

# Uma Aproximação à Genealogia da Perturbação Borderline da Personalidade

## *Towards the Genealogy of Borderline Personality Disorder*

Cátia Guerra\*

### RESUMO

**Introdução:** A perturbação borderline da personalidade surge na ausência de uma categoria para classificar pessoas que se encontravam entre o diagnóstico de neurose e psicose e tem, desde o seu nascimento, sofrido modificações na sua definição e aplicação clínica.

**Objectivos:** Este artigo tem por objectivo traçar a genealogia da perturbação borderline da personalidade de modo a ensaiar hipóteses para o surgimento desta categoria diagnóstica.

**Métodos:** Com base numa revisão da literatura, foi efectuada uma leitura crítica da evolução da categoria borderline na psiquiatria.

**Resultados:** A evolução do conceito pode ser definida ao longo de três fases: desde o final do XIX ao início do século XX são usadas múltiplas terminologias e o diagnóstico é heterogêneo; de 1960 a 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 III e a homogeneização do diagnóstico sob a égide da biopsiquiatria. Os limites

entre as diferentes fases do conceito são fluidos e dependem das condições socio-políticas associadas. Para o nascimento da doença em análise são ensaiadas várias hipóteses: criação de novos sujeitos-psíquicos, melhor acesso à saúde mental e identificação da doença, governamentalidade biopolítica, identificação de comportamentos anteriormente não considerados patológicos, descontinuidade social, nova expressão de sofrimento e contágio social.

**Conclusão:** A perturbação borderline da personalidade resulta de práticas, representações, interações sociais e modos de subjectificação, onde ocorre uma nova relação entre as ideias de corpo e identidade.

**Palavras-Chave:** Perturbação Borderline da Personalidade; Psiquiatria/Classificação; Psicanálise; Anomia.

### ABSTRACT

**Background:** *The diagnosis of borderline personality disorder arises from the absence of a category to classify people whose diagnosis did not correspond to either neurosis*

\* Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar São, EPE ✉ [catiaguerra07@gmail.com](mailto:catiaguerra07@gmail.com).

Recebido / Received: 06/05/2017 • Aceite / Accepted: 07/12/2017

*or psychosis and has, since its emergence, suffered changes in its definition and clinical application.*

**Aims:** *Outline the genealogy of borderline personality disorder in order to formulate an hypothesis regarding the emergence of this category of diagnosis.*

**Methods:** *On the basis of a review of the literature, a critical reading of the evolution of borderline category was done.*

**Results:** *The concept's evolution can be defined in three phases: from the end of 19th century to the beginning of 20th century several terminologies were used and the diagnosis was heterogeneous; from 1960 to 1989 the concept of borderline personality organization emerged as well as its systematization according to psychoanalytic theory; from 1980 to the present day it appeared in DSM III and the homogenization of the diagnosis under biopsychiatry occurred. The limits between the different phases are fluid and dependent of socio-politic conditions. Several reasons are given to explain the emergence of this nosological entity: creation of new psychic-subjects, better access to mental health and disease identification, biopolitic governmentality, identification of previously non-pathologic behaviour, social discontinuity, expression of new suffering and social contagion.*

**Conclusion:** *Borderline personality disorder results from practices, representations, social interactions and modes of subjectification, in which there is a new relationship between the ideas of the body and identity.*

**Key-Words:** *Borderline Personality Disorder; Psychiatry/Classification; Psychoanalysis; Anomie.*

## INTRODUÇÃO

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 perturbação borderline da personalidade surge de uma ausência de categoria para classificar pessoas que se encontravam entre o diagnóstico de neurose e psicose, sem corresponder exactamente a um deles. O diagnóstico foi-se construindo e evoluindo ao longo do tempo e o peso da família, sexualidade, corpo, trauma e identidade foi variando através das práticas, tecnologias e narrativas associadas<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>. Criar novas categorias de classificação é também mudar a forma como as pessoas pensam ou agem, a pessoa diagnosticada 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<sup>3</sup>. É nesta relação entre as classificações, os dispositivos e a performance individual que a categoria per-

turbação borderline da personalidade se tem construído.

## OBJECTIVOS

Neste trabalho, propõe-se seguir a história prévia da perturbação borderline da personalidade, ou seja, seguir o que a psiquiatria registou dela, o que foi incluído e excluído da “história oficial” da doença. Este processo não é linear mas contingente e o objectivo traçado neste artigo não é tanto uma constatação da verdade psiquiátrica, mas o tentar perceber que dispositivos permitiram a construção da doença. Assim, procura-se traçar a genealogia da doença e desenvolver uma visão integrada, antropológica, social e também clínica, de modo a ensaiar respostas às interrogações: como se criam diagnósticos e “inventam” novas pessoas e quais as condições de possibilidade para surgir este diagnóstico num determinado momento.

## MÉTODOS

Para a realização deste trabalho foi efectuada uma revisão da literatura, através de artigos e obras publicadas, assim como uma reflexão crítica da mesma. Só uma abordagem ensaística permitiu uma análise transversal do tema, procurando relacionar diferentes dispositivos que permitiram a construção do diagnóstico num determinado momento.

## RESULTADOS

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<sup>4</sup> ou, mais comumente, da psicose maníaco depressiva<sup>5</sup>. 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 crónicos ou comportamentos suicidas repetitivos. Para Joel Paris<sup>6</sup>, 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<sup>7</sup> (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. 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 descreveu um grupo de pacientes que manifestava uma “violência incontrolável”, uma “perversão mórbida” nas esferas dos valores éticos, dos sentimentos e dos humores<sup>8</sup>. 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 em 1870 por Cesare Lombroso que, através da avaliação de criminosos cujo diagnóstico estava entre a loucura e a sanidade, descreveu “sociopatas não delirantes”<sup>9</sup>. Andrew Wynter, em 1875, referiu-se aos doentes *borderland* como existindo no limite da loucura, pessoas marginais e transgressoras dos limites da sociedade vitoriana<sup>10</sup>. Nos anos seguintes, este diagnóstico foi-se diluindo quer no diagnóstico de psicose quer de histeria. Grande parte das pessoas diagnosticadas com folia histérica por Falret, que apresentavam labilidade dos afectos, impulsividade, atitudes contraditórias e perturbação de identidade, seriam hoje diagnosticadas como perturbação borderline da personalidade<sup>11</sup>. Em 1938, já com a psicanálise solidificada, é o artigo de Adolph Stern 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<sup>12</sup>. 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<sup>12</sup>.

Baseando-se na Teoria da sexualidade de Freud, defendeu que a frustração das pulsões narcísicas infantis estaria na base da personalidade *borderline*, e a doença tenderia a ocorrer em filhos 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. Os trabalhos de Helen Deutsch 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<sup>13</sup>. Helen Deutsch diagnosticava estes doentes com “personalidade como se” (*as if*), associada a sentimentos de despersonalização e ausência de profundidade na realidade. Mais tarde, a esquizofrenia pseudoneurótica, definida por Hoch e Polatin, foi usada como termo alternativo a *borderline*, sendo descrita como uma clínica de pan-ansiedade, pan-neurose e pan-sexualidade<sup>14</sup>. Esta definição vai de encontro à considerada dificuldade das pessoas com perturbação *borderline* da personalidade serem analisadas, impedindo a prática das tecnologias disciplinares, numa época em que a proliferação da verdade nas práticas profissionais se deslocou do confessional para o divã<sup>15</sup>. A obrigação da confissão era rompida pelos doentes, tanto na incapacidade de contar, como nas reacções negativas exuberantes à terapia, interpretadas como resistência ao tratamento. Em 1953, Robert Knight afirmou que o diagnóstico *borderline* mostrava mais a incerteza e indecisão do psiquiatra do que a condição do paciente<sup>16</sup>. Robert Knight popularizou os estados *borderline* situando-os na in-

terface entre a neurose e psicose, não mutuamente exclusivas mas oscilando entre as duas, e defendeu a centralidade da fraqueza do ego na sua etiologia<sup>16</sup>. Contudo, continuaram a ser vários os conceitos que actualmente abrangem as pessoas diagnosticadas: pré-esquizofrenia, carácter esquizofrénico, esquizofrenia abortiva, esquizofrenia pseudopsicopática, carácter psicótico, esquizofrenia subclínica, *borderland* e esquizofrenia oculta<sup>17</sup>. Foi só a partir da década de 70, com a publicação do artigo de Otto Kernberg sobre a organização borderline da personalidade, que o diagnóstico começou a ser usado regularmente na prática clínica<sup>18</sup>. Para Otto Kernberg, a persistência da clivagem impede a integração das representações boas e más dos objectos e do *self*. 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 realidade. A destrutividade, o masoquismo e o narcisismo eram o resultado da fragilidade das fronteiras do eu. É com Otto Kernberg 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 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”<sup>18</sup>. 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, do crescimento da psiquiatria biológica e do questionar do diagnóstico de histeria, que a perturbação borderline da personalidade surgiu pela primeira vez na DSM III. Desde o início, Robert Spitzer, coordenador da DSM III que criou um grupo de trabalho para definir as perturbações da personalidade, enfrentou oposição ao diagnóstico devido à sua natureza polimorfa e variável<sup>19</sup>. 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. Em 1975, John Gunderson e Margaret Singer tiveram 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<sup>20</sup>. 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 investiga-

ção 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”<sup>21</sup>. Nas últimas décadas assistimos ao aumento da importância do trauma infantil na etiologia da doença, assim como à hipótese da perturbação borderline da personalidade e a perturbação de *stress* pós-traumático serem a mesma doença<sup>22</sup>, discussões que surgem simultaneamente ao aumento das preocupações sobre a patologização da sexualidade e do género<sup>21</sup>.

Através da revisão efectuada, propõe-se que sejam definidas três fases 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 III e homogeneização do diagnóstico sob a égide da biopsiquiatria.

## DISCUSSÃO

Os limites apontados entre as três fases são fluidos e nem sempre ocorre um decalque imediato entre a prática clínica e os regimes de verificação que a justificam. Estas três fases estão intimamente ligadas com as condições de possibilidade socio-políticas para o surgimento da doença. 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. A patologização da sexualidade e do género, desde uma sexualidade frustrada e caótica, associada à mulher perversa ou hiperfeminina<sup>23</sup>, ao homem agressivo e perverso e, mais recentemente, ao trauma sexual, está presente na categoria *borderline*. Os comportamentos autodestrutivos, em particular as automutilações, surgem mais tarde na construção da doença traduzindo uma diferente relação entre o *self* e o corpo. A formulação neurocientífica muda também ela a construção do sujeito doente, nomeadamente desculpabilizando mas diminuindo a sua agencialidade sobre a doença.

Traçada a genealogia da doença, retoma-se aqui uma questão levantada na introdução: como surgem novas doenças? Não haverá uma resposta única nem simples a esta pergunta e muitas das hipóteses avançadas são comuns aos restantes diagnósticos de doença mental. Assim, são várias as razões que se ensaiaram para o nascimento da doença em análise: criação de novos sujeitos-psíquicos (efeito *looping* entre classificações e classificados), melhor acesso à saúde mental e identificação da doença, governamentalidade biopolítica, identificação de comportamentos anteriormente não considerados patológicos, descontinuidade social, nova expressão de sofrimento (de acordo com padrões de socialização) e contágio social (o qual parece mais importante na propagação de sintomas do que na sua génese).

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, tem levado à multiplicação de categorias diagnósticas e, por conseguinte, à multiplicação dos sujeitos-psíquicos. Só após a entrada no DSM III, a perturbação borderline da personalidade se uniformizou e o seu uso se generalizou, o que permitiu erguer um sistema de tratamento e a identificação, ou criação, de novas pessoas com o diagnóstico. 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, na perturbação de *stress* pós-traumático) ou a saída das classificações (por exemplo, na homossexualidade). Ian Hacking descreveu o nominalismo dinâmico, segundo o qual nem as classificações são estáticas nem as pessoas classificadas são desprovidas de agencialidade<sup>24</sup>. As classificações, operando de forma mais directa ou indirecta, coerciva ou hegemónica, sobre o sujeito, funcionam igualmente como recursos autoconstituintes que influenciam o projecto, o cuidado e a consciência de si. Foucault designou por *assujettissement* o processo de sujeição e criação do sujeito, onde o controlo e dependência são simultâneos à subjectividade, consciência e autoconhecimento<sup>25</sup>. Assim, pensar que a invenção de novos diagnósticos é apenas controlo e subjugação surge como manifestamente insuficiente para compreender a psiquiatrização da sociedade, pois o diagnósti-

co de doença mental implica também a legitimação do sofrimento e uma reorganização dos mundos da experiência<sup>26</sup>.

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<sup>6</sup>. Para Durkheim, uma sociedade anómica, onde a ausência de normas

e valores causa sentimentos de desintegração e frustração, pode conduzir ao desespero e ao suicídio<sup>27</sup>. 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, não é de desconsiderar o facto destes comportamentos serem mais identificados hoje e enquadrados numa narrativa de doença mental<sup>28</sup>. Marsha Linehan, autora de uma terapia específica para este diagnóstico, 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<sup>29</sup>. Joel Paris e Eric Lis 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<sup>30</sup>. 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 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 (por exemplo, ansiedade e raiva), que anteriormente eram olhadas e sentidas principalmente como experiências corporais<sup>31</sup>. 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.

Shorter 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<sup>32</sup>. Semelhante à *patoplastia* de Jaspers, este conceito tem implícita a propagação dos sintomas por contágio social, através do contacto pessoal ou dos media<sup>33</sup>. 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<sup>6</sup>, por outro torna-se redundante dado que todos os comportamentos são socialmente ancorados, obedecem a processos de mimetização 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.

É importante reflectir sobre as perturbações da personalidade, e a perturbação borderline da personalidade em particular, no seio das classificações da doença mental. A ideia de doença depende do referencial de normalidade (o que é comum, desejável, razoável e funcional) a partir da qual se afere. 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 auto-

controlo racional<sup>34</sup> e o carácter moral como parte integrante da doença<sup>35</sup>, 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, traduzido no aumento da contenção dos impulsos, do pudor e da vergonha<sup>36</sup>, e também na incorporação subjectiva dos imperativos sociais como método mais eficaz para a optimização biopolítica da sociedade<sup>2</sup>. 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, inadequação, incongruência) como intrinsecamente mau e perseguindo o ideal do indivíduo adaptado e funcional<sup>27</sup>.

A defesa da especificidade da perturbação borderline da personalidade dentro das perturbações da personalidade deve-se ao facto de estar associada a alterações 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 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 doente, tornando-se uma “inevitabilidade” orgânica.

## CONCLUSÃO

As doenças mentais inscrevem-se num sistema de verificação (biomédico, psicoterapêutico, neurocientífico) e, ao longo deste artigo, procurou-se 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. Tentando ensaiar respostas às questões iniciais, propõe-se 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 trabalhada e aqui proposta.

### Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The author has declared no competing interests exist.*

### Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The author has declared no external funding was received for this study.*

### Bibliografia / *References*

1. Guerra C. 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]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016.
2. Foucault M. Psychiatric Power. Lectures at the college de France. 1973-1974. 1st edition. New York: Palgrave Macmillan; 2008.
3. Hacking I. Making Up people. In: Lock M, Farquhar J, editors. Beyond the Body proper, Reading the Anthropology of Material Life. Durham and London, Duke University Press; 2007.p.150-163.
4. Millon T. Disorders of Personality: Introducing a DSM / ICD Spectrum from Normal to Abnormal. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2011.
5. Marneros A, Angst J. Bipolar disorders: roots and evolution. In: Marneros A, Angst J, editors. Bipolar Disorders 100 years after manic-de-

- pressive insanity. New York: Kluwer Academic Publishers; 2011.
6. Paris J. Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice. New York: Guilford Press; 2008.
  7. Douglass P. Lady Caroline Lamb: A Biography. New York: Palgrave Macmillan; 2004.
  8. Prichard J. Treatise on Insanity. In: Stone M, editor. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Users at the Border. New York: New York University Press; 1986.
  9. Stone M. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  10. Wynter A. The Borderlands of Insanity and other allied papers. New York: G. P. Putnam's Sons; 1875.
  11. Falret, J. Etudes Cliniques Sur Les Maladies Mentales Et Nerveuses: Paris: Bailliére; 1890.
  12. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. In: Stone M, editor. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  13. Deutsch H. Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship in to Schizophrenia. Stone M, editor. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University Press; 1986.
  14. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. In: Stone M, editor. Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  15. Foucault M. História da Sexualidade I. A vontade de saber. 19th ed. Rio de Janeiro:Edições Graal; 2009.
  16. Knight R. Borderline States. In: Stone M (editor). Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  17. Gunderson JG, Singer M. Defining Borderline Patients: An Overview. In: StoneM (editor). Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  18. Kernberg O. Borderline personality organization. In: Stone M (editor). Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Users at the Border. New York: New York University Press; 1986.
  19. Decker HS. The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry. London: Oxford University Press; 2013.
  20. Gunderson JG, Singer M. Defining Borderline Patients: An Overview. In: Stone M (editor). Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border. New York: New York University; 1986.
  21. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009;166:530–539.
  22. Gunderson JG, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry*. 1993 Jan;150(1):19-27.
  23. Smith-Rosenberg C. The Hysterical Woman: Sex Roles and Role Conflict in 19<sup>th</sup> Century. *America Social Research*. 1972;39:652-678.
  24. Hacking I. The social construction of what? Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
  25. Foucault M. The Subject and the Power. In: Faubion JD, editor. Power. Essential Works of

- Foucault. 1954-1984. Vol. 3. New York: The New Press; 2000.
26. Young A. Bodily Memory and Traumatic Memory. In: Antze P, Lambek M, editors. *Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory*. Londres e Nova Iorque: Routledge, 1996.
27. Durkheim E. *Suicide*. 2nd ed. London: Routledge; 2005.
28. Millon T. Borderline personality disorder: A psychosocial epidemic. In: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
29. Linehan M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1994.
30. Paris J, Lis E. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*. 2013;50(1): 140–151.
31. Kleinman A, Kleinman J. Somatization: the interconnections in chinese society among culture, depressive experiences and the meanings of pain. In: Lock M, Farquhar J, editors. *Beyond the Body proper, Reading the Anthropology of Material Life*. Durham and London: Duke University Press; 2007. p. 468-474.
32. Shorter E. *A history of psychiatry*. New York: Wiley; 1997.
33. Jaspers K. *General psychopathology*. 7th ed. Baltimore: Johns Hopkins Press; 1997.
34. Gaines AD. 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*. 1992, 35(1): 3–24.
35. Charland L. Moral nature of the DSM-IV *cluster b* personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2006;20(2):16–125.
36. Elias N. *O processo civilizador*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1994.