

Doença Bipolar e Perturbação Borderline da Personalidade - *Comorbilidade ou Continuum*

Berta Ferreira*; Barbara Lopes*; Alexandra Lourenço**; João Melo**; Teresa Maia***

Resumo:

A associação entre a doença bipolar e a perturbação borderline da personalidade tem sido alvo de vários estudos. Alguns autores salientam a frequente comorbilidade e apontam para um agravamento do prognóstico da doença bipolar, uma vez que sintomatologia relacionada com o abuso de álcool, drogas e outras substâncias, os comportamentos suicidários e impulsividade, frequentemente associados à perturbação borderline, dificultariam o tratamento. Outros autores associam esta sintomatologia ao próprio diagnóstico de doença bipolar, defendendo um continuum entre estas duas entidades em que a perturbação borderline da personalidade seria uma variante "ligeira" de uma perturbação afectiva primária.

Abordaremos as diferentes posições e as suas implicações clínicas e terapêuticas.

Palavras-chave: bipolar; borderline; personalidade; comorbilidade; diagnóstico.

ABSTRACT:

The association between bipolar disorder and borderline personality has been studied by several researchers. Comorbidity has been emphasized by some authors which observe a prognostic impairment of bipolar disorder because the delay of the diagnostic. Symptoms related with alcohol and drugs abuse, suicidary behaviour and impulsivity, often present in borderline patients, make the treatment difficult. Other authors consider these symptoms as being part of the bipolar disease, proposing a continuum between the two entities. In this case, borderline personality would be a mild form of an affective disorder.

We will discuss different opinions and their clinical and therapeutic consequences.

Key-Words: bipolar; borderline; personality; comorbidity; diagnostic.

INTRODUÇÃO

Na psiquiatria clínica actual tem-se assistido a uma grande polémica no que diz respeito aos limites entre doença bipolar II, perturbação ciclofímica e perturbação borderline da personalidade. A frequência com que, neste último caso, é diagnosticada a patologia do Eixo I, tal como o abuso e dependência de álcool e outras substâncias, perturbações afectivas, perturbações da ansiedade e alterações do comportamento alimentar, complica adicionalmente o diagnóstico. Embora muito tenha sido escrito sobre cada perturbação de personalidade ou perturbação afectiva, estudos definitivos não existem e o que tem sido publicado é controverso.

PERTURBAÇÃO BORDERLINE DA PERSONALIDADE - COMORBILIDADE

A perturbação de personalidade foi desde sempre alvo de muitos estudos por parte de vários autores dada a grande variabilidade na forma de apresentação e consequente dificuldade diagnóstica. Adicionalmente, muitos dos sintomas como a labilidade emocional se confundem na prática clínica com sintomatologia das perturbações do humor clássicas.

A prevalência das perturbações afectivas, durante a vida, em doentes com perturbação borderline da personalidade é de 100%, e os casos tendem a ser

de maior gravidade². No entanto, Gunderson concluiu que a associação entre doença bipolar e perturbação borderline da personalidade é fraca³. A forte comorbilidade encontrada por este autor de distímia (80%) e perturbação unipolar (20%), nos doentes com perturbação borderline da personalidade, foi valorizada por Akiskal. Segundo este autor as perturbações afectivas nestes doentes têm certas particularidades, muitas vezes caracterizadas pela "atíпия", que seriam assim enquadradas nos diagnósticos de perturbação ciclotímica e perturbação bipolar II⁵.

Estudos mais recentes indicam que a comorbilidade na doença bipolar é uma regra mais do que uma excepção e mais de 60% dos doentes bipolares apresentam comorbilidade com outros diagnósticos como o abuso de substâncias, perturbações da ansiedade e perturbações borderline da personalidade^{5,6}. Brieger focalizou-se na prevalência de perturbações da personalidade nas doenças afectivas tendo verificado que 51% das perturbações unipolares e 38% das bipolares preenchem critérios para perturbação de personalidade, sendo a perturbação de personalidade borderline uma das mais frequentes, sem diferenças significativas entre as perturbações bipolares e unipolares⁷.

O próprio diagnóstico de perturbação borderline da personalidade é motivo de discussão. Segundo a DSM-IV-TR, este diagnóstico caracteriza-se por um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos e impulsividade marcada com começo no início da idade adulta⁸. Para além de critérios como a perturbação do

relacionamento social e os comportamentos de auto-mutilação, esta classificação salienta ainda sintomas como a impulsividade, o sentimento de vazio e a instabilidade afectiva (disforia, irritabilidade ou ansiedade), que podem também ser encontrados em perturbações afectivas puras. Os critérios desta classificação, baseados nas concepções de Gunderson, têm sido alvo de muitas críticas nos anos 90, com vários trabalhos de Akiskal, Perugi, Delito, entre outros, que estabelecem uma relação entre perturbação borderline da personalidade e doença bipolar, a qual assenta no conceito de Bipolaridade e Espectro Bipolar. Segundo estes autores a classificação DSM-IV-TR para a perturbação borderline da personalidade é muito limitada, simplista, não dando um significado à sintomatologia heterogénea destes doentes. Neste sentido, Akiskal estabelece uma correspondência entre as características "core" da DSM e sua expressão sintomatológica⁹ (Tabela 1).

Outra crítica deste autor reside no facto de os critérios operacionais da DSM não coincidirem com os utilizados pela escola psicanalítica quando diagnostica a organização borderline da personalidade. Mais do que uma entidade nosológica específica, Kernberg defende a existência de uma estrutura psíquica vulnerável que funciona numa "estabilidade instável" entre as neuroses clássicas e as psicoses¹⁰, o que na opinião de Akiskal parece ser mais compatível com as formulações psicobiológicas para esta personalidade, situando-a nos limites de perturbações psicóticas esquizofrénicas, maniaco-depressivas e epilépticas e, neste sentido, borderline referir-se-ia a formas frustes de psicoses endógenas major (subesquizofrénicas, subafectivas e subictais). Num

estudo realizado por Blumenthal que comparava diagnósticos de perturbação borderline da personalidade, segundo a concepção do Kernberg, com os doentes que preenchiam os critérios da DSM, observou-se uma concordância em apenas 61% dos casos¹.

entanto, Kraepelin, em 1889, unificou todos os tipos de doença afectiva na insanidade maniaco-depressiva. Este conceito teve uma forte oposição, sobretudo na escola alemã com Wernicke, Kleist e Leonhard que introduziram o conceito de unipolaridade e bipolaridade. A classificação proposta por estes

| | |
|--------------------------------|--|
| Relações intensas e instáveis | clivagem "raiva do objecto" depressão de abandono |
| Instabilidade afectiva | labilidade emocional disforia reactiva acessos de raiva |
| "Descontrolo" do comportamento | impulsividade abuso de substâncias ingestão compulsiva de alimentos suicidalidade |
| Sensação crónica de vazio | nódo |
| Sensação de "eu" instável | perturbação da identidade |
| "Psicose frusta" | paranóia sensível dissociação |

Tabela 1 – Correlação entre critérios DSM e sintomatologia frequentemente encontrada na Pert. Borderline (Adaptado de Akiskal, 2003)

CONCEITO DE BIPOLARIDADE
- "SOFT BIPOLAR"

Arataeus de Cappadocia, no séc. I AC, foi provavelmente quem primeiro descreveu a mania e a melancolia como dois estados fenomenologicamente diferentes da mesma doença. O conceito actual de doença bipolar teve origem em França, com as publicações de Falret (1851) e Baillarger (1854). No

autores não teve muita aceitação, pela sua complexidade. Nos anos 60 assistiu-se a um renovado interesse na distinção unipolar/bipolar com as publicações de Angst, Perris e Winokur que verificaram características clínicas e familiares que validaram esta distinção. Nas últimas décadas, tem-se assistido à evolução deste conceito com a recuperação dos estados mistos de Kraepelin, a ciclotimia

e temperamentos afectivos de Kahlbaum e Hecker, a concepção de espectro bipolar de Akiskal e a distinção das perturbações esquizoaffectivas em formas bipolares e unipolares^{12,13} (Tabela 2).

Marneros em 1999 defendeu o conceito de continuum tanto para a perturbação bipolar como para a perturbação unipolar¹⁴ (Figura 1).

Ainda não reconhecido pela DSM-IV-TR, o recente conceito de espectro bipolar incorpora todas as perturbações bipolares, em que o termo "bipolar" representa apenas dois pólos ou extremos da sin-

tomatologia da doença. Este espectro inclui perturbações com sintomatologia sublimiar à considerada nesta classificação – "Soft Bipolar Spectrum"¹⁵⁻¹⁹. O "soft bipolar spectrum" é caracterizado por episódios depressivos major com sinais "soft" de bipolaridade¹. A inclusão neste espectro está dependente da definição de hipomania²⁰, que no DSM-IV-TR requer uma duração mínima de quatro dias, cutoff não suportado cientificamente²¹. Embora a maioria dos autores -Akiskal, Perugi, Angst, Benazzi- considere este grupo, como um "subtipo" pertencente à doença bipolar II, há quem defenda a

| | |
|---------------------------------|---|
| Aretaeus da Cappadócia (150 AD) | Mania e melancolia no mesmo doente |
| Falret e Baillarger (1854) | Insanidade circular e insanidade de dupla forma |
| Kahlbaum (1882) | Ciclotimia como um grupo de doenças circulares |
| Kraepelin (1915) | Insanidade maníaco-depressiva |
| Kleist (1953) | Subtipos maníaco-depressivos bipolar vs unipolar |
| Leonhard (1957) | Conceito de polaridade |
| Angst e Perris (1960s) | Desenvolvimento do conceito de polaridade |
| Dunner (1970s) | Perturbação bipolar tipo II |
| Akiskal (1980) | Espectro bipolar |
| Goodwin e Jamison (1990) | Doença maníaco-depressiva |
| DSM-IV (1994) | Bipolar II, ciclotimia e cicladores rápidos incluídos |

Tabela 2 – Evolução histórica do conceito de doença bipolar (adaptado de Baldessarini, 2000)

criação de um grupo bipolar não I e não II²². Estudos epidemiológicos recentes põem em causa a prevalência de 1%, considerada para as doenças bipolares. Este valor é de 5% ou superior, quando são incluídas as perturbações do espectro bipolar. Alguns estudos clínicos indicam que as doenças bipolares são quase tão comuns como as doenças unipolares. A proporção de doentes com depressão que podem ser classificados como bipolar II aumenta à custa do diagnóstico de perturbação depressiva major, se o limiar de quatro dias para episódio hipomaniaco for reconsiderado. Neste sentido, estudos realizados indicam que doentes que apresentam episódios hipomaniacos de menor

duração apresentam também características típicas de bipolaridade (menor idade de início da doença, maior taxa de recorrências, depressão com características atípicas)²³. Segundo outros estudos, a duração média de um episódio hipomaniaco é de dois dias; um episódio breve de hipomania com elevada taxa de recorrência pode ser tão curto como um dia, e quando complicado por depressão major, deve ser classificado como uma variante de doença bipolar II²⁴.

Outra variante do espectro é representada por episódios depressivos major em indivíduos com temperamentos com características ciclotímicas ou hipertímicas²⁵. O temperamento ciclotímico está

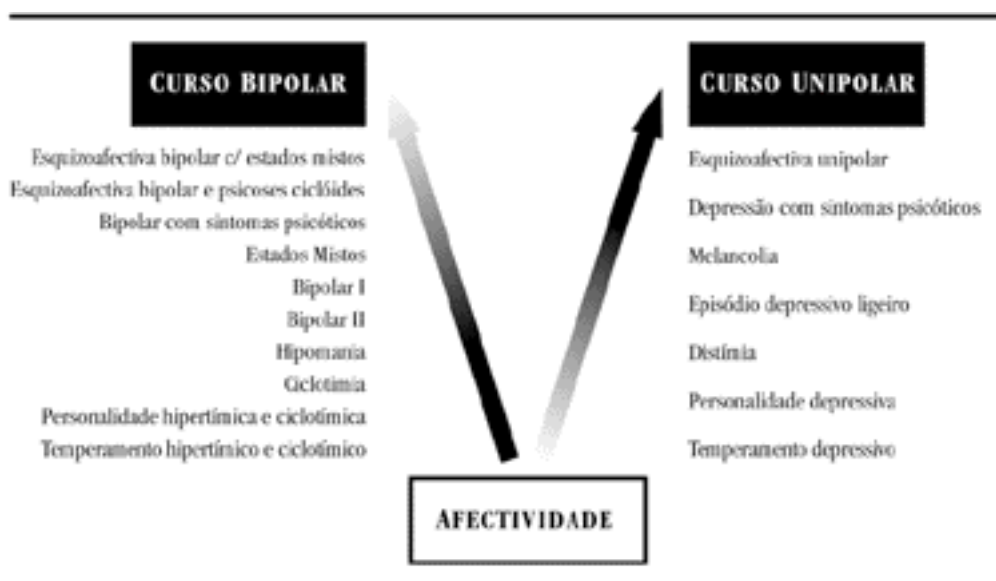


Figura 1 – Continuum Bipolar e Unipolar (adaptado de Marneros, 1999)

relacionado com o aparecimento de hipomania secundária à toma de antidepressivos e, segundo Akiskal, a sobreposição de episódios depressivos major em temperamentos ciclotímicos representa uma variante da doença bipolar II mais instável – Bipolar II 1/2 - em que a idade de início da doença bipolar é menor, as depressões tendem a ser mais graves e com características mais atípicas. Nestes doentes existe uma maior taxa de comorbilidade psiquiátrica e, em relação à história familiar, não se distinguem de outros doentes com o diagnóstico de doença Bipolar II^{4,26,27}. As perturbações do humor induzidas pelo álcool e outras substâncias também têm bastante em comum com as perturbações do espectro bipolar II, em particular quando a labilidade do humor é evidente. Finalmente, muitos doentes incluídos no espectro bipolar II, especialmente quando a taxa de recorrência é elevada e o período interepisódico não é livre de sintomas afectivos, podem preencher critérios para perturbação da personalidade²⁸. Este facto é particularmente observado em doentes bipolares II ciclotímicos, que são frequentemente mal diagnosticados como perturbações borderline da personalidade devido à extrema instabilidade do humor que apresentam²⁹. Estudos de gémeos realizados por Bertelsen revelaram concordância em apenas 58 % dos monozigóticos para as perturbações afectivas clássicas. Se forem utilizados critérios mais abrangentes, cerca de mais 25% são concordantes. Estes 25% incluem uma pequena percentagem de psicoses esquizofreniformes e uma grande percentagem de indivíduos com "temperamento afectivo". Este estudo sugere uma base genética comum para um espectro fenotípico que se estende desde o tem-

peramento afectivo à psicose com sintomatologia afectiva³⁰. Apesar de a herança genética explicar apenas uma parte da etiologia, Kelsoe inferiu as seguintes conclusões a partir deste estudo³¹:

- A penetrância (probabilidade da doença se manifestar na presença do gene alterado) é inferior a 100%;
- A expressividade dos traços associados à doença é variável (variabilidade de apresentações clínicas que resultam dos mesmos genes);
- Presença de heterogeneidade genética (a doença é causada por múltiplos genes).

Gershon propõe uma hipótese de herança oligogénica, em que a interacção de vários genes é necessária para a expressão fenotípica dos quadros afectivos clássicos, presentes em 1% da população. Expressões mais ligeiras, como a doença bipolar II, envolvem menos genes e estão presentes em cerca de 3-4% da população. Expressões ainda mais ligeiras, como a perturbação ciclotímica e hipertimia requerem a interacção de ainda menos genes³² (Figura 2).

A questão frequentemente levantada por estes estudos genéticos é se haverá ou não alguma vantagem genética que venha a seleccionar os indivíduos que possuem estes genes. Segundo Kelsoe, se pensarmos em termos evolucionistas, dada a desinibição e consequente hipersexualidade destes indivíduos, traços bipolares dão origem a uma maior descendência. Para além deste aspecto, a criatividade e energia características da hipomania levam a um maior ajuste social³¹.

A contrariar esta tendência para a criação de critérios cada vez mais abrangentes das doenças

bipolares surge Baldessarini e Soares. Segundo estes autores, a aplicação destas definições pode constituir um enviesamento para investigações e tratamentos futuros. Deveriam ser criados critérios de diagnóstico que formassem grupos relativamente homogêneos o que facilitaria a possibilidade de serem definidos mecanismos neurobiológicos comuns^{13,33}.

Outros estudos, como o de Atre-Vaidya, onde as dimensões do carácter e temperamento são estudadas, contrariam as concepções de Akiskal, não encontrando qualquer relação entre a perturbação de personalidade borderline e doença bipolar, sobretudo no que respeita ao temperamento³⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do conceito de doença bipolar no sentido de uma classe diagnóstica cada vez mais

abrangente tem contribuído para a sobreposição de entidades nosológicas cujos critérios dependem de sintomas afectivos comuns. Surge então uma dúvida: qual dos diagnósticos valorizar? Pensa-se em comorbilidade ou numa nova interpretação da sintomatologia? Um exemplo onde esta questão se aplica é o da perturbação borderline da personalidade, que frequentemente apresenta um fenótipo predominantemente afectivo. Encontramos opiniões divergentes. Alguns autores defendem que se deve valorizar o diagnóstico de perturbação da personalidade como base para a realização de um projecto terapêutico. Outros autores focalizam-se principalmente na fenomenologia para elaboração de um diagnóstico do Eixo I da DSM e actuam em conformidade. Independentemente da orientação utilizada, dados que apontam para a atipia dos episódios depressivos nestes doentes, para uma

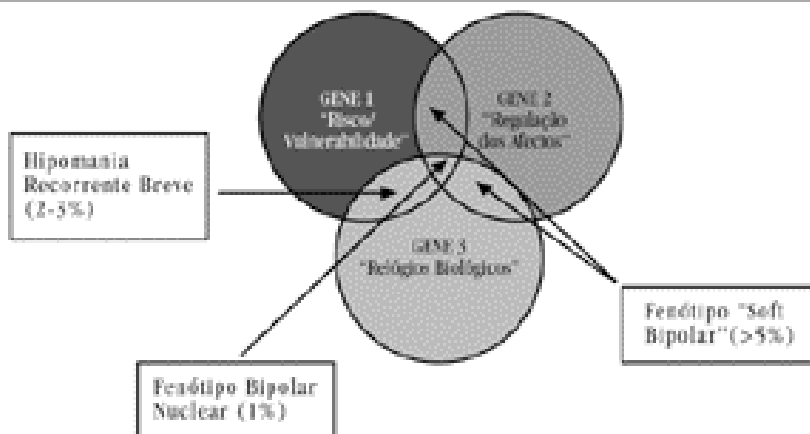


Figura 2 – Modelo de transmissão oligogénica proposta por Gershon (adaptado de Akiskal,2003)

resposta mais eficaz aos estabilizadores do humor; para a probabilidade de agravamento da sintomatologia com antidepressivos e conseqüentemente aumento do risco de surgirem ciclos rápidos, parecem indicar que existem mais vantagens no uso de estabilizadores do humor sobre os antidepressivos no controlo da sintomatologia quando uma abordagem psicofarmacológica é proposta.

Bibliografia

1. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 1999 Jul-Aug; 40(4): 245-52.
2. Comtois KA, et al. Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1999 Nov; 60(11): 752-8.
3. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depressive. *Am J Psychiatry*, 1991; 14: 967-975.
4. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord*. 2003 Jan; 73(1-2): 49-57.
5. Sasson Y, et al. Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003 Jun; 6(2): 139-4.
6. Kay JH, Alshuler LL, Ventura J, Mintz J. Impact of axis II comorbidity on the course of bipolar illness in men: a retrospective chart review. *Bipolar Disord*. 2002 Aug; 4(4): 237-42.
7. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry*. 2003 Jan-Feb; 44(1): 28-34.
8. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV – TR*, Washington, DC. 1st edition. American Psychiatric Association.
9. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: the cyclothymic-bipolar II connection. *Medscape, Conference Coverage: New understanding of the complex issues of personality and bipolar disorders*, Jun 2003.
10. Kernberg OF. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967. 15:641-685.
11. Blumenthal R, Carr AC, Goldstein EG. DSM-III and structural diagnosis of borderline patients. *Psychiatr Hosp*. 1982 Fall;13(4):142-8.
12. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord* 2001; 67: 3–19.
13. Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. *Bipolar Disord*. 2000 Mar; 2(1): 3-7.
14. Marneros A. *Handbuch der unipolaren und bipolaren Erkrankungen*. Thieme, Stuttgart; (August 1, 1999).
15. Akiskal HS. From Dysthymia to the Bipolar Spectrum: Bridging Practice and Research. Address made on the occasion of the opening ceremony of the XII World Congress of Psychiatry. Japan, 2002.
16. Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol*, 1996 Apr; 16(2 Suppl 1):4S-14S.
17. Akiskal et al. Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000; 59: S5-S30.
18. Giovani et al. The bipolar spectrum: a clinical reality

in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord* 1999; 54: 319-328.

19. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the "soft" bipolar spectrum, treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, 1987; 23: 68-73.

20. Angst J, Gamma A. A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipolar Disord*. 2002; 4 Suppl 1: 11-4.

21. Benazzi F. Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? *Curr Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2001; 251: 32-34.

22. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*. 2002 Mar; 47(2): 125-34.

23. Benazzi F, Rihmer Z. Sensitivity and specificity of DSM-IV atypical features for bipolar II disorder diagnosis. *Psychiatry Res*. 2000 Apr 10; 93(3): 257-62.

24. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Dec; 25(4): 713-37.

25. Perrugi G, et al. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord*, 2003 Jan; 73(1-2): 87-98.

26. Gasperini M, et al. Morbidity risk for mood disorders in the families of borderline patients. *J Affect Disord*. 1991 Apr; 21(4): 265-72.

27. MacKinnon DE, et al. Rapid switching of mood in families with multiple cases of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Sep; 60(9): 921-8.

28. Deltito et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord*, 2001; 67: 221-228.

29. Maj M, et al. *Bipolar Disorder*. London, John Wiley & Sons, Lda. 2002.

30. Bertelsen A, Harvald B, Hauge M. A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry*, 1977; 130: 330-351.

31. Kelsoe JR. Arguments for the genetic basis of the bipolar spectrum. *J Affect Disord*, 2003; 73: 183-197.

32. Gershon ES. Bipolar illness and schizophrenia as oligogenic diseases: implications for the future. *Biol Psychiatry*, 2000; 47: 240-4.

33. Soares JC, Gershon S. The diagnostic boundaries of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 1999; 1: 1-2.

34. Atre-Vaidya, Nutan, Hussain SM. Borderline Personality Disorder and Bipolar Mood Disorder: Two distinct disorders or a continuum? *J Nerv Ment Dis*, May 1999-volume 187(5): 313-315.