um marcador genético, podendo assim ser transmitido hereditariamente. Dessa maneira, foram demonstradas maiores correlações da doença em gêmeos monozigóticos, quando comparado a dizigóticos, o que levou ao achado da existência de um fator genético substancial com herdabilidade de 0,76[20].

Entretanto, foi demonstrado que por mais relevante que seja a descoberta dessa predisposição genética e dos fatores neurobiológicos na patogênese do transtorno borderline, a expressão de seu fenótipo e a manifestação dos sintomas está diretamente relacionada aos fatores ambientais em que o indivíduo é inserido. Mediante essa situação, afirma-se que o meio em que a criança e o adolescente se desenvolve é fator dominante e predisponente para o desenvolvimento dessa doença[17].

A ocorrência de eventos traumáticos, principalmente durante a infância, constitui-se como o principal fator de risco psicossocial para o desenvolvimento dessa patologia. Esses traumas podem ocorrer de variadas formas, como negligência, abusos sexual, físico e verbal, separação ou perda de parentes precocemente. Tais acontecimentos geram um grave impacto no psicológico dos pacientes que acarretam uma supermodulação emocional caracterizada por situações de estresse, estando intimamente relacionados à ocorrência de despersonalização e dissociação desses indivíduos[17].

Foi demonstrado que pacientes que sofreram negligência durante seu crescimento podem apresentar risco de até 3 vezes maior em desenvolver TPB, quando comparado com indivíduos sem esse fator de risco. Além disso, evidencia-se que a negligência presente na adolescência apresenta uma relação mais forte com esse transtorno, quando comparada com a infantil[19].

Indivíduos inseridos em ambientes familiares constituídos por instabilidades inter relacionais, maus-tratos, ausência de vínculo emotivo nos cuidados e apego desorganizado apresentam limitações em conceber uma autoimagem única e coerente.

Famílias que não proporcionam acolhimento e apoio afetivo às crianças tendem a propiciar o surgimento de um ambiente hostil. Os adultos que são responsáveis por construir tal contexto, comumente subestimam as possíveis vivências dolorosas dos indivíduos, endossando um vínculo com as crianças embasado em críticas e punições[21] [22].

Ademais, a presença de abuso infantil contribui para as alterações neurobiológicas, como a perda de volume no hipocampo e na amígdala[19]. Dentre eles, o abuso sexual foi relatado, por alguns autores, como um fator de risco aumentado em cinco vezes na adolescência sendo que, outras formas de abuso, como o físico e o verbal, intensificaram em três vezes a chance de expressão da doença[21]. Consequentemente, as vítimas manifestam maior dificuldade em assimilar as emoções vividas no seu meio contribuindo negativamente para o desenvolvimento psicológico infantojuvenil e se tornando um fator desencadeante para o Transtorno de Personalidade Borderline[2].

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

O Transtorno de Personalidade Borderline foi definido como uma doença desenvolvida no início da adolescência, sendo a impulsividade, a instabilidade e a desregulação emocional características comuns de transtornos mentais comumente encontrados durante esse período. A ocorrência dessa doença na adolescência é sustentada pela idade da primeira manifestação clínica, que ocorre em média aos 18 anos de idade, podendo variar até os 13 anos, sendo que foi evidenciado um notório desenvolvimento do TPB nessa fase[22]. Dessa forma, é imprescindível o reconhecimento desta condição, no intuito de se promover o manejo adequado. Neste sentido, o principal método utilizado atualmente para o diagnóstico do Transtorno Borderline é o DSM-V, que prevê 9 critérios fundamentais característicos da doença, sendo que para efetivar o diagnóstico o paciente precisa preencher 5[4]. São eles:

"1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado"[4]. Os portadores desse transtorno possuem medo intenso do abandono e, dessa maneira, a qualquer sinal de rejeição, perda ou mudança de seu meio externo, eles sofrem uma desfragmentação de sua personalidade, o que acarreta em mudanças na autoimagem, na demonstração afeto, na cognição e no comportamento[4]. O indivíduo cria uma dependência do outro, muitas vezes se submetendo a relacionamentos abusivos para evitar o abandono[16].

"2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização"[4]. Os pacientes sofrem de uma instabilidade emocional que induz mudanças abruptas e intensas na forma de lidar com as pessoas de seu convívio, amplificando o significado de muitas situações simples, como um atraso[4]. Assim, eles idealizam relações afetivas intensas que, quando não atendem às suas expectativas, fazem com que o sujeito borderline se sinta incompreendido e/ou desvalorizado, levando assim à rupturas abruptas dos vínculos para se prevenir de um sofrimento psíquico[16].

"3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo"[4]. A fragmentação da autoimagem é uma das características presentes na TPB e, quando experienciada pelo indivíduo, apresenta uma resistência na transmissão de uma imagem única de si, manifestando aspectos ambíguos de sua existência[16]. Por conseguinte, ele vivencia sentimentos opostos nas diferentes esferas de sua vida, como na sua personalidade (às vezes mais reservada e tímida, e em outros momentos explosiva e vingativa), vida amorosa, profissional, preferências, valores e até mesmo sua identidade sexual[4].

"4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar)"[4]. Os problemas de impulsividade fazem com que o indivíduo não reflita sobre as consequências de seus atos e, dessa forma, o paciente adquire comportamento explosivo e agressivo, podendo colocar em risco a sua vida e a de outros ao seu redor[4 16].

"5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante"[4]. As ameaças e tentativas de autoextermínio e automutilação são muito frequentes nos portadores dessa patologia e adquirem um papel importante de aliviar seus sentimentos e suas angústias, possuindo significados pessoais para cada indivíduo[4 16].

"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)"[4]. O humor dos pacientes acometidos pelo TPB sofre variações frequentes, alterando de seu estado disfórico basal para períodos de acesso de raiva e inquietude, raramente vivenciando momentos de felicidade e de bem estar[4]. Essa instabilidade, muitas vezes, não é identificada pelo próprio indivíduo, que pode negá-la ou transferir a culpa para pessoas e acontecimentos ao seu redor[16].

"7. Sentimentos crônicos de vazio"[4]. Como o paciente possui um humor basal diminuído, ele dificilmente vive períodos de satisfação consigo mesmo, o que o leva à tentativa incessante de preencher esse vazio com situações do cotidiano, como uso de drogas, álcool, experiências sexuais, esportes radicais, as quais podem adquirir um caráter autodestrutivo[4 16].

"8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes)"[4]. Essas explosões de raiva geralmente são provocadas quando o indivíduo borderline se vê frente à situações em que se sente abandonado e negligenciado. Quando a situação se normaliza, o paciente muitas vezes se sente culpado e arrependido[4].

"9. Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos"[4]. Esses momentos de dissociação de sua personalidade vão ocorrer, geralmente, frente à situações de abandono, na qual os indivíduos vivenciam uma realidade imaginativa, com dificuldades de separar o real do não real. Esses períodos cessam quando o paciente se sente novamente "seguro" e "amado", possuindo assim aspecto passageiro[4 16].

Guitana[14] evidenciou que, dentro desses critérios diagnósticos, o mais frequente nos pacientes portadores do Transtorno Borderline é a ideação paranóide ou sintomas dissociativos, presentes em 97,1% dos participantes da pesquisa. Os outros critérios mais prevalentes foram a instabilidade afetiva, a raiva intensa e inapropriada, e o comportamento e ameaças suicidas, que apresentaram prevalência de 88,6%, 85,6% e 82,9%, respectivamente.

De acordo com dados levantados pelo DSM-V em 2014, a prevalência do transtorno da personalidade borderline na população geral é de aproximadamente 1,6%, podendo chegar a 5,9%[4]. Por outro lado, a prevalência dessa patologia na adolescência, devido à escassez de estudos, varia de maneira significativa. De acordo com um estudo de Guilé *et al.*[2], realizado em 2018, a porcentagem de adolescentes com TPB nos ambulatórios chega à 11%, variando de 19 a 53% em pacientes hospitalizados, 62% em pacientes suicidas internados e chegando à marca de 78% em adolescentes atendidos nos serviços de urgência e emergência devido atos suicidas.

No entanto, mesmo com a existência desses critérios no DSM-V, o sobrediagnóstico e o subdiagnóstico são muito frequentes na prática. Essa realidade pode ser explicada pela semelhança de muitos desses aspectos a outras doenças, como a automutilação, grandemente associada ao paciente depressivo[14].

Além das dificuldades naturalmente apresentadas pela presença do transtorno de personalidade borderline, alguns aspectos presentes na adolescência podem potencializar os sintomas dessa condição psíquica, como o afastamento do adolescente de seu núcleo familiar e a construção independente de sua rede de amizades. Por conseguinte, o desenvolvimento socioemocional dos adolescentes é considerável quando comparado a qualquer outra fase da vida, majoritariamente ocasionado pela maturação cerebral concomitante à expansão de suas redes de convívio, o que potencializa as emoções frente aos acontecimentos da vida desses indivíduos, uma vez que esta configura uma fase emocionalmente conturbada, definida por ressignificações e movimentações pulsionais de grande intensidade[23] [2].

Ademais, os sintomas do TPB surgem principalmente na adolescência e atingem o seu clímax no início da vida adulta, quando não tratado adequadamente. Além disso, os comportamentos impulsivos tendem a reduzir ao longo do tempo, à medida que os sintomas de aspecto afetivo - afeto negativo e sensação de vazio - tendem a perdurar. Essa condição não é uma regra, visto que o indivíduo portador do transtorno de personalidade borderline pode continuar com as mesmas manifestações clínicas[24] [21].

Dessa forma, a percepção dos sintomas da síndrome de personalidade borderline na adolescência pode gerar manifestações intensificadas. Nessa fase, o quanto o adolescente consegue refletir e simbolizar suas emoções dá-se como um fator essencial e norteador. Para esses indivíduos, obter sentido nas experiências e saber definir suas emoções gera uma reestruturação psíquica satisfatória. Já em pacientes adolescentes portadores de borderline, essa condição é potencializada, e toma-se um cenário instável como contexto[25].

Por fim, o despreparo de alguns profissionais da área da saúde mental em lidar com essas particularidades é um limitador no diagnóstico do TPB. Consequentemente, a identificação tardia dificulta o tratamento e o prognóstico do paciente[14].

3.3 ASSOCIAÇÃO DO TPB COM OUTROS TRANSTORNOS E A PRÁTICA AUTOMUTILATÓRIA

O TPB possui grande associação com outras comorbidades, sendo que os mais frequentemente listados na literatura são: transtornos de humor, ansiedade, estresse pós traumático (TEPT), distúrbios alimentares, como anorexia; abuso de substâncias e dependência; outros transtornos de personalidade, como o bipolar; e transtornos do neurodesenvolvimento, como déficits de atenção e hiperatividade (TDAH)[24] [17].

Evidências sugerem que 85% dos pacientes borderlines apresentam outro transtorno psiquiátrico e, dentre esses, os transtornos de humor são os mais prevalentes, fato sustentado pelo aumento em até três vezes da probabilidade de desenvolver esses distúrbios. A depressão, por exemplo, é uma doença que acomete cerca de 71 a 83% dos indivíduos portadores do TPB no decorrer de suas vidas. Tal associação encontra-se intimamente ligada às altas taxas de tentativas de autoextermínio e prática de automutilação, manifestações preponderantes desses transtornos[24].

Um estudo realizado por Marianne Goodman *et al.*[23], que avaliou a prática da automutilação e a ideação suicida em adultos e adolescentes portadores de TPB, concluiu que esses dois atos estão amplamente difundidos em ambas as faixas etárias. Ao avaliar a diferenciação entre os grupos, a pesquisa evidenciou que a automutilação, principalmente na forma de corte, é mais frequente dentre os adolescentes, presente em 95,2% dos pacientes, enquanto os adultos apresentaram uma prevalência menor desse ato, em torno de 90,3%. Entretanto, a diferença entre esses dois grupos aumenta expressivamente quando avaliada a quantidade de tentativas de automutilação durante a vida, na qual 65,4% dos adolescentes praticaram mais de 25 vezes e 53,9% tentaram mais de 50 vezes contra 51,4% e 39,3% dos adultos, respectivamente[23].

Segundo Ooumaya (apud Almeida e Horta)[26], os mecanismos mais comuns de automutilação praticados por pacientes com TPB são os cortes e as queimaduras, sendo que a sua ocorrência é indicativa de maior risco de suicídio. Ainda, conforme Santos *et al.*[27], os instrumentos utilizados para esta prática são sistematizados em: cortantes, dentre os quais incluem lâminas (barbeador, lapiseira), estiletes, facas, tesouras, papéis e estilhaços de vidro; corpo contundentes, como unhas, maçanetas de porta, cordas, puxões de cabelo e socos na parede e perfurantes, entre eles caneta com ponta fina, arame e alicate de unhas.

Dentre os motivos mais comuns para a prática da autolesão relatados por essas vítimas, estão a punição por se sentirem indignos, a culpabilidade, a necessidade de redução da ansiedade e do desespero e o alívio emocional. Adolescentes que apresentam traços do transtorno de personalidade borderline, incluindo labilidade afetiva, apego inseguro, comportamento de oposição e desorganização cognitiva, possuem maior tendência à realização da autoagressão[22]. Em razão da liberação de endorfina, esta prática é transformada em um modo de redirecionamento e cura para as raivas e para as aflições cotidianas, além de o ato repetitivo provocar conforto para as dores internas[28].

As possíveis consequências que envolvem a vida do adolescente após o início da prática automutilante podem ser categorizadas em físicas, psicológicas e comportamentais. No tocante às consequências físicas, algumas variáveis como dor, hematoma, inchaço, ardência, vermelhidão e cicatrizes são notoriamente comuns, dentre as quais a dor realiza presença praticamente constante[27]. Ademais, no TPB, é recorrente a ocorrência de deficiências físicas resultantes desses comportamentos ou de tentativas frustradas de suicídio[16]. Em relação ao âmbito psicológico, imediatamente após o comportamento autoinfligente, o sentimento de alívio pode tornar os seus praticantes dependentes da ação[28]. Por último, os adolescentes podem apresentar alterações comportamentais características dos comportamentos automutilantes. Esses sinais são demonstrados, por exemplo, no aumento da agressividade, no uso de roupas de manga longa - mesmo durante estações quentes-, no uso de pulseiras, braceletes, faixas e no isolamento por eles praticados[10].

Contudo, a automutilação e o TPB são consideradas temáticas de difícil abordagem, o que, muitas vezes, dificulta o diálogo entre os familiares e o adolescente. Entretanto, é possível ressaltar que discussões ao seu respeito são essenciais, a fim de evitar as graves consequências que acometem os âmbitos social e pessoal da vítima, considerando que o debate acerca do tema é determinado por fatores culturais, sociais e religiosos[29].

4 CONCLUSÃO

Compreende-se que nos pacientes portadores do Transtorno de Personalidade Borderline, o comportamento autolesivo é um sintoma comportamental comum e decorre da marcante instabilidade crônica, predominantemente, no início da vida adulta, com episódios graves de descontrole afetivo e impulsivo. Essa situação é agravada no adolescente, tendo em vista que devido ao vazio, à perda de si e às constantes angústias intensificadas, busca um alívio do sofrimento que regularmente culmina na automutilação. Além disso, o desenvolvimento desses indivíduos é modulado por seus estímulos sociais e familiares, os quais interferem na sua condição psíquica e geram oportunidades de fragmentação de seu grupo social, viabilizando, em seu interior, a independência na rede de amizades. Diante do exposto, reforça-se a necessidade de um diagnóstico precoce e eficaz nesses pacientes e ressalta-se a importância do conhecimento médico em identificar esse transtorno, diferenciando-o de outras causas intrínsecas ao adolescente.

REFERÊNCIAS

1- Ferreira LFA, Pereira FHQ, Neri Benevides AML, Melo MCA. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. Psychiatry Research [Internet]. 2018 abr [cited 2020 Aug 8]; 262:70–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043

2-Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. AHMT [Internet]. 2018 nov [cited 2020 Aug 8]; 9:199–210. Available from: http://dx.doi.org/10.2147/AHMT.S156565

3-Stead VE, Boylan K, Schmidt LA. Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: a literature review. bord personal disord emot dysregul [Internet]. 2019 fev 13 [cited 2020 Aug 8]; 6(1). Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s40479-019-0100-9

4-American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: APA, 2014.

5-Ceppi B, Benvenuti M. Análise funcional do comportamento autolesivo. Revista de psicologia clínica [internet]. 2011 [cited 2020 Aug 8]; 38(6):247-253. Available in: http://www.periodicos.usp.br/acp/article/view/17331/19358 .

6-Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. 2013 jul [cited 2020 Aug 8]; 31(2):213–22. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001

7-Brasil. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Epidemiológicas e morbidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Available from:http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29878153.

8-Otto SC, Santos KA. (Re)cortes: o discurso sobre a autolesão feminina no tumblr. Psicanálise & barroco em revista [internet]. 2015 jul [cited 2020 Aug 8]; 13(1):29-56. Available from: http://seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/viewfile/7349/6477.

9-World Health Organization. Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: WHO; 2011. Available from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.htm.

10-Santos EC, Neto OCM, Koller SK. Adolescentes e adolescências. Habigzang LF, Diniz E, Koller SK, Organizadores. Trabalhando com adolescentes: Teoria e Intervenção Psicológica. ArtMed; 2014. p.17-29.

11-Almeida RS, Crispim MSS, Silva DS, Peixoto SPL. A prática da automutilação na adolescência: o olhar da psicologia escolar/educacional. Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais [internet]. 2018 [cited 2020 Aug 8]; 4(3):147-160.

Available from: https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/5322/2803.

12-Vieira MG, Pires MHR, Pires OC. Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors. Revista Dor [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 8];17(4):257–60. Available from: http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160084

13-Harford TC, Chen CM, Kerridge BT, Grant BF. Borderline Personality Disorder and Violence Toward Self and Others: A National Study. Journal of Personality Disorders [Internet]. 2019 out [cited 2020 Aug 8]; 33(5):653–70. Available from: http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2018_32_361

14-Guitana, CMJA. Comportamento autolesivo na personalidade borderline (Tese de Doutorado). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2018. Available from: http://hdl.handle.net/10451/38929.

15-Silva DAR. Transtorno de personalidade borderline: da disease vista pelos psiquiatras à sua compreensão sobre a illness de seus pacientes (Tese de Doutorado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2018. Available from: https://core.ac.uk/download/pdf/223237156.pdf.

16-Lopes, YJ. A psicopatologia do transtorno da personalidade borderline (tpb) e suas características diagnósticas. Psicologia.pt [internet]. 2017 [cited 2020 Aug 8]; 1-16. Available from: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1154.pdf.

17-Kulacaoglu F, Kose S. Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. Brain Sciences [Internet]. 2018 nov 18 [cited 2020 Aug 8]; 8(11):201. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/brainsci8110201

18-Filgueiras A. Abordagem neuropsicológica dos processos de orientação da atenção visuo-espacial e manutenção da concentração em atletas da categoria sub-13 de futebol de campo. Ciênc. cogn. [internet]. 2010 aug [cited 2020 Aug 8]; 15(2): 142-154. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200013&lng=pt&nrm=iso.

19-Soloff P, Nutche J, Goradia D, Diwadkar V. Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study. Psychiatry Research [internet]. 2008; 164(3): 223-236. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286221/.

20-Winsper C, Lereya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review [Internet]. 2016 mar [cited 2020 Aug 8]; 44:13–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001

21-Knafo A, Guilé JM, Breton JJ, Labelle R, Belloncle V, Bodeau Nicolas et al. Coping Strategies Associated With Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. The Canadian Journal of Psychiatry [internet]. 2015 [cited 2020 Aug 8]; 60(2):46-54. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4345850/#.

22-Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. J Child Psychol Psychiatr [Internet]. 2015 ago 6 [cited 2020 Aug 8]; 56(12):1266–88. Available from: http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12449

23-Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. Personality and Mental Health [Internet]. 2017 maio 22 [cited 2020 Aug 8]; 11(3):157–63. Available from: http://dx.doi.org/10.1002/pmh.1375

24-Weiner AS, Ensink K, Normandin L. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. Psychiatric Clinics of North America [Internet]. 2018 dez [cited 2020 Aug 8]; 41(4):729–46. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.005

25-Ibrahim J, Cosgrave N, Woolgar M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. Clin Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2017 jun 15 [cited 2020 Aug 8]; 23(1):57–76. Available from: http://dx.doi.org/10.1177/1359104517712778

26-Almeida CM, Horta MP. Self-Esteem and Anger in Borderline Patients With Self-Injury Behavior. The Journal of Nervous and Mental Disease [Internet]. 2018 jan [cited 2020 Aug 8]; 1. Available from: http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000786

27-Santos AA, Barros DR, Lima BM, Brasileiro TC. Automutilação na adolescência: compreendendo suas causas e consequências. Temas em Saúde [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 8]; 18(3):120–47. Available from: http://dx.doi.org/10.29327/213319.18.3-8

28-Bernardes, SM. Torna-se (in)visível: um estudo na rede de atenção psicossocial de adolescentes que se automutilam (Tese de Mestrado). Santa Catarina: Universidade Federal da Santa Catarina; 2015. Available from: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/135810/335621.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

29-Silva BC, Castro, RD.. Diálogos sobre sexualidade entre pais e filhos adolescentes dentro do contexto familiar. Revista Brasileira de Ciências da Vida [internet]. 2018 [cited 2020 Aug 8]; 6(2). Available from: http://jornal.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/611.