



Cátia Guerra

Só longe daqui acharás o que falta da tua identidade

Perturbação *borderline* da personalidade: a construção do diagnóstico
e as marcas da identidade no corpo

Dissertação de Mestrado em Antropologia Médica

Julho/2016

Cátia Guerra

Só longe daqui acharás o que falta da tua identidade

Perturbação *borderline* da personalidade: a construção do diagnóstico
e as marcas da identidade no corpo

Dissertação de Mestrado em Antropologia Médica, apresentada à Faculdade
de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Professor Doutor Luís Quintais

Coimbra, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Ao Tiago Ribeiro, à Patrícia Nunes e ao Tiago Faleiro, pelas conversas virulentas, pela leitura aturada da tese (e não menos aturada de mim). Ao professor Luís Quintais, o meu orientador, à minha família escolhida, aos amigos e às amigas e, claro, às pessoas com quem trabalho, que me impelem a questionar a minha prática clínica e aquilo que a psiquiatria vai sendo.

Na capa: Thérèse (Balthus, 1938)

O título é uma citação do poema *A carta da flor do sol (a meu amigo)* de Al Berto (1948-1997)

Resumo

As doenças mentais são categorias construídas segundo sistemas de verificação subjacentes às classificações, aos dispositivos e à performance individual. A criação de novos diagnósticos surge, entre outros, da matriz classificatória e de governabilidade da psiquiatria. É através da relação entre classificações e classificados que se constroem novos sujeitos.

O presente estudo visa explorar a construção do objecto perturbação *borderline* da personalidade pela prática psiquiátrica, tentando compreender as condições de possibilidade que fazem com que surja esta categoria e não outra. Para tal, combinei uma reflexão teórica sobre a história da doença e uma incursão etnográfica baseada em estudos de caso, que procuram avaliar aspectos centrais à construção do diagnóstico: identidade, corpo, família, tratamento e resistência.

A construção da perturbação *borderline* da personalidade é baseada num modelo de desenvolvimento normal que defende a unicidade do *self*. O sujeito, ao ser classificado, constrói-se e é construído através da narrativa da doença, a qual se funde com a sua narrativa biográfica, permitindo-lhe uma narrativa coerente de si e legitimar o seu sofrimento, recuperando a identidade perdida. Os comportamentos autodestrutivos associados, na prática psiquiátrica, a sofrimento e destruição do corpo, possibilitam a leitura do outro e resultam da acção do sujeito sobre si, tornando-o autor do seu próprio corpo. O diagnóstico surge no seio de um dispositivo disciplinar que incluiu a família e o/a psiquiatra, centrado no indivíduo, no autocontrolo e na monitorização da sua corporalidade. É neste dispositivo que se baseia o seu tratamento. Ao ser psiquiatrizado, o significado potencialmente político da categoria *borderline* resulta, invariavelmente, perdido.

A perturbação *borderline* da personalidade como resultado de práticas, representações e interacções sociais e novos modos de subjectificação, na qual ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade, é a hipótese que avanço aqui e que resulta fortemente indiciada.

Abstract

Mental illnesses are classifications construed according to veridiction systems that underlie classifications, dispositives and individual performances. The creation of new diagnoses arises, among others, from the psychiatric classification and governability. It is through the relationship between classifications and persons classified that new subjects are created.

This study aims to explore the construction of the object borderline personality disorder by the psychiatric practice, trying to understand the conditions of possibility which were responsible for this particular category. To this end, I combined a theoretical reflection about the disease history and an ethnographic incursion based on case studies, that seek to evaluate key aspects of the diagnosis construction: identity, body, family, treatment and resistance.

The construction of the diagnosis of borderline personality disorder is based on a normal development model that advocates the unity of the self. The subject, being classified as such, constructs and is constructed through the narrative of the disease, which is merged with his/her biographical narrative, allowing for the establishment of a coherent narrative which legitimizes the suffering, and allows the subject to regain the lost identity. Self-destructive behaviours, which in clinical practice are associated with suffering and body destruction of the body, enable the reading of the other and result from the action of the subject, being the author of his/her own body. The diagnosis emerges from a disciplinary dispositive that includes the patient's family and the psychiatrist, and is centred on the individual self-control and in monitoring subject corporeality. It is from within this dispositive that treatment is based. When psychiatrized, the potential political significance of the borderline category results invariably lost.

The borderline personality disorder as the result of practices, representations and social interactions and new modes of subjectification, in which there is a new relationship between the ideas of the body and identity, is the hypothesis that I put forward in this thesis and that is strongly supported.

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Nota metodológica.....	4
1.2. Etnografia enquanto psiquiatra.....	5
2. Nascimento do diagnóstico.....	8
2.1. Estado-limite.....	8
2.2. Inventem-se novas doenças.....	13
2.3. Intoxicadas de amor.....	16
2.4. Doença da personalidade.....	22
3. A tecnologia do diagnóstico.....	26
3.1. Viver no limite.....	26
4. A fragmentação da identidade.....	33
4.1. <i>Self</i> e identidade.....	33
4.2. A morte do <i>self</i>	36
4.3. Identidade em situação.....	40
4.4. Identidade <i>borderline</i>	42
5. Os limites do corpo.....	49
5.1. Entre o corpo e o <i>self</i>	49
5.2. Corto, logo existo.....	52
5.3. Um corpo que se castiga.....	58
6. Para acabar de vez com o conceito de família.....	60
6.1. A família e o patológico.....	60
6.2. <i>Sou um bocadinho feita de cortiça</i>	62
7. Na casa de um corpo em crise.....	67
7.1. Residência <i>borderline</i>	67
7.1.1. Contrato.....	69
7.1.2. Psicoterapias.....	71
7.1.3. À data de alta.....	72
7.2. Local de Transição.....	75
8. Resistência.....	78
8.1. A negatividade do tratamento.....	78

8.2. Doença e protesto.....	81
9. Nota conclusiva.....	83
Referências bibliográficas.....	87

1. Introdução¹

As doenças surgem das práticas, tecnologias e narrativas com as quais são diagnosticadas, tratadas e representadas (Young, 1995). A criação de novas doenças mentais está intimamente ligada a uma linguagem médico-forense-política do controlo individual e social. O momento em que Philippe Pinel liberta os agrilhoados do hospital da Salpêtrière simboliza o nascimento da psiquiatria enquanto verdade médica, procurando um modelo humanista, legitimado por discursos classificatórios e nosológicos. Desde o seu nascimento, o número de diagnósticos e pessoas diagnosticadas tem aumentado, criando uma maioria doente e desviante, em que o olhar médico é frequentemente pensado como um olhar controlador (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

A psiquiatria enquanto sistema disciplinar, que funciona segundo princípios de distribuição e classificação dos indivíduos, necessariamente cria algo como um resíduo, “o inclassificável”, que tem de ser de novo classificado, hierarquizado e supervisionado, reorganizando em profundidade as relações entre a singularidade somática e o sujeito (Foucault, 2008a). Hoje, as classificações de doenças mentais tendem a abarcar um maior número de pessoas que se recriam através do diagnóstico psiquiátrico, o que é visível quer nos novos diagnósticos, no alargamento da abrangência psicoterapêutica a situações previamente não patológicas (por exemplo, luto, “birras”, dores pré-menstruais) e na psicologização de domínios específicos da regulação da vida social (por exemplo, doenças profissionais do foro psicológico).

Se as possibilidades de acção humana são limitadas pelas possibilidades da linguagem, os novos modos de descrição criam novas possibilidades de acção (Rose, 1997) das quais resultam novos sujeitos. Criar novas categorias de classificação é também mudar a forma como as pessoas pensam ou agem. A pessoa diagnosticada não é uma mera espectadora mas constrói e reconstrói-se através das novas práticas, e é nesta interacção dinâmica entre a comunidade de peritos que cria uma realidade e o comportamento autónomo da pessoa rotulada que os diagnósticos se tornam reais, num “efeito *looping*” entre as classificações e os classificados (Hacking, 2007). Ian Hacking (1999) descreveu o nominalismo dinâmico, segundo o qual nem as classificações são estáticas nem as pessoas classificadas são desprovidas de agencialidade. As classificações, operando de forma mais directa ou indirecta, coerciva ou hegemónica, sobre o sujeito, funcionam igualmente como recursos

¹ A presente dissertação mantém a grafia anterior ao novo acordo ortográfico.

autoconstituintes que influenciam o projecto, o cuidado e a consciência de si. Foucault (2000) designou por *assujétissement* o processo de sujeição e criação do sujeito, onde o controlo e dependência são simultâneos à subjectividade, consciência e autoconhecimento.

Assim, pensar que a invenção de novos diagnósticos é apenas controlo e subjugação surge como manifestamente insuficiente para compreender a psiquiatrização da sociedade. O diagnóstico de doença mental implica também a legitimação do sofrimento e uma reorganização dos mundos da experiência (Young, 1996). O reconhecimento dos sentimentos e comportamentos como sintomas torna o sofrimento real, desculpabilizando-o, e oferecendo um tratamento dirigido à recuperação da saúde e integridade.

As doenças mentais inscrevem-se num sistema de verificação² (biomédico, psicoterapêutico, neurocientífico), no qual a separação entre determinantes sociais e culturais e doença é analítica e não ontológica. A patologização é já uma construção social e cultural que funciona numa determinada comunidade de sentido. Importa compreender como surgem estes sistemas e não outros, e como os sujeitos lhe estão efectivamente ligados. Como a realidade não é fixa nem singular, existem vários motivos, incluindo políticos, para se performar uma realidade em vez de outra, para surgirem, em determinados momentos, novas classificações, novas pessoas classificadas, novos tipos de sujeitos e se tornarem novas verdades. As políticas ontológicas (Mol, 2008) implicam uma ligação entre o real, as condições de possibilidade em que vivemos e o político. Os novos tipos humanos que daí resultam não são unicamente naturais ou construídos, dependem de aspectos biológicos, categorias de significado socialmente constituídas e forças político-económicas (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

Actualmente, a validação do sofrimento implica em grande medida a sua medicalização. Os novos modos de subjectificação, através dos quais os indivíduos se constroem sob certas formas de autoridade e relação com discursos de verdade, são hoje centrados em linguagens biomédicas, genéticas e biológicas, de descrição e análise. O dispositivo biomédico estabelece novas relações entre o corpo e o *self* que resultam numa nova dimensão de individualidade, nomeadamente a individualidade somática e o “indivíduo geneticamente em risco” (Novas e Rose, 2000). A prática do diagnóstico na clínica comunica com a sua prática na investigação científica, num

² Segundo Foucault, os sistemas de verificação são mecanismos e procedimentos, estratégias e técnicas de poder que actuam na produção de discursos qualificados como verdadeiros e na desqualificação de outros, considerados falsos. Cf. Michel Foucault (2008b [2004])

mundo cada vez mais molecular, tecnológico e hiperespecializado. Donna Haraway (1991) defende que uma genealogia da subjectificação necessita de pensar o ser humano como um tipo de máquina, híbrido de carne, conhecimento, paixão e técnica.

As práticas contemporâneas de subjectificação estão ligadas a projectos de identidade e de estilo de vida em que apropriação da corporalidade é a matriz fundamental da produção de pessoa e identidade no que é considerado o ocidente³ (Turner, 1994). A vontade de saúde não procura apenas evitar a doença ou morte prematura mas uma optimização da sua própria corporalidade (Rose, 2007), enquadrando-se em discursos de verdade e tecnologias de biopoder⁴. Desta forma, a produção de um corpo e de uma identidade coerentes são aspectos centrais à construção da subjectividade contemporânea. É dos corpos e identidades doentes que a medicina se apropria, tendo por funções identificá-los, regenerá-los e devolvê-los à normalidade.

Através dos modos de subjectificação e da criação do sujeito com doença mental, ao longo desta dissertação procuro traçar a construção do diagnóstico perturbação *borderline* da personalidade, que surge da compulsão classificatória da psiquiatria em dar nome ao previamente inefável, no qual uma identidade doente e um corpo marcado por automutilações são aspectos basilares. No primeiro capítulo, procuro ensaiar uma genealogia do diagnóstico, desde o seu nascimento em doentes inclassificáveis, cujos comportamentos fugiam à normalidade sem se enquadrarem nas classificações de doença mental, até à sua formulação actual. No capítulo seguinte, através de uma incursão etnográfica baseada na performance do fenómeno, abordo a tecnologia do diagnóstico hoje na prática clínica. Posteriormente exploro aspectos centrais ao diagnóstico (identidade, corpo, família, tratamento e resistência). Todos os capítulos se iniciam com uma contextualização teórica e situada dos conceitos fundamentais da doença e da sua patologização, numa relação ancorada na vivência da doença, no sofrimento individual e no caminho percorrido do individual ao colectivo.

³ De acordo com a commumente estabelecida relação dicotómica entre ocidente e oriente, construída através da definição do outro, cuja realidade está sujeita à interpretação e reinterpretação das diferenças (cf. Edward Said, 1977),

⁴ Poder que actua sobre a vida através de disciplinas do corpo e regulação da população (cf. Michel Foucault, 2009 [1976]). Para uma análise sumária sobre biopolítica cf. Paul Rabinow e Nicolas Rose (2006).

1.1 Nota Metodológica

Desde 2014 que participo no programa de tratamento de doentes com perturbação *borderline* da personalidade no hospital em que trabalho como psiquiatra, acompanhando doentes em consulta individual, terapia de grupo e a frequentar a residência, assim como familiares de doentes que frequentam o grupo de famílias. O programa é baseado no modelo de tratamento de perturbação *borderline* da personalidade do hospital Mclean (Gunderson e Links, 2008) e decorre ao longo de quatro níveis de tratamento (internamento, residência, ambulatório intensivo e ambulatório).

O tema desta dissertação decorre de dificuldades e interrogações que têm surgido na minha prática clínica. Tendo como ponto de partida a criação do diagnóstico psiquiátrico e a relação corpo-identidade, o tema foi-se diversificando à medida que o trabalho avançava, sem perder de vista o propósito inaugural: a desconstrução da categoria *borderline*. Inicialmente, orientei a dissertação em três grandes linhas exploratórias:

- traçar a genealogia da doença e desenvolver uma visão integrada, antropológica, social e também clínica, da perturbação *borderline* da personalidade e de como é hoje actuada na prática clínica, procurando responder às perguntas: como se criam diagnósticos e “inventam” novas pessoas; quais as condições para surgir este diagnóstico num determinado momento;
- clarificar a interdependência corpo-identidade na perturbação *borderline* da personalidade, tendo em conta o sentir do/a doente e a sua performance de doença;
- compreender a relação da perturbação *borderline* da personalidade com o contexto social e cultural e descortinar o seu significado social e político, continuamente produzido pelo doente, pela cultura e pelo clínico.

Das reflexões realizadas a partir destas linhas exploratórias iniciais, surgiu a hipótese da perturbação *borderline* da personalidade como resultado de práticas, representações e interacções sociais e modos de subjectificação, na qual ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade. Para testá-la, recorri à metodologia de estudos de caso, acompanhada por uma fundamentação teórica que sustentasse a minha análise. Usei diversas fontes de informação (entrevistas clínicas, grupos terapêuticos, reportagens, livros) e procurei basear-me em diferentes áreas do saber (psicanálise, fenomenologia, antropologia do corpo e estudos de performance). As questões epistemológicas e metodológicas que se colocaram implicaram

essencialmente o meu papel no terreno e obrigaram-me à reavaliação do significado de conceitos como *self*, identidade e corpo. Estes conceitos não são estanques nem são construções abstractas, resultam de um conjunto de dispositivos⁵, formulações discursivas e não discursivas, determinados pelas práticas em que se inserem. Annemarie Mol (2002) contrapõe às realidades plurais, presentes tanto no perspectivismo como no construtivismo, a realidade múltipla, baseada nas performances⁶ da realidade que criam diferentes objectos, embora relacionados entre si. Os estudos de caso, apesar das dificuldades de generalização, têm em conta a complexidade e multiplicidade do objecto, tendo como fim último expandir e generalizar teorias (Yin, 1984).

Delimitei a recolha de dados de Agosto de 2015 a Maio de 2016 e durante este período retirei notas (escritas e com gravador) durante a consulta individual dos doentes por mim acompanhados, dos grupos de doentes e de famílias. Destes registos seleccionei estudos de caso significativos do objecto em análise, em particular dos aspectos centrais à construção do diagnóstico (identidade, corpo, família, tratamento e resistência). O estudo realizado foi submetido e aprovado pela comissão de ética do centro hospitalar São João. Na elaboração da dissertação, alterei o nome e alguns dados de identificação dos pacientes, respectivos familiares, e terapeutas, de forma a manter a confidencialidade.

1.2. Etnografia enquanto psiquiatra

A minha aproximação à antropologia médica ocorreu no segundo ano de internato da especialidade de psiquiatria, na presença da insuficiência do modelo médico para compreensão e tratamento da doença mental. Foi através das leituras

⁵ Numa acepção foucaultiana, dispositivo constitui uma rede heterogénea de discursos, normas, protocolos, instituições, espaços arquitectónicos, leis, medidas administrativas, afirmações científicas, filosóficas, morais e filantrópicas. Ou seja, uma formação de elementos discursivos e não discursivos e as relações entre eles, que funcionam, isto é, resultam e instanciam um regime de verdade. Para Foucault (1980), os dispositivos têm uma função estratégica, por exemplo, a assimilação de uma população flutuante e onerosa por uma economia essencialmente mercantilista, nomeadamente ao permitir o controlo e sujeição da loucura, doença mental e neurose.

⁶ Annemarie Mol prefere o termo *enactement*, segundo o qual as relações, realidades e representações das realidades resultam de um processo contínuo de produção e reprodução e não têm estado, lugar ou realidade fora destes processos. Sinónimo de performance, o termo é preferido devido ao uso generalizado de performance (Law, 2004). A ideia de performatividade aplicada a diferentes realidades da vida social, constituiu um elemento determinante da viragem discursiva e da concepção narrativa do poder, da identidade e das relações. Para Butler (2011), a performatividade não é um acto singular mas uma prática reiterada, através da qual o discurso produz os efeitos que nomeia.

dos trabalhos de Kleinman, nomeadamente na importância dos aspectos culturais da doença, das narrativas do/a doente e dos modelos explanatórios da doença, que o contacto com a antropologia médica se foi concretizando e moldando a minha construção enquanto psiquiatra. Este percurso não foi isento de interrogações, algumas das quais se apresentaram de forma mais agudizada na elaboração desta tese.

Inicialmente, questioneei o meu papel no terreno, nomeadamente a transição de psiquiatra terapeuta para psiquiatra que simultaneamente realiza uma etnografia, em que o objecto clínico coincide com o objecto de estudo, e as implicações inerentes tanto na relação terapêutica como na etnografia. Reconhecendo a vantagem de trabalhar num hospital e de estar profundamente entrosada com o objecto que pretendo conhecer, o trabalho actual é baseado na minha prática clínica sem ter implicado alterações na sua forma, excepto as inerentes às minhas próprias mudanças, ao facto de estar a recolher informação tendo em vista um objectivo não unicamente clínico e a pensar sistematicamente sobre ela. A co-presença física com o fenómeno em tempo e espaços reais foram uma mais valia para o estudo do objecto que procuro conhecer, tendo em vista um conhecimento incorporado (Wacquant, 2015).

A segunda interrogação que me moveu foi como encontrar na performance individual e única da doença mental aspectos que remetam para o caminho que se faz do individual ao cultural e social. Sem ignorar que a própria performance individual e as categorias nosológicas que a classificam resultam dos dispositivos que definem o que é saúde, o que é doença e como esta se representa. No limite, tudo é cultural, na exacta medida em que decorre da atribuição de sentido. Não faltam exemplos das relações entre os aspectos sociais, culturais e a doença mental, nomeadamente quando a mudança ou a deterioração das condições de vida levam ao sofrimento do indivíduo, posteriormente medicalizado e enquadrado no âmbito da doença mental, e como a cultura molda não só a expressão dos sintomas mas também a experiência da doença. Pergunto-me se será esta relação evidente em doenças que atingem directamente *o self* e nas quais o cerne não é uma reacção ao mundo exterior mas uma cisão profunda e duradoura do eu, se falamos da mesma coisa quando nos referimos à difusão do eu na doença mental e à difusão do eu na pós-modernidade e se são os aspectos sociais causa, contexto ou apenas metáfora da cisão individual.

A noção de identidade e *self* é também ela resultado de práticas discursivas e não discursivas que tentarei clarificar no subcapítulo 4.1. No sentido lato, toda as doenças podem afectar o *self* e a identidade individuais, dado que marcam e mudam

o indivíduo considerado doente. No modelo de orientação epistemológica psicanalítica, no qual a psiquiatria de hoje ainda se alimenta nomeadamente quando é necessário um modelo compreensivo e narrativo da doença, o *self* resulta de um desenvolvimento precoce e é ele que permite a unicidade e identidade do indivíduo. Existem duas categorias nosológicas em que este conceito de *self* se encontra profundamente dividido, na esquizofrenia e, de outra forma, na perturbação *borderline* da personalidade. Esta ideia de *self* será menos dependente de factores vivenciais e é centrada no discurso individual e familiar, nomeadamente nas relações precoces. Procurei ao longo desta tese descortinar o significado social e político deste *self* fragmentado.

No momento terapêutico actual, em que as neurociências têm uma posição dominante na investigação em psiquiatria, a performance da doença mental é centrada no discurso individual do sofrimento humano e na individualidade somática (Novas e Rose, 2000). O âmbito social e cultural fica limitado aos problemas pessoais, ainda que familiares, laborais, sociais e relacionais, centrados no indivíduo e na sua forma de se relacionar com o meio, despolitizando as origens do sofrimento humano. O discurso do risco genético, a desregulação de neuroaminas e circuitos neurológicos pretende ser associal e acultural, sem na realidade deixar de ser produto das práticas em que se insere. Contudo, se medicalizar o sofrimento diminui a importância de problemas sociais e políticos, romantizar a doença mental como forma de protesto corre o risco de ignorar a angústia daquele que sofre.

Ao longo desta dissertação, pretendo ter uma perspectiva crítica sobre a psiquiatria, analisando as condições de possibilidade e as práticas em que surge a categoria perturbação *borderline* da personalidade.

2. O nascimento do diagnóstico

Borderline

“nome, 1.frenteira, 2.linha de demarcação;
adjectivo, 1.fronteiriço 2.indeterminado, incerto, duvidoso;
3.ambíguo, indefinido, flutuante; 4. Psicologia (instável)
borderline; *borderline case*: caso-limite, caso *borderline*”⁷

2.1. Estado-limite

Seguir a história prévia da perturbação *borderline* da personalidade, ou perturbação da personalidade estado-limite é também seguir o que a psiquiatria registou dela, o que foi incluído e excluído da “história oficial” da doença. Este processo não é linear mas contigente e o objectivo que traço neste capítulo não é tanto uma constatação da verdade psiquiátrica mas o tentar perceber que dispositivos permitiram a construção da doença.

Olhados a partir da actualidade, no século XIX todos os diagnósticos psiquiátricos eram novos e imprecisos, podendo-se estabelecer uma divisão nebulosa e incipiente entre neuroses e psicoses. A história da perturbação *borderline* da personalidade funde-se com a de outros diagnósticos, partilhando aspectos quer com a psicose maníaco depressiva, quer com a sociopatia. A autonomização do diagnóstico resulta de um processo de especialização e classificatório, e apenas ocorre de forma clara aquando da publicação da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais* (DSM 3) (American Psychiatric Association, 1980).

Tanto nos escritos literários como médicos, em Homero, Hipócrates e Arreteis, são descritas pessoas com variações de humor, impulsos, raiva, irritabilidade e depressão, mais tarde analisadas sobre o signo da perturbação *borderline* da personalidade (Millon, 2011) ou, mais comumente, da psicose maníaco depressiva (Marneros e Angst, 2000). As descrições de perturbação *borderline* da personalidade encontradas há 100 ou mais anos são reinterpretações de casos presentes na literatura e é difícil obter evidência histórica de comportamentos autodestrutivos

⁷ Cf. Dicionário Inglês|Português [em linha]. Porto Editora, 2003-2016.
<http://www.infopedia.pt/dicionarios/ingles-portugues/BORDERLINE>

crónicos ou comportamentos suicidas repetitivos. Para Joel Paris (2008), é possível que a perturbação *borderline* da personalidade seja de desenvolvimento relativamente recente e que apenas surja sob condições sociais específicas. Na biografia de Lady Caroline Lamb (1785-1828), casada com um primeiro-ministro britânico e amante de Lord Byron, são referidas depressões, consumo de drogas, assim como comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio depois do fim do relacionamento com Lord Byron (Douglass, 2004). Esta é uma das primeiras descrições de mulheres “mentalmente instáveis”, com comportamentos autodestrutivos, próxima do diagnóstico actual de perturbação *borderline* da personalidade, apesar de ficar a dúvida se os comportamentos autolíticos foram apenas precipitados pela separação amorosa ou se existiam de forma independente desta. Curiosamente, à data, Lady Caroline foi diagnosticada com erotomania, convicção delirante de uma pessoa que acredita que outra pessoa está secretamente apaixonada por ela.

Em 1835, o psiquiatra inglês James C. Prichard (1986) descreveu um grupo de pacientes que manifestava uma “violência incontável”, uma “perversão mórbida” nas esferas dos valores éticos, dos sentimentos e dos humores. Prichard, baseando-se no diagnóstico de Philippe Pinel de mania sem delírio, designou por insanidade moral situações em que as alterações de comportamento, sentimentos ou impulsos existiam na ausência de alterações intelectuais significativas e que corresponderiam ao diagnóstico actual de perturbação *borderline* da personalidade.

Os primeiros casos *borderland* foram referidos por Cesare Lombroso (1870 in Stone, 1986) que, através da avaliação de criminosos cujo diagnóstico estava entre a loucura e a sanidade, descreveu “sociopatas não delirantes”. Andrew Wynter (1875) referiu-se aos/as doentes *borderland* como existindo no limite da loucura, pessoas marginais e transgressoras dos limites da sociedade vitoriana. Nos anos seguintes, o diagnóstico foi-se diluindo quer no diagnóstico de psicose quer de histeria. Grande parte dos/as doentes diagnosticados/as com folia histérica (Falret, 1890) que apresentavam labilidade dos afectos, impulsividade, atitudes contraditórias e perturbação de identidade, seriam hoje diagnosticados como perturbação *borderline* da personalidade.

Em 1938, já com a psicanálise solidificada, é o artigo de Adolph Stern (1986) que inscreve pela primeira vez o termo *borderline*, procurando definir doentes que não se enquadravam nos dois diagnósticos psiquiátricos principais, a neurose e a psicose. Adolph Stern definiu como sintomas característicos do “grupo de doentes *borderline*”: narcisismo, hemorragia psíquica (ausência de reacção perante situação dolorosa ou

traumática), hipersensibilidade desordenada, rigidez psíquica e física, reacções terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade constitucionalmente ancorados, masoquismo, insegurança ou ansiedade, uso de mecanismos de projecção e dificuldades no teste da realidade, particularmente nas relações interpessoais. Baseando-se na Teoria da Sexualidade de Freud, defendeu que a frustração das pulsões narcísicas infantis estaria na base da personalidade *borderline*. A doença tenderia a ocorrer em filhos/as de mães com incapacidade para prestar afecto de forma espontânea, de pais separados, ou história explícita de negligência, brutalidade ou crueldade por parte dos pais. Ou seja, depois de aparecer o conceito *borderland* como uma forma de classificar sujeitos cujos comportamentos não se enquadravam nas categorias nosológicas previamente existentes, nomeadamente no campo clínico-forense, o termo *borderline* surge seguindo uma perspectiva clínica de orientação psicanalítica, segundo os dispositivos de família, sexualidade e doença mental.

Os trabalhos de Helen Deutsch (1986) estão na origem das formulações psicanalíticas contemporâneas do diagnóstico afastando-se do modelo da sexualidade infantil, ao considerar a perturbação das relações de objecto como estando na origem do problema. Helen Deutsch diagnosticava estes/as doentes com “personalidade como se” (*as if*), associada a sentimentos de despersonalização e ausência de profundidade na realidade.

Mais tarde, a esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch e Polatin, 1986), foi usada como termo alternativo a *borderline*, sendo descrita como uma clínica de pan-ansiedade, pan-neurose e pan-sexualidade. Ao contrário do/a doente neurótico/a, o/a doente pseudoneurótico/a podia apresentar todos os sintomas das neuroses simultaneamente ou numa rápida sucessão, numa organização psicosexual instável e caótica e era incapaz de dar detalhes precisos sobre a sua sintomatologia. Esta definição vai de encontro à posteriormente considerada dificuldade dos/as doentes com perturbação *borderline* da personalidade serem analisados/as, impedindo a prática das tecnologias disciplinares, numa época em que a proliferação da verdade nas práticas profissionais se deslocou do profissional para o divã (Foucault, 2009 [1976]). A obrigação da confissão era rompida pelos/as doentes, tanto na incapacidade de contar, como nas reacções negativas exuberantes à terapia, interpretadas como resistência ao tratamento.

Em 1953, Robert Knight (1986) afirmou que o diagnóstico *borderline* mostrava mais a incerteza e indecisão do psiquiatra do que a condição do paciente. Robert Knight popularizou os estados *borderline* situando-os na interface entre a neurose e psicose, não mutuamente exclusivas mas oscilando entre as duas, e defendeu a

centralidade da fraqueza do ego na sua etiologia. Contudo, continuaram a ser vários os conceitos que actualmente abrangem os/as doentes diagnosticados/as: pré-esquizofrenia, carácter esquizofrénico, esquizofrenia abortiva, esquizofrenia pseudopsicopática, carácter psicótico, esquizofrenia subclínica, *borderland* e esquizofrenia oculta (Gunderson e Singer, 1986).

Foi só a partir da década de 70, com a publicação do artigo de Otto Kernberg (1986) sobre a organização *borderline* da personalidade, que o diagnóstico começou a ser usado regularmente na prática clínica. Alongo-me no modelo de desenvolvimento do *self* e descrição da doença proposta por Otto Kernberg, dada a sua importância para a sistematização e criação da categoria *borderline* como a conhecemos hoje. Para Otto Kernberg, psicanalista americano, a criança é um conjunto de unidades ou reacções fisiológicas não diferenciadas, as quais, à medida que a criança se distingue do ambiente, dão origem a relações de objecto internalizadas que são a base da estrutura intrapsíquica, das representações do mundo externo, das pulsões e do *self*. O modelo de desenvolvimento do *self* proposto por Otto Kernberg ocorre através de cinco estádios e no terceiro (entre os 6/8 meses e os 18/36 meses de idade), surge a diferenciação entre o *self* e o objecto. A clivagem, mecanismo de defesa normal deste estádio, protege a relação ideal com o objecto primário das más representações do *self* e do objecto. As dificuldades no processo de separação/individuação que conduzem à persistência da clivagem, impedindo a integração das representações boas e más dos objectos e do *self*, resultam da agressividade excessiva (do objecto ou do eu, constitucional ou resultante da frustração das necessidades precoces da criança) e da deficitária tolerância à frustração (constitucionalmente determinada). Na ausência desta integração, a fraqueza do eu, os excessos de agressividade oral e a natureza do mau objecto do *self*, contribuem para a fixação da clivagem como mecanismo de defesa, o que resulta na incapacidade de desencadear o recalçamento e subsequente perturbação da formação das estruturas psíquicas. A organização da personalidade *borderline* seria um nível de organização intermédio entre a neurose e a psicose, com a presença de defesas primitivas, difusão da identidade mas, ao contrário da psicose, manutenção do teste da realidade⁸. A destrutividade, o masoquismo e o narcisismo eram o resultado da fragilidade das fronteiras do eu. É com Otto Kernberg (1986) que surge a primeira referência a automutilações, nomeadamente ao referir-se a pacientes que obtêm alívio inespecífico da ansiedade ao cortarem-se ou autoagredirem-se e que

⁸ Capacidade de diferenciar o *self* do não-*self*, de distinguir percepções externas de intra-psíquicas, representado clinicamente pela ausência de alucinações, delírios ou desorganização do pensamento como características fundamentais da doença.

apresentam comportamentos suicidas “desempenhados com grande raiva e praticamente sem depressão” que reflectiriam “tendências masoquistas perversas e agressão indiscriminada em relação ao exterior ou ao seu próprio corpo”.

Apesar de persistirem dúvidas relativamente à sua formulação e tratamento, o diagnóstico foi-se disseminando e homogeneizando e foi no contexto de algum descrédito da psicanálise, de crescimento da psiquiatria biológica e do questionar do diagnóstico de histeria, que a perturbação *borderline* da personalidade surgiu pela primeira vez na DSM 3. Desde o início, Robert Spitzer, coordenador da DSM 3 que criou um grupo de trabalho para definir as perturbações da personalidade, enfrentou oposição ao diagnóstico devido à sua natureza polimorfa e variável. Vários autores opunham-se ao termo *borderline* por estar associado na restante medicina a casos iniciais, sintomatologia ligeira ou atípica e ser, mais do que um diagnóstico, um nível de gravidade de outras doenças (Decker, 2013). Em 1975, John Gunderson e Margaret Singer (1986) tiveram uma especial importância, ao sistematizar os sintomas de perturbação *borderline* da personalidade (esforços para evitar abandono real ou imaginado, instabilidade afectiva e nas relações interpessoais, comportamentos autodestrutivos, sentimentos de vazio, impulsividade, perturbação da identidade, raiva intensa, ideação paranóide transitória ou sintomas dissociativos) que posteriormente foram adoptados na DSM e que se têm mantido relativamente estáveis ao longo das sucessivas edições. Com a entrada na DSM ocorre a cristalização do peso que o corpo e a identidade têm no diagnóstico, sendo um provável efeito da centralidade actual da regulação e controlo do corpo, como controlo de si. A partir desta data, intensificou-se a investigação neurocientífica sobre perturbação *borderline* da personalidade (alterações na função serotoninérgica, na produção de oxitocina, hiperactividade da amígdala e disfunção no circuito fronto-límbico, entre outras), procurando transformar a doença numa “doença cerebral de bom prognóstico” (Gunderson, 2009).

Podem então ser definidas três frases do conceito *borderline* enquanto nosologia psiquiátrica: desde o final do XIX ao início do século XX são usadas múltiplas terminologias, o diagnóstico é heterogéneo e está algures entre a psicose e a neurose; de 1960-1980 surge o conceito de organização *borderline* da personalidade e a sua sistematização segundo a teoria psicanalítica; desde 1980 até à actualidade, ocorre a entrada na DSM 3 e homogeneização do diagnóstico sob a égide da biopsiquiatria.

O diagnóstico surge como resposta ao impulso classificatório da psiquiatria enquanto poder disciplinar e resulta dos diversos dispositivos que o constroem. O

peso da família, sexualidade, corpo e identidade é variável, inerente também à própria variabilidade dos conceitos. Actualmente, os sistemas de verificação anatomopatológicos apresentam uma nova roupagem através das neurociências. Se na frenologia se procurava avaliar a personalidade e a perigosidade através do tamanho cerebral, agora, vamos medir dentro dele, num regresso ao determinismo biológico “modificado”, dado que o indivíduo é capaz de modular e de gerir estes determinantes, nomeadamente na gestão do risco genético (Novas e Rose, 2000). Contudo, sem nunca os transformar de forma completa e irreversível e reforçando a necessidade do governo de si centrado no controlo do corpo. Os limites entre as três fases que aponto são fluidos e nem sempre ocorre um decalque imediato entre a prática clínica e os regimes de verificação que a justificam. Hoje, apesar das neurociências estarem incorporadas nos discursos sobre a doença e legitimarem a existência da doença enquanto verdade científica, não têm modificado a formulação do diagnóstico nem a forma como este é realizado.

2.2. Inventem-se novas doenças

Retomo aqui uma questão levantada na introdução: como surgem novas performances de doença? Não haverá uma resposta única nem simples a esta pergunta.

Shorter (1997) introduziu o conceito de banco de sintomas referindo que o sofrimento psicológico ocorre em todos os tempos e lugares, mudando consoante o momento histórico ou o contexto social, que oferecem opções específicas para expressar o sofrimento. Semelhante à patoplastia⁹ de Jaspers, este conceito tem implícita a propagação dos sintomas por contágio social, através do contacto pessoal ou dos media. No caso da perturbação *borderline* da personalidade, estamos a falar de um diagnóstico que não existia antes do século XX, apesar de os comportamentos actualmente lidos como sintomas já estarem “disponíveis”. A noção de “contágio social” se por um lado é uma explicação plausível do aumento de comportamentos autodestrutivos (Paris, 2008), por outro torna-se redundante, dado que todos os comportamentos são socialmente ancorados, obedecem a processos de mimetização

⁹ Karl Jaspers (1999 [1913]) distingue efeito patogénico (causa do fenómeno) de efeito patoplástico (apenas dá forma ao fenómeno). Posteriormente, Zutt (1967) definiu patoplastia como a parte da doença mental sensível à cultura.

e socialização. O conceito de banco de sintomas não considera que no surgimento de uma nova doença, não só a apresentação da doença é diferente, como a experiência da doença é outra, resultante quer dos dispositivos que a constituem quer da sua performance individual. Assim, mantém-se a pergunta: são os comportamentos autodestrutivos novas formas de experienciar o sofrimento que traduzem uma nova relação com o corpo e a identidade, ou são comportamentos previamente existentes que passaram a ser identificados e incluídos numa categoria diagnóstica que até então não existia? Em qualquer uma das respostas importa pensar quais as condições de possibilidade que o permitiram.

A criação da psiquiatria e das suas classificações, o surgimento e multiplicação de especialistas da doença mental, o aumento da investigação biológica, com um estudo molecular das diferenças e individualização dos resultados, têm levado à multiplicação de categorias diagnósticas e, por conseguinte, à multiplicação dos sujeitos-psíquicos. Só após a sua entrada no DSM 3, a perturbação *borderline* da personalidade se uniformizou e o seu uso se generalizou, o que permitiu erguer todo um sistema de tratamento e a identificação, ou criação, de novas pessoas com o diagnóstico. Apesar deste efeito da classificação, o sujeito é parte activa na sua identificação, resistência ou co-criação da doença. Olhando para as classificações diagnósticas, as doenças mentais têm diferentes percursos e se a entrada nas classificações aumenta o número de pessoas diagnosticadas, também a acção dos sujeitos classificados permite o reconhecimento da doença (por exemplo, perturbação de *stress* pós-traumático) ou a saída das classificações (por exemplo, homossexualidade).

A emergência de novos diagnósticos e de maior número de pessoas diagnosticadas se por um lado legitima como doença o sofrimento mental previamente não reconhecido como tal e aumenta a abrangência social do campo psicomédico, podendo traduzir um melhor acesso ao sistema de saúde mental, por outro, resulta da tentação monitorizadora que a governamentalidade biopolítica tende a desenvolver na gestão e optimização das populações. A psiquiatrização dos comportamentos não é um aspecto exterior ao controlo social, à sinalização do desvio e à classificação do patológico, com a retirada do mundo saudável do sujeito que não funciona. A perturbação *borderline* da personalidade surge inicialmente como forma de classificar os sujeitos previamente não diagnosticados pelas classificações da época e a doença constrói-se segundo dispositivos e formas de governo que patologizam as pessoas ditas instáveis, agressivas e sem uma identidade considerada una. Os comportamentos autodestrutivos, previamente existentes, passaram a ser lidos à luz

de uma nova categoria nosológica e a sua patologização é exemplificativa de uma forma de governo centrada na regulação da corporalidade.

A ausência de coesão social, a descontinuidade geracional, os papéis sociais pouco definidos e as mudanças sociais rápidas, associados ao período conhecido como pós-modernidade, são factores sociais e culturais frequentemente relacionados com aumento da doença mental (Paris, 2008). Para Durkheim (2005 [1897]), uma sociedade anómica, onde a ausência de normas e valores causa sentimentos de desintegração e frustração, pode conduzir ao desespero e ao suicídio. Apesar de actualmente, os sintomas enquadráveis no diagnóstico de depressão e perturbações de ansiedade serem os mais frequentes na clínica psiquiátrica, os comportamentos autodestrutivos, as perturbações de impulso e o abuso de substâncias, associados à perturbação *borderline* da personalidade, têm vindo a aumentar (Millon, 1993). Não é de desconsiderar o facto destes comportamentos serem mais identificados hoje e enquadrados numa narrativa de doença mental. Marsha Linehan (1994), autora de uma terapia específica para este diagnóstico e ela própria diagnosticada¹⁰, defende que as sociedades contemporâneas tornam a regulação emocional mais difícil devido à ausência de suporte social consistente e favorecem a difusão da identidade, ao promover o individualismo e o isolamento social, levando ao surgimento da doença. Joel Paris e Eric Lis (2013) referem-se às doenças de elevado grau de sensibilidade social (por exemplo, abuso de substâncias, perturbações de comportamento alimentar, perturbação da personalidade anti-social e perturbação *borderline* da personalidade), doenças cujos aspectos sociais e culturais causam diferenças significativas no seu diagnóstico. Para além de manter a dicotomia entre o social e o biológico, este conceito levanta outras dúvidas, nomeadamente se as “doenças socialmente sensíveis” resultam de práticas, representações e interacções sociais, ou se é a clínica que é sensível à identificação do social naquilo que isola como doença. Como nas perturbações da personalidade, por definição, existe um desvio das expectativas sociais, a sua prevalência difere com o contexto e as mudanças socioculturais, o que pode justificar a sua ausência prévia. Há uma relação directa entre exigências sociais e a vulnerabilidade individual, a qual pode ser somática ou psicológica e apenas surgir na presença de condições sociais ou culturais específicas.

O comportamento das pessoas e o modo de exprimirem afectos também tem mudado. O processo de psicologização esteve relacionado com uma interiorização do *self* constituída culturalmente, em que o idioma psicológico é o concomitante pessoal

¹⁰ Cf. http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html?pagewanted=all&_r=0

do processo de racionalização da modernidade. O afecto, como é actualmente concebido e experienciado, é moldado como uma experiência psicológica e racionalizado em emoções catalogadas (depressão, ansiedade e raiva), que anteriormente eram olhadas e sentidas principalmente como experiências corporais (Kleinman e Kleinman, 2007). O desejo está agora inscrito no corpo privado, separado do espaço higiénico do mundo público e o aumento da depressão face à histeria pode ser disso sintoma. A perturbação *borderline* da personalidade se por um lado apresenta o sofrimento catalogado em fascículos e emoções, por outro, nas automutilações, rompe com a privatização do *self* e abre espaço à leitura pública do outro.

Desta forma, podemos ensaiar várias hipóteses para o surgimento desta nova classificação: melhor acesso à saúde e identificação da doença, governabilidade biopolítica, ausência de coesão social na pós-modernidade, nova forma de expressão de sofrimento resultado de processos de socialização e contágio social. Ao longo desta dissertação, procuro testar a hipótese que não só a apresentação da doença é diferente como a sua experiência é nova. Os/as doentes considerados/as com perturbação *borderline* da personalidade apresentam um diferente sentimento de si e uma nova relação com o corpo, no qual os sentimentos lidos como resultantes da fragmentação do *self* e da incapacidade de ter uma autopercepção são marcados. A perturbação *borderline* da personalidade resulta de novas práticas e modos de subjectificação, e é nesta relação entre classificações, dispositivos e a performance individual que a categoria se constrói.

2.3. Intoxicadas de amor

Desde o seu nascimento, o número de mulheres diagnosticadas com perturbação *borderline* da personalidade é substancialmente superior ao número de homens (cerca de 75% do total de pessoas diagnosticadas) (American Psychiatric Association, 2013). Na disforia histeróide, diagnóstico em grande parte sobreponível, estas pacientes eram descritas como “caprichosas, egocêntricas, irresponsáveis e intoxicadas de amor” (Klein, 1972).

A história da associação entre mulheres e loucura foi, no século XIX, dominada pela histeria. A histeria combina duas construções inseparáveis mas distintas: a natureza animal, sexual da doença e a fraqueza moral das mulheres que a

apresentam, o que está de acordo com a visão popular da mulher histérica tanto como vítima como degenerada (Diamond, 1997). Assim, podemos olhar para a histeria como um objecto histórico-médico cujos sintomas ilegíveis derivam em parte da sociedade burguesa do século XIX ou como “um corpo que fala”, que desafia a ordem simbólica do patriarcado e os métodos epistemológicos tradicionais de ver e conhecer (Diamond, 1997). Apesar das diferenças na sintomatologia, a histeria e a perturbação *borderline* da personalidade partilham entre si algumas características: são comumente diagnosticadas em mulheres, ambas incluem um grupo heterogéneo de sintomas, as doentes são descritas como egoístas e incluem comportamentos tidos como femininos, nomeadamente a dependência, a labilidade emocional, a auto-imagem negativa, a culpa e a indecisão (Jimenez, 1997). A construção retórica da mulher na perturbação *borderline* da personalidade é semelhante à forma como era descrita na histeria, “mulher perversa ou hiperfeminina” (Smith-Rosenberg, 1972). Pode-se pensar nas metamorfoses da histeria em diferentes patologias dependente das apresentações dos sintomas de acordo com o contexto social e cultural, novas classificações diagnósticas, mudanças na forma de o sujeito se pensar e agir e transformações da ideia de feminilidade e da construção de género. A perturbação *borderline* da personalidade, como resultado das condições para o desenvolvimento do *self* na modernidade tardia, incorpora também aspectos centrais à construção de género contemporânea, servindo-se de mitos de feminilidade como a passividade e o masoquismo (Becker, 1997).

Se por um lado existe um ideal feminino de mulher passiva, sensível, dependente, estas mesmas características, quando ultrapassam o socialmente aceite são patologizadas e psiquiatrizadas. Existe um contínuo entre a perturbação feminina e a feminilidade normal que prolonga a dicotomia entre homem/activo e mulher/passiva (Bordo, 2004). A instabilidade dos afectos, as relações afectivas precárias e o esforço para evitar o abandono, são características tidas como femininas, contudo, para que sejam fieis ao estereótipo, devem ser idealmente privadas ou ter em vista a aceitação da mulher no espaço interpessoal. Por outro lado, a raiva intensa e a impulsividade são pouco esperadas nas mulheres e as automutilações são consideradas um acto infantil e primitivo realizado por alguém que recusa as responsabilidades e pressões sociais da vida adulta, que é incapaz de agir ou se exprimir de maneira civilizada (Brickman, 2004). As expectativas baseadas no género fazem com que a actividade sexual casual e a raiva sejam mais provavelmente classificadas como doença nas mulheres (Lester, 2013), às quais apenas é permitida a expressão de depressão, desesperança, vergonha e culpa. Ou seja, tanto a mulher

instável e exagerada na expressão da sua afectividade como a mulher impulsiva e agressiva são mulheres doentes.

O paradoxo presente nas condições da construção do *self* da mulher na modernidade tardia reside nas pressões para ser passiva, dependente, submissa e nas pressões em sentido oposto, para ser autónoma e ambiciosa, o que implica a assunção de papéis contraditórios de forma a adaptar-se a uma socialização perturbada. É na expressão deste conflito que pode residir o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade e a agressividade contra si e contra os outros ser uma recusa do papel de mulher e da sua posição nas sociedades patriarcais (Becker, 1997; Wirth-Cauchon, 2001).

Outros autores falam de um “viés de género”, devido às diferenças na apresentação do sofrimento e procura de ajuda, defendendo que as mulheres pedem mais auxílio, desenvolvem mais sintomas que as trazem para o tratamento, nomeadamente tristeza e tentativas de suicídio, enquanto os homens apresentam mais abuso de substâncias, passagem ao acto com implicações legais, sendo frequentemente diagnosticados com perturbação da personalidade anti-social (Paris, 2008). Estas diferenças tanto podem estar relacionadas com aspectos da socialização feminina e masculina, como serem resultado da amostra apresentada, homens e mulheres sinalizados e diagnosticados, e dos contextos, clínico ou forense.

Também, a relação entre perturbação *borderline* da personalidade com abuso sexual na infância, e o facto deste ser mais commumente identificado em mulheres, é uma razão apontada para esta diferença (Becker, 1997). Esta ideia dá por certa a ideia da infância, ligada ao modelo de desenvolvimento infantil por estádios e respectivo “comportamento sexual” adequado. O abuso infantil raramente era reportado antes de 1960, falando-se apenas em crueldade com crianças (Hacking, 1998), o que é visível na primeira definição de *borderline* de Adolph Stern onde há referência à “negligência, brutalidade ou crueldade por parte dos pais”. Não só a percepção social de abuso e de trauma mudou, como diferem as percepções individuais e a valorização do abuso nos sujeitos identificados como homem e mulher, consoante as práticas a que são sujeitos, o significado atribuído e o seu peso na hierarquia sociomoral.

Existem fundamentalmente dois tipos de sujeitos classificados como homens diagnosticados: os homens sensíveis, afectuosos e frágeis, uma porção significativa dos quais declara ser homossexual (Wirth-Cauchon, 2001), e homens considerados agressivos, com consumos de drogas, perversões, frequentemente envolvidos em problemas judiciais. Estamos a falar de homens que são abrangidos no campo clínico

e forense, sendo que os primeiros apresentam comportamentos tidos como femininos e os segundos são considerados homens agressivos cuja personalidade é frequentemente factor agravante em caso de delito criminal. Num artigo de opinião, Daniel Sampaio faz referência ao diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade e refere:

“existem vários tipos (de homens violentos). (...) No terceiro grupo encontramos homens com perturbação da personalidade (em regra *borderline*), com marcada impulsividade, instabilidade nas relações afectivas, ciúme intenso receio e abandono.”¹¹

Esta variação específica da masculinidade não constituiu uma extravagância histórica, figurando inclusivamente nas obrigações demonstrativas da virilidade social. Desse ponto de vista, importa sublinhar que as condutas que são hoje remetidas para o domínio da patologia mental foram, por exemplo, historicamente servidas ou protegidas pela concepção *privilegiada* (e não *qualificada*, como agora acontece) do homicídio adjectivado (não por acaso) como *passional*¹². Assim, em termos gerais, tanto o agenciamento dos conceitos de impulsividade, instabilidade afectiva e ciúme, como a ponderação do seu grau de adequação, proporcionalidade e gratuidade, resultam de práticas discursivas, simbólicas, morais e performativas que são apenas discerníveis a partir de um referencial de normalidade que, como é sabido, constitui um campo de múltiplas batalhas.

Nas notícias sobre o julgamento do “violador de telheiras”, condenado a 22 anos de prisão, destacava-se o facto do arguido ter o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade. No acórdão¹³ do Supremo Tribunal de Justiça, é citada a perícia psicológica efectuada durante o julgamento:

“As carências de ordem afectiva, associadas a sentimentos de falta, insatisfação e vazio, remetem para a existência de problemas ao nível dos limites e da imagem de si, que são apanágio de organizações da personalidade do tipo *borderline*

¹¹ Jornal Público, 27 de Maio de 2012 <https://www.publico.pt/cronicas/jornal/homens-violentos-24566298>

¹² “A construção sexual dos sujeitos (...) entronca com os modelos hegemónicos de masculinidade (dever-ser homem) e feminilidade (dever-ser mulher) a que esses mesmos sujeitos, devidamente vigiados e modelados através de prémios e sanções simbólicas, estão normalmente submetidos e cujas biografias passam pela sua interiorização (mental, existencial), mesmo que venham a desafiá-los de forma mais ou menos deliberada e/ou consciente. As suas implicações sociojurídicas são imensas.” Cf. subcapítulo “Matar” da dissertação de mestrado de Tiago Ribeiro (2014: 99-116).

¹³ Cf. Acórdão de 12 de Julho de 2012, número 456/08.3PTLSB.L1.S1. Disponível em: <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/88554437a3ed875180257ab800331eb6?OpenDocument>

(estado-limite) com características narcísicas. [...] O Arguido apresenta dificuldades relacionais na gestão de conflitos, verificando-se dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, sendo estas estabelecidas sobretudo de forma superficial, devido a eventuais sentimentos de desvalorização e inferioridade, o que leva a projectar a culpa e a hostilidade nos outros que considera responsáveis pelos seus problemas.”

A clínica e o direito, ambos dispositivos de normalização, guiam-se por diferentes práticas e retóricas. A classificação do indivíduo como doente varia no campo clínico ou forense, nomeadamente seguindo conceitos de perigosidade. A meu ver, em nenhum momento da história biográfica em causa se encontram as características nem o percurso de vida tipicamente caótico das pessoas diagnosticadas com a doença. Da leitura da avaliação psicológica realizada, trata-se de um indivíduo com um percurso de vida considerado normativo: estudou até aos 12º ano, entrou na faculdade, concluiu a licenciatura em seis anos, tinha uma relação afectiva estável, assim como trabalhava na mesma empresa há vários anos. Não há registos de impulsividade, instabilidade ou raiva inapropriada. Na prática clínica-forense, a sua biografia é narrada à luz de um indivíduo que cometeu crimes de natureza sexual e a sua personalidade é pensada como uma “tendência” para o crime. A história do sujeito é lida segundo uma orientação epistemológica que faz com que se torne patologicamente significativa¹⁴. Nas notícias da comunicação social foi acrescentado “o arguido terá revelado ainda que foi *voyeur* de casais de namorados por diversas vezes”¹⁵. Ou seja, um comportamento comum como observar pessoas a namorar é enquadrado numa perturbação parafílica, sendo considerado que não apenas observava mas obtinha excitação sexual deste acto, o que reforça a perigosidade do sujeito. *borderline*, *voyeur* e agressor sexual.

A associação de *borderline* com “sexualidade desviante” está presente desde as descrições iniciais, ao ser referida uma organização psicosexual instável e caótica (Hoch et Polatin, 1986), que incluía doentes com “desvio sexual” ou cujo comportamento sexual apesar de inibido implicava fantasias envolvendo “múltiplas tendências perversas” (Kernberg, 1986).

Joana Amaral Dias (2010), no seu livro *Maníacos de Qualidade*, analisou a biografia de João César Monteiro procurando traçar “o retrato psicológico” desta e de

¹⁴ “A economia narrativa é, neste sentido, uma economia explicativa. Isolem-se então os acontecimentos em que se configura esta economia narrativa e explicativa. Estes acontecimentos são limiares existenciais e classificatórios que, uma vez atravessados, tornam visíveis certas regiões de sombra da identidade do sujeito. São princípios de determinação da natureza do sujeito.” (Quintais, 2006: 54- 58)

¹⁵ cf. Violador de Telheiras não ia parar crimes. TVI 24, 2 de Março de 2011, <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/videos/violador-de-telheiras-nao-ia-parar-crimes>

outras “personagens tidas como loucas” e revelar-nos “a dor psíquica destas figuras, bem como o seu respectivo diagnóstico clínico”, segundo a sinopse da editora. Apesar de nem João César Monteiro ser uma personagem, nem a dor psíquica implicar diagnóstico, Joana Amaral Dias refere que lhe teria sido diagnosticado personalidade limite pelo Dr. João dos Santos e vai procurar dados que validem o diagnóstico, através de entrevistas realizadas ao próprio, familiares e amigos. Na análise das entrevistas são valorizados os conflitos familiares, nomeadamente a relação simbiótica com a mãe e o conflito permanente com o pai, e a sexualidade de César Monteiro.

“César Monteiro tinha uma relação difícil com o sexo oposto. Podia enlouquecer por Amor, tanto quanto desprezar. Depois do poder e orgulho decorrentes do sucesso, a relação com as mulheres tornou-se ainda mais turbulenta.”

Ao longo do capítulo dedicado ao realizador, vão sendo sublinhados vários exemplos da sua sexualidade perturbada, nomeadamente na relação com Margarida Gil (“a relação do casal tinha muito de maternal”), nas referências ao “lado *voyeur*” de César Monteiro quando um amigo refere que o encontrou a espreitar a sua esposa a tomar banho, na suspeita de pedofilia (“eu não toco em pequeninas, que horror crianças que horror! Não! Quando já têm o corpinho todo feito, então está bem.”), e no agressor sexual em potência, sendo contado que durante umas filmagens César Monteiro “passa de realizador a violador” e ataca uma actriz indefesa. *Borderline*, voyeur e pedófilo, agressor sexual. Este catálogo de perversões serve para sustentar o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade não deixando de reforçar o estereótipo de “gênio e louco”, tão apetecível na doença mental.

A patologização da sexualidade e do género, quer na mulher instável e impulsiva, quer no homem agressivo e perverso, está presente na categoria *borderline* desde as formulações diagnósticas iniciais à actual, nas suas representações e no seus usos diagnósticos, tanto numa perspectiva clínica como forense.

2.4. A doença da personalidade

A personalidade consiste na totalidade de traços emocionais e comportamentais de um indivíduo que caracterizam o seu viver quotidiano, é a forma habitual como capta o ambiente e a sua própria pessoa. Ou seja, a personalidade é a nossa forma de ser e agir nas várias situações. Todas as personalidades têm traços considerados disfuncionais e desadaptativos num determinado contexto que se tornam adaptativos noutra. A ideia da personalidade e traços disfuncionais como características em si da pessoa oculta a sua construção e identificação a partir de um referencial de normalidade.

Se a definição da personalidade é centrada no indivíduo e remete para uma origem psíquica de si (pessoalidade), Bourdieu (1977) através do conceito de *habitus*, definiu o modo como a sociedade se torna depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, ou capacidades treinadas e propensões estruturadas, para pensar, sentir e agir de modos determinados, remetendo a ideia de si para uma “lei social incorporada”. Ambas, personalidade e *habitus*, dão conta de uma singularidade biográfico-individual. É nesta disputa entre o que é pessoal e o que é social, como se ambos fossem separados, que se localizam as perturbações da personalidade.

Segundo a definição do DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), a perturbação da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo. É inflexível em várias situações, provoca sofrimento e disfunção social, ocupacional e noutras áreas de funcionamento, começa na adolescência ou no início da fase adulta e é estável ao longo do tempo. Pessoas que apresentem um conjunto de traços da personalidade considerados disfuncionais, e que perante determinadas situações vivenciais entrem no campo da psiquiatria, podem ser diagnosticadas com perturbação da personalidade.

Inicialmente, as perturbações da personalidade foram colocadas no eixo II do DSM, deixando em aberto a discussão se eram doença, factor de risco ou factor de agravamento de outras doenças. As críticas ao diagnóstico devem-se quer à sua heterogeneidade quer à defesa que representa variações do normal mais do que um processo de doença, nomeadamente devido à presença de comorbilidades frequentes e à ausência de resposta à farmacoterapia. Apesar de no DSM 5 ter terminado a divisão por eixos, estando as perturbações da personalidade no mesmo plano das restantes perturbações, muitos psiquiatras não olham a perturbação da personalidade

como doença e os/as doentes são frequentemente considerados/as manipuladores/as, difíceis de lidar e pouco cumpridores/as do tratamento (Kendell, 2002). Na base destas dúvidas, estão as próprias críticas ao conceito de doença mental. Segundo o DSM 5, a doença mental é uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que reflecte uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e está frequentemente associada a sofrimento ou incapacidade significativas. Ou seja, na definição de doença mental estão espelhados três critérios de doença: estatístico (a perturbação e disfunção traduzem um desvio da norma), sofrimento e não adaptação (incapacidade social, laboral ou noutras actividades). A ideia de doença depende do referencial de normalidade (o que é comum, desejável, razoável e funcional) a partir da qual se afere.

Nas perturbações mentais, sofrimento e incapacidade estão intimamente relacionados, dependendo essencialmente do conceito de funcionalidade, socialmente construído, variável segundo quem decide qual é a função adequada e os ideais normativos num determinado contexto. A actual definição de doença mental centraliza a disfunção no indivíduo mais do que num contexto social alargado, reflectindo o individualismo e a ideia de *self* ocidental. Esta definição preserva o modelo dominante de díades de tratamento, alinha o diagnóstico psiquiátrico com os restantes diagnósticos médicos e patologiza os conflitos entre o indivíduo e a sociedade (Kingham, 2013).

Na perturbação da personalidade, a variabilidade da doença com as expectativas sociais e culturais está presente nos critérios de diagnóstico, para logo de seguida centralizar a patologia no indivíduo, ao responsabilizá-lo pelo “desvio cultural”, dado o seu padrão rígido e persistente de funcionamento. No uso de adjectivos para qualificar os comportamentos como “desesperados” ou “inapropriados” é implícito o ideal do autocontrolo racional (Gaines, 1992) e o carácter moral como parte integrante da doença (Charland, 2006), com referência às formas adequadas de relacionamento interpessoal, controlo dos afectos e dos impulsos, resposta ao abandono e expressão de raiva. Os sintomas pertencem à forma da pessoa ser e agir, responsabilizando-a pelo seu comportamento e culpabilizando-a quando resiste à mudança, reforçando a sua necessidade de autocontrolo individual. Este depósito de expectativa no autocontrolo individual vai ao encontro do argumento *civilizacional* de Norbert Elias (1996 [1976]), traduzido no aumento da contenção dos impulsos, do pudor e da vergonha, e também na incorporação subjectiva dos

imperativos sociais como método mais eficaz para a optimização biopolítica da sociedade (Foucault, 2008a [2005]).

A perturbação da personalidade sempre foi um diagnóstico discutido, englobando pessoas que de forma persistente apresentam comportamentos desadaptativos num determinado contexto, que sofrem ou provocam sofrimento. Na perturbação da personalidade anti-social, onde está presente a ausência de remorsos e empatia pelo outro, o sofrimento pertence menos à pessoa diagnosticada do que às pessoas que a rodeiam. Previamente pensada como presente em pessoas consideradas perigosas, com conflitos com a justiça e intrinsecamente más, a identificação do "gene da perturbação da personalidade anti-social" já causou a redução de penas e faz repensar a forma como olhamos o diagnóstico. A investigação neurocientífica tem contribuído para a redução da importância do contexto cultural na formulação das perturbações da personalidade e a sua reafirmação como doença individual. Contudo, ao mesmo tempo que tende a colocar no indivíduo a determinação do seu comportamento, tende igualmente a desresponsabilizá-lo, na medida que o seu comportamento não resulta de um juízo de vontade, mas de um apriorismo que pode ser gerido, mas não eliminado.

Por outro lado, existem traços da personalidade que apesar de associados a sofrimento e incapacidade, não são enquadrados numa perturbação mental. O neuroticismo, que implica sentimentos de menos-valia, pessimismo e ansiedade, é frequente em pessoas com perturbações depressivas ou perturbações de ansiedade, sendo um dos factores para o seu surgimento e manutenção. Actualmente, há uma normalização do neuroticismo, sendo considerado o resultado esperado dos padrões de desenvolvimento do *self* e uma resposta adequada às situações vivenciais características da sociedade.

Se pensar a perturbação da personalidade unicamente como um processo individual culpabiliza o indivíduo e desconsidera os dispositivos que fazem com que seja identificado como doente, pelo contrário, pensar a perturbação da personalidade unicamente como resultado dos padrões de sociabilidade na adaptação funcional do indivíduo é sujeitá-lo a uma soberania do social, pressupondo o conflito (tensão, desadequação, incongruência) como intrinsecamente mau e perseguindo o ideal do indivíduo adaptado e funcional.¹⁶

A defesa da especificidade da perturbação *borderline* da personalidade dentro das perturbações da personalidade deve-se ao facto de estar associada a alterações

¹⁶ Cf. E. Durkheim (2005 [1897])

neurobiológicas, à sua aproximação à doença afectiva bipolar e à resposta a psicoterapias específicas. O começo da doença na adolescência ou na fase inicial da idade adulta não a distingue da maioria das perturbações mentais, outras doenças existem que invadem a personalidade prévia do/a doente (por exemplo, esquizofrenia) e, por outro lado, a resposta ao tratamento contraria o carácter permanente que lhe é atribuído. Talvez no futuro assistamos a uma mudança do diagnóstico para perturbação *borderline*, deixando de derivar directamente da personalidade, o que diminuiria a responsabilidade individual, a culpa da doença e a sua imutabilidade. Por outro lado, se esta mudança traduzisse o resultado do maior peso da biomedicina e das neurociências, contribuiria para a diminuição da agencialidade do/a doente, tornando-se uma “inevitabilidade” orgânica. Novas e Rose (2000) defendem a individualidade somática como associada a uma nova forma de agencialidade, na qual o indivíduo não é retirado da equação, mas mantém o controlo de si na gestão de riscos e mudança de comportamentos. Na prática clínica actual, as características orgânicas ainda adquirem um carácter de destino (quase) inexorável em que a sua modificação passa por um tratamento também ele biomédico (por exemplo, farmacoterapia, electroconvulsivoterapia ou estimulação cerebral profunda).

Na categoria de perturbação da personalidade assistimos à desvalorização do social e à centralização da doença no indivíduo, desconsiderando as origens sociais do sofrimento humano e as tecnologias de produção do diagnóstico. A doença é responsabilidade da pessoa que assim deve aumentar o governo de si de forma a se aperfeiçoar e adaptar. Se a investigação neurocientífica retira culpa e reforça a legitimidade da perturbação da personalidade como doença, por outro lado mantém a centralidade no indivíduo e diminui a sua capacidade de mudança.

3. A tecnologia do diagnóstico

3.1. Viver no Limite

A perturbação *borderline* da personalidade, ou perturbação da personalidade estado-limite, é, desde o seu início definida como uma perturbação de fronteira, que se encontra no limite entre a psicose e a neurose, a loucura e a sanidade, o feminino e o masculino, a vida e a morte. Inicialmente o diagnóstico era atribuído a um grupo de doentes “indagnosticáveis”, que não se enquadravam de forma clara noutras classificações, e a doentes percebidos como agressivos/as e autores/as de delitos criminais mas sem o diagnóstico de psicose. As descrições eram heterogéneas quer na sua apresentação quer no diagnóstico efectuado, incluindo várias classificações para apresentações semelhantes. Foi apenas a partir dos anos 70 que o diagnóstico se uniformizou e o seu uso passou a englobar um grupo de doentes com características idênticas. Tendo entrado pela primeira vez no DSM em 1980, quatro anos depois, era a perturbação da personalidade mais prevalente (Gunderson e Zanarini, 1987). O diagnóstico surge hoje de forma bastante reprodutível na prática clínica, tem uma prevalência de 0,2% a 1,8% na população geral, sendo que a maioria dos estudos são realizados na América do Norte. São doentes com um uso frequente dos serviços de psiquiatria, representando 8 a 11% dos/as doentes acompanhados/as em ambulatório e 14 a 20% dos/as doentes internados, nomeadamente em contexto de tentativas de suicídio, numa taxa de suicídio consumado de 10% (Bateman e Fonagy, 2004).

Apesar de ter surgido com uma formulação psicodinâmica, a etiologia da doença tem, nas últimas décadas, ganho um importante aporte neurobiológico (Leichsenring *et al.*, 2011), acompanhando o curso da psiquiatria neste sentido. Contudo, tem mantido critérios diagnósticos relativamente estáveis desde a sua entrada no DSM 3. Na última edição do DSM (2013)¹⁷, a perturbação *borderline* da personalidade é definida pela presença de pelo menos cinco dos seguintes critérios diagnósticos:

¹⁷ Apresento os critérios do DSM dado que é o manual usado no programa em análise. Na CID-10 a categoria diagnóstica perturbação da personalidade emocionalmente instável (F60.3) divide-se nos tipos impulsivo e *borderline*, cuja descrição é idêntica à da perturbação *borderline* da personalidade na DSM.

1. Esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginado;
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade com instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo;
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (por exemplo, gastos, sexo, abuso de substâncias, condução irresponsável, compulsões alimentares);
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças de suicídio ou automutilações;
6. Instabilidade afectiva devida a uma acentuada reactividade de humor;
7. Sentimentos crónicos de vazio;
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la;
9. Ideação paranóide transitória associada a <i>stress</i> ou sintomas dissociativos intensos.

As tentativas de suicídio e os comportamentos autodestrutivos são hoje os comportamentos mais significativos na identificação da doença. São comuns os percursos de vida convencionados como caóticos desde a adolescência, remetendo para uma trajectória que se afigura como descontínua (nos projectos e comportamentos), tanto aos olhos do/a psiquiatra como das pessoas que rodeiam a pessoa doente, com automutilações frequentes, acompanhamento em consulta de psiquiatria e psicologia, tratamentos com múltiplos fármacos, psicoterapias e internamentos, em doentes que são incapazes de manter uma ocupação estável ou relações duradouras, que vivem num agir permanente e em que os sentimentos negativos não são tolerados. As tentativas de suicídio são recorrentes, resultado de um desapego da vida em que é ténue a separação entre a vontade de viver e o impulso de morrer. Os comportamentos autodestrutivos, visíveis na pele, têm subjacentes, do ponto de vista da psiquiatria, dilemas internos, nomeadamente a cisão do eu, identificada também nos sentimentos de vazio, sintomas dissociativos,

auto-percepções e comportamentos contraditórios. A incapacidade de ter uma identidade estável e uma é espelhada num corpo em crise, onde surgem marcas irreversíveis e relaciona-se com os sentimentos de abandono, relacionamentos instáveis, alternando entre a idealização e a desvalorização, comportamentos de dependência e rejeição.

No centro hospitalar São João existe um programa estruturado de diagnóstico e tratamento de doentes com perturbação *borderline* da personalidade. Os/as doentes são orientados/as para o programa essencialmente a partir de consultas de psiquiatria geral, mas também do serviço de urgência ou do internamento de psiquiatria. Inicialmente são submetidos a uma avaliação que engloba entrevista clínica e avaliação psicométrica. A entrevista clínica, realizada por duas psiquiatras em simultâneo, baseia-se num guião genérico pré-estabelecido que envolve um conjunto de itens que visam uma reconstituição narrativa de conteúdos biográficos do paciente, à luz daquilo que pode antecipar-se como psicicamente relevante: o início da doença, antecedentes psiquiátricos, história da doença actual, avaliando-se as emoções, pensamentos e comportamentos, bem como, o padrão de relações interpessoais ao longo do tempo. A avaliação psicométrica é efectuada num momento diferente pela psicóloga do programa, através da realização da SCID II (entrevista clínica estruturada para o DSM IV - Eixo II) (Pinto-Gouveia *et al.*, 20011). Esta avaliação inicial pretende confirmar ou excluir o diagnóstico e ponderar o benefício de o/a doente ser incluído/a no programa. A equipa terapêutica reúne semanalmente para decidir da inclusão de novos/as doentes e discutir o acompanhamento dos/as doentes já incluídos. A decisão de inclusão é posteriormente comunicada ao/à doente e ao médico que o/a encaminhou.

O programa consiste num tratamento estruturado com vários níveis de intervenção (IV-hospitalar, III-residencial e internamento parcial, II-tratamento ambulatorio intensivo e I-tratamento ambulatorio), e é centrado num tratamento psicoterapêutico que explicita os seguintes objectivos “tratar estados subjectivos de ansiedade, tristeza e irritabilidade, contribuir para o reconhecimento e regulação de emoções, modificar comportamentos autodestrutivos e melhorar as relações interpessoais, promovendo a autonomia dos/as doentes”. O nível de inclusão depende da sintomatologia do/a paciente.

Nível		Duração
IV Hospital	Intervenção em crise, no internamento, visando estabilizar o/a doente, estabelecer um contrato terapêutico e definir a continuidade do tratamento após a alta.	2 a 14 dias
III Residência	Psicoterapia individual semanal e psicoterapia de grupo três vezes por semana.	3 meses
II Ambulatório Intensivo	Acompanhamento semanal ou quinzenal em psicoterapia individual e semanalmente em psicoterapia de grupo.	18 meses
I Ambulatório	Consolidação das mudanças no funcionamento interpessoal e intrapsíquico.	1 ou mais anos

Pertence ainda ao programa um grupo para familiares de doentes com perturbação *borderline* da personalidade. O programa baseia-se num modelo de doença segundo o qual a perturbação *borderline* da personalidade resulta da dificuldade em regular as emoções e difusão da identidade, sendo crucial para a estabilização clínica da pessoa diagnosticada como doente uma intervenção psicoterapêutica estruturada, com limites bem definidos, aplicada por uma equipa terapêutica coesa.

Apresento de seguida um exemplo etnográfico da avaliação de uma doente proposta para o programa que é exemplificativo de como é construída a perturbação *borderline* da personalidade na prática psiquiátrica, identificando os discursos e performances que são lidos como pertencendo ao diagnóstico.

Avaliação (13 de Abril de 2016)

Carla tem 22 anos, é estudante de Psicologia. Vive com a avó, a mãe e o irmão mais novo. Foi proposta para o programa a partir do internamento e esta avaliação acontece duas semanas depois da alta. Carla comparece à avaliação à hora agendada, vestida de forma desportiva, apresenta cabelo curto e aspecto emagrecido. Na sala estou eu, a Dra. Ana e a Carla. Pergunto a Carla se lhe foi explicado a que se deve esta avaliação e explico o seu objectivo.

Inicialmente, Carla está com os braços cruzados e uma postura tensa, desvia o olhar e dá respostas curtas às questões efectuadas. Pergunto-lhe se nasceu no Porto e com quem viveu nos primeiros tempos de vida. Carla conta que os pais se separaram pouco depois do seu nascimento. O pai emigrou para os Estados Unidos e tiveram pouco contacto durante a sua infância. Aos 10 anos, a mãe casou novamente e teve outro filho: “o meu padrasto é como meu pai, sempre nos demos bem e com o meu irmão também”. Contudo, refere que frequentemente tem conflitos com a mãe: “estamos sempre a discutir, ela nunca me entendeu” e, também por isso, aos 12 anos teve primeira consulta de psicologia: “era muito tímida, não tinha amigos, mas acabei por andar pouco tempo nas consultas”.

Devido a estas discussões, aos 14 anos Carla emigrou para os Estados Unidos para viver com o pai, a madrasta e dois meios-irmãos. Durante esse tempo: “sentia-me sozinha, isolada, não conhecia ninguém, tinha deixado os meus amigos para trás e nada corria como tinha planeado. Não gostava da escola e em casa sentia-me a mais”. Nesta data inicia automutilações: “para exorcizar o mal que estava dentro de mim”. Na primeira automutilação estava sozinha em casa, pegou numa faca da cozinha, levou-a para o quarto e cortou-se na face anterior da coxa: “doeu-me, mas senti-me aliviada ao ver o sangue a sair”. Depois: “se me chateava, se discutia com alguém, cortava-me, sempre em sítios que as pessoas não viam, até que o meu pai descobriu. Ele reagiu muito mal e acharam melhor eu regressar a Portugal.”.

Tinha 15 anos quando regressou a Portugal e foi pela primeira vez observada em consulta de psiquiatria e medicada: “andava triste, deprimida, com a medicação melhorei mas passado pouco tempo voltei a ficar pior”. Desde essa data já foi diagnosticada com: “bipolaridade, depressão, *borderline*...”. Quando questionada sobre qual acha que é o seu problema a doente refere: “eu sempre fui radical, muito diferente das outras pessoas, melancólica, o suicídio está sempre na minha cabeça”.

Aos 18 anos faleceu o avô de Carla e nessa data foi viver com a avó materna: “para lhe fazer companhia e porque a minha mãe e eu discutíamos muito”.

Entrou na faculdade, no curso que queria: “no início gostei mas rapidamente comecei a ter dúvidas se era mesmo aquilo, sentia que era diferente de toda a gente”. Aos 20 anos, “estava em casa, sozinha, triste e decidi fazer uma coisa radical, talvez para tirar a fealdade de dentro de mim e a pôr cá fora. Peguei numa lâmina e rapei o cabelo todo”. Ainda nesse ano fez a primeira tentativa de suicídio: “estava sozinha em casa e tomei 40 comprimidos da minha medicação, depois arrependi-me logo e liguei a um amigo. Hoje sei que precisava de atenção, foi a minha forma de pedir ajuda”. Posteriormente a mãe insistiu para que voltasse a viver consigo: “ela fica preocupada durante um mês e depois já acha que está tudo bem, fui para casa mas não me sentia bem lá.” Voltou a viver com a avó e retomou o 2º ano de faculdade, “mas não conseguia sair de casa, passava os dias deitada, discuti com os meus amigos todos, só saía para ir ao psiquiatra”. Emociona-se enquanto vai contando a sua história e refere, zangada consigo: “eu não costumo chorar, é a única coisa que consigo controlar”.

Aos 21 anos, a família mudou de cidade e Carla foi viver com a mãe, o irmão e a avó. Refere que a mãe a inscreveu novamente na faculdade, num novo curso, “já está tudo a correr mal outra vez, estou cansada, cansada de tentar e não conseguir”. Pouco tempo depois de retomar faculdade, fez nova tentativa de suicídio, por intoxicação medicamentosa, que precipitou o primeiro internamento. Ao final de 20 dias de internamento teve alta “saí bem mas já comecei a ficar como antes, sem expectativas para nada, sem esperança, não tenho vontade de ir ao curso, nem sei se quero esse curso, nada vale a pena... a ideia de morrer está sempre presente, posso até sair daqui e atirar-me para a frente de um carro”.

No fim da entrevista, eu e a Dra. Ana comentámos que a situação era muito “típica” de perturbação *borderline* da personalidade. A doente foi posteriormente avaliada em consulta de psicologia para aplicação da escala SCID-II cujo resultado foi de acordo com o diagnóstico. Posteriormente, na reunião semanal da equipa, decidiu-se a sua integração no programa sob psicoterapia semanal. Foi agendada nova entrevista com a doente que aceitou o tratamento proposto.

A doente traz-nos uma “história tipo” de doentes com diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade: mulher, jovem, duas tentativas de suicídio, percurso de vida lido como sendo pautado por instabilidade, comportamentos autodestrutivos e acompanhamento em psiquiatria. A pessoa em avaliação está a ser observada na clínica psiquiátrica, foi orientada para o programa de intervenção em perturbação *borderline* da personalidade, sabe que está a ser avaliada para o diagnóstico e as psiquiatras que a avaliam procuram confirmá-lo ou excluí-lo. Ou seja, a história biográfica é construída à luz da doença e nesta narrativa vão sendo identificados comportamentos que validam o diagnóstico.

Quer por economia de tempo, quer por economia narrativa, existem muitos aspectos que ficam por explorar: o que são para a doente conflitos com a mãe, motivos porque discutiu com os amigos, o que significa para ela fealdade (ideal estético, sentimentos de inadequação, se surge na relação com o outro ou na relação consigo), porque motivos se desiludiu com o curso, quais as expectativas ou objectivos.

Na narrativa patologicamente orientada são identificados a presença de comportamentos autodestrutivos, difusão da identidade, sentimentos de vazio, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e instabilidade quer dos afectos, quer da vontade. Os comportamentos autodestrutivos estão presentes desde a adolescência com duas tentativas de suicídio. A relação com o corpo e o corte como alívio é lida na forma como a doente descreve a primeira automutilação. O corte

permite “exorcizar o mal” e sentir “alívio ao ver o sangue”, trazendo consigo o poder de objectivar o sofrimento, torná-lo concreto e assim mais controlável, diminuindo-o. Se num primeiro momento o corte é oculto, posteriormente ele torna-se visível, comunicando um sofrimento que parecia pessoal e intransmissível. Também, o corte de cabelo pode ser lido como uma forma de concretizar a fealdade que sente, o que permite a exteriorização do sentimento de si e abre campo a leitura do outro.

O humor da doente varia rapidamente e por vezes sem acontecimentos precipitantes, nomeadamente quando após a alta do internamento refere “saí bem mas voltei a ficar como antes”. As decisões são súbitas e agidas, mesmo quando implicam a sua própria vida. Apesar de referir dificuldade em estabelecer relações de amizade, a doente fala de amigos de que se afastou quer por mudança de país, isolamento ou conflitos que associa a sintomas da doença. Mantém um relacionamento ambivalente com a mãe, descrevendo com desdém a sua preocupação em momentos de crise. A instabilidade é lida também nas mudanças de casa, interrupções e mudanças de curso.

A doença associada ao descontrolo e à incapacidade de impedir as lágrimas incomodam a doente, como se fosse o último reduto em que podia decidir sobre si, impedir-se de sentir ou mostrar emoções. Os sentimentos de inadequação, desistência, desesperança e sofrimento, contrastam com a referência a sentimentos de diferença e radicalidade, aparentemente vivenciados de forma positiva.

Como é frequente nas pessoas diagnosticadas, o acompanhamento em psiquiatria teve início na adolescência e já lhe foram atribuídos vários diagnósticos até ao actual. Apesar dos tratamentos psicoterapêuticos, psicofarmacológicos e um internamento, Carla continua doente, mais doente, o que nos leva a questionar se é o tratamento que tem falhado, a doente que resiste ou se o problema é outro. A desesperança da doente e o descrédito que atribui ao tratamento contrasta com a sua ida às consultas, mesmo quando é o único momento em que sai de casa, e o comparecimento à avaliação. No final, a doente termina a avaliação com uma possibilidade “posso sair daqui e atirar-me para a frente de um carro”, que é uma afirmação de poder e de autoria que alimenta o diagnóstico, reforça a sua identidade de doente e é lida como um pedido de tratamento.

Pela avaliação aqui apresentada, é possível confirmar que avaliação resulta de uma história orientada para o diagnóstico que modula a realidade segundo uma

narrativa de doença¹⁸. Assim, a história da doente é feita à medida da história da doença, tanto pela doente como pelas psiquiatras. Claro que nem todas as pessoas avaliadas são diagnosticadas, necessitam de ser identificados determinados elementos narrativos para se pode contar uma boa história (de doença). Na história contada por Carla, não há alternativa se não diagnosticar a doente. Por outro lado, também é esta narrativa que permite integrar a sua história de forma coerente e devolver-lhe uma ideia de si. A identificação da doença permite reconhecer e validar como real o sofrimento e é através da categoria perturbação *borderline* que a pessoa diagnosticada é construída e se constrói.

4. A fragmentação da identidade na modernidade tardia

4.1. *Self* e identidade

Identidade e *self* são conceitos cujas definições estão longe de ser unívocas e frequentemente são usados como sinónimos. Sem pretender fazer uma revisão exaustiva sobre o tema, vou de forma abreviada abordar os dois conceitos, cuja acentuada variabilidade de significado (em função da matriz cultural ou do referencial teórico em que são accionados) obriga a especial cuidado analítico. Em termos esquemáticos, o *self* é frequentemente abordado a partir de três constelações intelectuais distintas – de inspiração transcendental, hermenêutica e fenomenológica – das quais as múltiplas aproximações existentes constituem derivações ou desdobramentos (Zahavi, 2005).

A abordagem transcendental entende o *self* como uma entidade pura, uma essência, sendo o pressuposto para o conhecimento. Cada experiência é sempre vivida através de um sujeito previamente existente, que é a condição de possibilidade para a experiência coerente. O *self* é o sujeito da experiência mais do que o objecto da experiência. É uma proposição, formal e abstracta, dado que se pode inferir que existe mas não pode ser experienciado (Zahavi, 2005). Kant foi o principal fundador desta abordagem que tem a sua origem em Platão e Aristóteles, e que foi dominante no mundo ocidental.

¹⁸ A história do sujeito traduz-se numa totalidade patologicamente significativa, numa narrativa sintomática que nos é apresentada numa sucessão ou linearidade de eventos que reclamam uma interpretação nosológica.” (Quintais, 2006: 54-55)

O *self* enquanto construção surge na abordagem hermenêutica, que o formula enquanto invenção narrativa e sociolinguística. O *self que* constitui o que nos define e o que apresentamos aos outros para reconhecimento e aprovação (Dennett, 1992), não é um objecto fixo e imutável mas é algo em evolução, construção aberta e em constante revisão (Zahavi, 2005). O *self*, tanto na teoria psicanalítica como nas teorias pós-estruturalistas, é filiável na abordagem hermenêutica, na ideia de *self* construído e em construção. Na teoria psicanalítica, um *self* saudável e coeso é o resultado do desenvolvimento normal que força um sentimento subjectivo de igualdade, estabilidade e permanência. O *self*, nas teorias pós-estruturalistas, é construído através de técnicas, práticas, máquinas, mais centrado naquilo que a linguagem faz do que naquilo que a linguagem significa. A linguagem é entendida no seu aspecto material, integrada num número de tecnologia que fazem os seres humanos capazes de ser e fazer coisas particulares, em que as notações e inscrições são amplificadas e maquinadas através das suas conexões com artefactos e técnicas corporais (Rose, 1997). Foucault desenvolveu uma visão do *self* relacional, constituído sob o poder sobre ele exercido, moldado e dirigido por reacções culturais e sociopolíticas (discursivas ou não discursivas) (Seigel, 2005). O *self* de Erving Goffman (1959) está mais próximo do conceito de *self* social onde as pessoas funcionam como actores que performam para diferentes audiências, assumindo várias identidades, sendo o *self* uma consequência mais do que uma causa da performance. Partindo de Erving Goffman, Judith Butler (2011) defende que o *self* é constituído através da performatividade, a qual não é um acto singular mas uma prática reiterada e situacional, que resulta do poder repetitivo do discurso para regular e produzir. Assim, a própria linguagem é produtiva, performativa e constitutiva do *self*.

Na perspectiva fenomenológica, o *self* deixa de ser abstracto e puro, não é uma pré-condição transcendental, nem uma construção social, é parte da nossa vida consciente, parte da consciência das experiências na primeira pessoa (Zahavi, 2005). O ego deve ser distinto da experiência mas não existe sem ela. Os fundamentos da psicopatologia usada na prática clínica derivam em grande parte da fenomenologia de Karl Jaspers, que definiu as características do *self* (eu) em: actividade (eu sou um agente que inicia e executa os meus pensamentos e acções), consciência da unidade (sou uma pessoa una), identidade (continuidade, sou a mesma pessoa ao longo do tempo) e demarcação do mundo (sou distinto dos outros, existe uma fronteira entre o eu e o não eu). A identidade é a parte do *self* associada à continuidade do eu e define o que nos torna iguais a nós próprios.

Nas últimas décadas, o conceito de identidade tem-se aproximado mais do seu uso enquanto identidade-social, semelhante aos papéis sociais, muito baseada na definição de identidade de Erik Erikson (1980). Para Paul Ricoeur (1990), a identidade é dividida em dois aspectos: o que nos torna iguais a nós próprios, identidade como singularidade (*idem-identidade*), e o que é reconhecido pelos outros, uma série de qualidades que nos identificam como pertencendo a um tipo ou classes de indivíduos, a identidade na relação com o outro (*ipse-identidade*). A identidade expressa tanto uma igualdade consigo, semelhança e continuidade no tempo, como uma partilha persistente de algumas características essenciais com outros e o seu reconhecimento (Erikson, 1980). Para Erik Erikson (1980), a identidade não é estática, desenvolve-se ao longo de crises psicossociais, consistindo nos traços e características, relações sociais, papéis e pertença a grupos sociais que, no seu conjunto, definem quem a pessoa é. Estas relações, papéis e pertenças funcionam no interior de configurações e referências sociais mais amplas que alimentam e conferem sentido às práticas de identificação. A nacionalidade, a cultura, a sexualidade, a religião, a dieta, os estilos de vida e o corpo (Novas e Rose, 2000) são exemplos contemporâneos desse processo identificatório, revelando também o quanto a identificação constitui o outro lado – dialéctico – da dominação.

O uso de *self* ou identidade difere também consoante o modelo psicoterapêutico utilizado, sendo *self* o conceito de eleição na psicanálise e identidade o conceito usado na terapia cognitivo-comportamental. Curiosamente, as neurociências ao procurarem encontrar de novo a ideia de um eu uno e profundo, revitalizaram a ideia de *self*.

Ao longo desta dissertação, procuro usar um conceito de *self* simultaneamente fenomenológico e construído, do qual deriva a identidade, a parte do *self* associada à continuidade do eu através dos tempos, que nos torna iguais a nós próprios e que nos permite assumir diferentes papéis sociais. Contudo, vou respeitar o uso destes conceitos pelos diferentes autores citados e, não raras vezes, os conceitos sobrepõem-se. As categorias de *self* e identidade são meras representações, formas de intelectualizar os sujeitos e a acção, e o seu uso permite uma aproximação aos modos de subjectificação na prática psiquiátrica. Na definição de perturbação *borderline* da personalidade existem aspectos que remetem para a identidade (por exemplo, impulsividade, padrão de relacionamentos e autoimagem) e aspectos que remetem directamente para o *self* (por exemplo, sentimentos de vazio). A concepção do *self* como entidade una e coerente, ainda que construída e desenvolvida ao longo do desenvolvimento psicossocial, perdeu-se na pós-

modernidade, o que tanto pode traduzir mudanças no ser como mudanças de ver o objecto. A hipótese da morte do *self* enquanto tal resulta do carácter fragmentário e pluripotencial que a ideia *de self* adquiriu.

4.2. A morte do *self*

A concepção do *self* como uno e coerente tem uma origem histórica e a publicação “*Essay Concerning Human Understanding*” de John Locke, em 1690, é referida como um dos primeiros momentos em que ocorre a identificação do *self* com um estado permanente, único no indivíduo e estável ao longo da vida (*in* Webel, 1983). Em meados do século XIX, com o crescimento de uma sociedade de mercado baseada na propriedade e nas teorias da lei natural, desenvolveu-se o conceito contemporâneo ocidental de pessoa como uma esfera de pensamento, emoção e vontade delimitados, o local da consciência e racionalidade, cuja autoria dos seus actos e responsabilidade pessoal se traduzem numa biografia una (Rose, 1999).

O mito do *self* na sociedade dita ocidental reflecte a valorização do individualismo e auto-suficiência (Dennett, 1992) e tem como reverso a patologização do *self* múltiplo ou dividido, na forma de doenças mentais como esquizofrenia, perturbação da personalidade múltipla ou perturbação *borderline* da personalidade. Noutros contextos geoculturais, a experiência de múltiplos *selves* é comum (Geertz, 1984), está presente também na possessão espiritual e em estados modificados da consciência (Schepper- Hughes e Lock, 1987).

Contudo, se existia uma ideia de *self* uno e estável, a abordagem pós-estruturalista observa-o vincando o seu carácter fragmentado e situacional, sendo a identidade contextualizada, dinâmica, multidimensional e negociada. O *self* moderno, sólido e estável, tornou-se fluído (Gottschalk, 2000). Uma das interrogações que se levanta é se o *self* fragmentado reflecte um novo modelo de *self*, não patológico mas multipotencial, ou se resulta de um desenvolvimento perturbado do *self*, doente e incapaz. A resposta será sempre resultado das categorias com as quais se analisar. A procura de ser tudo em potência embate na procura da unicidade, e um *self* fragmentado é hoje causa de sofrimento e incapacidade. Nas razões apontadas para a fragmentação do *self* está a instabilidade quer dos laços afectivos quer laborais e o evitamento da fixação e do compromisso, numa apoteose do temporário (Lipovetsky,

1989) onde nada é permanente ou estável, colocando em causa a confiança na auto-integridade pessoal (Laing, 1990).

Na ausência de um termo melhor, continuamos a falar em pós-modernidade, tanto como transição societal (na organização da vida social), como transição epistemológica (nos modos de conhecer e interpretar as velhas e as novas formas de organização da vida social), cuja análise tem sempre um carácter incompleto e não pode ser mais do que um processo em curso (Bauman, 1989). A pós-modernidade marca uma mudança cultural e social, com a centralização no individualismo, independência, a primazia do aqui e do agora e a desagregação das estruturas tradicionais de socialização e normalização. Autores como Anthony Giddens (2002 [1991]) e Zygmunt Bauman (2000) defendem a continuidade entre a modernidade e a pós-modernidade, e ambos usaram outros conceitos para definir as características associadas ao período de tempo após a Segunda Guerra Mundial: *modernidade tardia* e *modernidade líquida*, respectivamente. A pós-modernidade deu lugar aos desejos subjectivos, à realização individual e ao amor-próprio e as grandes estruturas e ideologias perderam a autoridade. O âmbito social não é mais do que o prolongamento do privado, onde prevalece o consumo de massas e os valores que este veicula. Instala-se a era do vazio (Lipovetsky e Charles, 2004). Se o mal-estar da modernidade vinha de uma segurança que tolerava uma liberdade pequena demais na procura de felicidade individual, o mal-estar da pós-modernidade provém de uma liberdade na procura de prazer associada a uma segurança individual escassa (Bauman, 1997). Para Zygmunt Bauman (2000), a *modernidade líquida* descreve a condição de constante mobilidade e mudança nos relacionamentos, identidades e economia, versão individualizada e privatizada da sociedade, na qual a ocorre a volatilidade da identidade.

Na pós-modernidade, a identidade deixa de ser recebida automaticamente através dos rituais que ligam as pessoas e os corpos à reprodução de posições sociais socialmente estabelecidas. A identidade torna-se uma escolha (Lyotard, 1988), formada reflexivamente através de auto-narrativas que têm no seu centro a preocupação com o corpo (Giddens, 2002 [1991]). Mircea Eliade (1959) referiu que a realidade e a identidade são estabelecidas na participação e repetição de paradigmas mitológicos, através dos quais aprendemos a nossa identidade e trazemos valor ao mundo. O fim das grandes narrativas, o declínio da tradição, o desaparecimento de mitos sagrados e ritos na nossa cultura, levam à erosão da identidade. Se por um lado, a redução da tradição aumenta a liberdade do sujeito, por outro aumenta a incerteza, a perda de sentido e os sentimentos de vulnerabilidade emocional (Furedi,

2004). A pessoa experimenta impotência em relação ao universo social amplo e alheio, em que, paradoxalmente ao aumento potencial da escolha, as forças que controlam o sujeito são muito mais externas, disseminadas e invisíveis, estão menos sujeitas ao controlo do próprio (Giddens, 2002 [1991]). A promoção da autonomia produz fenómenos tão opostos como o autocontrolo e a abulia, o superempenho prometido e a total falta de vontade, de um lado mais responsabilidade, do outro a total ausência de regras. A essência do individualismo é o paradoxo (Lipovetsky e Charles, 2004). As necessidades individuais de autonomia pessoal e autodefinição são traduzidas na necessidade de possuir e consumir bens oferecidos pelo mercado de modo a investir no eu. A possibilidade de ser tudo em potência, a obrigação de alcançar a vida autêntica e a perfeição pessoal, trazem consigo sentimentos de inadequação e insatisfação que induzem o consumo (Bauman, 1989) e que geram nova insatisfação.

Anthony Giddens (2002 [1991]) resumiu os dilemas do *self* na modernidade tardia em quatro: 1) unificação versus fragmentação, devido à necessidade de protecção e reconstrução da narrativa da auto-identidade diante das intensas e extensas mudanças que a modernização provoca; 2) impotência versus apropriação, pois quanto mais extensos se tornam os sistemas sociais, mais o indivíduo se torna privado da sua autonomia; 3) autoridade versus incerteza dado que não há autoridades definitivas, oscilando-se entre uma submissão à autoridade e a dúvida universal; 4) experiência personalizada versus mercantilista, a auto-realização torna-se empacotada e distribuída segundo critérios do mercado. O *self* tornou-se frágil, quebradiço, fracturado, fragmentado e, no entanto, ocorre um processo inverso na procura da ressurreição do *self* uno e indivisível através da auto-análise e do controlo de si. O *self* fragmentado é um *self* doente, cuja unidade deve ser restaurada pela terapia (Rose, 1999).

Tendo em conta esta reflexão, realço a multiplicação das psicoterapias no campo clínico. Hoje, existem hoje mais de 250 psicoterapias que podem ser agrupadas em três modelos, segundo os seus objectivos: terapias de suporte (por exemplo, relaxamento, catarse emocional), reeducativas (por exemplo, terapia cognitiva, comportamental e familiar) e reconstrutivas (por exemplo, psicanálise, psicodrama, análise existencial) (Corsini, 1981). Apesar da multiplicidade de terapias, todas têm em comum o facto de colocarem o indivíduo no centro do tratamento, tendo em vista o equilíbrio, funcionalidade, readaptação e, nas terapias reconstrutivas, a consciência dos conflitos internos e o desenvolvimento de si. As psicoterapias fazem parte do projecto reflexivo do eu na modernidade tardia (Giddens, 2002 [1991]),

encorajam a auto-monitorização (Furedi, 2004) e reflectem a importância autocontrolo e aperfeiçoamento, tendo em vista a fabricação do *self* autónomo, através do confronto reflexivo entre o sujeito, peritos e tecnologias.

Seguindo o pensamento de Foucault (1988) sobre as tecnologias¹⁹ do *self*, Nicolas Rose (1999) fala dos regimes do *self*, conjunto de disciplinas e práticas psicológicas através das quais as normas de individualidade são especificadas e governadas para o desenvolvimento, avaliação, aperfeiçoamento e controlo do *self* e que perpetuam o *self* como ideal realizador para alcançar a auto-realização e auto-estima. As terapias pertencem às tecnologias de produção e regulação do indivíduo que é “livre de escolher”, segundo as quais as características da pessoa devem ser realizadas segundo decisões, justificadas em termos de motivos, necessidades e aspirações, através da procura única mas universal de significado e satisfação. Para Rose (2003), o processo de subjectificação não deriva unicamente de outras formas sociais ou culturais, tem a sua própria escrita, segundo tecnologias de produção particulares. A “linguagem psi” é manifesta num conjunto de práticas particulares (confessar, diagnosticar, classificar, tratar) e não é exclusiva do gabinete do/a psiquiatra ou psicólogo/a, mas localizada em sítios e procedimentos particulares (escolas, tribunais, serviços sociais, trabalho), conjunto de máquinas que fabricam e mantêm o lugar do *self* psicológico. As técnicas psicoterapêuticas incluem a auscultação (autoinspecção, autodescrição, confissão), compromisso, descrição e interpretação, tendo em vista avaliar, revelar e reunificar o *self* (Rose, 1997).

Continuamos a viver sob a égide do *self* uno e mesmo a dispersão em múltiplos papéis e experiências deve ser traçada segundo uma biografia coerente. A impossibilidade de ter uma biografia singular é permanentemente reparada e reescrita sob um processo terapêutico. Moses Herzog, personagem do livro *Herzog* de Saul Bellow (2014), refere que “Uma consequência curiosa do aumento de consciência histórica é que a pessoas acreditam que toda a explicação é uma necessidade de sobrevivência. Toda a gente tem de explicar a sua condição. E se uma vida sem explicações não merece ser vivida, a explicada também é insuportável”.

¹⁹ Segundo Foucault (1988) “as tecnologias são conhecimentos, instrumentos, pessoas, edifícios e espaços, guiados por conhecimentos e objectivos, que permitem aos indivíduos efectuar um número de operações nos seus corpos, almas, pensamentos, comportamentos e formas de ser, de modo a transformarem-se e atingir um estado de felicidade, pureza, humildade, perfeição e imortalidade”

4.3. Identidade em situação

No âmago do diagnóstico perturbação *borderline* da personalidade está a fragmentação do *self*. Na formulação psicodinâmica, a ausência de um *self* unido resulta da incapacidade de integrar os aspectos bons e maus do *self* e da persistência da clivagem como mecanismo de defesa. Mais recentemente, a teoria baseada na mentalização (Bateman e Fonagy, 2004), partindo da teoria do falso *self* de Winnicott, refere a existência de um *alien self* na perturbação *borderline* da personalidade. Para o desenvolvimento normal da criança, o cuidador deve reflectir as emoções da criança de forma marcada, ou seja, reflectir as emoções da criança e não as suas. O reflexo das emoções é condição para a capacidade de representação secundária dos estados afectivos. Se a mãe ou o pai reconhecem a emoção da criança mas a reflectem como sendo sua, a emoção do bebé fica livre, não é regulada e a representação secundária não se estabelece, levando a uma deficiência na autopercepção e auto controlo. Quando tal acontece, a criança não pode desenvolver uma representação correcta da sua própria experiência, internaliza a imagem do/a cuidador/a como parte da sua auto-representação, na forma de *alien self*. O *alien self* está associado à incapacidade de representar a sua experiência mental e a dos outros (défice de mentalização) e ao papel simbólico das tentativas de suicídio ou automutilações como formas de eliminar ou retirar a parte alienígena do *self*. Repare-se que a teoria baseada na mentalização apresenta a um modelo de desenvolvimento normal que defende a unicidade do *self* e deposita na família a responsabilidade de um desenvolvimento perturbado. Nesta abordagem, o *self* da perturbação *borderline* da personalidade torna-se descontínuo, já não só um *self* desagregado mas um *self* múltiplo.

Na tentativa de agregar várias correntes teóricas, a difusão da identidade é fundamentalmente associada a três aspectos: individuais (incapacidade estrutural do doente, predisposição neurobiológica); familiares (ausência de reconhecimento e validação das emoções, agressividade ou negligência, trauma precoce ou ausência de vinculação segura) e sociais (mudanças sociais rápidas ou desintegração da sociedade).

São visíveis as afinidades entre os sintomas estipulados para descrever a perturbação *borderline* da personalidade e as características que muitos autores reúnem no conceito de pós-modernidade: os comportamentos impulsivos da doença e a procura do prazer imediato, nomeadamente no consumo como meio de satisfação e realização pessoal, a instabilidade das relações interpessoais e da afectividade num tempo em que vigora a ausência de compromisso e os vínculos são instáveis, os

comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio englobados de forma mais ampla na natureza suicidogénea da sociedade pós-moderna: “um suicídio mais suave e menos doloroso que perdeu a radicalidade e procede mais de uma espontaneidade depressiva do que de um desespero existencial definitivo” (Lipovetsky, 1989). Para Joel Paris (1991), a prevalência da perturbação *borderline* da personalidade está a aumentar e são várias as notícias recentes que dão conta do aumento de comportamentos autodestrutivos nos adolescentes.²⁰ Claro que, como referi no subcapítulo 2.2., este aumento resulta também de uma maior identificação, acesso aos cuidados de saúde e da crescente psiquiatrização da sociedade. A relação entre perturbação *borderline* da personalidade e a condição pós-moderna não é linear e pode ser pensada através de várias forma-tipo: a doença mental enquanto metáfora das transformações sociais, resposta às mudanças culturais do ocidente ou contágio social.

A doença mental enquanto metáfora de problemas sociais é comumente usada na linguagem coloquial, nomeadamente a esquizofrenia como alusão à ambivalência e posições contraditórias, o autismo enquanto isolamento e ausência de comunicação. Thomas Szasz (1972), segundo o qual a doença mental enquanto problema médico não existe, defende que na psiquiatria as pessoas com mau comportamento estão metaforicamente doentes e Jameson (1991) usou a esquizofrenia como metáfora do mundo pós-moderno. A perturbação *borderline* da personalidade pode ser considerada tanto uma metáfora das transformações da sociedade como uma resposta às mudanças culturais, incluindo a quebra de coesão social, normas, valores e famílias (Paris, 1991). Autores do campo da psiquiatria social, defendem que em indivíduos vulneráveis ocorre o desenvolvimento patológico do *self* e subsequente sofrimento psíquico, ou seja, a doença reflecte as dificuldades na sociedade pós-moderna em integrar as vivências em narrativas coerentes e formar estruturas de identidade (Fuchs, 2007). Esta leitura não é exclusiva desta perturbação e também é referida na depressão, perturbações de ansiedade e narcisismo.

Como referi no subcapítulo 2.1., as descrições de perturbação *borderline* da personalidade só são encontradas a partir do início do século XX e de forma uniforme desde meados do século. As descrições anteriores, raras e pouco consistentes, são reinterpretações à luz das categorias actuais. Claro que se as categorias não existiam,

²⁰ Cf. Automutilação aumenta entre os adolescentes. Jornal de Notícias, 23 de Maio de 2015 <http://www.jn.pt/nacional/interior/automutilacao-aumenta-entre-os-adolescentes-4585202.html>
Automutilações e tentativa de suicídio levam 300 jovens às urgências TVI 24, 24 de Março de 2016 <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/saude/automutilacoes-e-tentativa-de-suicidio-levam-300-jovens-nas-urgencias>

a doença enquanto é construída hoje também não. A ideia da relação entre pós-modernidade e a perturbação *borderline* da personalidade é uma tentativa de resposta para o nascimento do diagnóstico que deixa pouco claro se a pós-modernidade está associada às condições de possibilidade da doença surgir ou as condições necessárias para a identificar.

A vivência interna individual e a experiência social partilhada pertencem a diferentes planos de profundidade e muito do paralelismo é traçado à posteriori, através de uma leitura parcial e orientada para encontrar pontos de comunicação entre ambas. Contudo, a hipótese da perturbação *borderline* da personalidade como resultado de novas práticas, representações, interações sociais e modos de subjectificação associados à pós-modernidade, na qual ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade, é uma hipótese plausível. Ainda que pouco evidente na prática clínica da doença, seria importante decompor de forma rigorosa literatura que cruza a pós-modernidade com a perturbação *borderline* da personalidade para melhor a clarificar.

4.4. Identidade *Borderline*

A experiência da doença é centrada numa narrativa individual, integrada em redes de saberes colectivos que permitem inferir conceitos de doença, sofrimento e felicidade. A consulta de psiquiatria é centrada nestas narrativas, parte das queixas sintomáticas e termina com uma prescrição farmacológica. Por seu lado, o grupo psicoterapêutico, para além dos aspectos de partilha, identificação, catarse emocional e terapêuticos, permite sair do modelo da díade terapêutica centrada na narrativa biomédica, numa actuação da doença que reflecte a sua multiplicidade. Apresento de seguida um excerto de uma sessão de grupo psicoterapêutico significativa para a ideia de identidade, a descoberta e relação com a categoria *borderline*, reflectindo a construção do sentimento de si a partir da identificação com o diagnóstico.

Sessão de grupo (19 de Janeiro de 2016)

É a terceira sessão de grupo e as doentes já se conhecem. Todas partilham o mesmo diagnóstico e são acompanhadas também em psicoterapia individual. Na sala estão presentes 4 doentes, eu e a Dra. Paula, psicóloga.

Beatriz tem 33 anos, é uma jovem extrovertida, com vários amigos, mas conta que quando está “em baixo” afasta-se de toda a gente. Refere que está desempregada e vive sozinha, há alguns anos. Frequentou várias licenciaturas, incluindo psicologia, mas não concluiu. Desde os 18 anos que é acompanhada em consulta de psiquiatria e já teve vários internamentos. Recentemente Beatriz tinha estado muito tempo sem sair de casa, sem atender o telefone, conta que não tomava banho, encomendava refeições e sentia-se incapaz de cuidar de si.

Daniela tem 20 anos, iniciou o tratamento há 1 ano e esteve na residência mas abandonou-a. Actualmente está a trabalhar e vive com a mãe e o namorado. No passado, Daniela automutilava-se e consumia canabinóides diariamente, o que já não faz. Agora Daniela sente-se injustiçada no trabalho, acha que a sobrecarregam mais do que aos colegas e tem tido discussões neste contexto. Sente que: “as pessoas não me levam a sério”. Daniela assume frequentemente o papel de “terapeuta” do grupo dando conselhos às restantes doentes sobre o que devem ou não fazer.

Joana tem 29 anos, é licenciada em artes, está desempregada e vive com os pais. A Joana anda em tratamentos desde os 14 anos e é acompanhada no programa desde há dois anos. Esteve recentemente em hospital de dia, mas refere não se ter sentido melhor: “tenho pesadelos que não me deixam descansar, depois passo o dia deitada, não consigo fazer nada”.

Sílvia tem 32 anos, é licenciada em enfermagem e está agora a terminar a segunda licenciatura. Vive com o namorado. Sílvia conta que quando está mais triste bebe, sozinha em casa, para se sentir melhor, mas acaba sempre por se sentir muito culpada. No grupo anterior contou que tinha bebido meia garrafa de whisky às escondidas do namorado depois de ter discutido com a mãe.

A sessão começa por relembrarmos o tema da sessão passada. Introduzo o tema da sessão de hoje, questionando as doentes sobre o que significa para elas o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade.

Joana: O meu principal problema é não me adaptar.

Daniela: Tens dificuldades em ser aceite pelos outros, precisas que os outros gostem de ti?

Joana: Não é bem isso, já tive isso mas agora é diferente, sinto que sou diferente, penso diferente da maioria das pessoas e a minha forma de ser choca com o mundo, com a forma como temos de viver.

Sílvia: Acho que o que tu sentes tem a ver com as relações com os outros, isso é o principal. Eu também penso assim, às vezes apetece-me pegar numa mochila e deixar tudo, ir viajar pelo mundo, mas outras sei que tenho de estar aqui e de me adaptar, trabalhar, acabar o meu curso, mas isso tem tudo a ver com a forma como nos damos com os outros, para mim é a mesma coisa. No início não percebia porque não me adaptava, só quando comecei a ler, a informar-me, percebi que tinha uma perturbação da personalidade, fui eu que descobri que era *borderline*.

Beatriz: Eu estou entre as duas, sempre senti que algo não estava bem comigo e não era só uma depressão, eu cortava-me, tentava-me matar, andava em psiquiatria, fazia medicação e a depressão nunca passava.

Joana: Quando descobri que era *borderline* foi um alívio. Foi como se descobrisse que não estou sozinha, que há mais pessoas como eu, isto existe.

Beatriz: Descobriram o diagnóstico na primeira vez que me fizeram a história clínica, foi um interno no internamento. Eu ainda hoje acho que estou no *borderline* do *borderline*.

Todas dizem que leram muito sobre o assunto e duas pessoas têm profissões na área da saúde.

Daniela: Eu também já li muito, mas tens de te deixar disso e concentrares-te naquilo que sentes.

Sílvia: Eu comecei a ter problemas desde muito nova, fui abusada em criança mas nunca contei, tinha muita vergonha, a minha mãe também tinha muita vergonha, depois comecei a não comer, a perder peso, mas queria acabar o curso, não queria fazer medicação, só no fim do curso procurei ajuda... nessa altura bebia, conduzia 50km completamente alcoolizada, sempre fui muito autodestrutiva.

Daniela: eu também passei pelas drogas, agora já não, a minha mãe é depressiva crónica, desde a adolescência diziam que eu tinha depressão mas eu sabia que tinha algo mais. Tinha uma amiga que também era *borderline* e foi a falar com ela que percebi que eu também era, consultei uma psiquiatra privada e em duas consultas ela confirmou-me o diagnóstico, depois aceitei ir voluntariamente para a residência mas só aguentei lá 14 dias.

Eu: Parece que todas aceitaram facilmente o diagnóstico.

Beatriz: Não foi sempre assim, eu lutei contra o diagnóstico, não queria ter, preferia ter uma depressão, sabia que tinha cura, assim vai ter de viver comigo para sempre.

Sílvia: vocês dizem "eu tenho *borderline*", eu digo "eu sou *borderline*", porque sei que vou ser sempre, só quero andar melhor e saber viver com o meu problema, é como a diabetes, se eu tivesse diabetes dizia sou diabética, porque é para sempre.

Joana: Eu às vezes digo ser outras ter, já não sei o que sou eu ou a doença, nem sei dizer qual é a minha personalidade, nem sei se tenho personalidade.

Daniela: É como se tivéssemos um corpo e três personalidades distintas.

Joana: Não só três mas 364 personalidades diferentes, ou seja uma só pessoa mas com personalidades diferentes. Ser *borderline* não é uma sentença de morte mas é como se fosse uma nuvem, uma nuvem cinzenta, mas que pode por vezes ser branca, e é sempre alguma coisa que nos acompanha para o resto da vida. Eu não acredito que alguma vez vá poder dar sangue por causa da medicação. E não acredito que algum dia fique independente da medicação e do acompanhamento. É para a vida.

Daniela: *Borderline* é um problema que abrange muita coisa. Cada um caminha conforme pode. Não é algo que se possa dar uma definição, daí a doente só ser

diagnosticada na idade adulta, envolve muito, muito do passado, uma parte da vida que traumatizou a pessoa e desenvolveu um aglomerado de coisas à volta disso, uma questão chave.

Joana: É possível que não seja só um problema chave?

Daniela: Tu comesças por um lado, há ligações que comesças fazer. As tuas próprias reacções começam a interligar-se.

Joana reflecte no que Daniela lhe disse e nomeia um problema: Sim, lembro-me muito da minha professora primária, a questão da humilhação, ela era muito autoritária.

Daniela: Eu tenho uma coisa que é um bocado comum ao longo da minha vida, a agressão da parte masculina. Tenho vários episódios que me remetem ao mesmo, começou em casa, com os meus pais, neste caso uma coisa mais relevante é a violência física e psicológica da parte masculina...

Sílvia: Para mim *borderline* é uma doença crónica, é preciso um esforço contínuo para não recair e ir recriando a nossa identidade.

Joana: Esse é um dos meus problemas, não valorizar tanto os problemas da identidade como das suas consequências... eu valorizo mais isto, por isso não consigo ver que se calhar o problema está em mim, até me custa dizer.

Sílvia: Nós nascemos com uma identidade que vai ser definida ao longo dos anos, com o aparecimento desta perturbação vai-se alterando a nossa personalidade, a nossa personalidade vai ter alterações que são características da doença o que vai ter consequências nas nossas acções, nos nossos pensamentos.

Daniela: Sim, mas por trás disso tudo há um vazio, como vamos explicar o vazio? Tipo não há nada, não há nada que agarrar, como eu vou meter isso em palavras, é vazio.

Eu: Os cortes têm alguma coisa a ver com isso?

Joana: Os cortes é fácil, o principal motivo é até explicado a nível biológico, transformar uma dor psicológica para física, porque é muito mais fácil controlar uma dor física do que uma dor psicológica que não conseguimos agarrar, não conseguimos sequer imaginar onde está, no cérebro, na barriga, há quem quando esteja triste sinta dor em certas partes do corpo. Depois há outra coisa, o corpo humano está preparado para anestesiar-se quando sofre um ferimento, quem se automutila consegue nessa altura concentrar-se nas endorfinas que o corpo liberta depois de o corte ser feito, ou seja, há a dor, a adrenalina...

Daniela: É uma tentativa de transportar uma dor psicológica para o físico, mas eu na altura não consigo sentir dor propriamente dita, o que me provoca depois dor é olhar para as marcas, quando me estou a automutilar estou num estado completamente fora de mim... eu não me apercebo sequer da dor física... o que dói mais é o que fica, quando olho para as marcas não há alívio nenhum.

Sílvia: Já me automutiliei. Em criança, arrancava cabelos, mordida as mãos, pisava-me de raiva, porque não era entendida por alguma coisa, porque me magoava, era um escape, agora não faço isso, agora autodestruo-me de outra forma. O

álcool é uma forma de escape, de anestesiar a dor psicológica. O que eu tentei no domingo foi deixar de sofrer e de fazer sofrer.

Sílvia começa a chorar e as restantes doentes ficam em silêncio.

Eu: Quer-nos contar o que aconteceu no domingo?

Sílvia: Tomei comprimidos, tinha bebido, passei a noite nas urgências. Eu estou a perder as forças...eu já passei por muita coisa, neste momento da minha vida estou com muita pressão, muito medo, situações de vida e morte na família, medo de acabar o curso, de não conseguir trabalhar com esta medicação. Estou farta de ser dependente economicamente dos meus pais. Eu não me sinto bem assim, quero ser independente, quero ter as minhas coisas.

Daniela: Eu sinto a mesma necessidade que sentes. Tu tens de te conhecer e querer te conhecer ao ponto de te conseguires controlar. Eu tenho um problema em casa chamado “minha mãe” em que volta e meia eu estou a ter o papel de mãe em vez de filha. Eu nunca gostei de medicação, não queria deixar de ser eu, a medicação ia acabar por apagar uma parte de mim, sem medicação sou mais eu.

Sílvia: Isso é mais uma filosofia.

Daniela: Porque tens de fazer medicação? O problema que tu tens, tu pediste-o? Foi-te criado, alguém to criou?

Joana: Isso nunca funcionaria para mim, eu nunca me sinto grogue, eu sinto-me eu com a medicação, o que não é muito bom, a medicação não altera o meu eu, apenas faz com que não tenha tantas insónias. Já tentei deixar a medicação duas vezes e das duas vezes deu mau resultado.

Beatriz: É mau. O que nós temos é muito complicado. Das primeiras vezes começava a sentir ansiedade, pânico, eu ia-me logo deitar. A medicação ajuda-me a ter mais controlo.

Sílvia: Eu esperava nesta altura estar com menos medicação. Como é que eu vou trabalhar com 40mg de valium por dia... no início da carreira há muita competição. Já pedi ajuda a professores, quando eu disse que era *borderline* um disse-me: “isso todo a gente é um bocadinho”.

Joana: Olha, o que tu estás a fazer, eu estou roída de inveja. A estudar, a pensar trabalhar, acho mesmo bom seres capaz disso.

As restantes doentes concordam com a Joana.

Sílvia: O estudo para mim é um escape.

As doentes falam da sua experiência do diagnóstico e percurso terapêutico, recordando e construindo a vivência da doença, através de uma interacção dialógica. O primeiro momento em que o diagnóstico se torna conhecido é descrito como descoberta, revelação e confirmação de que o seu sentir era real. As doentes afirmam o seu poder na leitura dos sintomas e constituem-se como autoras do próprio

diagnóstico, entendido simultaneamente como marca de diferença e identificação com os/as outros/as. Logo no primeiro momento é possível reparar que as doentes incorporam a linguagem psiquiátrica, o que pode acontecer porque estamos na presença de doentes com formação em saúde, porque a psiquiatria invadiu os discursos e comportamentos e porque estamos num espaço onde é esperado que as pessoas performem a doença.

Nos discursos sobre a doença está presente a sua natureza retroconstruída: *“uma parte da vida que traumatizou a pessoa e desenvolveu um aglomerado de coisas à volta disso”, “há ligações que começas a fazer. As tuas próprias reacções começam a interligar-se”*. Graças ao poder legitimador, a autonarrativa pessoal é também uma autonarrativa da doença, quase que mimetizando a narrativa médica.

O diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade devolve um sentimento de pertença e é marca de diferença, não conformidade e originalidade. Por outro lado, são referidos sentimentos de inadaptação e incapacidade de corresponder aos ideais de sucesso, autonomia e independência da sociedade actual, que são causa de sofrimento, medo e culpabilização. Em bom rigor, tratam-se de aspirações frustradas comuns à maioria de nós, que aqui surgem apenas pelo facto de ou desencadearem ou agravarem aquilo que todas dão por adquirido ser uma manifestação patológica. Noutro contexto, certos fragmentos do discurso seriam considerados triviais: *“às vezes apetece-me pegar numa mochila e deixar tudo”*. A diferença será não tanto nos sentimentos apresentados como a sua intensidade e a forma de lidar com eles, nomeadamente através de automutilações e tentativas de suicídio.

A doença é vista como pertença incorporada das doentes que as vai acompanhar *“para sempre”*. Ser ou ter *borderline* reflecte a questão inicial se a doença é ou não da personalidade. Se a doença for da personalidade, então tudo o que eu faço ou digo é doença. Se por um lado as doentes afirmam a autoria do diagnóstico e da sua prática diária, por outro transportam com elas uma marca incapacitante, um destino traçado e oscilam entre a centralização do problema em si ou em causas externas, culpadas ou vítimas de uma sociedade *“traumática”*.

A necessidade de autoconhecimento e controlo está presente ao longo de todo o discurso: *“tu tens de te conhecer e querer te conhecer ao ponto de te conseguires controlar”*. Se para algumas doentes a medicação modifica o eu e a sua identidade, para outras devolve-lhes um sentimento de segurança. A *“farmacovigilância”* é um agente de controlo.

A explicação farmacológica e neurocientífica é exemplo da nova individualidade somática: “*quem se automutila consegue nessa altura concentrar-se nas endorfinas que o corpo liberta depois de o corte ser feito*”. Corpo biomédico, genético e neuromediado, o que conduz a novas relações consigo próprio, transforma as relações entre o/a doente e o/a perito/a, envolvendo novas estratégias e reformando a forma como nos governamos (Novas e Rose, 2000).

Ao validar o sofrimento e a existência de uma personalidade instável, uma identidade difusa que tem de se “recriar”, o diagnóstico devolve às doentes uma narrativa coerente sobre si. A incorporação do diagnóstico como referencial da sua narrativa autobiográfica surge por múltiplas razões (o estatuto, eficácia simbólico-pericial do discurso médico, psiquiatrização da sociedade e alívio do sofrimento). Os episódios da história pessoal sobrepõem-se à história da doença, pelo menos neste contexto clínico, onde performam umas para as outras, para as terapeutas. Talvez seja mais difícil concluir que a ausência de diagnóstico significasse ausência de narrativa coerente sobre si própria, sendo esta apenas uma (eventualmente forte) hipótese. É possível que não houvesse essa tal coerência, tal como é possível que pudesse haver, mas construída a partir de outros regimes de verdade, socorrendo-se de outras tecnologias de subjectivação.

Doença e identidade são processos que correm em paralelo e o diagnóstico psiquiátrico surge como projecto discursivo no qual a identidade é construída através da confrontação entre o sentir e o conhecimento do/a doente, dos/as peritos e das tecnologias. Perante uma identidade considerada indefinida e desagregada, o diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade permite uma nova forma de identidade que restitui a identidade perdida, fornece um sentimento de segurança e aponta um caminho a seguir. O poder actua como criador do sujeito, fornecendo a condição da sua existência e a trajectória do seu desejo, dando-lhe segurança e manutenção (Butler, 2011). O/a doente analisado/a e classificado/a reconstitui-se através da narrativa terapêutica, segundo a qual o/a próprio/a doente se diagnostica e adapta às classificações, modificando-as neste processo. Assim, o poder psiquiátrico não actua apenas unilateralmente, é reiterado pela própria acção do sujeito e assume uma forma psíquica que constitui a sua autoidentidade (Butler, 2011). No grupo terapêutico, há um discurso de verdade partilhado por todos os elementos, todas as doentes se reconhecem no diagnóstico e estão envolvidas no modelo de tratamento. É neste discurso psicoterapêutico de matriz confessional e na auto-examinação que o precede e acompanha que o sujeito se constitui (Rose, 1999).

5. Os limites do corpo

5.1. Entre o corpo e o *self*

O corpo é o local de construção da individualidade, pessoal e interpessoal, onde se intersectam o individual, o social e o político (Turner, 2008). Até aos anos 1960, a abordagem do corpo privilegiou a sua inscrição e a sua leitura como texto ou código, sendo a linguagem um conjunto de normas sociais, sistema de símbolos ou discursos de poder, onde o corpo apenas era incluído de forma sublimada (Almeida, 2004). Nas últimas décadas, algumas aproximações ao corpo têm tentado ultrapassar a separação radical do conhecimento e prática, opor-se à interpretação da experiência em termos de modelos linguísticos e cognitivos, usando como ponto de partida a teoria fenomenológica (Lock, 1993). Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (1987) sistematizaram três perspectivas do corpo na antropologia médica: o corpo-*self* individual, vivido e fenomenologicamente experienciado; o corpo social, o uso representacional do corpo como símbolo que permite pensar a relação entre natureza, sociedade e cultura; e o corpo-político, artefacto do controlo político e social, regulação, vigilância e controlo dos corpos, individuais e colectivos. Os três corpos representam não só três unidades de análise, que apesar de separadas se sobrepõem, mas também diferentes aproximações teóricas e epistemológicas: fenomenologia, estruturalismo e pós-estruturalismo.

O nosso corpo é o nosso modo de ser (estar)-no-mundo (Merleau-Ponty, 1967 [1945]). Maurice Merleau-Ponty ultrapassa a dicotomia exterior-interior, ao referir a carne (*chair*) como a zona comum entre o visível e o invisível, o sujeito e o objecto, a sensibilidade pré-discursiva e a pré-reflexiva. A carne determina as pré-condições e é a base para a distinção entre mente e corpo, sujeito e objecto, visível e invisível e permite a reversibilidade do ser, a sua capacidade de se dobrar sobre si próprio e ter uma dupla orientação para dentro e para fora (Grosz, 1994). A reversibilidade garante a intercorporalidade, ver e ser visto, tocar e ser tocado (Landes, 2013). Para Maurice Merleau-Ponty, a consciência está sempre dependente do contacto com o mundo exterior através da percepção. A subjectividade é um fenómeno incorporado, social, cultural e intersubjectivo. As experiências corporais contêm em si a ambiguidade de não poderem ser objectos puros, nem consciência pura (Faccio, 2013). A teoria da incorporação (Csordas, 1994) é baseada quer na fenomenologia de Maurice Merleau-

Ponty, quer no estruturalismo de Pierre Bourdieu²¹. Através da teoria da incorporação, Thomas Csordas (1994) procura destruir as dualidades mente/corpo, sujeito/objecto, cognição/emoção. A teoria da incorporação é simultaneamente um método e um paradigma para a pesquisa antropológica (Lock, 1993). A incorporação está situada ao nível da experiência vivida e não do discurso, é a procura de entender ou fazer sentido de uma forma pré-reflexiva ou pré-simbólica mas não pré-cultural, é intrinsecamente parte do “estar no mundo” (Csordas, 1990). Assim, a incorporação é tanto aprendizagem de técnicas do corpo, experiência vivida do corpo subjectivo, projecto colectivo de criação do *self* (ter um corpo, ser um corpo e fazer um corpo) (Turner, 2008).

Na relação entre identidade e corpo, Freud defendeu que o ego é em primeiro lugar um ego corporal, o qual pode ser olhado como a projecção mental da superfície do corpo. Para Lacan (2001), é no momento em que o sujeito se identifica com a imagem corporal reflectida no espelho e a olha como sua, que o sujeito se experiencia como uno. O ego primitivo, na sua essência, corresponde à imagem corporal que dá à criança a oportunidade de se ver como unidade.

Dentro da relação entre corpo e identidade, a pele assumiu especial importância para autores psicanalistas, nomeadamente Esther Bick e o conceito de pele psíquica, e Didier Anzieu e o conceito de eu-pele. A pele psíquica resulta da introjecção das funções contentoras da mãe, permite a separação do *self* do outro, o meio interno do meio externo (Bick, 1968). Se a pele psíquica for comprometida, devido à incapacidade da mãe conter a ansiedade do bebé, à violação do sentimento de si ou à perda da integridade corporal, surge uma segunda pele protectora e inconsciente. É esta segunda pele que também aparece nas automutilações como uma forma de separar o exterior do interior (Failler, 2013). Para Didier Anzieu (1995 [1985]), a sensibilidade táctil é um modelo organizador do eu e do pensamento, em que o eu limita os conteúdos psíquicos, através das experiências da superfície do corpo. O conceito de eu-pele designa uma realidade fantasmática, uma figuração através da qual a criança se serve, durante as fases precoces do seu desenvolvimento, para limitar o mundo interior do mundo exterior. Desta forma, o eu-pele traduz a necessidade de um invólucro narcísico que assegure ao aparelho psíquico a certeza de um bem-estar de base, para que possa ocorrer o investimento libidinal nos objectos. O eu-pele permite a integração do eu e funda a possibilidade de pensar.

²¹ Bourdieu (1977) partiu do conceito de *habitus* de Marcel Mauss, a repetição de práticas corporais inconscientes e mundanas que permite a criação e estruturação de novas práticas e representações, sendo simultaneamente estruturado e estruturante.

Numa fase inicial do seu desenvolvimento, a criança tem o fantasma de uma pele comum entre a mãe e a criança: por um lado a mãe (o folheto externo do eu-pele), por outro lado a criança (o folheto interno do eu-pele). O fantasma original de uma pele que pertence, simultaneamente, à mãe e à criança é anterior aos fantasmas de “pele rasgada”, consequentes ao processo de autonomia, que implicam a ruptura da pele comum e a criação de um espaço progressivo entre as duas camadas da pele psíquica. Quando ultrapassa estes fantasmas, a criança adquire um eu-pele que lhe pertence. A dupla orientação do eu-pele é semelhante à reversibilidade da carne de Merleau-Ponty. Também Donald Winnicott destaca a importância da pele ao possibilitar a estruturação de um esquema corporal através do qual se desenvolve a função simbólica (Mellier, 2014). À medida que a criança se desenvolve, o mundo interno é enriquecido pelo que acontece no exterior através da incorporação e eliminação de experiências vivenciadas através do corpo e da pele. Se no nível superficial a pele estabelece o limite entre o indivíduo e o outro, no nível mais profundo modela o mundo interno, e no nível macro-social define categorias ou classes de indivíduos (Turner, 2012). A pele é o último limite do corpo que permite a construção do meio interno através da separação e autonomia do meio externo e é também uma forma de apresentação e prática, ela própria constitutiva da identidade. Donna Haraway (1991) põe em causa o conceito de corpo limitado pela pele e defende que actualmente somos todo/as quimeras, híbridos de máquinas e organismos, somos todos/as ciborgues.

O *self* na sociedade moderna é o projecto do corpo. O corpo como um sistema-acção e a sua imersão prática nas interações quotidianas é essencial para a narrativa da auto-identidade (Giddens, 2002 [1991]). O corpo-*self* é um local de interacção, apropriação e reapropriação (Almeida, 2004). Nos novos movimentos políticos de resistência pessoa-cultura-social e ambiental, o corpo consiste essencialmente numa actividade produtora do *self*, um agente que produz discursos assim como os recebe (Turner, 1994). Chegamos então ao corpo-político de Foucault, segundo o qual o corpo é um local de controlo, onde operam os discursos de poder, que tem uma dupla existência contraditória: o corpo como produto dos discursos, historicamente contingente e criado pelo poder, e o corpo com potencial para o prazer, que resiste ao poder através do desvio ou perversão.

Os estudos de performance vêm dar nova força ao corpo que (se) faz. O corpo não é prévio ao signo, não precede a acção, pelo contrário é produtivo, constitutivo e performativo (Butler, 2011). Para Judith Butler, a performatividade é o processo discursivo através do qual nos reconhecemos como sujeitos. Em cada reiteração

performativa de aspectos da nossa identidade, internalizamos estas identificações como essenciais ao nosso ser. A subjectividade é estabelecida através da repetição de performances e o resultado de cada repetição constitui uma forma de refinação através da qual a identidade é construída e reificada (Butler, 2011). A reiteração dos discursos e performances e narrativas do corpo e o seu desenvolvimento nos campos sociais e estruturais, torna os corpos potencialmente visíveis e reconhecidos como formas coerentes, categorias e significados. O reconhecimento é o primeiro passo para a produção do sujeito e para as práticas discursivas de identificação.

Desenvolvimentos recentes da biomedicina e biotecnologia estão associados à “somatização” da individualidade, na qual novas relações são estabelecidas entre o corpo e o *self*. A individualidade somática é o resultado de novas práticas de subjectificação em que a individualidade é pensada em termos corporais (Novas e Rose, 2000).

Desta forma, o corpo não é apenas biológico mas um fenómeno histórico e cultural, através do qual estamos e percebemos o mundo, se desenvolvem as estruturas intrapsíquicas, práticas e representações, e sobre o qual age o poder político, essencial à criação do *self*.

5.2. Corto, logo existo

Destruir, criar e modificar o corpo coexiste com a condição humana. As automutilações associadas a crenças e atitudes religiosas, incluindo sacrifícios, auto-imolações ou possessões, foram historicamente estudadas e percebidas no interior de uma economia de sentido. Tanto a mimese de práticas tribais corporais, como a corporeidade extensivamente marcada com recurso à tatuagem e ao body piercing, configuram formas de recriar o corpo, que podem ser pensadas a partir de diferentes visões e áreas de estudo. Proponho-me, neste subcapítulo, a pensar a relação entre o corpo e a violência exercida na forma de automutilações, a partir da antropologia médica.

Uma das primeiras histórias de automutilações está presente no Evangelho Segundo São Marcos, quando Jesus chega à região dos gerasenos e encontra um homem que se feria com pedras:

"Andava sempre, dia e noite, entre os túmulos e pelos montes, a gritar e a ferir-se com pedras. Avistando Jesus ao longe, correu, prostrou-se diante dele e disse em alta voz: "Que tens a ver comigo, ó Jesus, Filho do Deus Altíssimo? Conjuro-te por Deus que não me atormentes!" Efectivamente, Jesus dizia: "Sai desse homem, espírito maligno!" [Marcos 5:5-8]

As marcas sobre o corpo trazem consigo significados sociais e políticos que podem ter como objectivo preservar a ordem social, curar doenças ou afirmar formas de pertença e reconhecimento (Faccio, 2013), de que são exemplo o "Possesso de Gerasa", onde as automutilações são expressão da possessão e do sofrimento de um eu múltiplo. Na *Body Art*, Bob Flanagan, Ron Athey e Orlan são apenas alguns dos artistas que usaram as automutilações como forma de performar a dor, expressar e controlar "demónios autobiográficos", criação corporal e modificação de género. Por outro lado, as automutilações associadas à dramatização de conflitos pessoais, na ausência de significado social explícito, são consideradas sintoma de doença mental e só recentemente são encontradas na literatura (Brickman, 2004).

A multiplicidade de designações atribuídas às automutilações (comportamentos autodestrutivos, autolíticos, parassuicídio, autolesão, entre outros) mostra também a dificuldade em nomear estes comportamentos. Nesta dissertação, optei por usar o termo comportamentos autodestrutivos (com ou sem intenção suicida), dentro dos quais se incluem as automutilações, e não usar o termo parassuicídio, dado que limita os comportamentos autodestrutivos a uma tentativa de suicídio falhada e com pouca intencionalidade. As automutilações são um dos vários comportamentos autodestrutivos, entre queimaduras, escoriações, tricotilomania, equimoses, consumo de drogas ou restrição alimentar, que os/as doentes com perturbação *borderline* da personalidade podem apresentar. Apesar de consistirem no sintoma mais visível da doença e de serem uma forma de alarme para intenções suicidas, a maioria não está associada a tentativas de suicídio.

Aproximações de tipo epidemiológico criam indicadores que facilitam o governo das automutilações e do seu significado. Armando Favazza (2011), enumerou 18 motivos para os comportamentos autodestrutivos, realizados de forma impulsiva, entre os quais destaco: aliviar a ansiedade, estabelecer autocontrolo, expressar raiva, sentir segurança e individualidade e influenciar os outros. A descrição dos comportamentos autodestrutivos, acontecimentos precipitantes, pensamentos, sensações e emoções associados, permitem explorar a experiência do/a doente e são parte importante quer da avaliação inicial quer do tratamento. Apresento em seguida três aproximações etnográficas a partir de casos clínicos, retirados da consulta

individual, onde procuro extrair evidência antropológica do significado das automutilações na relação entre corpo e identidade.

I

Cristina tem 36 anos, vive com os pais, está desempregada há vários anos. Tem uma história de vários internamentos e tentativas de suicídio, tanto por flebotomia, enforcamento e intoxicações medicamentosas, Cristina conseguia medicação sem receita nas farmácias e fez várias tentativas de suicídio graves, com necessidade de internamentos prolongados. No passado, Cristina arranhava-se e queimava-se, abusava de analgésicos, de álcool e apresentou emagrecimento marcado. Actualmente conta que quando se sente mais angustiada, isola-se no quarto e corta-se: "ver o sangue a correr alivia o meu sofrimento, nem sinto a dor". Ela guarda lâminas, assim como material de primeiros socorros, sendo que as lâminas são os seus primeiros socorros nas situações de angústia: "tenho as lâminas guardadas para se precisar". Cristina conta que foi vítima de abuso sexual aos 20 anos: "todos os dias são aquele dia", "nessas alturas (quando me lembro) tenho de me castigar, tenho de me cortar...foi por causa do meu corpo que tudo isto começou...".

A mãe culpabiliza a doente de se cortar e das tentativas de suicídio, o que provoca discussões e mais cortes da doente "a minha mãe diz que cada corte que dou em mim é um corte que dou nela". Conta que se cortou no último fim-de-semana: "foi depois de ter discutido com a minha mãe, não conseguia parar as ideias, estava muito angustiada, fui para o quarto e tomei um calmante, tentei dormir mas não consegui, o corte foi mais forte."

Cristina mostra uma ambivalência em relação a parar de se cortar, refere que: "é a única coisa que resulta, às vezes tenho muita vontade de me cortar". Diz não ter vergonha de mostrar as marcas e pratica natação com regularidade: "é o meu corpo, eu sou assim, se alguém me pergunta o que aconteceu eu respondo: fui eu que me cortei".

II

Andreia tem 37 anos, é divorciada e tem 1 filho. No último mês, após separação do namorado, tem-se cortado diariamente e tem várias idas ao serviço de urgência por automutilações, intoxicações medicamentosas voluntárias e intoxicações etílicas.

Andreia conta que desde criança se sentiu diferente: "na escola não me sentia bem, tinha poucos amigos, estudava porque tinha de ser... os meus pais tinham-se separado e o meu pai tinha deixado de gostar de mim...eu sentia-me diferente, não queria estar ali... nada me fazia sentido" . Quando entrou na faculdade, Andreia refere que: "não me adaptei, não me integrei com as pessoas... passava

os dias a chorar, sentia-me perdida” . Por várias vezes desistiu do curso para trabalhar, tendo retomado o curso pouco tempo depois: “nesta altura não aguentava mais de quatro meses em lado nenhum, fartava-me, nada me fazia sentido, começava motivada e desistia passado pouco tempo”, “eu queria terminar o curso porque os meus primos também são licenciados, não era nada que eu quisesse mesmo, fazia tudo para agradar ao meu pai e ele sentir orgulho em mim” . Aos 25 anos, após separação do namorado da altura, Andreia automutilou-se pela primeira vez “estava sozinha, a dor era muito forte, cortar-me fez-me sentir melhor, mais calma, a partir daí passei a cortar-me diariamente... há uma dor forte e depois há um alívio, tudo pára”. Conta que estes comportamentos se repetem ao longo da sua vida: “há alturas que parece que o meu mundo desaba e eu fico sem nada... quando sinto que tenho desistido de tudo o que comecei, os trabalhos, os namorados, nada correu bem... “ , “às vezes penso que não sei quem sou, tudo o que fiz até agora foi para agradar aos outros, corto-me e fico melhor. Depois arrependo-me, sinto-me culpada.”

III

Margarida tem 44 anos. É uma mulher forte, de estatura baixa, tem os braços marcados por cortes. Refere a infância como difícil, o pai era violento com ela, a mãe submissa e ausente: “parecia que tinha ciúmes de mim”. O primeiro corte que fez foi aos 17 anos “não sabia que curso seguir, estava muito indecisa, muito confusa e lembro-me de me ter cortado pela primeira vez”. Aos 24 anos, Margarida perdeu o marido e o filho num acidente de automóvel trágico e que mudou a sua vida. Desde essa data tem várias tentativas de suicídio, vários internamentos, fez uma “uma cura de sono”, esteve num grupo de psicodrama durante dois anos. Actualmente, Margarida está na residência, depois de um período de automutilações e intoxicações etílicas frequentes. Margarida refere que: “o corte está sempre lá, faz parte de mim, acho que nunca vou deixar. Faz tão parte de mim que eu nem me lembrei de contar ao meu médico, foi ele que viu e perguntou. Quando me corto sinto um ardor e um prazer, depois durmo e quando acordo fico muito enérgica, o meu namorado nota logo. Com a bebida é diferente, fico entorpecida. Ultimamente tenho bebido para não me cortar”. Fala do último corte que fez: “tinha pensamentos e sentimentos que não conseguia gerir”, “não tenho problemas em mostrar as marcas, mas acho que se o senhorio visse me mandava embora, por isso comecei a beber, é mais aceite.”

A automutilação é o comportamento autodestrutivo comum a todas as doentes. Se muitas automutilações são realizadas de forma impulsiva, nomeadamente a primeira automutilação, à medida que se repetem existe também uma dimensão ritualista na escolha do objecto cortante, espaço e curativos. O ritual do corte torna-se uma forma de lidar com a dor simultaneamente programada e

automática. Larry Peters (1994), defende que as automutilações são, como nos rituais de passagem, crises nas quais os símbolos de morte e vida são evocados, procurando experiências de comunidade e unicidade, são tentativas goradas de transformação. A automutilação é não uma forma de morte, mas uma forma de a desafiar (McLane, 1996).

O corte, ao tornar a dor tangível, permite reduzir a dor psíquica e clarificar o que a doente sente. No estudo de caso apresentada no subcapítulo 4.4., Joana referia: *“é muito mais fácil controlar uma dor física do que uma dor psicológica que não conseguimos agarrar, não conseguimos sequer imaginar onde está, no cérebro, na barriga”*. A separação entre dor física e dor psíquica, se por um lado reflecte a dicotomia corpo mente, por outro mantém a ligação entre ambos. No corte, a sensação privada e imediata da dor é a ocasião para uma performance pública, a dor torna-se visível, controlável e é susceptível de comunicação (Scarry, 1985), o que permite diminuir os sentimentos de angústia e a sensação de vazio. William Faulkner (1993 [1939]), no romance *Palmeiras Bravas*, afirma que “entre a dor e o nada, escolho a dor”. Mas nem sempre a dor é o aspecto central da automutilação. O corte permite a concretização do sofrimento de forma independente da dor que esta provoca e ver o sangue é em si mesmo uma forma de objectificar a dor, prévia às marcas da pele. No estudo de caso I, Cristina refere *“ver o sangue a correr alivia o meu sofrimento, nem sinto a dor”*.

O corte faz parte das doentes e da sua forma de lidar com a angústia, é uma expressão de agencialidade através da qual o corpo se torna uma arma. A automutilação é iniciada, definida e terminada pela pessoa que se mutila. Os outros permanecem os outros e não invadem o *self* fisicamente (McLane, 1996). Perante o corte, há uma reorganização do sentir, a consciência é restituída ao momento espaço-temporal. As automutilações permitem restabelecer a fronteira entre a existência e a inexistência de si (Salecl, 2001) e resistir à instabilidade do *self*. Há uma reafirmação da pele na separação do interno do externo. Didier Anzieu (2005 [1871]) referiu-se às automutilações como uma forma de afirmar a realidade do corpo e de traçar os limites do eu: “corto, logo existo”. Perante a sensibilidade táctil como modelo organizador do eu, o corte poderá salvaguardar o eu de uma experiência ameaçadora. Se na dor a linguagem é destruída e o corpo deixa de existir (Scarry, 1985), o corte traz o corpo de volta e com ele a possibilidade de comunicação. Marcar irreversivelmente o corpo é também uma tentativa de tornar o corpo permanente e individual (Salecl, 2001), como Cristina diz *“é o meu corpo, eu sou assim, se alguém me pergunta o que aconteceu eu respondo: fui eu que me cortei”*. Mas a pele também é não imutável, a

pele modifica-se e lembra-se, tanto literal como metaforicamente, na cor, textura, marcas, é transformada pelo tempo e pela nossa acção sobre ela. A memória da pele é tanto uma fabricação do que não acontece como uma gravação do que aconteceu, tanto ficção como facto (Prosser, 2001).

Lida no imediato, a automutilação representa a recusa de qualquer aproximação dos outros, uma linguagem privada que cria distância. Contudo, ao serem susceptíveis de leitura pelo outro, as automutilações são um convite (embora ambivalente) para o testemunho das marcas do trauma interno, abrindo um espaço intersubjectivo para a reparação da pele (Failler, 2013). A automutilação como testemunho parece negar qualquer forma de comunicação e de diálogo, contudo, há na automutilação uma dimensão intersubjectiva que coloca o outro como espectador e o obriga a tomar uma posição, impedindo que se ausente da relação. Se a pele não é responsável pela veracidade do testemunho, esta é uma responsabilidade que deve ser partilhada. No entanto, apesar das tentativas de fundamentar e proteger o testemunho na presumida imutabilidade da pele, o/a doente não é livre do sentido de alienação que se segue (Kilby, 2001). Há sempre um ponto de incomunicabilidade associado à automutilação, incompreensível para a própria pessoa e para a outra, assim como um sentimento de frustração porque o objectivo último, a comunicação do sofrimento, subversão ou a integração dos aspectos do *self*, não é alcançado, perpetuando o sentimento de vazio e de ausência de continuidade do eu.

A partir dos estudos de caso podemos enunciar várias hipóteses do significado das automutilações, na clínica psiquiátrica: controlo da dor, objectificação do sofrimento, reorganização da experiência, comunicação de sofrimento, e hipóteses que remetem directamente para a ideia de identidade como agencialidade do sujeito sobre o seu corpo. A agencialidade estaria associada a marcação do corpo como único, delimitação dos limites entre o eu e o outro e unificação da experiência de si. O corte é também performativo, provoca a leitura do outro e abre portas à comunicação. Contudo, a impossibilidade de uma leitura imediata resulta em frustração e medicalização. Para Judith Butler (1997a), quando se fala de uma forma que não pode ser olhada como discurso, então esta forma é patologizada e é necessária a intervenção, neste caso, da psiquiatria. É na reiteração dos comportamentos autodestrutivos que o/a doente reforça a sua performance de doença e tem o primeiro contacto com a psiquiatria e com o diagnóstico. Nesta data, os cortes passam a ter um significado que é lido por todos/as, ainda que seja um significado de doença.

5.3. Um corpo que se castiga

Os comportamentos autodestrutivos são também lidos como uma forma de autopunição e de castigo. Já Adolph Stern (1986), na primeira definição de perturbação *borderline*, se referiu ao masoquismo, característica subjacente à tendência dos/as doentes se magoarem nas relações sociais, afectivas e profissionais, que sucessivo/as autores/as psicanalíticos/as usaram nas definições posteriores da doença. A ideia do masoquismo resulta de uma leitura realizada através de referenciais teóricos que enquadram as marcas sobre o corpo como destruição e que interpretam a “tendência a se magoar nas relações” como uma vontade de o fazer, associada a culpa e sofrimento autoinfligido. O masoquismo remete tanto para parafilia (ou para o sentido mais lato de perversão, nomeadamente nas descrições iniciais da doença) como para um conceito mais alargado de provocar sofrimento a si próprio.

Krafft-Ebing (1906 in Glick e Meyers, 1988), psiquiatra alemão, autor do livro *Psychopathia Sexualis*, determinante na psicopatologia da sexualidade, definiu o masoquismo como categoria médica, a partir dos romances de Sacher-Masoch. O masoquismo seria o “desejo de sofrer dor e ser sujeitado à força, a ideia de ser completamente e incondicionalmente sujeitado à vontade da pessoa do sexo oposto, ser humilhado e abusado”. Sendo comumente associado à dor e sofrimento com o prazer sexual, considerado tanto um comportamento, uma fantasia, uma perversão ou um traço de carácter (benigno ou maligno) (Grossman, 1986). Se, para Krafft-Ebing, o masoquismo era uma anomalia sexual, autores posteriores desvalorizaram o aspecto sexual e genital no masoquismo, definindo-o como um conjunto de comportamentos autodestrutivos que são repetitivos e envolvem dor, independentemente da excitação sexual (Glick e Meyers, 1988). À parte a satisfação sexual, no conceito de masoquismo sempre foi debatido se existe ou não dor, se o prazer é associado à dor ou independente desta, se o desprazer ou dor pode ser procurado por excitação, alívio da tensão ou evitamento de outra dor (Grossman, 1986). O que remete novamente para a multiplicidade do conceito de masoquismo: se associado a prazer ou excitação então estamos na presença de uma perversão, na ausência destes estamos na presença de um comportamento patológico, mas não parafílico. Pode-se dizer que o masoquismo resulta de uma tecnologia sócio-sexual de governabilidade, operando de forma diferente consoante os dispositivos em que se insere.

Na perturbação *borderline* da personalidade, inicialmente o masoquismo estava associado à "pan-sexualidade" e à perversão, tendo posteriormente saído das descrições do diagnóstico. Contudo, tanto o masoquismo associado a mitos de feminilidade como o masoquismo enquanto perversão continua a estar presente nas representações da doença. Não raramente, as pessoas com perturbação *borderline* apresentam sentimentos de dor e prazer no corte. Nos comportamentos autodestrutivos é lida uma recusa do corpo, frequentemente associado a trauma, nomeadamente abuso sexual prévio: *"tenho de me castigar, tenho de me cortar... foi por causa do meu corpo que tudo isto começou"*. O trauma não é condição necessária para o desenvolvimento da perturbação *borderline* da personalidade, dado que nem todos/as os/as doentes têm um passado traumático e pessoas vítimas de trauma não desenvolvem inevitavelmente perturbação *borderline* da personalidade. Repare-se que, na literatura psiquiátrica actual, dissemina-se a ideia de trauma (sexual, emocional, físico ou negligência) e de abuso sexual como se fossem conceitos universais, experienciados e percebidos de forma idêntica, não considerando a sua diferente percepção social e individual, a qual determina a forma como é identificado.

Em *Para lá do princípio do prazer*, Sigmund Freud (2009 [1920]), associa o masoquismo ao trauma, no conceito de *compulsão à repetição*: repetição do trauma sob a forma de comportamentos autodestrutivos, comportamento agressivos para os outros ou revitimização. O trauma não tolerado pela psique levaria à falência da repressão e à emergência de conflitos pulsionais traumáticos reprimidos, presentes na autopunição. A repetição do trauma, neste caso através da automutilação, teria por objectivo reescrever a história e ganhar domínio sobre ela (Herman, 2015). A automutilação aparece como uma linguagem que articula o trauma repetindo-o na dor actual, a dor torna-se a sua linguagem (Kilby, 2001). No subcapítulo 5.2., está presente este sentimento de agencialidade na automutilação: *"é o meu corpo, eu sou assim, se alguém me pergunta o que aconteceu eu respondo: fui eu que me cortei"*. Contudo, a compulsão à repetição tem sido frequentemente usada como explicação para as vítimas de abuso serem de novo vítimas de abuso, desvalorizando as condições sociopolíticas associadas.

Se na perturbação *borderline* da personalidade existe uma vontade deliberada de se automutilar, as automutilações podem ser também uma afirmação de agencialidade, tentativa de estabilizar uma identidade em crise, com potencial à leitura do outro. A ideia de masoquismo torna a pessoa classificada como vítima de si e responsável pela sua autopunição. É no limite entre dor e alívio, existência e inexistência de si, comunicação e isolamento, punição e agencialidade, que os

comportamentos autodestrutivos são construídos pelo/a doente e identificados pelo/a terapeuta.

6. Para acabar de vez com o conceito de família

6.1. A família e o patológico

Toda a instituição psiquiátrica assenta historicamente no papel da família. A consolidação da burguesia como sujeito dos poderes e dos saberes de Estado transformou a família na principal e dominante instituição com a função de inculcar o controlo de impulsos e emoções. A aprendizagem do autocontrolo, na forma de razão, consciência, ego ou superego é feita no seio familiar (Elias, 1996 [1976]). Para Michel Foucault (2008a [2004]) é compreensível que, no século XX, a psicanálise, enquanto discurso familiar por excelência, tenha funcionado como o discurso de verdade, a bitola descritiva e prescritiva sobre a norma e o desvio, reforçando o jogo entre soberania familiar e funcionamento disciplinar. Nas sociedades disciplinares a família é considerada um espaço mais afectivo e estruturado, um oásis de poder soberano no meio de tecnologias disciplinares. A idealização da família “convencional” serve como um instrumento de controlo político e regulação económica (Foucault, 2009 [1976]). A família relaciona-se com o poder disciplinar de forma a regular a sexualidade, o trabalho de casa, na procura da construção de um futuro melhor, com objectivo de criar um cidadão produtivo para a sociedade. A pessoa que não funciona no seio familiar, deve ser retirada e refamiliarizada (Foucault, 2008a [2005]).

A década de 60 marcou uma viragem nos modos de olhar para as estruturas conjugais e familiares modernas, para os discursos e expedientes moralizadores em que estas se baseavam, fosse enquanto justificação para funcionalidade social, fosse enquanto álibi para a normalização da intimidade. Alargando-se os móbéis do antagonismo social – da predominância do económico para a sexualidade, a racialidade e respectivos dispositivos de constituição e conformação do sujeito – a família moderna, tradicional, vista primariamente como nuclear, baseada no casamento, nos quais os homens eram o sustento económico e as mulheres cuidavam da casa e da família foi posta em causa. Assistimos nas últimas décadas à reabilitação da família como núcleo protector e criador da pessoa. Com o ênfase na

responsabilidade individual sobre a solidariedade da comunidade, pode-se levantar a hipótese que pais, mães e crianças estão mais responsáveis e interdependentes do que antes. Para Gilles Lipovetsky (2010), o regresso à família não significa o retomar dos deveres tradicionais prescritos pela moral burguesa e religiosa. A família actual esvaziou-se das suas antigas prescrições obrigatórias em benefício da realização pessoal e dos direitos do sujeito livre, a dedicação dos pais é instrumento de realização individual que reflecte a necessidade de ser útil, amar e ser amado. Assim, há um reforço dos deveres para com os filhos, responsabilizando as famílias no que toca a dimensões de vida mais abrangentes e complexas, através da informação, vulgarização científica e sensibilização médica.

Apesar de muito se falar da mudança na constituição das famílias e das relações familiares, continuamos hoje sem ter uma definição exacta do que se convencionou designar por *família*. As dinâmicas familiares constituem um espaço onde o indivíduo estabelece interações, segundo um sistema de valores, e é no seio destas que surge a pessoa diagnosticada com doença mental. Dado o carácter relacional e flutuante dos sintomas na perturbação *borderline* da personalidade tornou-se importante invocar a família na terapia.

Na psicanálise freudiana, todo desenvolvimento psíquico ocorria no triângulo papá-mamã-eu. Assim, não é surpreendente que a culpabilidade da mãe ausente, agressiva ou que não reconhece as emoções do/a filho/a, estejam na formulação de perturbação *borderline* da personalidade desde as teorias iniciais. Inicialmente, na etiologia da doença estaria a frustração dos impulsos narcísicos infantis, o que ocorreria em filhos de mães com incapacidade para prestar afecto de forma espontânea, filhos de pais separados ou história explícita de negligência, brutalidade ou crueldade por parte dos pais (Stern, 1986). Hoje, a agressividade do objecto, a vinculação insegura e a incapacidade da reflexão das emoções da criança pelo cuidador/a continuam a ser aspectos centrais no desenvolvimento da doença, o que reflecte bem os padrões culturais na sua construção.

As tecnologias biomédicas trouxeram novas formas de individualidade e acabaram com categorias familiares que previamente eram coincidentes, nascimento e mãe, pai de família, mãe psicológica, transformando as relações familiares (Novas e Rose, 2000). Ao atribuir a causalidade a alterações estruturais, genéticas e neuroquímicas, se por um lado desculpabiliza o/a doente, por outro, mantém a causalidade associada à transmissão familiar, diminui os sentimentos de agencialidade e a possibilidade de mudança.

6.2. Sou um bocadinho feita de cortiça

Habitualmente, a apresentação da doença assume uma performance dos idiomas culturais e familiares, processos de identificação e modelagem no seio da família segundo um estilo de comunicação familiar. Contudo na perturbação *borderline* da personalidade, apesar de vários familiares partilharem com as/os doentes o sofrimento mental, a automutilação choca e rompe com a comunicação familiar. A sessão de grupo de famílias que apresento aponta para a importância do reconhecimento do indivíduo doente e a sua vigilância no seio familiar.

Sessão de grupo de famílias (11 de Agosto de 2015)

O grupo é constituído por familiares de doentes acompanhados no programa. Tem objectivos psicoeducativos e psicoterapêuticos, centrados na resolução de conflitos e competências de comunicação. Esta foi a terceira sessão de grupo, na sala estão presentes quatro familiares e duas psiquiatras, eu e a Dra. Ana.

António é um homem de 55 anos, casado com Margarida, usa camisa com padrão colorido e casaco de pele. Vem com luvas de conduzir mota. É um homem bem disposto, descreve-se como frontal. É o “pai despreocupado”. António refere: “se ela está melhor hoje, amanhã está pior, sempre foi assim, eu agora já ligo menos, vou passar fim-de-semanas fora, desligo, se tiver de acontecer alguma coisa, acontece”. A esposa diz que nunca pensou que ele viesse ao grupo porque previamente já tinha abandonado a terapia familiar e não acredita nestas coisas da psicologia. Por vezes nota-se alguma tensão entre os dois, nomeadamente na forma de lidar com a filha. António considera que a filha tem um problema mas deve ser confrontada com as consequências dos seus comportamentos.

Margarida é uma mulher de 50 anos, sente que é a única que entende a filha e o seu principal suporte. Tenta sempre compreendê-la e não a confrontar directamente, mesmo quando lhe diz “não” fá-lo de forma a parecer um “sim”. Para Margarida, a filha é doente, por oposição à filha normal, e deve ser tratada como tal. É a “mãe coragem” que tenta proteger a filha de todas as situações e toda a responsabilidade da saúde da filha está a seu cargo.

Júlia é a “mãe modelo”, sabe o que dizer e quando o dizer, tem um discurso por vezes demasiado perfeito sendo que não isento de contradições. Diz que já não tem expectativas da filha, contudo também recusa ser tolerante com ela. É a mãe que dá conselhos aos restantes pais.

Isaura é a “mãe ansiosa”, pouco tolerante com a filha e prestes a perder o controlo. Refere várias vezes que lhe apetece bater, ainda que não o faça. É a mãe que de

momento está mais em conflito com a filha, sendo que previamente tinham uma relação muito próxima e de grande dependência. A entrada de um companheiro na vida de Isaura mudou esta situação.

A última sessão foi sobre as características da doença. A Dra. Ana começa a sessão de hoje por perguntar qual o sintoma com maior impacto no funcionamento familiar.

Júlia: A impulsividade, hoje já sei lidar melhor com isso, deixo passar algum tempo e depois vou conversar com ela sobre o assunto. E também a incapacidade de cumprir objectivos. A minha filha tem grandes planos mas depois nunca os chega a fazer.

António: Antes as automutilações impressionavam-me bastante, agora é mais a inactividade dela que me faz ficar preocupado... ela praticamente não faz nada. Tem grandes planos, quer ser logo directora do emprego que tiver, mas na verdade está sempre deitada e o peso dela a aumentar. Ela está habituada a que a mãe lhe diga que sim a tudo... se eu lhe digo que não, ela fica zangada... diz que o pai é violento. (Conta um episódio em que a filha não queria jantar com os pais, preferia comer no quarto.) “Não sabes o mal que fazes a ti própria”, disse-lhe, e depois forcei-a a vir jantar connosco, ela veio mas não falou durante o jantar todo. Depois disse-me que preferia que eu lhe tivesse dito que gostava muito que ela viesse jantar e eu disse-lhe que se o dissesse estaria a mentir, isso digo aos meus amigos, agora a minha filha tem de jantar connosco porque é isso que uma família faz e faz-lhe bem à saúde. Eu tenho de ser frontal com ela.

Margarida: E ela pensou que não gostavas dela como amiga. Ela tem muita falta de autonomia, depende dos pais para tudo.

Júlia: Eu digo-lhe se não te controlas és inimputável, tens de te controlar. Às vezes peço ao meu marido que saia e não reaja, eu já sou capaz de fazer isso.

Margarida: A minha tem 30 polícias dentro da cabeça, não precisa de mais um. Eu não quero ser polícia da minha filha. O António acusa-me de ser permissiva. Eu nunca lhe disse um não aberto. Sei que se lhe disser um não ela interpreta tudo como sendo uma agressão e fica com os pés contra a parede.

Dra. Ana: Mas não se pode dizer um não aos filhos? Mas será que os filhos não esperam também que os pais lhe digam não?

Margarida: Mas eu sei dizer um não, com a minha filha normal não tenho problemas em dizer não, com ela quando o pai lhe diz que não, ela automutila-se.

Eu: O que impressiona o pai.

António: Antes era eu que lhe fazia o curativo...custava-me muito, depois deixei de o fazer, cheguei-lhe a perguntar se ela não tinha lâminas mais afiadas para o fazer bem feito, ela disse que as lâminas delas eram boas. O sangue para ela era uma fixação, cortava-se e com o sangue fazia pinturas, escrevia diários. Ela primeiro numerava os cortes, quando chegou ao 250 deixou de contar. Antes, quando tinha uma crise, batia com a porta da casa de banho e nós já sabíamos que ela se ia cortar, a mãe ia para a porta, chorava, mas não havia nada a fazer, depois eu ia e fazia-lhe o curativo.

Margarida: A minha filha tem um coração muito puro, é muito ingénua... não tem outros vícios ou comportamentos desviantes que não sejam as automutilações e a comida...Anda sempre agarrada às saias da mãe.

Isaura: Isso a minha também...é muito carente, talvez por falta de pai.

Dra. Ana: O que sentem perante situações de crise?

Júlia: Frustração, impotência.

Margarida: Angústia, ansiedade... Sinto que tenho de fazer alguma coisa, tento consolá-la abraçando-a.... se a crise for mais pequena tento fazer palhaçadas.... sinto que está nas minhas mãos controlar a crise.

Eu: É muita responsabilidade para si.

Margarida (sorrindo): Sinto isso.

Dra. Ana: Tem de estar atenta às entrelinhas, lê-las e dar-lhe a resposta certa.

Margarida: Se não o fizer sinto que ela me vai castigar ao chegar a casa.

Dra. Ana: Castigar?

Margarida: Ficar chateada... não me falar.

Isaura: Eu respondo de forma muito diferente consoante a minha disposição, agora tenho ficado calada, a ver se ela nota que eu estou triste. Ela comporta-se como uma criança, mesmo quando estão convidados em casa, então votamo-la ao desprezo e se ninguém fala com ela, ela sai da mesa e isola-se, eu depois vou ter ao quarto e pergunto-lhe se ela acha que fez bem.

(Os outros pais perguntam se as outras pessoas sabem a doença da filha.)

Isaura: Sabem que ela tem problemas de doença mental mas não sabem que ela é *borderline*, ninguém sabe o que isso é.

Margarida: Eu digo que ela bipolar todos os dias.

António: Eu também, digo que ela é bipolar e não há mais perguntas.

Chamo a atenção para a importância de, em situações de crise, validar os sentimentos e não os comportamentos e peço exemplos em que o tenham feito. Os pais têm dificuldade em fazê-lo, mesmo em situações imaginadas.

Júlia: Eu deixo passar algum tempo e depois pergunto-lhe o porquê de ter agido daquela maneira.

Margarida: Isso nós também fazemos.

António: Ela diz que as lâminas são as melhores amigas. Ela tem muitos ciúmes da irmã, a irmã sempre foi directora geral de tudo, na escola, com os amigos. Ela antes era muito magra, muito bonita, chegou a ser modelo de revista.

Margarida: Ela diz coisas que me magoam muito, já me disse que não vai mais tentar matar-se com intoxicações, vai ser por enforcamento... (começa a chorar).

António: Eu também ouvi isso, apeteceu-me bater-lhe, ela atira assim isto ao ar e nós que aguentemos.

Margarida: Acho que ela diz umas coisas para desabafar, sente-se tão entupida, tem de despejar e eu sou o saco dela, temos uma relação tão aberta. Sou um bocadinho feita de cortiça. (Faz o gesto de amortecer o choque com as mãos.) Não vejo como podia não ouvir, ou ficar chateada, eu quero saber tudo o que se passa com a minha filha... conheci as relações sexuais dela em pormenor, mesmo quando foram más. Umas coisas suprimo, para outras arranjo força, se eu não aguentar ou reagir mal, tenho medo que ela me deixe de dizer as coisas, podem-me magoar mas eu prefiro saber.

Maria: Eu também soube quando ela perdeu a virgindade mas não consigo vê-la a fazer coisas que a prejudicam e dizer que está tudo bem, como quando ela me contava que fumava charros e beijava várias pessoas numa noite, prefiro não saber tudo, posso não me controlar.

Júlia: Eu só na terapia tomei consciência que a minha culpa, que mais tarde percebi que era responsabilidade, tinha por trás a minha noção de poder... tive de perceber que eu não posso controlar tudo e disse-lhe: sou a tua mãe, sou uma pessoa inteira, nós não somos a mesma pessoa, há limites. Nunca lhe fiz perguntas sobre a intimidade. Percebi que estou presente mas não controlo tudo, o que tiver de acontecer acontece. Foi difícil, eu também já tive depressão e nessa parte identifico-me muito com ela.

Margarida: Eu também já tive depressões sérias, quero evitar a todo custo que ela sinta o que eu senti, mas quem tem depressões consegue sair delas, toda a gente sai, somos seres racionais.

Maria: O pai da minha filha também teve muitas depressões, as primas automutilavam-se, pergunto-me se isso provocou a doença dela.

No grupo de famílias, a responsabilidade sentida pela família, e a culpabilidade na presença do estigma da doença, é latente em todo o discurso, na causalidade, acompanhamento e tratamento da doença. A forma de lidar com a doença oscila entre a autonomia e a protecção e os/as doentes são simultaneamente vistos/as como pessoas responsáveis, capazes de lidar com a frustração, ou seres frágeis que necessitam de ser protegidos de forma a evitar as crises. A protecção dos/as doentes está associada à sua idealização como seres puros, ingénuos e dependentes que é concordante com a sua incapacidade em responder às exigências da sociedade, de se adaptarem, de serem socialmente adequados e de alcançarem os ideais de sucesso baseados no emprego, na beleza, nos “grandes planos”. Estas características podem ser comuns a outras sociedades e a pessoas não enquadradas em categorias nosológicas, mas surgem neste contexto ocupando um lugar específico na economia do caso, não tanto devido ao sentimento de inadaptação, mas à forma com lidam com ela.

Optei por descrever os pais como personagens-tipo “o pai despreocupado”, “a mãe coragem”, “a mãe modelo” e “a mãe ansiosa” porque são algumas das respostas encontrados nos pais, lidas, é claro, de forma estereotipada. A onipotência e onisciência que alguns pais procuram contrasta com a impotência que outros sentem, de forma quer angustiada, quer conformada. No grupo, os pais performam uns para os outros e para as terapeutas, segundo uma narrativa da doença mental. O “pai despreocupado” acredita que há pouco a fazer e portanto de nada lhe serve preocupar-se muito, a “mãe coragem” sente que tem de prevenir e controlar todo o sofrimento da doente, a “mãe modelo” cumpre à risca toda a narrativa psiquiátrica, é aquela que se identifica mais com as terapeutas, e a mãe ansiosa está à beira de um “ataque de nervos” com a filha.

É no espaço intersubjectivo que ocorrem a maioria das dinâmicas, tanto na mãe que diz *“está nas minhas mãos controlar a crise”*, amortecer o choque, como na mãe que refere a necessidade de separar o seu corpo da sua filha *“sou a tua mãe, sou uma pessoa inteira, nós não somos a mesma pessoa, há limites”*. No subcapítulo 5.2., Cristina referia que: *“a minha mãe diz que cada corte que dou em mim é um corte que dou nela”* como se fosse uma só dor, um só corpo, que fosse necessário separar de novo. A automutilação é a marca desta separação, um reafirmar do limite da pele: este é o meu corpo.

A doença passa a ser vista como a causa impeditiva de alcançar os ideais desejados, justifica e valida os comportamentos da pessoa doente, é reconhecível e comunicável aos outros. O diagnóstico de perturbação *borderline* da personalidade adaptado à doença bipolar traduz também a importância da causalidade fundamentalmente orgânica que retira a culpabilidade aos/às doentes.

Se a perturbação *borderline* da personalidade é encarada como uma fatalidade, resultado de uma ausência (de pai ou mãe) ou contágio familiar (como se fosse uma doença infectocontagiosa), por outro lado, é algo controlável sob o domínio do/a doente e os comportamentos autodestrutivos são vistos como *“vícios”*, *“comportamentos desviantes”*, com a obrigação de autocontrolo. A vigilância pertence à cultura da confissão e estende-se ao seio familiar *“conheci as relações sexuais dela em pormenor, mesmo quando foram más”*. O/a doente deve falar do porquê das suas crises, da sua sexualidade, ser vigiado e controlado, por si, por pais e terapeutas. Os próprios pais têm de ter uma vigilância constante sobre si, nomeadamente ao observar o estado de espírito do/a doente e escolher atentamente as palavras para não desencadear crises. Trata-se de uma reconfiguração dos protocolos de vigilância cujo

holismo acciona alguns dispositivos típicos da construção familiar da infância, com as respectivas implicações conjugais.

O corte desperta a atenção e implica a leitura do outro. Não só o corte fica sujeito à força do leitor, neste caso o pai ou a mãe que vêem o corte e que lhe atribuem um significado, como o leitor também é sujeito a ser a voz da automutilação. É (quase) impossível ficar indiferente à pessoa que se corta. Ou seja, o corte adquire um significado na dinâmica familiar que depende de quem o lê. É a sensação de choque e dissonância que estes pais sentem, na qual a perda da compreensão se torna a condição de possibilidade de testemunho (Kilby, 2001).

No grupo, um dos pais diz “isto é o que uma família faz”, o que nos leva a questionar o que é uma família? É possível questionar o modo como os presentes imaginam a normalidade familiar e o quanto sentem necessidade de invocá-la neste contexto. Breton, no livro *Amor Louco* (1971), escreve para a filha “Que, antes de mais nada, se enterre de vez o conceito de família!”. Num livro dedicado à filha e que se chama amor louco é curioso terminar com este corolário (que João César Monteiro (isto anda tudo ligado), cita também no fim do filme *Fragments de um Filme Esmola: a Sagrada família*, de 1972. Acabar com o conceito de família, no sentido metafórico, não seria destruir os laços afectivos, mas a idealização da família enquanto local de protecção e controlo que se encontra num limbo entre autonomia e dependência difícil de manter.

7. Na casa de um corpo em crise

7.1. Residência *Borderline*

A criação de um diagnóstico implica a procura de um tratamento. Todos os tratamentos psiquiátricos para a perturbação *borderline* da personalidade têm em comum o serem estruturados, com objectivos claros, relativamente longos e envolver uma equipa multidisciplinar treinada. O tratamento da perturbação *borderline* da personalidade é fundamentalmente psicoterapêutico, sendo a psicofarmacologia complementar, nomeadamente para tratar sintomas associados (depressão, impulsividade e surtos psicóticos). Contudo, a maioria dos/as doentes que frequentam o programa estão polimedicados/as, quer porque são doentes previamente

intervencionados/as, quer porque é a forma mais imediata de controlo da sintomatologia. No programa de tratamento do centro hospitalar São João, os /as doentes podem ser integrados/as numa residência durante três meses. Neste capítulo, descrevo como os/as doentes são tratados/as na residência, destacando aspectos importantes no tratamento: o contrato, o modelo psicoterapêutico e o momento da alta.

A residência abriu em Setembro de 2015 e nela decorrem dois programas de tratamento dirigidos para doentes com perturbação *borderline* da personalidade e doentes com perturbação do comportamento alimentar, com três e seis camas, respectivamente. Recentemente a residência foi nomeada “Residência Elycio de Moura”, psiquiatra português (1877-1977) que desenvolveu um trabalho importante na anorexia nervosa, pondo em prática o conceito de parentectomia de Charcot, colocando os/as doentes em pensões com restrição de contactos com a família. A residência fica localizada no pólo de Valongo do centro hospitalar São João, tem três quartos com três camas cada, uma sala de actividades, sala de estar e de jantar, onde os/as doentes fazem as refeições em conjunto, dois gabinetes e três casas de banho. A equipa terapêutica consiste em três psiquiatras, duas psicólogas, duas terapeutas ocupacionais, um assistente social e cinco assistentes operacionais. Na residência não há equipa médica nem de enfermagem permanente, está presente um assistente operacional durante 24 horas. Os assistentes operacionais estão na proximidade dos/as doentes, devem estar disponíveis para estes/as, assim como para sinalizar a existência de comportamentos autodestrutivos ou outras alterações de comportamento (por exemplo, crises de ansiedade ou isolamento social) e contactar a equipa de enfermagem ou equipa médica. A comunicação entre a equipa é feita através de reunião semanal e do livro de ocorrências, onde os assistentes operacionais registam os acontecimentos do dia.

Na residência, o/a doente pode levar os seus objectos pessoais, sendo impedida a entrada de lâminas e outros objectos cortantes. O/a doente mantém a sua roupa habitual e o quartos é decorado por si, tendo em conta que é uma passagem temporária. A residência é fechada, ou seja, os/as doentes não podem sair na ausência de autorização prévia. Contudo, são frequentes as saídas ao exterior, quer individualmente ou em grupo, nomeadamente para utilizar recursos existentes na comunidade (equitação, biblioteca, parque da cidade). Todos/as os/as doentes têm um plano individual que define os objectivos e terapêutica e semanalmente são afixadas as autorizações de saída, telefonemas e uso material electrónico. A maioria

dos/as doentes, à medida que vai evoluindo no plano terapêutico, tem mais autorizações para sair e passar dias fora da residência.

7.1.1. Contrato

O contrato consiste num documento que é assinado pelo/a doente e pelo/a psiquiatra antes da sua entrada na residência, onde são definidos objectivos, direitos e deveres do/a doente. Os objectivos para o/a doente com perturbação *borderline* da personalidade na residência são “estabilizar actividades de vida diária e rotinas (higiene, alimentação, sono), identificar e modificar comportamentos desajustados, melhorar relacionamento interpessoal e estabilidade afectiva, iniciar reabilitação vocacional e ocupacional”. Estes objectivos são formulações abstractas, a partir de uma normalidade-sanitária, cujo sujeito-protótipo acorda de manhã, tem o seu dia a dia organizado, trabalha ou “está ocupado”, tem vários amigos, alguns de infância, e um namoro longo e duradouro. O termo “contrato” é muito revelador quanto à governamentalidade liberal que penetrou no campo psiquiátrico, sendo que a “ficção contratual” se converte na nova fonte de legitimação da normalização biopsíquica.

Segundo o contrato “não é permitido qualquer contacto sexual entre os/as doentes, consumo de drogas, violência física, verbal ou roubos. O não cumprimento das regras implica uma consequência e poderá levar à exclusão do programa da residência”. Se o/a doente decidir abandonar a residência fica automaticamente excluído/a do programa durante seis meses. De acordo com a retórica terapêutica, este carácter mais coercivo das regras da residência está relacionado com o estabelecimento de limites e com a ideia que, neste caso, só se trata quem se quer tratar, ou seja quem está capaz de aderir ao tratamento e cumprir as suas regras, o que desde já cria uma suspeição sobre o tratamento.

Ainda no contrato “os comportamentos autodestrutivos estão proibidos no interior da residência e perante uma situação de crise, ou seja, de eminência de comportamentos autodestrutivos, o/a doente deve contactar um elemento da equipa e pedir ajuda”, “o não cumprimento das regras implica uma consequência”. Se por um lado esta formulação é centrada na capacidade do/a doente controlar os comportamentos, por outro coloca no outro o papel de “ajuda”. A visão do tratamento como “ajuda” e do/a terapeuta como ajudante, reforça a ideia de bondade nos cuidados de saúde. Na psiquiatria, é comum falar-se em crise como equivalente a

comportamentos autodestrutivos ou instabilidade marcada das emoções. Crise, em saúde mental, significa um “período de desequilíbrio psicológico resultante de uma situação que constitui um problema significativo e que não pode ser resolvida com as estratégias habituais de *coping* do indivíduo (Roberts e Ottens, 2005)”. A crise contém em si a ideia de imprevisto, súbito e fora de controlo, a pessoa doente deixa de ser capaz de se autorregular e necessita da “ajuda” de um perito. Na residência, por vezes ocorrem comportamentos autodestrutivos, nomeadamente nas primeiras semanas, quer no seu interior quer nas saídas a casa. Perante uma situação de crise, segundo o programa, num primeiro momento é necessário avaliar a gravidade da situação e o risco de suicídio, ponderando a atitude a ter para evitar o comportamento ou reduzir o risco suicida, reconhecendo os limites da intervenção. Frequentemente, os/as doentes só contactam o/a psiquiatra após se terem cortado. Posteriormente, nas sessões psicoterapêuticas programadas, é discutido o impacto destes comportamentos no tratamento e na residência. É importante que sejam identificados os acontecimentos e sentimentos precipitantes ao comportamento efectuado, procurando alternativas. O/a terapeuta valida os sentimentos mas não os comportamentos, reforçando positivamente, caso exista, o “pedido de ajuda”. Avaliar, reconhecer, discutir, identificar: a prática psiquiátrica inscreve-se num sistema disciplinar de avaliação e controlo em que os comportamentos “patológicos” da pessoa diagnosticada são simultaneamente voluntários e involuntários, sujeitos ao controlo de si e independentes da vontade. A separação do que são considerados “comportamentos e sentimentos” permite esta abordagem dúplice.

Os/as residentes partilham espaço, tempo e vivências, estabelecendo-se dinâmicas relacionais de proximidade mas também de conflito. Estes conflitos são por vezes os precipitantes das crises, assim como os telefonemas com a família ou fim de semanas passados em casa. Contactos ou encontros entre doentes fora da residência não são permitidos. Esta regra tem como objectivo delimitar o espaço terapêutico, manter os limites dos relacionamentos claros e impedir que se formem subgrupos dentro de um grupo terapêutico. No final do tratamento, duas doentes questionaram a equipa médica se poderiam ir morar juntas. Foi novamente devolvida a regra e a sua justificação (risco de contágio emocional, sentimentos de responsabilidade pelo outro associados a incapacidade de ajudar ou de ser ajudada, com consequente desesperança e frustração), desaconselhando que tal ocorresse enquanto estivessem em tratamento. A psiquiatria procura regular comportamentos dentro e fora do campo clínico, invadindo os restantes espaços do/a doente, com o ideal de ser o/a próprio/a a autorregular-se, desde que capacitado para a autonomia. Na residência, o/a doente

não pode ter consigo material cortante e, se houver necessidade, o assistente operacional tem indicação para o/a revistar. Já aconteceu os/as doentes trazerem medicação ou lâminas para o interior da residência, que são posteriormente retiradas. Uma doente trazia com frequência afixas, com o motivo de que estava a pintar uma tela. Combinou-se com a doente que as afixas ficariam guardadas no cacifo e só eram utilizados quando estivesse a pintar. A cada residente é dada a medicação necessária para uma semana de tratamento e o residente é responsável pelo cuidado dos seus bens pessoais e arrumação do seu quarto. Na residência os/as doentes têm “direito a serem ouvidos/as e tratados/as com respeito, privacidade e confidencialidade da informação, participarem nas decisões relacionadas com o seu tratamento”. Com frequência, os/as doentes criticam as regras ou o modelo, contribuindo também para algumas modificações que o tratamento vai sofrendo, sem contudo alterar a sua estrutura e orientação de base.

O contrato é uma forma de vincular o/a doente ao tratamento, responsabilizando pelos seus comportamentos e respectivas consequências, assim como de manter o espaço da residência disciplinarizado. Os conceitos de contrato, motivação e autonomia são exemplos da invasão da psiquiatria pela retórica liberal na procura de um *empreendedorismo* identitário.

7.1.2. Psicoterapias

O programa tem a duração de três meses e inclui terapia de grupo baseada na mentalização duas vezes por semana, terapia comportamental dialéctica semanal, psicoterapia individual semanal, *mindfulness*, relaxamento, treino de funcionalidade, terapias expressivas e psicoeducação para a saúde. Semanalmente existe também a reunião da residência com todos os residentes. Existem várias terapias desenvolvidas para a perturbação *borderline* da personalidade, sendo que as mais estudadas são a terapia comportamental dialéctica, terapia focada na transferência, terapia baseada na mentalização e terapia de esquemas. A psicoterapia baseada na mentalização e a terapia comportamental dialéctica são psicoterapias usadas neste programa, apesar de os elementos da equipa de tratamento terem também outras formações (psicodrama, terapia familiar e terapia interpessoal). A co-existência de diferentes psicoterapias permite concluir que as terapias consideradas estabelecem dinâmicas relacionais semelhantes. Vou então descrever a terapia mais usada no programa.

A terapia baseada na mentalização, desenvolvida por Anthony Bateman e Peter Fonagy (2004), realça o papel da vinculação segura, do trauma e da leitura das emoções pelo cuidador no estabelecimento da capacidade de mentalização. A vinculação desorganizada traz consigo a incapacidade de estar sozinho, sentimentos de insegurança e vulnerabilidade, face a um *self* destrutivo que corre risco de desaparecimento, fusão psicológica ou dissolução dos limites. O trauma ou a negligência precoce levam à inibição da capacidade de pensar sobre os sentimentos do outro, reduzem a capacidade de mentalização e ampliam o impacto do trauma tardio. Se a emoção é identificada pelos pais mas não reflectida como sendo do bebé, ocorre a internalização da imagem do/a cuidador/a como sendo parte da representação do *self* e o desenvolvimento do *self* é impedido. Estes acontecimentos estão na base da falência da mentalização, com o regresso a modos primitivos do funcionamento psíquico, e conseqüente ausência de uma representação estável do *self*. A terapia baseada na mentalização tem por objectivo a melhoria do conhecimento do estado mental do próprio e dos outros, subjacente à capacidade de regulação das emoções, controlo e atenção. Apesar da sua formulação dinâmica, a sua prática é centrada no aqui e no agora, procura reconstituir situações que o/a doente conta, nomeadamente situações de crise, separando emoções, pensamentos e comportamentos (o que sentiu? o que pensou? o que fez?). O/a terapeuta deve assumir uma postura de não saber, fazendo perguntas abertas, validando as emoções sentidas, procurando clarificar, elaborar e desafiar a situação contada pelo/a doente. A terapia baseada na mentalização, ao separar pensamentos, emoções e comportamentos, permite este jogo dúplice entre a validação dos sentimentos e invalidação dos comportamentos, entre inevitabilidade e autocontrolo: “compreendo que se sinta assim, não compreendo que se corte”. Esta terapia é bem exemplo dos aspectos constitutivos da doença que tenho vindo a abordar. É centrada no indivíduo e na difusão da identidade como estando na origem da doença, a qual depende da dinâmica familiar, as situações de crise são um aspecto importante do tratamento, visando o autocontrolo individual.

7.1.3. À data de alta

O momento da aproximação da alta, habitualmente é um momento de tensão. “À data de alta” é uma formulação-tipo nos relatórios clínicos, à qual se segue o exame

do estado mental, e que comumente é um exame sem história, ou seja, sem “alterações relevantes”. Depois de uma identificação quase perfeita entre a história da doença e a história biográfica, apresento de seguida um estudo de caso a partir de uma sessão de grupo decorrida na residência onde pretendo aproximar-me da ambivalência e das dúvidas dos/as doentes em relação ao tratamento, e das dinâmicas relacionais estabelecidas.

Sessão de grupo na residência (6 de Maio de 2016)

Na sala estou eu, a Paula e a Teresa. A Paula tem 30 anos e esta é a segunda vez que está numa residência, termina o contrato dentro de duas semanas. A Teresa tem 35 anos, já esteve várias vezes internada e está no início do contrato. Início o grupo questionando se se recordam do grupo da semana passada e se há algum assunto que gostariam de falar hoje.

Paula (zangada): Não adianta falar porque nada vai mudar. Eu também já estou de saída e tanto me dá. Já não me sinto na residência, só estou à espera que os três meses acabem.

Pergunto a Paula se aconteceu alguma coisa que a faça sentir assim.

Paula: Este programa não é para mim. Sinto que eu sou uma peça estragada que fui posta numa linha de montagem, toda a gente mexeu em mim mas continuei estragada. Não entendo, não estou a dizer que a culpa está no programa, eu é que tenho o defeito, já tive noutros tratamentos e nunca correram bem, talvez seja demasiado especial. O meu tempo está a acabar e eu não estou melhor... mas não me importa, em casa é igual, tudo me é indiferente....

Teresa: Não concordo nada, tu não podes estar à espera que outros mexam em ti e tu não faças nada!

Paula (surpreendida com o comentário de Teresa): Mas eu fiz, eu participei em tudo, não me podem acusar de ser passiva. Esperava sair daqui curada e estar capaz de estudar, ter um emprego...

Teresa: Ter um emprego? Eu se sair daqui melhor, mais estável e não desistir de tudo, já é uma vitória. Sinto que a residência é o meu porto de abrigo, aqui tenho rede.

Paula: Eu acho que descuram do que realmente preciso. Tudo o que melhorei foi porque eu fiz ou pedi.

Quando questionada sobre em que está a pensar, Paula fala de “ter conseguido” poder tomar café no exterior, poder usar o computador mais tempo. Refere que se sentiu desvalorizada na reunião da residência em que contou que outra residente invadia a sua privacidade, entrando no seu quarto sem pedir. Sentiu que não foi apoiada pela equipa terapêutica nem pelas outras residentes.

Teresa: Não podes esperar que os outros concordem sempre contigo. Eu apoiei-te, mas a dada altura achei que estava a obrigar os outros a tomar decisões. Decidi experimentar ser diferente, vou deixar de me preocupar com os outros e mostrar mais a minha opinião, sem medo. Antes estava sempre preocupada que os outros cumprissem o tratamento e fizessem as coisas certas, isto também mostra alguma onipotência da minha parte. Vou deixar de o fazer. Vou experimentar, não quer dizer que seja melhor, ainda estou à procura da minha voz.

Teresa fala da necessidade que tem de controlar tudo, de sentir que tudo é da sua responsabilidade, depois de desistir e ficar frustrada consigo, de a residência ser uma oportunidade de “se experimentar”.

Paula envolve-se pouco no grupo, refere apenas “percebo o raciocínio” quando questionada.

No final do grupo: Paula está emocionada, inicialmente não quer falar mas acaba por dizer: Fui apanhada de surpresa, não estou zangada, talvez apenas magoada, a Teresa devia-me ter prevenido desta mudança.

Teresa concluiu dizendo: Talvez a Paula tenha razão. Há muitas coisas que concordamos e outras em que eu penso completamente diferente. Isto ainda vai dar frutos.

Na sessão seguinte, após a sessão de grupo, Paula aborda-me a chorar: Não sei como vai ser lá fora, eu aqui tenho um papel, sinto-me bem, tenho medo de recair. Foi muita coisa, passou muito rápido. Quando estava aqui só pensava em sair mas quando estou em casa só quero voltar...

Digo à Paula que deve ser difícil regressar a casa sem se sentir preparada, mas que o tratamento não termina aqui.

Os/as doentes oscilam entre a idealização e desvalorização do/a terapeuta e do tratamento e entre dois tipos de respostas perante sentimentos negativos ou frustração de expectativas: a culpabilização do próprio “*falhei em tudo, vou desiludir toda a gente*” ou a externalização da culpa “*a equipa terapêutica não me ajuda, eu estou sempre a alertar para o que preciso mas ninguém me ouve*”, “*sou demasiado especial*”. A residência pretende ser um local de ensaio para o mundo exterior, onde relações interpessoais de conflito e proximidade são estabelecidas, as crises acontecem, as pessoas podem conhecer-se e experimentar-se. O local onde o/a doente constrói a sua identidade e assume novos papéis, “ter a minha voz”. As directivas psicoterapêuticas “*conhece-te a ti mesmo*” e “*controla-te a ti mesmo*”, se por um lado reforçam a necessidade do/a doente se autovigiar, por outro reconhecem o poder do/a doente no cuidado de si. A obrigação de ser “activa”, de “mexer em si própria”, traduz a implicação das doentes no tratamento. Contudo, a autonomia

identitária resulta de uma despsiquiatrização apenas aparente, mantendo-se dentro do modelo terapêutico. A ideia de escolha está diluída em dispositivos que constroem o *self* psicológico. Como referiu Giddens (2002 [1991]), nos dilemas da modernidade tardia, as forças que governam o sujeito são mais disseminadas e quanto mais extensos se tornam os sistemas sociais, mais o indivíduo é privado da sua autonomia”.

Apesar da ambivalência, a maioria dos/as doentes melhoram ao longo do tratamento, de acordo com as categorias porque são avaliados: controlo de impulsividade, regularização das emoções e regularização de rotinas. A avaliação da sintomatologia é realizada também de forma quantitativa no início e no fim do tratamento em residência, através da aplicação da *Symptom List Borderline* (Bohus *et al.*, 2009), procurando ensaiar uma “medicina baseada na evidência” que, ao quantificar as melhorias, valide o tratamento. Ou seja, tudo corre bem, durante três meses aplica-se um tratamento, os/as doentes melhoram no seu interior segundo uma narrativa de doença mental, estas melhorias são confirmadas e validadas por instrumentos desenhados para o efeito. O modelo autoconfirma-se. As melhorias do/a doente no interior da residência (e do tratamento) não são coisa pouca. Estamos a falar de pessoas que se cortam, tentam matar, sofrem, às quais a prática psiquiátrica dá uma resposta. Importa pensar o modelo de tratamento, a invasão dos ideais de empreendedorismo e autonomia no discurso psiquiátrico, a psiquiatria enquanto dispositivo disciplinar e de governamentalidade, e se existiriam outras práticas e regimes de verificação fora da clínica com efeito semelhante. As melhorias podem estar relacionadas tanto com o modelo psicoterapêutico como com o ambiente institucional, programado e seguro da residência, e com a correspondência às expectativas pessoais e partilhadas. Com o aproximar do final dos três meses é comum haver um agravamento sintomático, entendido como receio de regressar ao ambiente anterior. Após a alta, os/as doentes mantêm-se em acompanhamento ambulatorio intensivo, com tratamento dois dias por semana (psicoterapia de grupo duas vezes por semana e psicoterapia individual uma vez por semana) - “o tratamento continua”.

7.2. Local de Transição

O programa de tratamento é centrado no indivíduo e nas suas emoções, procurando separá-lo do seu ambiente de modo a restabelecer-se, tratar-se, promovendo a sua “autonomia e autorregulação”. Na retórica psiquiátrica, a residência pretende ser um local de transição, onde a pessoa se pode experimentar e passar de

uma fase onde o controlo é externo para uma fase onde esta “ajuda” diminui, sem no entanto deixar de estar presente. Os níveis de tratamento são exemplo disso mesmo, do aprender “a andar sozinho”. O tratamento na residência pretende ser essencial para a estruturação do caos, é um período de separação do ambiente prévio, em que apesar de colocar o/a doente sob a alçada da psiquiatria procura dar-lhe espaço (e os instrumentos) para desenvolver a sua autonomia e o seu percurso de vida. Assim, a residência propõe-se como um local de transição, que vive na tensão entre controlo e autonomia. Um espaço liminal onde os rituais de passagem são determinados pelo/a doente e pela equipa terapêutica, sob um regime do *self* inscrito num sistema de verificação que perpetua o *self* autónomo e uno como ideal realizador.

Sendo um local “protegido”, regulado pelo “complexo psi”, onde o ambiente é estruturado e os limites são estabelecidos, a procura de identidade acontece sob uma narrativa de doença. As psicoterapias fazem como parte do projecto reflexivo do eu (Giddens, 2002 [1991]) e a pessoa diagnosticada nunca se liberta de um identidade construída sob um discurso terapêutico). O *self* fragmentado, a ausência de uma identidade una, devem ser restaurados pelo modelo terapêutico, que reflecte a importância do autocontrolo e a fabricação do *self* autónomo.

O facto da residência ser fechada e estar sob vigilância permanente do assistente operacional, limita a autonomia do/a doente. Esta decisão, assim como a possibilidade de o/a doente ser revistado/a, é justificada pelo facto de estarem na residência doentes em diferentes fases da doença, nomeadamente com ideação suicida e comportamentos autodestrutivos. A residência procura a transformação do indivíduo segundo tecnologias disciplinares (Foucault, 1995 [1975]) que definem as estruturas de espaço, tempo e relações entre indivíduos, através da observação hierárquica e normalizadora que o próprio indivíduo usa para guiar o seu comportamento. No plano nacional de saúde mental²² é defendido que a decisão de internamento só deve ser tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade, favorecendo as equipas de intervenção comunitária e também as residências, numa psiquiatria que tenciona ser distante do “grande internamento”. A dúvida que se coloca é se as residências são um tratamento substancialmente diferente do internamento e posteriores reinternamentos a que estes doentes são sujeitos (fenómeno conhecido por “porta giratória”), ou apenas um tratamento semelhante e mais prolongado, mais próximo da institucionalização. A residência é ainda um espaço disciplinar no sentido de vigilância e organização do

²² Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf> [19 de Julho de 2016]

espaço e do tempo, que pretende tornar o indivíduo “funcional” na sociedade mais do que removê-lo de forma permanente. Contudo, hoje, a retirada do/a doente para a residência não tem em vista a sua “refamiliarização”, mas a sua autonomia e, sobretudo, a diminuição do sofrimento. A autonomia do/a doente não implica que este saia do seio familiar, onde frequentemente regressa, mas que estabeleça a sua identidade para além deste. Não raras vezes, esta identidade só é estabelecida através da verdade psiquiátrica e o/a doente “desorganiza-se” fora desta. Ou seja, é comum o aparecimento de sintomatologia tempos depois de os/as doentes saírem da residência.

Apesar do carácter contentor e fechado, esta residência é fundamentalmente diferente de um internamento, nomeadamente na ausência de equipa médica ou enfermagem permanente, nas saídas ao exterior e nas reuniões semanais da residência, o grau de liberdade é maior e a vigilância é menor.. Ao contrário da instituição total, panóptica, o/a doente pode sair e regressar e assumir outros papéis no exterior e não visível a todo o momento. Os quartos são locais onde os/as doentes se podem tornar invisíveis e a privacidade é algo privilegiado tanto pelos/as doentes como pela equipa terapêutica. Trata-se de um panóptico mas reinventado. Se a metáfora das instituições totais não é totalmente inválida, ela falha em captar a natureza da residência. As mudanças da localização geográfica, de um local isolado para fazer parte da comunidade, as saídas voluntárias, os limites fluídos entre o hospital e a comunidade, tornam a residência num local permeável (Quirk *et al.*, 2006).

A residência pretende ser um local de transição. O receio da alta, do descontrolo, da ausência de estrutura ou supervisão, reflecte também o receio da perda de sentido. O poder psiquiátrico legitima o sofrimento, dá segurança para o sujeito se experimentar e construir a identidade. O poder que controla e cria o sujeito é simultaneamente o poder através do qual o sujeito resiste e se cria., sem nunca sair da narrativa terapêutica.

8. Resistência

8.1. A negatividade do tratamento

A resistência, no sentido lato, tem simultaneamente uma conotação positiva de defesa, força e luta e negativa de oposição e desobediência. Na doença mental, a resistência do/a doente ao tratamento é também ela psiquiatrizada e deve ser analisada na relação terapêutica. Comumente, os/as doentes com perturbação *borderline* da personalidade são referidos como difíceis, manipuladores e resistentes. A resistência deve ser removida e analisada. A resistência é também um mecanismo de defesa através do qual o/a doente procura manter sensações dolorosas sobre controlo e traduz a ambivalência à mudança, podendo surgir sobre diferentes formas: desvalorização da terapia, *acting out*²³, atrasos, má adesão ou mesmo abandono do tratamento, recusa em desenvolver metas, falar sobre questões superficiais, silêncios prolongados e reacções negativas graves. A terapia pela palavra, ao ultrapassar resistências, permitirá por fim obter uma visão integrada do *self* e mecanismos de defesa mais maduros.

A perturbação *borderline* da personalidade começou por ser definida não pela resposta mas pela resistência ao tratamento, doentes não analisáveis e que por vezes tinham reacções exuberantes perante a análise. Na formulação inicial de Adolph Stern (1986), já estavam presentes as reacções terapêuticas negativas que incluem sentimentos de raiva, ansiedade e agressividade, em resposta a interpretações correctas do/a terapeuta. A reacção terapêutica negativa não define só a ausência de melhoria mas um agravamento dos sintomas quando o/a doente sente que o/a terapeuta foi útil e o/a terapeuta está genuinamente interessado em compreender e tratar o/a doente. O paciente pretende destruir o que é recebido pelo/a terapeuta devido ao masoquismo e sentimentos de culpa inconscientes, inveja do analista ou necessidade de destruir o/a terapeuta como objecto bom devido à identificação inconsciente com um objecto de amor sádico e primitivo. O sentimento de que se é amado quando se é atacado ou maltratado implica uma junção de amor e dor que leva o paciente a criar situações nas quais o outro é provocado de forma a provocar e rejeitar (Kernberg *et al.*, 1989).

²³ Fácil passagem ao acto, impulsividade.

Apresento de seguida um estudo de caso de um doente acompanhado na minha consulta onde se pode ler a resistência do doente ao tratamento e a impossibilidade de fuga: ou se aceita como doente e é doente, ou recusa ser doente e está ainda mais doente.

Consulta individual (7 e 14 de Abril de 2016)

Pedro, 27 anos de idade, solteiro, sem filhos, desempregado. Tem antecedentes de 4 internamentos. É acompanhado quinzenalmente em consulta de psiquiatria. Já foi orientado para o grupo psicoterapêutico e para a residência, mas o doente recusou. Por vezes comparece na consulta alcoolizado, outras passa longos momentos em silêncio, recusa falar sobre alguns temas que tento abordar. Quando fala de literatura ou música, assume outra postura e fala fluentemente sobre os seus interesses. O doente tem passado vários dias em casa, incapaz de sair, com uma ansiedade marcada na presença de outras pessoas. Recusa iniciar terapêutica farmacológica. Antes da consulta fui contactada por uma amiga referindo que o doente tem estado pior, mais isolado, não quer luminosidade, tem-se queimado com o cigarro, liga aos amigos e fala numa língua desconhecida.

O doente entra no gabinete e pede para estar de óculos escuros na consulta, do exterior, ouvem-se pessoas que falam em voz alta. Depois de alguns momentos em silêncio, diz: “hoje estou hipersensível, não sei como aguenta esta luz, estes barulhos, não sei como as pessoas conseguem levar o dia a dia, eu sinto uma dor muito grande, sei que mesmo que tente vou estragar tudo”. Peço ao doente para retirar os óculos para podermos iniciar a consulta o que acaba por fazer ao fim de alguns minutos.

Pergunto-lhe como correu a semana e Pedro responde: “estou pior, sem esperança, sinto-me monstruoso. Isto não está a resultar, eu nunca melhorei, ou ando triste ou não sinto nada... nunca consegui manter um trabalho ou um namoro, deixava as namoradas com medo que elas me abandonassem”. Aponto algumas melhoras que Pedro tem conseguido ao longo do tratamento e momentos em que já se sentiu melhor mas Pedro responde “sempre me senti diferente, mesmo quando andava bem era forçado, mas nunca consigo fingir muito tempo.”

Na consulta seguinte, o Pedro questiona o tratamento, “a psiquiatria é um culto que pretende normalizar as pessoas, pôr-nos todos normais, funcionais, eu com antidepressivos deixava de ser aquilo que sou, eu sei que vou ser sempre marginal. Eu sei que está aí sentada a fazer perguntas, como se soubesse tudo e a achar que eu me porto como uma criança, aprecio o seu esforço mas comigo não vai resultar. Os meus amigos cresceram, o meu irmão cresceu mas ficaram conformados, deixaram de ser quem eram, eu sei que isso não vai acontecer comigo”. Cita William Blake e diz que nasceu para sofrer.

Refere que tem consumido bebidas alcoólicas e fumado canabinóides: “é a única forma de conseguir estar fora de casa.

Digo a Pedro que deve ser difícil sentir que se por um lado está a sofrer por outro se muda conforma-se e perde a sua individualidade. Pedro fica calado. Questiono-o se acha que tem algum problema de saúde “tenho, não conseguir suportar o olhar das pessoas... se conseguisse tudo mudava”. Contudo, refere: “mas mesmo quando o consegui a dor mantinha-se... tentei tudo para ser igual aos outros, na adolescência as coisas corriam melhor, era muito popular, era bom aluno, os meus amigos achavam-me brilhante e o meu pai também. Depois deixei de ir às aulas, sentia-me feio, não queria que as pessoas me vissem. Acho que teve a ver com situações da minha infância, coisas porque passei, mas nem tente falar sobre isso. Eu nunca vou melhorar, vou ser sempre assim, destruo tudo à minha volta... a liberdade e a felicidade são ilusões”.

Pedro não acredita que o tratamento esteja a resultar ou venha a resultar e protesta contra o poder psiquiátrico, na sua tentativa de normalização. Se por um lado realça as suas diferenças e incapacidade de adaptação ao mundo actual, nomeadamente aos ideais de sucesso na escola, no emprego e nas relações afectivas, exaltando-as como revolta e recusa em conformar-se, por outro expressa a sua dor, desesperança que associa ao fingimento e destruição. Fingimento em se adaptar a uma sociedade à qual pertence e não pertence, tentativa e erro, frustração que culmina na destruição de si. O dilema da adaptação e identidade é vivenciado de uma forma intensa, como se qualquer cedência à adaptação pusesse a sua identidade em risco. O corpo é recusado e castigado, o doente sente-se “feio”, “monstruoso” e tem o seu corpo marcado com queimaduras de cigarro. Pedro recusa ver e ser visto, refere sentir-se “hipersensível” como se a luz, o ar e o olhar do outro fossem sempre objectos agressores e pudessem rasgar a sua fina pele psíquica. A resistência ao tratamento, e dentro dela a reacção terapêutica negativa, corrompem aquela que é a primeira obrigação do/a doente: falar. Mário Cezariny (1999), no seu livro *Pecado Capital*, refere: “entre nós e as palavras, os emparedados/ e entre nós e as palavras, o nosso dever falar”.

Contudo, há uma relação ambígua no/a doente que se revolta contra o tratamento mas continua a comparecer regularmente à consulta e a procurar respostas terapêuticas para a dor que sente. Ao recusar o tratamento, o/a doente reforça a sua performance como sujeito doente. No acto de ser regulado e de se opor à subordinação, o sujeito reitera a sua sujeição e reafirma-se enquanto sujeito doente (Butler, 1997b).

8.2. Doença e protesto

É legítimo perguntar se a resistência do/a doente na relação terapêutica tem um potencial político e até que ponto a própria doença tem a função de resistência e protesto. Nos estudos realizados com sobreviventes da Revolução Cultural Chinesa que sofriam de fadiga crônica, fraqueza e dor, condição conhecida como Neurastenia, Arthur Kleinman (1991) concluiu que a doença era uma forma, politicamente tolerada, de expressar os sentimentos de angústia e raiva, de negociar melhorias nas condições de vida e resistir ao controle político no período após a Revolução Cultural. Ong (1988) estudou a relação entre perturbação dissociativa e possessão em operárias de multinacionais na Malásia, submetidas a novas regras e sobrecarga laboral, sendo a sintomatologia interpretada tanto como uma expressão de medo e sofrimento como de resistência. Neste estudos, ou mais recentemente nas situações de suicídio ocorridas na France Telecom (Dejours, 2005), o aumento da prevalência de doença mental surge num determinado grupo de pessoas previamente saudáveis, face a uma mudança nas condições laborais e sociais, em que é possível estabelecer a relação entre ambas de uma forma relativamente clara. A doença é simultaneamente sofrimento e resistência e adquire um significado político, significado este oculto a quem protesta. Debruçando-se sobre a anorexia nervosa como recusa das políticas de género actuais, Susan Bordo (2004) defende que este protesto está escrito no corpo das mulheres com anorexia nervosa, mesmo não sendo abraçado como conscientemente político. Para Susan Bordo (2004), as patologias de protesto feminino (agorafobia, histeria e anorexia) funcionam em conivência com as condições culturais que as produzem e adquirem um duplo papel. O mutismo da histeria tanto é uma rejeição da ordem simbólica do patriarcado como um ideal da cultura do patriarcado em relação à condição essencial das mulheres.

Dado que o corpo não é apenas produto do contexto social e cultural onde se insere mas é também produtor de significados, desejo e poder, dotado de potencial de transformação e devir (Deleuze e Guattari, 2004 [1972]), o corpo doente tem um significado simbólico e político que é continuamente produzido pelo/a doente, pela cultura e pelo clínico: nenhum corpo existe de forma neutra (Bordo, 2004). Contudo, o mesmo gesto que expressa protesto pode também significar dependência e debilidade. O protesto pode ser contraprodutivo na medida em que os sintomas destas doenças isolam e enfraquecem os sofredores, fragilizando-os ainda mais. O significado social e político da doença pode funcionar paradoxalmente, reproduzindo mais do que transformando precisamente o que está a ser protestado (Bordo, 2004).

A patologização do sofrimento, em que o discurso da responsabilidade individual ou familiar leva à procura da individualidade e da cura guiada por terapeutas (Bauman, 1989), despolitiza as origens do sofrimento humano. A psicologização da vida de todos os dias (todas as situações devem ser analisadas e compreendidas) leva à neurotização do sujeito e das relações sociais, organizada sob os conceitos de supervisão, acompanhamento e psicoterapia. Os novos modos de subjectificação participam na elaboração de regimes éticos que defendem um ideal de regulação individual em nome da responsabilidade autónoma. Estas novas formas éticas tornam-se centrais à governabilidade, em nome da liberdade dos sujeitos como *selves* psicológicos (Rose, 1997).

Ao longo desta dissertação fui abordando a construção da perturbação *borderline* da personalidade enquanto reflexo do seu tempo e das contrariedades do mundo actual que nos “obriga” a ser autónomos e dependentes, únicos e iguais, que nos cria a ilusão da escolha. Uma sociedade que favorece a precariedade e a ausência de compromisso enquanto alimenta ideais de sucesso baseados no vínculo, quer laboral, familiar e afectivo, promovendo o “*conhece-te a ti mesmo*” e o mais recente “*controla-te a ti mesmo*” enquanto estimula a dispersão, a multiplicidade, o consumo e o hedonismo, aumentando o desconhecimento de si, no caminho da frustração e sofrimento de volta à premissa inicial. A perturbação *borderline* da personalidade pode ser simultaneamente recusa e expoente do mundo actual. O protesto contra ideais de sucesso que se alimentam da própria infelicidade que geram é patologizado e necessita de ser tratado. O diagnóstico aparece simultaneamente como uma forma de reparação e de abjecção, ao identificar o indivíduo doente e retirá-lo do mundo constituído por pessoas saudáveis, adaptadas ou neuróticas. A *sociedade neurótica dos nossos tempos* é a sociedade aceite pelo doente, família, psiquiatra, como parte da condição pós-moderna que traz consigo ansiedade, pessimismo, tristeza e que necessita da psiquiatria para tolerar o mundo em que vive, ao qual quase se adapta (quase) na perfeição. A alienação pessoal e o desespero existencial são intrínsecos às “comunidades egocêntricas” como um estado liminal, entre o solipsismo e o narcisismo (Kleinman e Kleinman, 2007). Na perturbação *borderline* da personalidade, a identidade caótica emerge de um mundo em crise, numa situação que não é só dependência e fragilidade, mas diferença e raiva. A visão da doença mental como protesto embate na tensão entre o significado político e a vida prática do corpo doente, no qual o sofrimento, a incapacidade e a dor sobressaem em narrativas e práticas centradas na história individual, familiar e neurogenética. Tanto é redutor interpretar a experiência afectiva apenas como processos

neuropsicológicos e significado pessoal, como unicamente representação colectiva e universais sociais (Kleinman e Kleinman, 2007). A perturbação *borderline* da personalidade é uma doença múltipla, fragmentada, simultaneamente pública e privada.

9. Nota Conclusiva

Procurei nesta dissertação dar conta da construção do diagnóstico perturbação *borderline* da personalidade, tentando compreender as condições de possibilidade que fazem com que surja esta categoria e não outra.

A criação de novas doenças mentais está intimamente ligada a uma linguagem médico-forense-política de controlo individual e social. Através da história oficial, contingente e parcial do diagnóstico podemos ver que este surge da compulsão da psiquiatria para classificar (e criar) pessoas e desta forma englobar aquilo que é estranho em categorias que se tornam conhecidas. Desde o seu nascimento, o que é considerado doença vai-se construindo através da dinâmica entre classificações e classificados, o indivíduo e as tecnologias que o constituem. Os casos encontrados à posteriori são reinterpretações de histórias biográficas ou literárias, feitas à luz da doença.

São várias as razões que tento ensaiar para o nascimento da doença em análise: governamentalidade biopolítica, descontinuidade social, identificação de comportamentos anteriormente não considerados patológicos, nova expressão de sofrimento (de acordo com padrões de socialização), contágio social (o qual me parece mais importante na propagação de sintomas do que na sua génese) e melhor acesso à saúde mental. Na categoria *borderline*, a patologização da sexualidade e do género, quer na mulher instável e impulsiva, quer no homem agressivo e perverso, está presente nas suas formulações e usos diagnósticos. A ideia de trauma, hoje frequentemente associada à etiologia da doença, é bem exemplificativa das mudanças das construções sociais de trauma e do significado individual atribuído.

O facto de ser uma doença da personalidade implica um referencial de normalidade, social e culturalmente determinado, desloca o foco para o indivíduo, patologizando o conflito com a sociedade. A doença é da responsabilidade da pessoa que assim deve aumentar o governo de si de forma a se aperfeiçoar e adaptar.

Actualmente, a investigação neurocientífica tem reconhecido a especificidade da perturbação *borderline* da personalidade no seio das perturbações da personalidade. Estes novos dados que a categoria *borderline* vai incorporando, por um lado retiram a culpa ao/à doente e reforçam a legitimidade da categoria como doença, por outro lado, mantêm a centralidade do problema no indivíduo e diminuem a sua agencialidade.

Na prática clínica, a categoria *borderline* da personalidade é identificada segundo técnicas psiquiátrico-periciais, performadas num espaço clínico e segundo uma rede de práticas que orientam a psiquiatra e a pessoa em avaliação para o diagnóstico. Assim, a história biográfica é construída à luz da doença e na narrativa do/a doente vão sendo identificados comportamentos que validam a classificação.

A construção desta doença é baseada num modelo de desenvolvimento normal que defende a unicidade do *self*. A ideia de *self* enquanto estado permanente e único desapareceu com a pós-modernidade, o *self* tornou-se fluído e fragmentado. Esta ideia de *self* é construída e identificada pelas tecnologias psiquiátricas como *self* doente, causa (ou consequência) de sofrimento e incapacidade. O *self* necessita de ser tratado, segundo tecnologias que perpetuam o *self* uno como ideal realizador.

A relação entre perturbação *borderline* da personalidade e a pós-modernidade não é linear e resulta frequentemente de uma leitura baseada em abstrações teóricas e conveniências. A hipótese da categoria resultar de novas tecnologias associadas à pós-modernidade, na qual ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade, é uma hipótese plausível, mas que necessitaria de outro suporte teórico e etnográfico que não cabe nesta dissertação.

A pretensa identidade difusa da perturbação *borderline* da personalidade é reconstruída através da confrontação entre o sentir e o conhecimento do/a doente, dos peritos e das tecnologias. A narrativa da doença torna-se em tudo semelhante à narrativa biográfica e devolve ao/à doente uma narrativa coerente sobre si. A pessoa classificada como doente constrói-se através de um discurso terapêutico, numa relação recíproca entre classificações e sujeito.

A importância que os estudos do corpo adquiriram nos últimos anos trouxe diferentes abordagens ao corpo que procurei explicitar (fenomenológicas, estruturalistas e pós-estruturalistas). Na perturbação *borderline* da personalidade, o corpo é patologizado de uma nova forma, lida como autodestruição, no qual as marcas sob o corpo são voluntárias e estão no controlo de si. As automutilações são simultaneamente a destruição do corpo e a sua hipótese de criação e redenção, uma

identidade marcada num corpo que se faz, potencialmente comunicável e lida pelo outro. O corte rompe com o privado e individual e comunica o sofrimento, numa linguagem que não é entendida pelo interlocutor de forma imediata mas que o coage a uma resposta. É esta linguagem que é patologizada, classificada, criando um novo sujeito que comunica através do corte. A automutilação é lida como autodestruição e masoquismo, masoquismo esse que reporta a vários referenciais do conceito: sexualidade perversa, sexualidade traumática e dor autoinflingida. A ideia de masoquismo e autodestruição oculta as automutilações como criação do corpo, tendo em vista estabilizar uma identidade em crise, e forma de agencialidade (o corpo como arma). Sendo o comportamento mais associado na prática clínica ao diagnóstico, é através da prática reiterada de automutilações que a pessoa é diagnosticada e se cria enquanto doente.

Na construção da doença, a ideia do que se convencionou designar por família está presente na etiologia, no uso do diagnóstico e no tratamento, numa oscilação permanente entre autonomia e protecção, culpa e vulnerabilidade, que implica a vigilância (quase) permanente.

O tratamento aplicado neste programa é baseado num modelo de desenvolvimento normal do qual resulta um *self* uno e pessoas capazes de ler as suas emoções e as dos outros. O desenvolvimento está dependente das relações numa fase inicial da vida, e é também constitucional, aspecto que as neurociências vêm reiterar, retirando agencialidade ao/à doente. O tratamento deve ser estruturado e com limites bem definidos, decorrendo ao longo de diferentes níveis. No nível residencial, os/as doentes são separados do meio exterior, de forma a serem submetidos a um tratamento e recuperarem a sua autonomia. Se a residência é um espaço disciplinar, este é também um espaço de transição tendo em vista a reparação do *self* doente. A terapia principal do tratamento reflecte as ideias centrais da construção da doença: centrada no indivíduo, difusão da identidade como estando na origem da doença, dependente da dinâmica familiar, e o tratamento implica o reconhecimento e regulação de emoções visando o autocontrolo individual. A automonitorização que os sistemas de tratamento procuram é também a devolução ao indivíduo da capacidade de se definir e agir sobre si, tendo em vista desprender-se dos novos grilhões dum poder psiquiátrico, do qual nunca se liberta. A resistência do/a doente ao tratamento é também ela psiquiatrizada e analisada na relação terapêutica, assumida como problema do/a doente, não havendo espaço para questionar se é o tratamento que não resulta ou outras problematizações possíveis (por exemplo, e se estes comportamentos não forem doença?). É na resistência e

identificação com o poder psiquiátrico que o sujeito se cria e esta identificação dá-lhe segurança e devolve a identidade perdida. Mas se a resposta dentro da doença mental legitima o sofrimento e aponta o caminho a seguir, por outro lado despolitiza-o e limita o sujeito na sua capacidade de acção. O potencial político da doença, a existir, é ele também frustrado pela psiquiatrização do sofrimento.

Tentando ensaiar respostas às questões iniciais, proponho que a perturbação *borderline* da personalidade resulte da tentativa da psiquiatria classificar e governar o previamente não governado, segundo tecnologias e dispositivos disciplinares e biopolíticos, reportando-se a um referencial de identidade e corpo normal. A identificação do desvio permite criar novos sujeitos que se constroem através das categorias diagnósticas.

A perturbação *borderline* da personalidade como resultado de práticas, representações e interacções sociais e novos modos de subjectificação, na qual ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade, é a hipótese que avanço aqui e que resulta fortemente indiciada.

O significado da perturbação *borderline* é continuamente produzido pelo/a doente, pela cultura e pelo clínico. Numa psiquiatria centrada no indivíduo, o significado social e político do que é considerado doença é ocultado pela sua crescente medicalização.

Só o situar da doença mental em processos mais amplos de subjectificação, saindo da prática institucional e olhando-a de dentro e de fora da psiquiatria, permite ter múltiplas performances da doença, individuais, familiares, sociais e políticas, e questioná-las, tendo em vista uma psiquiatria crítica que devolva àquele/a que sofre a sua agencialidade. Ou, como canta Sérgio Godinho: “e viva o dia/ em que já não precisas/ de reis nem gurus/ nem frases-chave nem divisas/ o dia em que já não precisas/ de reis nem papás/ nem profetas nem profetisas.”²⁴

²⁴ Sérgio Godinho (1981) “O rei vai nu” *Canto da Boca*

Referências Bibliográficas

- Almeida, V. 2004. O Corpo na Teoria. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 33: 49-66.
- American Psychiatric Association. 1980. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd edition. Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Anzieu, D. 1995 [1985]. *Le Moi-peau*. 2ème edition. Paris, Dunod.
- Bateman, A.; Fonagy, P. 2004. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford, Oxford University Press.
- Bauman, Z. 1989. *Legislators and Interpreters: on modernity, post-modernity and intellectuals*. Oxford, Polity Press.
- Bauman, Z. 1997. *Mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Bauman, Z. 2000. *Liquid Modernity*. Cambridge, Polity Press.
- Becker, D. 1997. *Through The Looking Glass: Women And Borderline Personality Disorder*. 1st edition. Colorado, Westview Press.
- Bick, E. 1968. The Experience of Skin in Early Object-Relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49(2): 484-6.
- Bohus, M.; Kleindienst, N.; Limberger, M.F.; Stieglitz, R.D.; Domsalla M.; Chapman, A.; Steil R.; Philipsen, A.; Wolf, M. 2009. The short version of the *Borderline Symptom List (BSL-23)*: development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1):32-39.
- Bordo, S. 2004. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. 2nd edition. Berkeley and Los Angeles, University Press.
- Bourdieu, P. 1977. *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Breton, A. 1971. *O Amor Louco*. Lisboa, Editorial Estampa.
- Brickman, J. 2004. Delicate Cutters: Gendered *Self*-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse. *Body & Society*, 10(4): 87–111.
- Butler, J. 1997a. *Excitable Speech: A Politics of the Performative*. New York, Routledge.

- Butler, J. 1997b. *The Psychic Life of Power. Theories in Subjection*. Stanford, CA, Stanford University Press
- Butler, J. 2011. *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. London and New York, Routledge,
- Cezaryny, M. 1999. *Pena Capital*. Lisboa, Assírio e Alvim.
- Charland, L. 2006. Moral nature of the DSM-IV cluster b personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20(2):16–125.
- Corsini, R. J. 1981. *Handbook of Innovative Psychotherapies*. New York, Wiley.
- Cordas, T. 1990. Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1): 5-47.
- Csordas, T. 1994. *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Decker, H.S. 2013. *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. London, Oxford University Press.
- Dejours, C. 2005. Nouvelles formes de servitude et suicide. *Travailler*, 13: 53-73.
- Deleuze, G.; Guattari, F. 2004 [1972]. O anti-édipo. *Capitalismo e Esquizofrenia 1*. Lisboa, Assírio e Alvim.
- Dennett, D. 1992. The *Self* as a Center of Narrative Gravity. In: Kessel, F.S.; Cole P.M.; Johnson, D.L. (eds.) *Self and Consciousness: Multiple Perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deutsch, H. 1986. Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship in to Schizophrenia. Stone, M. (ed.) *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*. New York, New York University Press.
- Diamond, E. 1997. *Unmaking Mimesis: Essays on feminism and theater*. London, Routledge.
- Dias, J.A. 2010. *Maníacos de Qualidade*. Lisboa, Esfera dos Livros.
- Douglass P. 2004. *Lady Caroline Lamb: A Biography*. New York, Palgrave Macmillan.
- Durkheim, E. 2005 [1897]. *Suicide*. London, Routledge.
- Eliade, M. 1959. *The Myth of the Eternal Return: Cosmos and History*. New York, Harper & Brothers.
- Elias, N. 1996 [1976]. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

- Erikson, E. H. 1980. *Identity and the life cycle*. New York, W.W. Norton & Company.
- Faccio, H. 2013. *The Corporeal Identity. When the Self-Image Hurts*. New York, Heidelberg, Dordrecht, London, Springer.
- Failler, A. 2013. Narrative Skin Repair: Bearing Witness to Mediated Representations of *Self Harm*. In: Cavanagh, S.; Failler, A.; Hurst; R. (eds.) *Skin, Culture and Psychoanalysis*. London, Palgrave Macmillan.
- Falret, J. 1890. *Etudes Cliniques Sur Les Maladies Mentales Et Nerveuses*. Paris, Bailliére.
- Faulkner, W. 1993 [1939]. *Palmeiras Bravas*. Lisboa, Dom Quixote.
- Favazza, A. 2011. *Bodies Under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 3rd edition. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Fee, D. 2000. The Project of Pathology: Reflexivity and Depression in Elizabeth Wurtzek's Proza Nation. In: Fee, D. *Pathology and the postmodern, Mental Illness as discourse and experience*. London, Thousand Oaks and New Delhi, Sage Publications.
- Foucault, M. 1980. *Power/Knowledge. Selected Interviews and Other Writings. 1972-1977*. New York, Pantheon Books.
- Foucault, M. 1988. Technologies of the *self*. In: Martin, L.H., Gutman, H.: Hutton, P.H. (eds.) *Technologies of the self. A seminar with Michel Foucault*. London, Tavistock Publications.
- Foucault, M. 1995 [1975]. *Discipline and Punish. The birth of the prison*. New York, Vintage Books.
- Foucault, M. 2000. The Subject and the Power. In: Faubion. J.D. (ed.) *Power. Essential Works of Foucault. 1954-1984. Vol. 3*. New York, The New Press.
- Foucault, M. 2008a [2005]. *Psychiatric Power. Lectures at the college de France. 1973-1974*. New York, Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. 2008b [2004]. *The Birth of Biopolitic Lectures at the Collège de France. 1978-1979*. New York, Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. 2009 [1976]. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Freud, S. 2009 [1920]. *Para Além do Princípio do Prazer*. Lisboa, Relógio D'Água.
- Fuchs, T. 2007. Fragmented Selves: Temporality and Identity in *Borderline Personality Disorder*. *Psychopathology*, 40:379–387.

- Furedi, F. 2004. *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. London and New York, Routledge.
- Gaines, A.D. 1992. From DSM-I to III-R; Voices of *self*, mastery and the other: A cultural constructivist reading of U.S. psychiatric classification. *Social Science and Medicine*, 35(1): 3–24.
- Geertz, C. 1984. From the Native's Point of View: On the Nature of Anthropological Understanding. In: Shweder, R. LeVine R. (eds.) *Culture Theory*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Giddens, A. 2002 [1991]. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Glick, R.A., Meyers, D.I. Introduction. In: Glick, R.A., Meyers, D.I. (eds.) *Masochism current psychoanalytic perspectives*. Hillsdale, The Analytic Press.
- Goffman, E. 1959. *The presentation of self in everyday life*. Edinburgh, University of Edinburgh Social Sciences Research Centre.
- Gottschalk, S. 2000. Escape from Insanity: "Mental Disorder" in the Postmodern Moment. In: Fee, D. *Pathology and the postmodern, Mental Illness as discourse and experience*. London, Thousand Oaks and New Delhi, Sage Publications.
- Grossman, W.I. 1986. Notes on Masochism: A Discussion of the History and Development of a Psychoanalytic Concept. *Psychoanalytic Quarterly* , 55: 379-413.
- Grosz, E. 1994. *Volatile Bodies. Toward a corporeal feminism*. Bloomington. Indiana University Press.
- Gunderson, J.G. 2009. *Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis*. *Am J Psychiatry*: 166:530–539.
- Gunderson, J.G.; Links P. 2008. *Borderline Personality Disorder: a clinical guide*. 2nd edition. Washington, American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G.; Singer, M. 1986. Defining *Borderline* Patients: An Overview. In: Stone, M. *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*. New York, New York University.
- Gunderson, J.G.; Zanarini, M.C. 1987. Current overview of the *borderline* diagnosis. *J Clin Psychiatry*, 48 Suppl:5-14.
- Hacking, I. 1998. *Rewriting the soul. multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Hacking, I. 1999. *The social construction of what?* Cambridge, MA, Harvard University Press.

- Hacking, I. 2007. Making Up people. *In: Lock, M; Farquhar, J. (Eds.) Beyond the Body proper, Reading the Anthropology of Material Life.* Durham and London, Duke University Press: 150-163.
- Haraway, D. 1991. *Simians, Cyborgs, and Women. The reinvention of Nature.* New York, Routledge.
- Herman, J. 2015. *Trauma and recovery. The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror.* New York, Basic Books.
- Hoch, P.; Polatin P. 1986. Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *In: Stone, M. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border.* New York, New York University.
- Jameson, F. 1991. *Postmodernism, Or the Cultural Logic of Late Capitalism. Contributors.* Durham, NC, Duke University Press.
- Jaspers, K. 1999 [1913] . *General psychopathology.* Baltimore, Johns Hopkins Press.
- Jimenez, M.A. 1997. Gender and psychiatry: Psychiatric conceptions of mental disorders in women. *Affilia*, 12(2): 154–175.
- Kendell, R.E. 2002. The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180: 110-115.
- Kernberg, O. 1986. *Borderline personality organization.* *In: Stone, M. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Users at the Border.* New York, New York University Press.
- Kernberg, O.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.; Appelbaum, A. 1989. *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients.* New York, Basic Books.
- Kilby, J. 2001. Carved in skin: bearing witness to *self-harm.* *In: Ahmed, S. Stance, J. (eds.) Thinking through the skin.* London & New York, Routledge.
- Kinghorn, W. 2013. The Biopolitics of Defining “Mental Disorder”. *In: Paris, J.; Phillips, J. Making the DSM-5. Concepts and Controversies.* New York, Springer.
- Klein, D. 1972. Drug therapy as a means of syndrome identification and nosological revision. *In: Cole, J.; Freeman A, Friedhoff, A. (eds) Psychopathy and Psychopharmacology.* Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kleinman, A. 1991. *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience.* New York, Free Press.

- Kleinman, A.; Kleinman, J. 2007. Somatization: the interconnections in chinese society among culture, depressiva experiences and the meanings of pain. *In: Lock, M; Farquhar, J. (eds.) Beyond the Body proper, Reading the Anthropology of Material Life.* Durham and London, Duke University Press: 468-474.
- Knight, R. 1986. *Borderline States.* *In: Stone, M. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border.* New York, New York University .
- Lacan, J. 2001. *Écrits: A Selection.* Oxon, Routledge,
- Laing, R.D. 1990. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness.* London, Penguin Books.
- Landes, D.A. 2013. *Merleau-Ponty Dictionary.* London and New York, Bloomsbury Academic.
- Law, J. 2004. *After Method. Mess in social science research.* New York, Routledge.
- Leichsenring, F.; Leibing, E.; Kruse, J.; New, A.S.; Leweke, F. 2011. *Borderline personality disorder. Lancet*, 1;377(9759):74-84.
- Lester, R.J. 2013. Lessons from the *Borderline: Anthropology, Psychiatry, and the Risks of Being Human. Feminism & Psychology*, 23 (1):70-71.
- Linehan, M. 1994. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.* New York, Guilford Press.
- Lipovetsky, G. 1989. *A Era do Vazio.* Lisboa, Relógio D'Água.
- Lipovetsky, G. 2010. *O crepúsculo do dever. A ética indolor dos novos tempos democráticos.* Alfragide, Dom Quixote.
- Lipovetsky, G.; Charles, S. 2004. *Tempos Hipermodernos.* São Paulo, Editora Barcarolla.
- Lock, M. 1993. Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual Review of Anthropology*, 22:133-55
- Marneros, A.; Angst J. Bipolar disorders: roots and evolution. *In: Marneros, A. Angst. J. (eds.) Bipolar Disorders 100 years after manic-depressive insanity.* New York, Kluwer Academic Publishers.
- Mclane, J. 1996. The voice on the skin. *Self Mutilation and Merleau Ponty's theory of Language. Hypatia*, 11(4):107-118.
- Mellier, D. 2014. The psychic envelopes in psychoanalytic theories of infancy. *Frontier in psychology*, 5(734): 1-9.

- Merleau-Ponty, M. 2002 [1945]. *Phenomenology of Perception*. London, Routledge.
- Millon, T. 1993. *Borderline personality disorder: A psychosocial epidemic*. In Paris, J. (ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Millon, T. 2011. *Disorders of Personality: Introducing a DSM / ICD Spectrum from Normal to Abnormal*. 3rd edition. Hoboken, NJ, Wiley.
- Mol, A. 2002. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, Duke University Press.
- Mol, A. 2008. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: Nunes, A.; Roque, R. *Objectos impuros: experiências em estudos sociais da ciência*. Porto, Edições Afrontamento.
- Novas, C.; Rose, N. 2000. Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4): 485–513.
- Ong, A. 1988. The Production of Possession: Spirits and the Multinational Corporation in Malaysia. In: Lock, M; Farquhar, J. (eds.) *Beyond the Body proper, Reading the Anthropology of Material Life*. Durham and London, Duke University Press.
- Paris, J. 1991. Personality disorders, parasuicide, and culture. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 28(1): 25-39.
- Paris, J. 2008. *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. New York, Guilford Press.
- Paris, J.; Lis, E. 2013. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of *borderline* personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, 50(1): 140–151.
- Peters, L. 1994. Rites of Passage and the *Borderline* Syndrome: Perspectives in Transpersonal Anthropology. *Anthropology of consciousness*, 5(1): 1-15.
- Pinto-Gouveia, J.; Rijo D.; Matos A.P.; Castilho, P.; Salvador, M.C. 2011. *SCID II, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da personalidade do Eixo II do DSM-IV*. Lisboa, Climespi.
- Prichard, J. 1986, *Treatise on Insanity*. In: Stone, M. *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Users at the Border*. New York, New York University Press.
- Prosser, J. 2001. Skin Memories. In: Ahmed, S. Stance, J. (eds.) *Thinking through the skin*. London & New York, Routledge.

Quintais, L. 2006. *Franz Piechowski ou a analítica do arquivo: ensaio sobre o visível e o invisível na psiquiatria forense*. Lisboa, Cotovia.

Quirk, A.; Lelliott, P.; Seale, C. 2006. The permeable institution: an ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Soc Sci Med*, 63(8):2105-17.

Ribeiro, T. 2014. *Ensaio sociológico sobre o direito, o sexo e a desigualdade numa era que ainda é*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Departamento de Antropologia, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Ricoeur, P. 1990. *Soi-Même comme un autre*. Paris, Éditions du Seuil.

Roberts, A.; Ottens, A. 2005. The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.

Rose, N. 1997. Assembling the modern self. In Porter, R. (ed) *Rewriting the Self: Histories From the Renaissance to the Present*. London, Routledge.

Rose, N. 1999. *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*. London, Free Association Books.

Rose N. 2003. Identity, Genealogy, History. Hall S. Du Gay, P. (eds.) *Questions of Cultural Identity*. London, Sage Publications.

Rose. N. 2007. *The Politics of Life Itself Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New Jersey, Princeton University Press.

Said, E. 1977. *Orientalism*. London, Penguin.

Salecl, R. 2001. Cut in the body: from clitoridectomy to body art. In: Ahmed, S. Stance, J. (eds.) *Thinking through the skin*. London & New York, Routledge.

Scarry, E. 1985. *The Body In Pain*. New York, Oxford University Press.

Scheper-Hughes, N.; Lock, M. 1987. *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1):6-41.

Seigel, J. 2005. *The idea of the self. Thought and Experience in Western Europe since the Seventeenth Century*. New York, Cambridge University Press.

Shorter, E. 1997, *A history of psychiatry*. New York, NY, Wiley.

Smith-Rosenberg, C.1972. The Hysterical Woman: Sex Roles and Role Conflict in 19th Century America *Social Research*, 39:652-678.

- Stern, A. 1986. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the *Borderline* Group of Neuroses. In: Stone, M. *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*. New York, New York University.
- Stone, M. 1986. *Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border*. New York, New York University.
- Szasz, T.S. 1972. *The Myth of Mental Illness*. London, Granada Publishing.
- Turner, B. 2008. *Body and Society*. London, Sage Publications.
- Turner, T. 1994. Bodies and anti-bodies: flesh ad fetish in contemporary social theory. In: Csordas, T. (ed.) *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Turner, T. 2012 The social skin. *Journal of Ethnographic Theory*, 2(2):486–504.
- Wacquant, L. 2015. For a sociology of flesh and blood. *Qualitative Sociology*, 38:1–11.
- Webel, C.P. 1983. *Self: An Overview*. In: Wolman, B. *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychoanalysis, Psychobiology, and Neurology*. New York, Aesculepius Press.
- Wirth-Cauchon, J. 2001. *Women and Borderline Personality Disorder. Symptoms and Stories*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Wynter, A. 1875. *The Borderlands of Insanity and other allied papers*. New York, G. P. Putnam's Sons.
- Yin, R. K. 1984. *Case Study Research: Design and Methods*. Beverly Hills, California, Sage Publications.
- Young, A. 1995. *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Young, A. 1996. Bodily Memory and Traumatic Memory, In: Antze, P.; Lambek, M. (eds) *Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Zahavi, D. 2005. *Subjectivity and Selfhood Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge, MA, Massachusetts Institute of Technology Press.
- Zutt, J. 1967. Transkulturelle Psychiatrie. *Nervenarzt*, 38:6-9.