

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Irit Grau Kaufmann

**A expressão da dor emocional no corpo: um estudo
sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

São Paulo

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Irit Grau Kaufmann

**A expressão da dor emocional no corpo: um estudo
sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Denise Gimenez Ramos.

São Paulo
2013

Errata referente à dissertação de Mestrado: Irit Grau Kaufmann- defesa realizada em 24.05.13

- 1- Glossário, 3^a. linha: CAPS= Centro de Atenção Psicossocial
- 2- Pág. 36, 2^a. linha da citação: ~~mitopoiético~~; mitopoético
- 3- Pág. 43- 29^a. linha: ~~diferenciada~~; indiferenciada
- 4- Pág.55 - item 4.3.1: Critérios de inclusão: pacientes a partir de 18 anos
- 5- Pág. 58 - 16^a. linha: ~~14 categorias~~; 13 subcategorias
- 6- Pág. 59 – item 5.1, 3^a.linha: ~~9 anos~~: 5 anos
- 7- Pág. 127 – 14^a. linha: ~~não relatados na literatura pesquisada~~: isso já foi apontado pelos autores mas não com este enfoque
- 8- Pág. 135 – 4^a.linha: ~~psíquica~~: emocional

Ficha Catalográfica

KAUFMANN, Irit Grau. *A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline.*

São Paulo: 2013, 139 f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

Área de concentração: Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Denise Gimenez Ramos

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, transdução, abuso sexual, dor emocional, comportamento automutilante, psicologia junguiana.

Banca Examinadora

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, para fins acadêmicos ou científicos, a reprodução parcial ou total desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

São Paulo, de 2013.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, pela luz, fé e por mais esta conquista.

Aos meus pais, por acreditarem em mim. Pela paciência, amor e respeito nos momentos de estudo – sem vocês eu nada seria!

À Prof.^a Dr.^a Denise Gimenez Ramos, pela paciência e crença no meu querer. Seu incentivo, apoio e ensinamentos foram muito importantes para o meu crescimento. E também pelo compartilhar de experiências e por me ensinar a entender a realidade como ela é.

Ao Prof. Dr. Wulf Hermann Dittmar, pelo carinho, confiança e imensa disponibilidade. Obrigada pelas valiosas contribuições para enriquecimento da minha pesquisa, e pela oportunidade de troca.

À Prof.^a Dr.^a Liliana Wahba, que me acolheu e aceitou estar comigo. Pelo seu apreço e admiração desde o início da minha formação como psicóloga.

À Prof.^a Dr.^a Mathilde Neder, pela enorme satisfação em tê-la conhecido, e com quem pude apreender como o ser humano psicossomático é lindo. Para mim, um exemplo de vida e saúde, em todos os sentidos.

Ao Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, pela oportunidade de conhecê-lo e a gratificação por ter participado deste momento comigo.

À Prof.^a Dr.^a Ceres Alves de Araujo, pela participação em minha qualificação e pelos conhecimentos adquiridos.

Aos demais professores do núcleo, que de alguma forma cooperaram para as minhas pesquisas e a ampliação do meu saber.

Aos professores do curso “Transtorno de personalidade borderline” – Mauro Hegenberg, Rosa Cukier, Ricardo Telles, entre outros – ministrado na SBPA em 2011/2012, que colaboraram imensamente para o enriquecimento da minha pesquisa.

Ao Dr. Álvaro Alcona de Faria, pela inspiração ao ler sua monografia e pela disponibilidade e contribuições com o seu conhecimento.

Ao Gino Ferri, pelo seu lindo conhecimento e por fazer-se tão acessível na contribuição para os meus estudos.

À Mônica, nossa querida secretária da pós, pela imensa paciência, disponibilidade e orientação em tudo o que me foi necessário.

Ao Marcel, que inicialmente me abriu as portas do CAPS e confiou em mim para o trabalho de execução dos atendimentos às pacientes, posteriormente auxiliando-me na abertura de portas para a realização da pesquisa.

À Aleksander, Vanderlei e Yee, por permitirem a realização desta pesquisa dentro dos CAPS. E às equipes dos CAPS, pela confiança e oportunidade de trocas para fins de pesquisa.

À Augusta Renata – minha Augusta –, sem a qual não sei como seria a minha vida. Você é a irmã que não tive e que sempre está presente nos momentos de angústias, alegrias, tristezas e vitórias. É muito bom chorar e rir com você, amiga. Obrigada pelo amor e fraternidade.

À Cris e Fátima, minhas mães dentro do mestrado, pela presença afetuosa e por sempre me acolherem durante este período.

Aos amigos e colegas Roberto e Perisson, pela presença, força e alegria para a superação.

Às amigas e colegas Camila e Tati, pela torcida e carinho; pelos desabafos recíprocos, obrigada.

À Maria Lúcia Ferreira, pela confiança em meu trabalho e contribuição para o meu crescimento profissional.

Aos demais colegas do mestrado que fizeram parte desta árdua e prazerosa jornada em busca da conclusão do mestrado.

À Alice, amiga do coração, pelo amor dedicado em momentos difíceis. Obrigada pelo seu acolhimento e carinho.

À Aninha e Carol, pelo nosso encontro, amizade e aventuras que nasceram na Espanha.

À Karin, pela parceria, diálogos e amizade.

À Viviane, amiga e terapeuta corporal, pelos seus toques especiais, na alma e no coração.

A todos os amigos e amigas de fora da PUC, pelo companheirismo, incentivo e compreensão durante os meus estudos.

Às psicoterapeutas Flávia Hime e Lúcia de Bartolo, pelo apoio e incentivo no início desta caminhada.

À Mônica Pantarotto, que – além de minha querida terapeuta – é uma pessoa especial e iluminada que tem me ajudado na abertura de caminhos desde 2009. Minha gratidão pelo contínuo apoio e incentivo em prol do meu crescimento pessoal, profissional e espiritual.

À Bruna, pela paciência, confiança e contribuições no início do mestrado.

À Marina, pela participação e força na transcrição de minhas primeiras entrevistas.

À Estela, sem palavras para definir seu acolhimento. Obrigada pela sua ternura, paciência e palavras doces, e pela sua entrega na revisão deste trabalho.

Ao Manú, pelo carinho e pensamentos positivos. Grata pela qualidade de vida que pôde me permitir um melhor desenvolvimento desta dissertação.

À Esmeralda, pela enorme paciência e compreensão comigo ao longo deste período.

À Shirley e Fernanda, pela valiosa compreensão e auxílio permanente.

À Steph Julia, pela linda exposição sobre automutilação e pela oportunidade de trocarmos experiências.

Ao Fluke e ao Lord, pelo amor incondicional e companheirismo nos momentos de estudo.

Finalmente, à equipe da copiadora Symposion, pelo interesse e contribuição na transcrição das entrevistas e impressão do material. Meu muito obrigada!

*Aos meus familiares – avós, avôs, bisavós e tia-avós...
todos aqueles que não estão mais aqui, e que deixaram
em mim, direta ou indiretamente, a semente da luta,
da perseverança e da vitória no final!!*

*Em especial à minha família – meus pais, meu irmão e
minha cunhada, pelos seus ensinamentos e por me
mostrarem, a cada dia, o verdadeiro significado do amor.*

*Do fundo do meu coração, às queridas pacientes que
confiaram em mim e me inspiraram na escolha e na
motivação para empreender este trabalho de pesquisa.*

SENTIMENTO VAZIO...

*De – repente, a criança chora,
Ninguém a abraça, ou pergunta como ela está,
Agora a criança não chora mais, mas também não sorri,
Não grita mais, não pula, não vive, só vegeta.*

*Tudo isso e ninguém percebeu,
Quantos gritos calados, quanto sofrimento guardado,
A força que a cala,
A angústia que a consome.*

*Agora o sangue escorre dos pulsos,
As lâminas se acabam,
O olhar está frio e inabalável.*

*Ela não tem mais dor,
Nem ao menos reclama, endureceu seu coração ou alma
que se foi.
Não, ela apenas teve que fazer de sua dor sua melhor
amiga, e do sofrimento o seu segredo.*

(autoria: uma paciente)

KAUFMANN, Irit Grau. *A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline*. Dissertação de Mestrado em Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. São Paulo - SP, 2013.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar, sob a abordagem da psicologia junguiana, as possíveis motivações, propósitos e significados que o paciente com transtorno de personalidade borderline (TPB) atribui ao seu comportamento automutilante. Participaram do estudo seis mulheres, entre 18 e 46 anos de idade, todas diagnosticadas com TPB e histórico de comportamento automutilante. Na coleta de dados, foram utilizadas a entrevista diagnóstica revisada para borderlines (DIB-R) – aplicada com fins diagnósticos e de participação na pesquisa –, a entrevista semiestruturada, o desenho da pessoa e família, e o desenho temático. Os dados coletados foram analisados à luz da psicologia analítica e psicossomática junguiana. Como resultado da compilação dos relatos das entrevistas, foram levantadas 5 categorias e 13 subcategorias: dificuldades nos relacionamentos (familiares, amorosos e interpessoais), baixa autoestima e autoimagem negativa, abuso sexual, alta tolerância à dor física/baixa tolerância à dor emocional, comportamento automutilante (objetos, locais do corpo, formas, fatores desencadeantes, sentimentos, representação simbólica, ideias e tentativas de suicídio, estado alterado de consciência). Os resultados apontaram para vínculos afetivos fragilizados nos relacionamentos familiares, relações amorosas patológicas, dependência e instabilidade nos relacionamentos interpessoais. Os achados indicaram que as pacientes têm baixa autoestima e autoimagem negativa, além de alta tolerância à dor física com baixa tolerância à dor emocional. Observou-se ainda que, durante o comportamento automutilante, pode ocorrer um estado alterado de consciência. Pode-se dizer que a incapacidade dessas pacientes em simbolizar e expressar sua dor no plano emocional faz com que elas concretizem a expressão dessa dor no corpo, quando há a transdução da mesma em dor corporal, por meio do comportamento automutilante. Concluiu-se que o objetivo desse ato é o alívio da dor e do sofrimento emocional pré-existente.

Palavras-chave: transtorno de personalidade borderline, transdução, abuso sexual, dor emocional, comportamento automutilante, psicologia junguiana.

KAUFMANN, Irit Grau. *A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline*. Dissertação de Mestrado em Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. São Paulo - SP, 2013.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate, under the approach of Jungian psychology, the possible motivations, purposes and meanings that patients with borderline personality disorder (BPD) attach to their self-mutilating behavior. The study included six women, aged between 18 and 46 years, all diagnosed with BPD and self-mutilating behavior history. Data collecting made use of the revised diagnostic interview for borderlines (DIB-R) – applied for diagnostic purposes and research participation –, a semi-structured interview, the person and family drawing, and a thematic drawing. The collected data were analyzed in light of Jungian analytical and psychosomatic psychology. As a result of the compilation of the accounts given during the interviews, 5 categories and 13 subcategories were identified: difficulties in relationships (family, love and interpersonal), low self-esteem and negative self-image, sexual abuse, high tolerance to physical pain/low pain tolerance to emotional pain, self-mutilating behavior (objects, body sites, forms, triggers, feelings, symbolic representation, ideation and suicide attempts, altered state of consciousness). Results show fragile emotional bonds in family relations, pathological love relationships, dependency and instability in interpersonal relations. The findings indicate that patients have low self-esteem and negative self-image, as well as high tolerance to physical pain with low tolerance to emotional pain. It was also observed that during the self-mutilating behavior, an altered state of consciousness may occur. It can be said that the inability of these patients to symbolize and express their grief at the emotional level leads them to concretizing the pain expression on their bodies, through its transduction into physical pain, by means of self-mutilating behavior. This study concluded that the purpose of such behaviour is the relief of pain and pre-existing emotional distress.

KEYWORDS: borderline personality disorder, transduction, sexual abuse, emotional pain, self-mutilating behavior, Jungian psychology.

GLOSSÁRIO

BPD	Distúrbio de Personalidade Borderline	<i>(Borderline Personality Disorder)</i>
BSI-21	Inventário somático de Bradford	<i>(Bradford Somatic Inventory)</i>
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial	
CAPS II	Centro de atenção psicossocial – Transtornos Mentais Adultos	
CID	Classificação Internacional das Doenças	
DIB-R	Entrevista diagnóstica revisada para borderlines	<i>(Diagnostic Interview for Borderline Patients)</i>
DSH	Automutilação deliberada	<i>(Deliberate self-harm events)</i>
NS-DSH	Automutilação suicida não deliberada	<i>(Non-distinguishing suicidal deliberate self-harm events)</i>
S-DSH	Automutilação suicida deliberada	<i>(Distinguishing suicidal deliberate self-harm events)</i>
DSM	Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais	<i>(Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders)</i>
HTP	Casa-Árvore-Pessoa	<i>(House-Tree-Person)</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde	
PQD-4	Questionário para Diagnóstico de Personalidade (critério DSM-IV)	<i>(Personality Diagnostic Questionnaire-4)</i>
PTSD	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	<i>(Post Traumatic Stress Disorder)</i>
QTP	Questionário Tridimensional da Personalidade	
SCID	Entrevista clínica estruturada para desordens de Estresse	<i>(Structured Clinical Interview for DSM Disorders)</i>
SHI	Inventário de Automutilação	<i>(Self Harm Inventory)</i>
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resumo histórico das pacientes	59
Quadro 2: Classificação diagnóstica das pacientes segundo o DIB-R	66
Quadro 3: Dificuldades nos relacionamentos familiares	67-71
Quadro 4: Dificuldades nos relacionamentos amorosos	73-74
Quadro 5: Dificuldades nos relacionamentos interpessoais	75-77
Quadro 6: Relatos de baixa autoestima e autoimagem negativa	78-80
Quadro 7: Relatos sobre abuso sexual	81-83
Quadro 8: Relatos sobre a vivência da dor	84-85
Quadro 9: Relatos sobre objetos utilizados para a automutilação	86
Quadro 10: Regiões do corpo comumente automutiladas	87
Quadro 11: Modalidades de automutilação	88
Quadro 12: Comportamento automutilante: situações e motivos desencadeadores ..	89-92
Quadro 13: Sentimentos anteriores ao comportamento automutilante	93-95
Quadro 14: Sentimentos no decorrer do comportamento automutilante	96-98
Quadro 15: Sentimentos posteriores ao comportamento automutilante	98-100
Quadro 16: Representação simbólica do comportamento automutilante	100-101
Quadro 17: Ideações e tentativas suicidas	102-104
Quadro 18: Relatos sobre estado alterado de consciência	105

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 DEFINIÇÃO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE .	21
1.1 Histórico da conceituação do Transtorno de Personalidade Borderline/ Limítrofe	21
1.2 Classificação diagnóstica	23
1.3 Dados epidemiológicos	25
2 A PSICODINÂMICA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE	28
2.1 Perspectiva psicanalítica	28
2.1.1 O comportamento de apego em pacientes com transtorno de personalidade borderline	32
2.2 Perspectiva junguiana	35
2.3 Os aspectos psicológicos e psicodinâmicos do comportamento automutilante	38
2.4 A psicossomática junguiana	42
3 REVISÃO DE PESQUISAS	46
3.1 Revisão de pesquisas em transtorno de personalidade borderline (TPB) ..	46
3.2 Revisão de pesquisas em TPB e comportamento automutilante	49
4 MÉTODO	54
4.1 Caracterização do estudo	54
4.2 Objetivos da pesquisa	54
4.2.1 Objetivo Geral	54
4.2.2 Objetivos Específicos	54
4.3 Participantes	54
4.3.1 Critérios de Inclusão	55
4.3.2 Critérios de Exclusão	55
4.4 Instrumentos de coleta de dados	55
4.5 Procedimentos	55
4.6 Cuidados éticos	57
4.7 Procedimentos para análise dos dados	58
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
5.1 Quadro descritivo das pacientes	59
5.2 Históricos pessoais	59
5.3 Resultados da entrevista diagnóstica revisada para borderlines (DIB-R) ...	65
5.4 Resultados das entrevistas	66
5.5 Resultados dos desenhos	106
5.5.1 Desenhos da figura humana	106
5.5.2 Desenhos da família	113

5.5.3 Desenhos temáticos	115
5.5.4 Outras observações clínicas	117
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS	130
ANEXOS	134

INTRODUÇÃO

A escolha desse tema – o comportamento automutilante¹ em pacientes borderline – deve-se à minha experiência clínico-institucional em um Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) durante um período de dois anos e meio de atendimento a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes.

Durante esse percurso tive contato com um grupo de pacientes constituído por mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos, diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline (TPB). Como até então não havia atendimentos individuais, ao ver meu interesse por este grupo específico o psicólogo e coordenador do Centro encarregou-me desse acompanhamento. A partir daí, devido à crescente demanda por atendimentos individuais – além de minhas outras atividades em psicoterapia – passei a fazer até dois atendimentos por dia, devido à angústia e ansiedade observadas nas pacientes. Depois de quase um ano de atendimento, e com a demanda crescente por atendimento no CAPS, decidimos montar um grupo somente de pacientes borderlines que passou a se reunir uma vez por semana, com duração de uma a uma hora e meia por sessão.

Em decorrência desses atendimentos, rapidamente foram sendo criados fortes vínculos afetivos na relação terapeuta-pacientes. Como exemplo, gostaria de reportar aqui dois momentos bastante marcantes na minha história e vivência com essas pessoas.

O primeiro resultou de um atendimento a uma mulher entre uma e duas vezes por semana, conforme a necessidade. Muito triste com sua história de vida pautada por negligências e abuso sexual na infância, a paciente reportava grande revolta em relação à mãe, descrita como distante e pouco afetiva. Ao narrar a situação do abuso sexual à mãe, a paciente não obteve o apoio esperado, tendo inclusive sido repreendida na ocasião, o que acarretou mágoas e lembranças deprimentes. Ao longo dos atendimentos, em determinado momento sugeri que ela trouxesse a mãe ao CAPS, para que pudéssemos conversar. No dia em que a mãe compareceu ao Centro, o atendimento revelou-se árduo e intenso em função da rigidez da mãe e das suas dificuldades em se expressar emocionalmente. A partir daí, mãe e filha

¹ Nesta pesquisa, comportamento automutilante e automutilação são sinônimos.

começaram a se reaproximar, dentro das limitações de cada uma, e a compartilhar momentos importantes e passeios em conjunto, o que não ocorria antes desse atendimento familiar. Posteriormente, a mãe presenteou a filha com uma boneca igual àquela que tivera na infância e que fora destruída pelo irmão sem que essa perda tivesse sido reparada.

Após um longo período de trabalho terapêutico com ambas, a mãe da paciente desenvolveu um câncer repentino no cérebro, vivendo mais alguns meses entre internações e altas hospitalares. Aquele foi um momento de grande sofrimento tanto para a família quanto para a equipe. Coincidentemente, no dia que fomos visitá-la em casa a mãe da paciente pediu que continuássemos cuidando da filha no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Foi uma forma de despedida, pois horas após nossa visita ela veio a falecer.

O segundo momento que se destacou na minha passagem como psicóloga clínica do CAPS está ligado a uma mulher que também mantinha uma relação complicada com a mãe. A paciente havia sofrido abuso sexual na infância por parte do pai, alcoólatra, e de um tio. Com oito anos de idade relatou o ocorrido à mãe, que – além de não acreditar na sua história – não a acolheu nem apoiou; ao contrário, optou por tomar o partido do marido. Já adulta, a paciente – casada, com três filhos e em tratamento no CAPS – teve a oportunidade de conversar com a mãe, na presença da psicóloga. A mãe pôde então expressar como se sentia mal e culpada pelo que havia acontecido, e que causara – e ainda causava – tanto sofrimento à filha. Indo mais além, a mãe conseguiu exprimir o próprio sofrimento e tristeza ao dizer que entendia a filha porque também havia sido vítima de abuso sexual na infância. A partir desse dia, mãe e filha puderam se aproximar e entender questões e conflitos mal resolvidos em relação àquele homem que tanto as prejudicara.

Como descrito acima, o trabalho no CAPS proporcionou-me uma vivência intensa, diária e comunitária com pacientes que, ao relatarem seus dramas, o faziam com extrema intensidade, angústia e sofrimento físico-psíquico, incluindo automutilações, autopunições e até mesmo tentativas de suicídio. Nessas pacientes foi possível observar grande instabilidade emocional, dificuldades em relacionamentos interpessoais e oscilações de humor, que frequentemente levavam a equipe e os médicos a diagnosticá-las como portadoras de transtornos de humor.

Durante minha estada nesse CAPS pude constatar que, dentre todos os pacientes atendidos, cerca de 10% eram diagnosticados como pessoas com TPB. A julgar pela experiência acumulada, posso inferir que esse grupo específico de mulheres era visto, tanto por outros pacientes quanto pela equipe multidisciplinar, como “pacientes difíceis”.

Uma possível explicação para essa suposição tem a ver com a instabilidade emocional dessas pacientes, pelo discurso ambíguo sobre seus sentimentos e atitudes frente ao mundo externo, e pela realidade psíquica sofrida e extremamente fragilizada devido a traumas físicos e psíquicos. Uma breve enquete realizada com profissionais da equipe técnica do CAPS fortaleceu essa suspeita.

Inicialmente, questionou-se o entendimento sobre o que seria o paciente borderline e como ele deveria ser tratado; apenas dois profissionais do CAPS responderam a esta pergunta. Na questão “Como você entende o paciente borderline?”, um profissional que atuava no departamento de enfermagem declarou não saber identificá-lo. Esse mesmo técnico mencionou a necessidade de um trabalho conjunto da equipe, visando o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.

As demais respostas foram dadas pela coordenadora e terapeuta ocupacional, que definiu o paciente borderline como “o paciente com dinâmica e funcionamento manipulativo, utilizando seu próprio corpo como objeto relacional com o mundo (patologicamente)” (*sic*).

As pacientes assim diagnosticadas provocam um sentimento de impotência nos profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento, pois estes sentem dificuldade de entender seus discursos e comportamentos patológicos (como por exemplo, a impulsividade e a automutilação).

Tendo em vista a intensidade das situações experienciadas, optei por desenvolver um projeto que permitisse entender melhor o comportamento autodestrutivo dessas pacientes – em especial a automutilação, conduta escolhida como foco devido à sua gravidade e ocorrência elevada e frequente.

Assim sendo, o presente estudo pretende fornecer dados a respeito da vivência do comportamento automutilante em pacientes com transtorno de personalidade borderline, na

abordagem da psicologia junguiana. Nesse enfoque, a dor emocional será aqui entendida como sofrimento emocional, ou seja, sensação subjetiva relacionada ao sofrimento emocional/corporal.

Objetivo da pesquisa

Investigar as possíveis motivações, objetivos e significados que o paciente com transtorno de personalidade borderline atribui ao seu comportamento automutilante na abordagem da psicologia junguiana.

Estruturado em seis capítulos, este estudo assim se desenvolve:

O primeiro capítulo trata da definição do transtorno de personalidade borderline, o seu histórico de conceituação e sua classificação diagnóstica, incluindo breves dados epidemiológicos.

No segundo capítulo abordo o principal arcabouço teórico da pesquisa, trazendo a descrição da psicodinâmica desse transtorno segundo a perspectiva psicanalítica e junguiana. Acrescento ainda uma subseção que traz definições variadas de comportamento automutilante e os aspectos psicológicos relacionados a esse comportamento.

No terceiro capítulo apresento uma revisão de pesquisas dentro do tema aqui proposto.

O quarto capítulo define e justifica a escolha metodológica adotada na pesquisa, assim como descreve o contexto da pesquisa, os participantes, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise desses dados.

No quinto capítulo exponho os resultados decorrentes da aplicação dos instrumentos utilizados.

No sexto capítulo discuto os dados coletados de forma a responder às perguntas de pesquisa.

Finalmente, as conclusões expressam minhas reflexões e indagações provenientes da análise dos dados, como também buscam contribuir com algumas sugestões de futuras pesquisas na área.

1 DEFINIÇÃO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

1.1 Histórico da conceituação do Transtorno de Personalidade Borderline/Limítrofe

A primeira dificuldade está em definir o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Giacomelli (2011), em seu minicurso “Na borda das estruturas”, esclareceu que Adolf Stern, em 1938, foi o primeiro psicanalista a falar sobre pacientes borderline, ao referir-se àqueles que não se beneficiavam da psicanálise clássica e não se encaixavam nas categorias “neurótico” ou “psicótico”, pois o seu campo das representações e das ideias apresentava-se bastante comprometido. Giacomelli definiu o termo “borderline” como “linha de fronteira”. Nas linguagens americana e inglesa, esses pacientes são conhecidos como borderlines ou fronteiriços. Já na linguagem francesa são considerados casos-limites, casos difíceis ou casos não diagnosticáveis. A autora considerou os pacientes borderline como “pacientes com quadros clínicos caracterizados por uma permanente oscilação entre a neurose, a psicose e a perversão” (GIACOMELLI, 2011).

A nomenclatura “borderline” surgiu pela primeira vez na época em que a psiquiatria era dominada pelo paradigma psicanalítico. Pacientes com neuroses eram considerados analisáveis e tratáveis, enquanto os psicóticos não eram assim concebidos (GUNDERSON, 2009).

Ainda de acordo com Gunderson, os psiquiatras que introduziram o termo borderline foram Stern (1938) e Knight (1953). Ao darem um sentido clínico à psicodinâmica desses pacientes, esses autores identificaram uma tendência de regressão a certos estados mentais de “esquizofrenia borderline” em situações desestruturadas (GUNDERSON, 2009, p. 530).

Schwartz-Salant (1989) confirmou que Adolf Stern introduziu o termo “limítrofe” na literatura psicanalítica, em seu ensaio “Investigação e Terapia Psicanalítica no Grupo de Neuroses Limítrofes”. Nesta obra, Stern descreveu uma síndrome psicológica que definia

esses pacientes com um quadro caracterizado por narcisismo, “hemorragia psíquica”² hipersensibilidade, rigidez psíquica e física, reações terapêuticas negativas, sentimentos de inferioridade, ansiedade exacerbada, uso de mecanismos projetivos e dificuldades no teste de realidade. Esse tipo de síndrome limítrofe comporta, portanto, características neuróticas e psicóticas.

Em 1953, Robert Knight classificava os pacientes borderline como pessoas muito comprometidas psicicamente, porém não consideradas como psicóticos clássicos. Segundo Schwartz-Salant (1989), esses pacientes têm um perfil psicodinâmico particular, pois vivem tentando evitar o intenso sofrimento psíquico do abandono. Para tanto, recorrem a mecanismos psicóticos de defesa, como a inércia, a idealização, a cisão, a negação e comportamentos obsessivo-compulsivos, tais como: jogar, ter gastos excessivos, comer em excesso, abusar de substâncias. O autor sinalizou que “esses mecanismos psíquicos existem no lugar de um self³ funcionalmente sadio, que é o organizador básico da vida psíquica” (1989, p.14).

O próximo avanço ao uso do termo “borderline” surgiu com Kernberg, em 1967. Psicanalista, também preocupado com pacientes analisáveis ou não, definiu borderline como “um nível médio de organização da personalidade vinculado, por um lado, a pacientes mais doentes com organização de personalidade psicótica e, por outro, a pacientes mais saudáveis e com organização de personalidade neurótica” (GUNDERSON, 2009, p. 530).

Assim, em 1975 surgiu a proposta de uma definição diagnóstica para esse tipo de pacientes. Na terceira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM), ou seja, o DSM-III, datado de 1980, essa síndrome apareceu como “distúrbio borderline de personalidade”. Vale lembrar que até 1980 o número de pesquisas realizadas sobre o transtorno de personalidade borderline não chegava a quinze. Segundo Gunderson (2009), ao longo da década de 1980 surgiram cerca de 275 pesquisas, que sustentavam que o

² Hemorragia psíquica: termo utilizado para descrever a impossibilidade de controle.

³ Self = Si-mesmo, definido por Jung: “O si-mesmo, como conceito empírico, designa o âmbito total de todos os fenômenos psíquicos no homem. Expressa a unidade e a totalidade da personalidade global (...) seu conceito é transcendente, porque pressupõe, com base na experiência, a existência de fatores inconscientes e caracteriza, assim, uma entidade que só pode ser descrita em parte e que, de outra parte, continua irreconhecível e indimensionável.” (JUNG [1958] 2011, p.902).

distúrbio borderline caracterizava-se por uma síndrome internamente consistente e coerente, com um progresso diferente da esquizofrenia e da depressão.

Atualmente, na área da psiquiatria os pacientes borderline são classificados como “transtorno de personalidade borderline”, tanto no DSM-IV (2002) quanto na Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (2003), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ambas as publicações consideram que o transtorno borderline não atende aos critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, tampouco para o diagnóstico de distúrbio do humor ou outro distúrbio de personalidade.

Para uma melhor compreensão do nosso objeto de estudo, faz-se necessária uma classificação diagnóstica segundo o DSM-IV (2002) e a CID-10.

1.2 Classificação diagnóstica

De acordo com Dittmar (2011)⁴, o diagnóstico do transtorno de personalidade borderline é extremamente complexo. Do ponto de vista etiológico, podemos pensar em quatro níveis de definição, com áreas de sobreposições:

1. *Genético*: há a representação de uma possibilidade de um vir a ser “borderline”;
2. *Situações de abuso ou estresse*: pode ocorrer um evento traumático na vida dessas pessoas, porém isso não é suficiente para o diagnóstico;
3. *Nível neuronal/cerebral*: implica na formação psíquica de uma estrutura de *personalidade borderline*, ao final da adolescência, em que o sistema psíquico encontra-se fragilizado e não consegue dar conta das solicitações;
4. *Situação atual social*: indivíduos são e estão sistematicamente excluídos da sociedade.

Segundo o DSM-IV TR⁵ (2002, p.660), o transtorno de personalidade borderline tem como característica essencial “um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos”. Além disso, apresenta também uma “acentuada

⁴ Comunicação oral em Banca de Exame de Qualificação de Irit G. Kaufmann, na PUC-SP.

⁵ TR: versão revisada.

impulsividade que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos”.

O DSM-IV TR sustenta que algumas características diagnósticas são essenciais para um diagnóstico diferencial do *paciente borderline*, desde que pelo menos cinco dos seguintes critérios estejam presentes:

1. esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário. Nota: não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5;
2. um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de self;
4. impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivo). Nota: não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto no Critério 5;
5. recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante;
6. instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias);
7. sentimentos crônicos de vazio;
8. raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);
9. ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse ou severos sintomas dissociativos. (DSM-IV TR, 2002, p. 664).

Vale salientar que alguns eventos traumáticos podem fazer parte da história da infância desses indivíduos, tais como abuso físico e sexual, negligência, conflito hostil e perda ou separação parental precoce.

Por outro lado, de acordo com o CID-10 o transtorno de personalidade borderline pertence à classe dos transtornos específicos da personalidade, sendo classificado como um “transtorno de personalidade com instabilidade emocional” (F60. 3)⁶.

⁶ Código de diagnóstico do TPB (CID-10).

Essencialmente, dentro dessa classificação, o transtorno caracteriza-se por uma maneira de agir sem previsibilidade e sem consideração das consequências. São indivíduos com uma incapacidade de controlar sua impulsividade, podendo ser briguentos, com tendência a entrarem em conflito com os outros, principalmente quando seus atos impulsivos são censurados ou contrariados.

Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo "borderline", caracterizado, além disto, por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas. (CID-10, 2003, p.53).

Em vista disso, é importante entendermos melhor como o transtorno de personalidade borderline está distribuído na população mundial, levando em conta alguns dados epidemiológicos desse transtorno.

1.3 Dados epidemiológicos

Gabbard (2006) exibiu estudos epidemiológicos desenvolvidos nos EUA e na Noruega que sugerem uma prevalência entre a população em geral e as pessoas com transtorno de personalidade borderline variando de 0,7 a 1,8%. A maioria das amostras apontou que a frequência do diagnóstico dessa patologia é muito mais elevada em mulheres, com um percentual entre 71 e 73%.

De acordo com Bassitt e Neto (2007), os dados epidemiológicos sobre os transtornos de personalidade borderline são escassos. Tal escassez pode decorrer da imprecisão na conceituação do transtorno, como também da dificuldade em se delimitar o campo da normalidade e da patologia.

Por outro lado, Paris (2010) realizou uma pesquisa epidemiológica para avaliar a prevalência de transtornos de personalidade na população em geral. Segundo o autor, na última década foram feitos seis estudos epidemiológicos com a utilização de instrumentos padronizados: na Noruega (2001), nos EUA (2002, 2004 e 2008) e na Inglaterra (2006 e 2007), visando investigar a prevalência de transtornos de personalidade em comunidades,

conforme definição do DSM. As taxas gerais de transtornos de personalidade variaram de 4,4% a 14,8%. Os dois transtornos que apresentaram taxas de prevalência mais alta foram: 5,9% para o transtorno de personalidade borderline e 6,2% para o transtorno de personalidade narcísica.

Jeammet e Corcos (2005) reportaram que atualmente o número significativo de pessoas doentes está vinculado ao panorama cultural, que permeia o individualismo e os funcionamentos familiares muitas vezes conflitantes e instáveis. Esta opinião foi corroborada por Gino Ferri, em palestra proferida na PUC-SP em 2010⁷, ao sustentar que uma pessoa com transtorno de personalidade borderline é, possivelmente, o paciente que representa o nosso tempo. Segundo suas palavras, “O tempo de hoje é borderline, a violência de hoje é borderline, a sexualidade de hoje é borderline”⁸⁻⁹.

Estamos vivendo uma época de Borderline: mais rarefeita e menos líquida; mais instantes e menos raízes; mais experiências emocionais e menos sentimentos; mais agitação e menos consciência; mais comunicação e menos ligação; mais informação e menos conhecimento. Estamos mais em tempo (superficialmente) do que (imersos) no tempo. A violência nasce da falta de respeito da criação do tempo em nossa seta interna, vertical e negativamente entrópica em função da aceleração do tempo externo horizontal: o disparo inicial para a nova praga emocional!¹⁰

Na sociedade atual, onde tudo se transforma e novos valores são rapidamente consumidos e substituídos por outros que serão também logo desmanchados, o nível de angústia tende a aumentar por causa da insegurança gerada pelas contínuas mudanças. (HEGENBERG, 2009, p. 16).

Nesse sentido, ainda segundo Hegenberg, a situação do mundo atual aumenta a sensação de desamparo e solidão do paciente com TPB, pois o mesmo não só sente dificuldade em encontrar um sentido para a própria vida, como também percebe-se sem espaço para constituir sua subjetividade inadaptada às circunstâncias de competição e consumo (2009).

⁷ Palestra intitulada “The Emotional Plague in Fluid Modernity”, realizada nas dependências do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospital da PUC-SP.

⁸ “Today time is borderline; today violence is borderline; today sexuality is borderline”.

⁹ Todas as traduções constantes desta dissertação foram feitas pela própria pesquisadora.

¹⁰ “We are living in a Borderline time: more rarefied and less liquid; more instants and fewer roots; more emotional experiences and less feeling; more excitement and less awareness; more communication and less connection; more information and less knowledge. We are more on time (superficially), rather than being (immersed) in time. Violence is born out of not respecting the becoming of time on our negatively-entropic, vertical, internal arrow because of the acceleration of horizontal external time: the starter's gun for the new emotional plague!” (FERRI, 2010).

Em 2011 o mesmo autor apresentou dados epidemiológicos diferenciados ao afirmar que 2 a 3 % da população geral apresentam TPB, o que significa estimar que em São Paulo esse percentual equivalha a 300 mil pessoas que podem apresentar esse transtorno. Os atendimentos ambulatoriais para esses pacientes giram em torno de 10 a 20%, sendo que de 20 a 30% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos apresentam TPB. No que tange às taxas de suicídio, Hegenberg afirmou que, desse universo, 70% dos pacientes tentam acabar com a própria vida; deste total, 10% têm êxito.

Em um primeiro momento, o capítulo a seguir pretende definir, de forma breve, como funcionam os pacientes com TPB, segundo a psicanálise e a psicologia junguiana. Como já mencionado anteriormente, os estudos e descobertas preliminares foram desenvolvidos dentro de uma leitura psicanalítica.

2 A PSICODINÂMICA DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

2.1 Perspectiva psicanalítica

Entre as características de destaque dos pacientes limítrofes, tais como são descritas na literatura psicanalítica... observei pessoalmente as seguintes: uma predominância da “parte psicótica da personalidade”; intolerância à frustração; preponderância de impulsos agressivos; utilização da cisão patológica, de identificações narcisistas, fantasia de onipotência e idealização como processos centrais de defesa; distúrbios de identidade; estados de ansiedade difusa; contato comprometido com a realidade, embora sem completa perda de relação com ela; perda temporária de controle sobre os impulsos, com tendências a atuações; predominância de relações objetais primitivas; depressão e dependência infantil extrema dos objetos; prevalência de pulsões pré-genitais e propensão ao desenvolvimento de uma psicose de transferência, com possibilidade de surtos psicóticos passageiros. (GRINBERG, 1977, apud SCHWARTZ-SALANT, 1989, p. 16).

De acordo com as literaturas psicanalíticas estudadas (KERNBERG, CUKIER e HEGENBERG, entre outros), entende-se que a pessoa com TPB existe dentro de uma relação patológica, relação esta que pode estar ameaçada e fragilizada por núcleos paranoides e por uma ambivalência quanto aos estados de humor, estados afetivos, vontades e ambivalência dentro de relacionamentos interpessoais. Vale lembrar que a grande ameaça na vida dessas pessoas é o medo recorrente do abandono.

Kernberg *et al.* (1991) propuseram uma forma de classificar o TPB por meio do conceito de organização borderline de personalidade, e que compreende três critérios estruturais: a difusão de identidade, o nível das operações defensivas e a capacidade de teste de realidade. Tais critérios possibilitam o diagnóstico diferencial entre as estruturas neurótica, psicótica e borderline¹¹, como veremos a seguir.

Segundo os autores, a difusão de identidade corresponde a uma experiência subjetiva de vazio crônico, autopercepções e comportamentos contraditórios, assim como percepções superficiais e caóticas dos outros. A difusão de identidade aparece no comportamento

¹¹ *Neurose*: “afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem raízes na história infantil do sujeito e constitui compromissos entre o desejo e a defesa” (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 296).

Psicose: “é numa perturbação primária da relação libidinal com a realidade que a teoria psicanalítica vê o denominador comum das psicoses, onde a maioria dos sintomas manifestos (construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objetual” (Ibid, p. 390).

completamente contraditório e na alternância de estados emocionais, o que faz com que o terapeuta tenha dificuldade em ver o paciente como um “ser humano inteiro” (p.13). Na organização borderline de personalidade, as relações de objeto do paciente estão prejudicadas, sendo a longo prazo caracterizadas por uma percepção distorcida da realidade, pela dificuldade de diferenciar-se a si mesmo e ao outro.

No nível das operações defensivas, de acordo com Kernberg (1995), predominam os mecanismos primitivos, principalmente a cisão. Esta pode vir acompanhada de outros mecanismos como a projeção, a negação, a onipotência e a desvalorização. Esses mecanismos de defesa protegem o paciente borderline do seu conflito intrapsíquico, mas têm um preço: enfraquecem o funcionamento do ego, reduzindo assim sua potência adaptativa.

Em relação ao critério da capacidade de teste de realidade, Kernberg (1995, p. 17) o descreveu como:

[...] a capacidade de diferenciar entre self e não-self, entre as origens intrapsíquica e externa das percepções e estímulos, e a capacidade de avaliar realisticamente o próprio afeto, comportamento e conteúdo do pensamento em termos de normas sociais usuais.

Embora pontuando esses critérios, o autor afirmava que uma abordagem descritiva clínica não é o suficiente para definir e diagnosticar pacientes borderline. A história genética também tem muito pouco a contribuir para a diferenciação diagnóstica entre sintomatologia neurótica e psicótica. Já uma abordagem estrutural poderia contribuir para uma compreensão da relação entre a predisposição genética e a sintomatologia. Esta abordagem pode evidenciar a relação entre os vários sintomas do transtorno borderline, particularmente as constelações de traços patológicos de caráter que tão tipicamente podem ser encontrados neste grupo.

Em vista disso, deve-se atentar para essas características de um modo especial, visando a sua avaliação de forma a minimizar os possíveis prejuízos no prognóstico e na terapêutica empregada no cuidado dessa classe de pacientes.

Segundo Maranga (2002), o funcionamento psicodinâmico do borderline caracteriza-se pelo predomínio de angústias primitivas e desestruturantes, intolerância à ansiedade, temor pela perda do objeto (angústia depressiva) e intensos sentimentos de raiva. Há uma precariedade emocional no ambiente em que se deu o desenvolvimento.

O autor esclareceu ainda que o paciente borderline “está sempre em busca de novos investimentos numa constante do que nunca teve e se recusa a aceitar que nunca terá, ou seja, um amor incondicional por parte dos objetos primordiais” (p. 222). Logo, pode-se pensar em uma depressão de abandono, pelo temor da perda, da solidão, da falta e do desamparo.

Da mesma forma, Levy, Edell e McGlashan (2007) propuseram a existência, no paciente borderline, de uma esfera depressiva que está associada com suas condutas autodestrutivas, comportamentos impulsivos e dificuldades nas relações interpessoais.

Hegenberg (2009) acrescentou que o borderline encontra-se em uma encruzilhada, ou seja, falta-lhe um ambiente facilitador e suficientemente bom; em consequência, ele reage mal às invasões (intrusões) que sofreu na vida. “O borderline não é capaz de destruir e usar o objeto; ficando preso em relações de dependência anaclítica com objetos subjetivos, sem relacionamentos com pessoas reais e sem conseguir se sentir real, pois seu self não está constituído” (p. 46).

Jordão e Ramires (2010) assinalaram que as relações afetivas de pacientes com transtorno de personalidade borderline podem ser caracterizadas por vinculações afetivas fragilizadas, permeadas por representações de negligência, abandono, falta de proteção, amparo e dificuldades na construção e manutenção de vínculos afetivos. É como se a base da confiança não tivesse sido construída dentro desses indivíduos, impedindo-os assim de investirem emocionalmente nas suas relações, o que lhes causa um vazio, ou seja, um espaço gerado pelo temor do abandono, além de uma sensibilidade maior às frustrações.

Cukier (2011)¹² descreveu o paciente borderline como uma pessoa que tivesse nascido sem pele, isto é, alguém privado de uma “pele emocional”, em que “qualquer toque, por mais leve que fosse, provocaria dor e reação intensas”.

[...] Poderíamos pensar que uma criança demasiadamente sensível, em contato com um ambiente invalidador (aquele que não ensina a criança como lidar adequadamente com suas emoções), multiabusivo e destruidor de sua autoconfiança básica, tem uma tendência a desenvolver comportamentos

¹² Aula proferida na SBPA (Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica), no curso “Transtorno de Personalidade Borderline”, em agosto de 2011.

defensivos que vão se constituir nas próprias características deste distúrbio. (CUKIER, 1998, p. 82)

A autora esclareceu ainda que o borderline é um “prisioneiro” das próprias emoções, pois um pequeno estímulo pode se transformar em uma crise de agressividade ou fúria, o que pode assustar as pessoas ao seu redor e a si mesmo.

O borderline é uma criança num corpo adulto, e tal, como todas as crianças, é impulsivo, não sabe esperar, não aguenta se frustrar, tem dificuldade de simbolizar conceitos abstratos e tenta conseguir tudo o que quer o tempo todo, a qualquer custo. (CUKIER, 1998, p. 83)

Por sua vez, em aula proferida em 2011¹³, Mauro Hegenberg caracterizou o paciente com TPB como um indivíduo que não consegue enxergar nem a si, nem aos outros, devido à não constituição do próprio ego. Daí, a sensação de não existência e as experiências de vazio, o que lhe acarreta vivências de tédio e depressão.

Fica patente a dificuldade de diferenciar-se na relação eu-outro, ao mesmo tempo em que só existem e se sentem como tal dentro de uma relação. O paciente borderline vive permanentemente nessa dinâmica relacional. Hegenberg também alertou para o fato de que esses indivíduos necessitam vivenciar uma experiência com alguém capaz de acompanhá-los na constituição de seu self, que não pôde ser constituído por conta de um ambiente não suficientemente bom na infância.

Gunderson (2009) salientou que o transtorno de personalidade apresenta cerca de 30% de comorbidade com o Transtorno de Estresse Pós-traumático (PTSD), apontando ainda que os traumas infantis, especialmente o de abuso sexual, estão relacionados com o transtorno de personalidade borderline.

Atualmente, Faria (2011)¹⁴ defende a ideia de que a etiologia desse transtorno está baseada no modelo multifatorial revisto (ZELKOWITZ *et al.*, 2004), e acrescenta que o transtorno de personalidade borderline pode ter origem em uma pessoa que apresente uma vulnerabilidade neurobiológica somada a riscos ambientais.

¹³ Aula integrante do curso Transtorno de Personalidade Borderline realizado na Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA) em agosto de 2011.

¹⁴ Idem.

O modelo multifatorial integra a vulnerabilidade neurobiológica de um indivíduo a riscos ambientais (abusos e negligências durante a infância), o que pode definir a existência de um TPB na idade adulta. Por sua vez, a vulnerabilidade neurobiológica é definida por fatores ligados ao estresse interpessoal na infância que podem levar a alterações cerebrais que resultem em comportamentos característicos de TPB.

Em vista disso, pode-se pensar que alguém que passou por vivências traumáticas na infância e ao longo do seu desenvolvimento, tais como abusos e negligências, está propenso a desenvolver na vida adulta um transtorno como o de personalidade borderline, ou mesmo o de estresse pós-traumático.

Faria (2011) afirma ainda que o TPB é uma psicopatologia psicodinâmica relacionada ao estabelecimento de vínculos afetivos, e à sua manutenção ao longo do tempo. A história desses indivíduos é caracterizada pela permanente desconfirmação da percepção dos mesmos, o que pode nos levar a pensar sobre as experiências e vivências que esses indivíduos tiveram, e a forma como elas foram internalizadas e simbolizadas.

Os transtornos mentais podem ser explicados por múltiplos fatores etiológicos, influências genéticas e da infância, problemas e traumas aos quais somos expostos ao longo da vida; por conseguinte, todos esses aspectos devem ser considerados (PARKES, 2009, p.20). Nesse sentido, passamos a explicitar as possíveis relações de afeto vivenciadas por pacientes com TPB por meio da teoria do apego.

2.1.1 O comportamento de apego em pacientes com transtorno de personalidade borderline

Bowlby foi criador e pioneiro da teoria do apego, tendo estudado a natureza do vínculo entre a mãe e sua criança, primeiramente por meio do estudo do comportamento de apego com animais, e depois com bebês humanos e suas mães. O autor propôs que o vínculo entre a criança e a mãe é resultado da interação de um número de sistemas comportamentais que têm a proximidade com a mãe como resultado previsível.

O comportamento de apego é considerado uma classe de comportamento social de importância equivalente à do comportamento de acasalamento e do parental. Sustenta-se que tem uma função biológica que lhe é específica e que até agora tem sido pouco considerada. (BOWLBY, [1984] 2009, p. 223).

De acordo com Eppel (2005), os traços principais de pacientes com TPB se configuram por uma instabilidade ou afetividade desregulada, além de uma impulsividade ou agressão impulsiva por parte desses indivíduos. Segundo o autor, as características dessas pessoas parecem se alterar com o tempo, porém os problemas com o afeto perduram durante toda a vida – o que traz a ideia de que a disfunção emocional é o centro dessa psicodinâmica.

Nesse sentido, podemos pensar que pacientes borderline provavelmente são classificados dentro do padrão inseguro de apego; em outras palavras, foram bebês que não fizeram explorações, mesmo na presença da mãe, e que se mostravam muito assustados na presença de um estranho. São pacientes que “desmoronavam no desamparo e na desorientação com a ausência da mãe, e que, quando ela regressava, podiam não acolhê-la com mostras de contentamento” (BOWLBY, [1984] 2009, p. 418).

Ao concordar com a teoria do apego de Bowlby, Eppel (2005) lembrou que não há nada mais característico no comportamento dos pacientes borderline que a dinâmica entre apego e separação. Uma das características mais fundamentais desses sujeitos é a busca por proximidade, em que é óbvia a necessidade de estarem próximos das figuras de apego, como familiares, cônjuges ou terapeutas.

Segundo Fonagy e Bateman (2008), os médicos que trabalham com pacientes com TPB universalmente aceitam que a falha de regulação do afeto é uma característica essencial nos mesmos. Esses pacientes vivenciam uma grande quantidade de afetos e experiências negativas, o que pode gerar em suas vidas traumas marcantes e doloridos, podendo lhes causar grande sofrimento emocional.

No que tange às relações de apego, e de acordo com Fonagy e Bateman (2008), pode-se observar que os pacientes com TPB têm grande dificuldade de mentalização¹⁵, que pode ser considerada uma ruptura decorrente de algum trauma precoce ou tardio durante a infância, o que prejudica a capacidade de pensar sobre os estados mentais ou a de dar conta de uma narrativa sobre relacionamentos passados.

¹⁵ *Mentalização*: segundo Faria (2011), é a capacidade de pensar separadamente nos estados mentais da possibilidade de ações relacionadas a eles. É através da função de espelhamento dos pais com a criança que há a possibilidade de desenvolvimento da mentalização. É a capacidade de diferenciar os estados mentais eu-outro.

Esta dificuldade de diferenciar os estados mentais de si e do outro pode estar relacionada a um ou mais processos – dentre os quais o trauma precoce, que pode alterar a organização do funcionamento cerebral e assim prejudicar o desenvolvimento saudável do indivíduo.

Fonagy e Bateman (2008) sustentaram ainda que, para que um indivíduo construa um modelo de mentalização e aquisição de competências, é necessário que a regulação emocional (de afetos) seja iniciada na infância e continue através dela e da adolescência, até a idade adulta. Para alcançar o desenvolvimento normal de uma experiência, a criança deve apreender sinais emocionais, espelhados em uma figura de apego.

Bowlby (2009) descreveu uma sequência de comportamentos que expressam o apego à figura maternal durante os dois primeiros anos de vida. São seis as respostas que levam ao comportamento de apego:

Duas delas, chorar e sorrir, tendem a aproximar a mãe do bebê e mantê-la junto dele. Duas outras, seguir e agarrar-se, têm o efeito de levar o bebê até a mãe e retê-lo junto dela. O papel da quinta, a sucção, é menos facilmente categorizado e requer detalhado exame. Uma sexta, chamar, também é importante: a qualquer momento, depois dos quatro meses, um bebê chamará sua mãe com apelos breves e agudos e, mais tarde, gritando o seu nome. (p. 257).

Vale enfatizar que, segundo Bowlby, “nenhuma forma de comportamento é acompanhada por sentimento mais forte do que o comportamento de apego. As figuras para as quais ele é dirigido são amadas, e a chegada delas é saudada com alegria” (p. 259).

Desse modo, quando uma criança tem uma figura de apego ao seu alcance sente-se segura e em paz. No entanto, a ameaça de perda dessa figura gera uma ansiedade e, em caso de perda real, uma tristeza profunda; ambas as situações podem levar ao desencadeamento de doenças.

Macfie e Swan (2009) relataram que o transtorno de personalidade borderline “representa uma distorção severa no desenvolvimento do sistema de apego, da personalidade

e da regulação emocional”¹⁶. Por sua vez, em aula na SPBP Hegenberg (2011) argumentou que esses pacientes são extremamente dependentes, dominados pelo temor da perda do amor.

Faria (2011), em apresentação verbal, concordou com Fonagy e Bateman ao afirmar que:

[...] A possibilidade do desenvolvimento de representações de segunda ordem das emoções estabelece a possibilidade do controle dos impulsos e regulação do afeto, na presença da capacidade de continência por parte dos pais. Na presença de um contexto traumático de abusos e negligências, as condições para a aquisição de um padrão seguro de attachment (apego) por parte da criança não se configuram.

Para Faria, há uma relação entre trauma, desenvolvimento e o transtorno de personalidade borderline. Uma situação que foi traumática para um indivíduo pode ser considerada como o ponto de origem do desenvolvimento de uma patologia, como por exemplo o TPB. Segundo ele, “abusos e negligências na infância podem acarretar alterações no desenvolvimento neurobiológico e/ou no funcionamento da estrutura do apego; todos estes fatores conjuntamente podem levar a comportamentos característicos do transtorno de personalidade borderline”.

Araújo, Mello e Rios (2011) assinalaram que uma situação adversa, muitas vezes caracterizada como trauma, pode levar à mobilização de símbolos com alta intensidade.

As próprias crises de desenvolvimento (passagem da primeira infância para a segunda, da segunda infância para a adolescência, da adolescência para a vida adulta, da vida adulta para a senescência) mobilizam símbolos novos que devem ser integrados ao ego, determinando crescimento ou que podem ir para a sombra, com risco de gerar patologia. (ARAÚJO *et al.*, 2011, p. 11)

Para que esse funcionamento simbólico e seus símbolos possam ser melhor explorados, buscaremos nas próximas subseções apreender o tema dentro da psicologia e da psicossomática junguianas.

2.2 Perspectiva junguiana

¹⁶ “Borderline personality disorder (BPD) represents a severe distortion in the development of attachment, self, and emotion regulation.”

O paciente limítrofe é uma pessoa que foi prematuramente expulsa do espaço mágico e mitopoiético. Ele é forçado a estruturar precocemente a realidade e vê-se imobilizado entre as realidades míticas e as de um mundo racional demasiado difícil de compreender. (SCHWARTZ-SALANT, 1989, p.76).

Como já comentado no capítulo 1 (p. 22), Schwartz-Salant (1989), os pacientes com TPB vivem de maneira a evitar o intenso sofrimento psíquico do abandono; para isso, utilizam-se de mecanismos psicóticos de defesa como a idealização, a cisão, a negação e comportamentos obsessivo-compulsivos de fazer ou o seu oposto, a inércia. Esses mecanismos existem no lugar de um self funcionalmente sadio, que é o organizador básico da vida psíquica. O self é aqui definido pelo autor como o órgão central regulador da psique, que harmoniza opostos como ordem/desordem, fusão/separação, progressão/regressão, amor/ódio, mente/corpo.

Ainda conforme o autor, é evidente que o self não está morto nem ausente, embora no paciente com TPB pareça estar: “A força organizadora do self parece ser dominada por impulsos de poder e estados compulsivos, os aspectos mais sombrios de existência” (p. 15). Resta um sofrimento em que o paciente com TPB vivencia os aspectos mais sombrios e desorganizadores de sua psique.

Na visão de Schwartz-Salant, o self está encapsulado em um processo psicótico. Desse modo, é essencial que o paciente sofra o medo profundo de abandono ao invés de buscar meios de evitá-lo. Por essa razão o terapeuta precisa defrontar-se com as fantasias psicóticas do paciente, fantasias estas que distorcem a realidade.

Segundo o autor, a estrutura psíquica de um paciente com TPB está cindida entre estados de fusão e afastamento, de forma que nenhum ou pouco contato é possível com os outros ou consigo mesmo. Esses indivíduos têm dificuldade em lidar com fusão, separação, união e não união em vários graus de intensidade. Nas palavras de Schwartz-Salant, “[...] a psique do sujeito limítrofe provoca a entrada em domínios facilmente reconhecidos e em geral evitados, uma esfera de caos sem a qual não há nenhuma renovação para qualquer ser humano” (1989, p. 23).

O autor ainda acrescentou que muitos desses pacientes estão imersos em situações negativas com outras pessoas; há um vício em estímulos, tais como automutilação, furto e

outros comportamentos autodestrutivos. Em sua pesquisa, Schwartz-Salant observou que os pacientes borderline se utilizavam desses padrões autodestrutivos a fim de superar um sentimento onipresente de morte interior.

Uma característica central desse transtorno é a indiferenciação sujeito-objeto. Conforme definido por Schwartz-Salant (1989), o paciente borderline padece de distorção de um processo arquetípico, no qual a sua experiência de união degenerou em fusão e amortecimento, causando dessa forma distância e frieza entre e com as pessoas com que se relaciona.

Faria (2002) também alertou para a gravidade da psicopatologia do TPB, responsável por prejuízos importantes no campo dos relacionamentos interpessoais, pessoais e ocupacionais. O transtorno envolve um aspecto incapacitante de grande importância, apresentando entre os seus principais sintomas um comportamento autodestrutivo, tentativas de suicídio de intenção letal variável e alta taxa de suicídios.

Em concordância com Schwartz-Salant, Faria salientou que o ego do paciente com TPB está a serviço da energia arquetípica; o self perde sua significação funcional, deixando de desempenhar sua função principal de centro organizador da psique. Uma manifestação central desse quadro é o permanente medo do abandono, presente nas relações interpessoais. Devido às suas experiências, o indivíduo expressa um pavor extremo da separação, vivido em ansiedades persecutórias. O paciente com TPB vive de maneira intensa e absoluta, relacionando-se com o mundo através de vivências subjetivas polarizadas e cindidas.

Diante desse funcionamento psíquico, os pacientes borderline, classicamente, descreverão em diferentes momentos uma sensação de “invasão”, em que conteúdos paranoides tornam-se ameaçadores; fica muito difícil estabelecer um limite, uma proteção, uma fronteira entre o dentro e o fora, o eu e o outro (FARIA, 2007, p. 5).

É um estado em que o Self, como uma união interior masculino-feminina, ou como uma “terceira coisa” que pode unir duas pessoas, não tem vida; esse amortecimento leva o paciente limítrofe ao sentimento crônico de desamparo. Nesta situação, o Self é incapaz de gerar ordem, identidade ou propósito. (SCHWARTZ-SALANT, 1989, p. 66).

Na visão de Faria (2002), o paciente borderline apresenta necessidade de gratificação e satisfação imediata visando apaciar uma sensação de aniquilamento. Quando a ansiedade se instala nessas pessoas e se torna insuportável, além dos limites, acompanhada de uma sensação de angústia extrema, parece que a maneira de aplacá-la e aliviar esse sofrimento se dá por meio de uma atitude concreta em seus corpos. Tais atitudes são consumadas, muitas vezes, por meio de comportamentos compulsivos clássicos dessa patologia, como o abuso de substâncias, gastos sem controle, direção imprudente, sexo compulsivo e ato de comer compulsivo.

Ainda de acordo com Faria, nesse contexto os pacientes podem apresentar a automutilação como uma ação que busca apaciar e aliviar um sofrimento vivenciado como insuportável – este é um dos comportamentos mais preocupantes e desafiadores no paciente com TPB. É típico esconderem suas automutilações, ao mesmo tempo afirmando que estão bem. Contudo, segundo Schwartz-Salant (1989), essa escolha nunca é satisfatória, permanecendo uma presença recorrente da ideação suicida como o “alívio perfeito”.

Em vista disso, julgamos essencial um aprofundamento dos aspectos psicológicos ligados ao comportamento automutilante, bem como uma melhor compreensão de como esses pacientes relacionam-se com o próprio corpo.

2.3 Os aspectos psicológicos e psicodinâmicos do comportamento automutilante

O comportamento automutilante é definido como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio; em outras palavras, a intenção primária é causar dano a si próprio. Os atos geralmente têm como objetivo o alívio de dores emocionais, estando em grande parte associados ao TPB. As formas mais frequentes de comportamento automutilante são o ato de cortar a própria pele, de envenenar-se, de autoespancar-se e de atear fogo em si mesmo.

Nos manuais de psiquiatria o comportamento automutilante aparece como sintoma de quadros psicopatológicos de transtornos de humor, de transtornos depressivos e de transtornos de personalidade. Esse comportamento pode ocorrer em qualquer quadro de alteração da percepção de si mesmo.

A automutilação sem intenção de suicídio (NSSI)¹⁷ é definida pela Sociedade Internacional do Estudo da Automutilação como a autolesão deliberada de tecido corporal sem intenção de suicídio e para fins não aceitáveis socialmente. Também conhecida como DSH¹⁸, essa conduta se distingue dos comportamentos suicidas com intenção de morte, das overdoses de drogas e dos procedimentos efetuados com fins estéticos ou de autoexibição validados socialmente, tais como piercings e tatuagens. Embora os cortes cutâneos estejam entre os comportamentos mais comuns praticados pelos pacientes, eles podem assumir outras formas como queimaduras, arranhões, murros ou fraturas ósseas se realizados com a intenção de mutilar a si mesmo. As lesões resultantes podem ser leves, moderadas ou graves.

As razões que antecedem a DSH são bastante complexas e diversas, porém um fator marcante nesse comportamento caracteriza-se pela grande tensão, aliviada pela autoagressão. Além disso, nota-se a presença de níveis de hostilidade e ansiedade, e que os pacientes tendem a irritar-se mais facilmente ao mesmo tempo em que a experiência de auto-ódio e de culpa podem resultar no autodirecionamento desses sentimentos hostis. Os pacientes que se automutilam têm dificuldade de autocontrole e alto grau de impulsividade, o que pode incapacitá-los para lidar com afetos insuportáveis de maneiras mais criativas. Dentre os fatores que antecedem o comportamento automutilante pode-se pensar em sentimentos de despersonalização, desrealização, raiva e um possível histórico de traumas na infância.

Mangnall e Yurkovich (2008) observaram a DSH como um comportamento desconcertante que vem sendo explorado pela comunidade científica há muitos anos sem chegar a resultados definitivos, embora tenha ganhado atenção na cultura contemporânea. Atualmente, nos EUA, nota-se “um aumento dos comportamentos de automutilação culturalmente aprovados na forma de tatuagens, piercings e branding” (p. 175).

Tantam e Huband (2009) apontaram como características-chave do comportamento automutilante as autolesões, com danos na pele e no tecido subjacente. O objetivo desses indivíduos é provocar feridas, sangramento, dor ou uma combinação destes; não buscam qualquer mudança anatômica significativa, tampouco uma intenção clara de suicídio, embora a morte possa por vezes ocorrer como resultado da imprudência. O ato de automutilação

¹⁷ NSSI (Non-Suicidal Self-Injury): definição disponível no site da ISSS – International Society for the Study of Self-Injury, Vancouver, Canada. <<http://www.issweb.org/Home.php>>. Acesso em: mar. 2013.

¹⁸ DSH: “Deliberate Self-harm Events”.

parece ser um fim em si mesmo¹⁹.

De acordo com esses autores, a autolesão pode ocorrer em um estado psíquico dissociado, em que o indivíduo não tem controle consciente sobre sua ação. No entanto, esse quadro difere do que acontece com os pacientes psicóticos, cujas automutilações ocorrem como resposta às alucinações de comando, pois sentem-se controlados por uma presença alienígena ou ameaça delirante. Muitas pessoas que se machucam manifestam essa atitude ocasionalmente. Quando a ação se repete, porém, pode ser vista como um instante de angústia avassaladora ou um momento em que se sentem incapazes de lidar com aquela situação de outra forma.

Os automutiladores crônicos geralmente são pessoas menos capazes de lidar com o estresse emocional. Seus recursos de enfrentamento são geralmente reduzidos, e machucar-se torna-se menos efetivo ao longo do tempo. Ainda de acordo com Tantam e Huband (2009), a vida desses indivíduos se torna mais árdua por tratar-se de pessoas menos resilientes e que apresentam mecanismos de enfrentamento empobrecidos. Percebe-se que essas pessoas necessitam de grande quantidade de cuidados de saúde, tendo em vista que cada episódio de comportamento automutilante revela-se extremamente desgastante em termos emocionais para todos os envolvidos, inclusive para quem se automutila.

Moran *et al.* (2012) investigaram o percurso da história natural da automutilação presente na adolescência. O estudo foi realizado no estado de Vitória, Austrália, com a participação de 1.802 indivíduos, durante o período de agosto de 1992 a janeiro de 2008. Esses pacientes foram acompanhados desde a adolescência até a fase adulta. Nesse universo, 8% declararam ter-se automutilado durante a adolescência, sendo que a taxa mais elevada foi maior entre as meninas. As formas mais comuns de automutilação privilegiam cortar-se e queimar-se. Aos 29 anos, menos de 1% desse total ainda mantinha esse comportamento. Os achados mostraram que, frequentemente, a recorrência do comportamento automutilante está associada a distúrbios mentais, especialmente ansiedade e depressão. Os resultados sugeriram que grande parte desse comportamento na adolescência é resolvido espontaneamente.

¹⁹ “The act of self-injury appears to be an end in itself” (TANTAM e HUBAND, 2009, p. 2).

Paris (2005) considerou que a automutilação é comum em pacientes com TPB, porém esse comportamento em geral não implica intenção suicida; pelo contrário, ele exerce outras funções tais como: regulação de afetos disfóricos, comunicação de angústia, expressão de emoções e luta com estados dissociativos. É essencial que as funções psicológicas desse comportamento sejam compreendidas, em prol de uma melhor forma de lidar com estas pacientes.

O autor definiu o comportamento automutilante segundo quatro funções psicológicas: (1) alívio de estados de humores negativos; (2) distração: mecanismo que contribui para a diminuição do estresse, em que as lesões corporais tendem a distanciar o paciente da dor mental; (3) comunicação da angústia para outras pessoas; e (4) uso desse comportamento de modo simbólico, na expressão de emoções. Os pacientes borderline vivenciam esse fenômeno como uma disforia ou um estado dissociativo no momento em que se cortam. A visão do sangue parece trazer alívio, levando-os a lembrar de que “estão vivos”.

Tantam e Huband (2009) salientaram que o comportamento automutilante nem sempre tem raízes profundas, mas em caso positivo pode vir acompanhado por uma escala de problemas psicológicos e físicos. Os autores lembraram que o tratamento das feridas torna-se cada vez mais desafiador, pois pode exacerbar dificuldades interpessoais. Esse tipo recorrente de comportamento automutilante é o que mais leva os indivíduos a procurarem ajuda; na maioria das vezes, o diagnóstico psiquiátrico é de transtorno de personalidade borderline.

Tantam e Huband observaram ainda que os pacientes com TPB sentem desespero e apresentam alto risco de suicídio quando rejeitados ou ameaçados de abandono. Entretanto, este não costuma ser o motivo desencadeador da autolesão propriamente dita, pois o objetivo desses indivíduos não é impactar outras pessoas, e sim aliviar os próprios sentimentos.

Na interpretação desses autores, há uma intensa angústia em pessoas que veem a automutilação como o único caminho, angústia esta que pode ser considerada como uma forma de “dor quente”. Esse quadro envolve sofrimento mental e um misto de sentimentos de ansiedade, preocupação e ruminação, comparáveis à angústia por tratar-se de uma dor desconfortável, que impulsiona à ação.

Maddock *et al.* (2010) também observaram que a automutilação deliberada é comum no TPB. Assim, compreender as razões para episódios de DSH em pacientes com TPB pode ser útil no desenvolvimento de intervenções para reduzir a taxa de DSH ou para auxiliar no julgamento clínico da intenção suicida após a ocorrência de DSH.

Faria (2011) apontou que, em momentos de extrema ansiedade e de angústia insuportável, é como se houvesse o acionamento de um gatilho e um desgoverno dessa ansiedade. Nesses casos, o comportamento automutilante pode ser observado como uma tentativa do indivíduo de dar limites para a dor em seu corpo. Segundo o autor, os pacientes desejam sentir que têm pele, e consideram que o corte cutâneo poderia separar o dentro e o fora. A possibilidade de separar o eu do outro através de agressão à pele poderia aliviar a psique.

Observa-se uma dificuldade de diferenciação na relação eu-outro, ao mesmo tempo em que só existem e se sentem existentes em uma relação. Os pacientes borderline vivem permanentemente nessa dinâmica relacional, tendo a priori uma certeza inconsciente de que serão abandonados, e por isso carregam esse temor ao longo da vida.

Para o autor, esse estado de fusão corpo/psique pode ser melhor compreendido como um estado em que há “um fenômeno de corporificação de um complexo que permanece com as polaridades arquetípicas em seu núcleo fundidas, levando a este estado de indiferenciação, onde as polaridades soma/psique ainda não se separaram” (FARIA, 2007, p. 4).

A consideração desse estado de indiferenciação entre o corpo e a psique leva-nos a pensar em um fenômeno psicossomático. Nessa direção, serão abordados a seguir alguns conceitos essenciais da psicossomática junguiana.

2.4 A psicossomática junguiana

Ao defender a ideia de que toda doença é psicossomática, no sentido de que, independente da causa, seja um vírus ou estresse, o organismo é sempre afetado como um todo, Ramos (2006) sustentava – e ainda sustenta – que na doença há uma expressão simbólica da relação mente-corpo, símbolo definido como:

[...] expressão da percepção do fenômeno psique-corpo, feita por meio da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes, sincronicamente. Um complexo tem sempre uma expressão simbólica corpórea, por intermédio da qual podemos ter a chave para a compreensão da doença. Nesses casos, o símbolo aponta uma disfunção, um desvio que precisa ser corrigido quando a relação entre o ego e o Self se altera. (p. 68).

Jung ([1973] 2011, p.1354) afirmava que, tanto em neuroses quanto em psicoses, os sintomas de natureza psíquica ou somática originam-se nos complexos. No caso das neuroses, ocorre normalmente uma adaptação ao ambiente; nas psicoses os complexos são fixos, o que interrompe o progresso da personalidade como um todo.

Entende-se por complexo “[...] uma coleção de várias idéias, as quais, em consequência de sua autonomia, são relativamente independentes do controle central da consciência e, a qualquer momento, capazes de cruzar ou contrariar as intenções do indivíduo” (JUNG, [1973] 2011, p.1352).

Ramos (2006) explicou que, quando um complexo é constelado, ocorre um mecanismo de alteração sistêmica tanto na psique quanto no corpo, percebido ou não pelo indivíduo. Além disso, o conflito pode ser sentido como “um mal-estar indefinido ou expressar-se numa sintomatologia mais evidente” (p. 55).

Desse modo, pode-se ainda pensar que “o paciente que se expressa somaticamente perdeu a conexão de seu corpo com seu inconsciente somático, de modo que a vida fantasiosa, eidética, encontra-se desconectada da vida orgânica” (RAMOS, 2006, p. 58). Para a autora, o sintoma é a representação simbólica de uma desconexão ou perturbação no eixo ego-self, podendo ser corporal (doença orgânica) ou psíquica (doença mental).

A compreensão simbólica aponta para o entendimento dos sentidos do símbolo e para a correção que necessita ser realizada, isto é, o conteúdo inconsciente que precisa ser integrado à consciência. Essa integração simbólica pode levar o indivíduo ao crescimento e a uma continuidade do processo de individuação.

De acordo com Schwartz-Salant (1989), o paciente com TPB apresenta uma função transcendente diferenciada, ou seja, há uma ligação entre consciente-inconsciente em que o borderline tem “pouca capacidade para atuar com o inconsciente, para afetá-lo pela

consciência, ou para permitir que a personalidade consciente seja afetada pelo inconsciente”. O autor acrescentou ainda que “sujeitos ao inconsciente, os pacientes com TPB se sentem impotentes ao se confrontarem com tal conteúdo” (p. 239).

Ramos (2006) salientou que o paciente que apresenta uma disfunção simbólica orgânica pode ter vivenciado um conflito em suas relações primárias, quando sua vida fantasiosa e impressões sinestésicas se cindiram; neste caso, a expressão desse conflito toma a forma de um funcionamento simbólico pré-verbal.

Ainda segundo a autora, pode-se pensar que a consciência tenha dificuldade em integrar o símbolo emergente devido à sua complexidade. Além disso, no caso dos pacientes com TPB, vivências traumáticas profundas podem ter gerado uma dificuldade do ego em integrar o conflito no plano abstrato, levando a uma somatização.

Ramos lembrou que os bebês reagem corporalmente ao medo ou à sensação de abandono. Logo, pode-se inferir que “um adulto que reage com um sintoma físico à sensação de abandono, ele revive um padrão infantil de comportamento, como uma criança, que por não ter uma linguagem verbal, responde psicossomaticamente à dor emocional” (2006, p. 58).

Dessa forma, tendo em mente o paciente borderline, cabe questionar a que se devem os comportamentos impulsivos e muitas vezes autodestrutivos – como o automutilante, por exemplo – já que se trata de um paciente que vive com uma certeza inconsciente do abandono, como já comentado no subitem anterior.

A autora assinalou que a mãe, ao não fornecer a mediação psique-corpo à criança, faz com que a função simbólica fique fixada no corpo. É como se “a memória emocional ficasse perdida no corpo e reaparecesse quando situações atuais espelham um conflito semelhante àquele que originou a cisão” (2006, p. 61).

Dentro do processo simbólico, o símbolo funciona como um transformador ou transdutor de energia e de informação. Como transdução entende-se “o processo pelo qual a informação é transformada em outra informação, pelo qual ela passa de um sistema a outro, do consciente para inconsciente, do psíquico para o orgânico, e vice-versa” (RAMOS,

2010²⁰).

No contexto da indiferenciação sujeito-objeto, dentro-fora e psique-soma, ocorre uma interrupção nos processos de desenvolvimento normal e de elaboração simbólica em que se encontram os pacientes com TPB. Como consequência dessa interrupção, “o corpo permanece como via preferencial da expressão simbólica” (FARIA, 2007, p. 8).

Pacientes com TPB parecem ter necessidade de sentir intensamente o corpo como forma de estarem vivos. Em sua incapacidade de expressarem consciente e verbalmente o sofrimento, sentem como se este permanecesse no corpo. A automutilação os faz perceberem os próprios corpos com maior intensidade, trazendo-lhes a sensação primária de seu “eu”. Com a dor física, o paciente volta a se sentir inteiro e presente (RAMOS, 2013)²¹.

O terceiro capítulo apresenta uma revisão de pesquisas dentro do tema proposto.

²⁰ Comentário durante aula em disciplina ministrada pela Profa. Denise Ramos na Pós-Graduação em Psicologia da PUC-SP.

²¹ Comentário feito em reunião de orientação.

3 REVISÃO DE PESQUISAS

3.1 Revisão de pesquisas em transtorno de personalidade borderline (TPB)

Ohshima (2001) demonstrou traços de pacientes com TPB quando comparados a quadros histéricos. Sua pesquisa teve a participação de 48 pacientes com TPB e 40 com neurose histérica. O questionário escolhido para a análise foi a DIB-R (entrevista diagnóstica revisada para borderlines), aplicado em todos os pacientes. Os resultados sugeriram que o padrão impulsivo de comportamento e a desordem nos relacionamentos interpessoais eram traços da personalidade borderline. Por outro lado, um comportamento manipulativo e a intolerância à solidão podem ser considerados como sintomas desse transtorno. A pesquisa também revelou que a contradependência e o distúrbio de identidade foram comuns em ambos os quadros, e que foram detectados alguns traços de personalidade borderline sintomaticamente na neurose histérica.

Pizol *et al.* (2003) empreenderam estudo buscando analisar o relato da experiência e os resultados obtidos em um ambulatório, a partir de um programa baseado em uma abordagem multidisciplinar. Dentre os casos clínicos, dois se destacaram: duas mulheres, com 36 e 41 anos de idade, já estavam sob tratamento há quatro e seis anos, respectivamente, sem apresentar melhoras significativas em sua sintomatologia. A coleta de dados foi feita a partir da triangulação de técnicas, sendo utilizadas a observação participante, a análise documental (prontuários) e a análise do discurso, e foram consideradas as falas do contexto terapêutico e do campo social. Os resultados obtidos justificaram a implantação e continuidade do programa nesse ambulatório. A partir da leitura desses relatos de caso, pudemos entender a importância da abordagem interdisciplinar no tratamento dessas pessoas, pois verificamos que não só houve uma estabilização dos sintomas clínicos e psiquiátricos, como também um nível de funcionamento melhor.

Em sua pesquisa, Tanesi *et al.* (2007) objetivaram compreender possíveis fatores que interferiam na adesão ao tratamento em pessoas com transtorno de personalidade borderline e prováveis comportamentos que podiam estar relacionados a essa dificuldade. Foram entrevistados 11 usuários provenientes de serviços diversos de saúde mental de uma instituição pública universitária, todos diagnosticados com transtorno de personalidade de difícil manejo. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: entrevistas livres em

que as usuárias contavam suas histórias de vida e familiares; entrevistas clínicas estruturadas (SCID-I e SCID-II); e atendimentos psicoterápicos e psiquiátricos das participantes (abordagem psicanalítica, duas a três vezes por semana). Os resultados sugeriram que os casos de abandono do tratamento estavam relacionados aos construtos de impulsividade, manipulação e dissociação afetiva, enquanto aqueles que não abandonaram o tratamento ligavam-se aos ataques aos vínculos, ataques à melhora e agressividade contra a instituição e a equipe.

McLean e Gallop (2003) investigaram se mulheres com histórico de abuso sexual com início precoce (idade menor ou igual a 12 anos), ou aquelas com abuso sexual com início tardio (idade maior ou igual a 13 anos), apresentavam maior probabilidade de cumprirem os critérios de diagnósticos para Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD). Os autores buscavam entender se o abuso sexual era o principal preditor para o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. A pesquisa foi realizada com um grupo de conveniência formado por 65 mulheres com mais de 18 anos de idade, das quais 38 apresentavam histórico de abuso sexual infantil precoce, e 27 tinham histórico de início tardio. Os resultados das duas entrevistas – a entrevista diagnóstica revisada para borderline (DIB-R) e a entrevista estruturada para desordens de extremo estresse (SIDES) – mostraram que os diagnósticos de TPB e de PTSD foram significativamente elevados em mulheres com abuso sexual precoce quando comparados às mulheres com abuso sexual de início tardio. As duas entrevistas apresentaram variáveis de trauma relacionadas ao abuso sexual e incesto paterno como preditoras de ambos os diagnósticos.

Fonagy e Bateman (2006) compararam a efetividade da mentalização para pacientes com TPB hospitalizados e para pacientes em tratamento psiquiátrico tradicional. Foi realizado um estudo com 44 pacientes randomizados, em que 19 foram avaliados em grupo. Os resultados mostraram que o tratamento por meio da mentalização gerava ganhos significativos quando comparado ao grupo controle no que diz respeito aos índices de suicídio, automutilação e internações. Uma característica relevante do TPB é o déficit na capacidade de mentalização. Dessa forma, este estudo pôde demonstrar a sua grande efetividade.

Korner *et al.* (2007) investigaram o padrão de temperamento em pessoas com TPB e o impacto do tratamento psicoterápico sobre as variáveis de temperamento. A pesquisa foi

realizada com um grupo de usuários tratados no programa de psicoterapia para pessoas com transtorno de personalidade borderline, em Westmead, Austrália. Todos os pacientes que completaram o Questionário Tridimensional da Personalidade (QTP) correspondiam aos critérios do DSM III para TPB. Os resultados da pesquisa revelaram altas taxas relativas ao traço de personalidade de busca de novidades e prevenção de danos, e resultados moderados para a dependência de recompensa, de acordo com as categorias determinadas pelo QTP. O comportamento de automutilação pode ser frequentemente motivado pela prevenção de um dano maior, tendo em vista a realidade interna psíquica desses pacientes. Enfim, a diminuição no índice de prevenção de danos com a psicoterapia sugeriu um impacto no temperamento ou pôde indicar que este construto pode ser influenciado por variáveis de estado, como o humor.

Silva, Yazigi e Fiore (2008) analisaram um estudo de caso em que a paciente tinha 19 anos e havia sido internada em função das tentativas de suicídio. Foram registradas e analisadas 120 de um total de 340 sessões. O tratamento constituía-se de duas a quatro sessões semanais de psicoterapia psicanalítica, simultaneamente ao tratamento psiquiátrico ambulatorial, internações hospitalares e atendimentos no CAPS. A análise do material proveniente das sessões possibilitou um maior entendimento do comportamento borderline, desvelando alguns aspectos essenciais relacionados à psicodinâmica do paciente borderline, tais como pensamento concreto e impulsivo, ideações suicidas recorrentes e dificuldade na simbolização. Os temas emergentes foram a pulsão psicopatológica do ódio, o tratamento baseado na mentalização e a diferenciação com a simbolização e manejo terapêutico.

Sansone *et al.* (2008) avaliaram 116 pacientes com o objetivo de examinar a relação existente entre a sintomatologia de uma pessoa diagnosticada com TPB e a preocupação somática em uma amostra de usuários ambulatoriais. O estudo foi transversal, tendo sido analisados homens e mulheres, entre 18 e 87 anos de idade. Os instrumentos utilizados para avaliação do critério de personalidade borderline foram: o questionário revisado para diagnóstico de personalidade (PQD-4) e o inventário para automutilação (SHI). A preocupação somática foi medida por meio do inventário somático de Bradford. Uma análise estatística revelou que os resultados do SHI estavam diretamente relacionados aos de PQD-4, enquanto os resultados do inventário somático correlacionavam-se com os valores de PQD-4 e SHI.

Em seu estudo, Eizirik e Fonagy (2009) trouxeram a descrição do conceito de mentalização, sua aplicação e efetividade terapêutica em pessoas com TPB. A mentalização foi descrita como uma atividade mental predominantemente pré-consciente, que capacita o indivíduo a compreender a si mesmo e aos outros em termos de estados subjetivos e processos mentais. O objetivo dessa técnica é desenvolver um processo terapêutico em que a capacidade de mentalização do paciente seja o foco do tratamento. Nesse estudo, o trauma psicológico na infância foi apontado como o principal causador de déficit na capacidade de mentalização e no desenvolvimento do transtorno de personalidade borderline.

Jordão e Ramires (2010) propuseram-se a entender as características dos vínculos afetivos entre adolescentes com indicadores de organização de personalidade borderline e seus pais, considerando o estudo de casos múltiplos de três adolescentes com idades entre 16 e 17 anos, um do sexo masculino e dois do sexo feminino. Na avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevistas, Teste Projetivo Rorschach, Teste do Desenho da Família e o Inventário de Vínculos Parentais. Os achados apontaram para vinculações afetivas fragilizadas, permeadas por representações de negligência, abandono, falta de proteção, amparo e dificuldades na construção e manutenção de vínculos afetivos. Foram identificadas histórias de vida com vivências traumáticas e violências de diversas ordens.

A próxima subseção traz uma revisão de pesquisas relacionando o comportamento automutilante ao transtorno de personalidade borderline.

3.2 Revisão de pesquisas em TPB e comportamento automutilante

Fowler, Hilsenroth e Nolain (2000) exploraram aspectos da agressão, dependência, relações objetais, estrutura defensiva e integridade psíquica fronteira que poderiam contribuir para a origem e manutenção do comportamento automutilante. Participaram 90 pacientes internados com TPB, dos quais 48 apresentavam comportamento automutilante, que foram submetidos a cinco escalas psicanalíticas e à análise do Rorschach. Os resultados sugeriram que o comportamento automutilante poderia estar relacionado a uma tendência à regressão a padrões primitivos de defesa, como cisão, idealização, representação patológica objetal, distúrbio na integridade psíquica e desvalorização, observados nos pacientes da amostra que apresentavam esse tipo de comportamento. Os autores concluíram que a hipótese mais consistente para a automutilação dos pacientes psiquiátricos seria a crença de que eles

estariam experienciando episódios intensos de raiva, expressos através de ataques masoquistas aos seus corpos.

Paris (2005) objetivou revisar artigos empíricos e clínicos sobre transtornos de personalidade e transtorno de personalidade borderline. Para tanto, utilizou os sites Medline e Psycinfo, no período de 1980 a 2004, tendo identificado 113 publicações. Esse trabalho incidiu sobre o padrão observado em pacientes com TPB: repetitivo, com autolesão não letal sem intenção de morte. A repetição do comportamento automutilante foi associada a psicopatologias graves, mais particularmente aos retardamentos mentais, esquizofrenia e transtornos de personalidade, especialmente ao TPB.

Sobre as funções psicológicas da automutilação, Paris observou que a intenção desse comportamento não é necessariamente suicida. São definidas quatro funções psicológicas que o comportamento automutilante pode cumprir: (1) a mais frequentemente discutida na literatura, que é o alívio de estados de humores negativos; (2) a distração, um mecanismo que pode diminuir o estresse em pacientes com TPB; (3) a comunicação de uma angústia para outras pessoas, o que requer maior cuidado por parte dos terapeutas; e (4) a automutilação, que pode ser usada como um modo simbólico para expressar emoções. Uma quinta função poderia estar relacionada à conexão dos pacientes – no momento do comportamento automutilante – com o fenômeno da dissociação.

Baguelin-Pinaud, Seguy e Thibaut (2009) descreveram um grupo de 30 pacientes, internados no hospital universitário de Rouen, França, por terem causado ferimentos em si mesmos (cortes nos antebraços, na maior parte dos casos), grupo composto principalmente por jovens mulheres. Os autores realizaram um estudo retrospectivo, por um período de seis meses, em que as seguintes variáveis foram estudadas: sexo, data de nascimento, condição social, condição dos pais, antecedentes de tentativa de suicídio, quantidade e meios utilizados, local das automutilações, tipos de abuso (abusos sexuais, maus-tratos físicos, negligências), vícios associados e diagnóstico obtido no momento da hospitalização, de acordo com o CID-10.

Todos os pacientes provocavam ferimentos em si mesmos, sendo os cortes os mais recorrentes. Três diagnósticos principais foram detectados: síndrome depressiva (intensidade leve a moderada), transtorno de personalidade e transtorno psicótico. Ansiedade e sensações

de despersonalização foram descritas pelos pacientes quando do momento da automutilação. Baguelin-Pinaud e Thibaut também enfatizaram que as pesquisas sobre automutilação devem ser continuadas para uma melhor compreensão dos seus mecanismos psicopatológicos e biológicos, assim como para uma utilização mais adequada das terapêuticas.

Sansone e Sansone (2010) desenvolveram um instrumento que tem mostrado grande eficácia e legitimidade para o tratamento e intervenções terapêuticas em pessoas com transtorno de personalidade borderline: o Inventário para a Automutilação (SHI). O comportamento de automutilação foi o principal critério avaliado em mulheres diagnosticadas com TPB e que estavam em tratamento psiquiátrico ou ambulatorial. O SHI compreende um questionário composto de 22 questões com respostas sim/não e autorrelatos de histórias de automutilações. Os resultados revelaram que esse inventário permite entender como é o funcionamento psicodinâmico de pacientes com TPB.

Maddock *et al.* (2010) buscaram compreender e comparar as razões para episódios de automutilação suicida deliberada (S-DSH) versus os de automutilação suicida não deliberada (NS-DSH) em uma população de 70 mulheres australianas diagnosticadas com TPB e com comportamentos automutilantes recorrentes²². Os resultados apontaram algumas categorias principais para o comportamento automutilante, tais como: alívio das dores emocionais agudas, comunicação interpessoal e influência (alívio do desconforto emocional crônico e dentro da categoria evitação/fuga). O estudo revelou uma gama complexa de razões para um único evento de comportamento automutilante. As seis razões apontadas relacionavam-se a sentimentos e reações pessoais: parar sentimentos ruins (67%); punir a si mesmo (61%); cessar raiva e frustração (60%); deter com o autoódio (56%); trazer alívio para um estado terrível de espírito (56%) e aliviar a sensação de vazio (51%). A partir desse estudo, é possível entender que o comportamento automutilante é mais provável de ser explicado pelos pacientes como uma forma de reduzir dores e angústias pessoais, e menos como uma tentativa de influenciar o comportamento dos outros. A pesquisa aponta para a necessidade de mudança na atitude dos médicos em relação à automutilação, tendo em vista que pacientes com TPB e eventos automutilantes podem estar envolvidos em atos suicidas e não suicidas, em momentos diferentes, e que podem ou não procurar por tratamentos.

²²Foi utilizado o termo DSH em vez de parassuicídio (da PHI-2) durante todo este estudo para fins de consistência e facilidade de leitura. Também utilizamos os termos NS-DSH e S-DSH em lugar de parassuicídio não suicida e tentativa de suicídio, respectivamente.

Sansone *et al.* (2010) tiveram como objetivo examinar as possíveis diferenças de gênero em relação ao comportamento automutilante em uma amostra de pacientes ambulatoriais com TPB. Participaram do estudo 61 pacientes ambulatoriais, 18 do sexo masculino e 43 do sexo feminino, com idade de 18 a 65 anos. Os resultados indicaram um comportamento de corte em 23,8% das mulheres e 11,1% dos homens. Nos homens, os comportamentos mais comuns com diferença significativa em relação às mulheres foram bater com a cabeça e perder um emprego propositalmente; nos demais comportamentos não houve diferença significativa.

Zanarini *et al.* (2011) empreenderam um estudo prospectivo de dez anos para determinar clinicamente uma linha de base relevante, com prognosticadores e variáveis em relação ao tempo de comportamento automutilante em pacientes com TPB. Participaram desse estudo 290 pacientes que atendiam ao critério de TPB do DIB-R e do DSM-III-R. Desse total, 249 mantiveram sua participação ao longo de cinco anos de follow-up após o término da pesquisa. Foi constatado que 62,4% dos participantes relataram histórico de abuso sexual na infância, além da presença de no mínimo um episódio de automutilação a cada dois anos durante o período de dez anos de acompanhamento. Quatro achados principais emergiram dessa pesquisa, como vinculações importantes à ocorrência de automutilação: a severidade da experiência do abuso, negligência na infância, a gravidade de experiências dissociativas e o histórico de ser vítima da violência na fase adulta (ser insultada, por exemplo, pelo parceiro). Um último achado está relacionado à severidade de afetos e cognições disfóricas. “O aspecto afetivo desta constatação é consistente com a constatação prévia de que pacientes com TPB normalmente relatam que se machucam fisicamente para aliviar sentimentos negativos” (p.826). Os resultados sugerem que ideias supervalorizadas e efeitos entorpecentes da dissociação são fatores de risco maiores do que os afetos disfóricos – como, por exemplo, considerar-se uma pessoa má –, o que aumenta o risco do comportamento automutilante.

Concluindo, as pesquisas mostram que o comportamento automutilante está relacionado principalmente a uma tendência de regressão a padrões primitivos de defesa, como a cisão e a idealização, bem como a um distúrbio na integridade psíquica de pacientes com TPB. Os pacientes que se automutilam experienciam episódios intensos de raiva, além de descreverem um estado de angústia e ansiedade profundas, bem como uma sensação de despersonalização durante o ato.

As pesquisas sugerem possíveis razões para o comportamento automutilante recorrente, tais como: alívio de dores emocionais profundas, comunicação interpessoal, distração, alívio de uma sensação de ódio, alívio do sentimento de vazio, autopunição e alívio da raiva. Os estudos mostram ainda que há uma relação do comportamento automutilante com uma experiência traumática infantil, seja de abuso sexual ou alguma forma de negligência, e que alguns pacientes se machucam para aliviar sentimentos negativos. Essa análise pode ser útil no desenvolvimento de intervenções voltadas para a redução da frequência da automutilação ou para auxiliar no diagnóstico clínico da intenção suicida após a ocorrência da automutilação.

A maioria dos artigos analisados abordou o tema sob um olhar psicopatológico. No entanto, as pesquisas não permitiram uma compreensão profunda do significado desse comportamento. Em vista disso, podemos levantar questões a respeito da relação desses pacientes com seus corpos, do ponto de vista de uma análise simbólica e subjetiva: *Qual seria o significado subjetivo de vivências tão intensas e de possíveis comportamentos compulsivos e compensatórios, como o comportamento automutilante? Como a dor dessas pacientes é vivida? O comportamento automutilante está relacionado a ideias suicidas?* Daí a necessidade de um estudo que aborde esse fenômeno, investigando as possíveis motivações, objetivos e significados que o paciente com TPB atribui ao seu comportamento de automutilante, à luz da psicologia junguiana.

O capítulo a seguir aborda a escolha metodológica adotada na pesquisa, incluindo o seu contexto, participantes, instrumentos de coleta de dados e procedimentos de análise.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização do estudo

A presente pesquisa tem uma abordagem metodológica qualitativa, fundamentando-se no referencial teórico da Psicologia Analítica e tendo em vista a investigação da vivência da automutilação em pacientes borderline e os possíveis significados e sentidos atribuídos a esse comportamento. Este trabalho está focado no singular e subjetivo, ou seja, no relato e na vivência de cada paciente em relação ao próprio corpo.

4.2 Objetivos da pesquisa

4.2.1 Objetivo Geral

Investigar as possíveis motivações, objetivos e significados que o paciente com transtorno de personalidade borderline atribui ao seu comportamento automutilante na abordagem da psicologia junguiana.

Para melhor compreensão, será adotada nesta pesquisa a expressão *comportamento automutilante*, entendido como uma mutilação praticada em si próprio.

4.2.2 Objetivos Específicos

Observar nas pacientes a psicodinâmica dos relacionamentos familiares, amorosos e interpessoais.

4.3 Participantes

O presente estudo foi desenvolvido com seis pacientes diagnosticadas com TPB com histórico de automutilações, que se encontravam em tratamento nos CAPS II das cidades de Carapicuíba e de Santana de Parnaíba, ambos em São Paulo.

A amostra foi composta somente por mulheres devido à maior prevalência desse transtorno e maior frequência de comportamento automutilante nesse gênero.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Pacientes entre 18 e 46 anos
- Sexo feminino

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes que apresentem comorbidade, algum tipo de deficiência física ou rebaixamento cognitivo.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados:

- Questionário DIB-R (Entrevista Diagnóstica Revisada para Borderlines): roteiro estruturado para investigação diagnóstica;
- Entrevista semiestruturada (1 a 5): orientada por um roteiro semidirigido buscando informações sobre a percepção, os comportamentos e a representação do TPB e da automutilação;
- Desenho da Pessoa e Família (RETONDO, 2000): técnica projetiva de desenho, que visa penetrar na personalidade do indivíduo;
- Desenho Temático: representação simbólica subjetiva da automutilação.

4.5 Procedimentos

Esta pesquisa foi enviada para avaliação do comitê de ética da PUC-SP. Após sua aprovação pelo órgão, foi estabelecido o contato com as pacientes. Os dados foram coletados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II). As pacientes diagnosticadas com F60.3 (Transtorno de Personalidade Borderline, conforme o CID-10) que apresentavam histórico de automutilação, de acordo com os prontuários das duas instituições, foram selecionadas para participação na pesquisa.

O contato prévio com a coordenação dos dois CAPS foi feito pessoalmente pela pesquisadora, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa, a duração da coleta e quais os instrumentos que seriam utilizados.

Os coordenadores dos CAPS informaram às pacientes diagnosticadas com TPB sobre a pesquisa a ser realizada. Para aquelas que mostraram interesse em participar, foi agendada entrevista individual com a pesquisadora.

Nessa primeira entrevista a pesquisadora se apresentou e informou os objetivos da pesquisa e método de coleta. Para as dez pacientes que concordaram em participar foi então agendado o início da pesquisa propriamente dita e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para assinatura (Anexo 1).

Encerrada essa etapa, os prontuários dessas pacientes foram estudados e analisados pela pesquisadora. Vale mencionar que os prontuários funcionaram apenas para consulta de dados técnicos e para entendimento do histórico das pacientes na instituição, visto que a história individual de cada paciente foi obtida nas entrevistas.

Os dias e horários para a aplicação dos instrumentos foram agendados de acordo com a disponibilidade das pacientes, sem que isso interferisse na dinâmica de seus tratamentos.

Os instrumentos foram aplicados individualmente durante três a cinco encontros. As entrevistas foram gravadas, manualmente anotadas e posteriormente transcritas.

A sequência de aplicação utilizou em um primeiro momento o questionário DIB-R, para fins de diagnóstico dos pacientes e com caráter eliminatório quanto à participação na pesquisa.

As pacientes diagnosticadas com TPB permaneceram na pesquisa. De todos os questionários aplicados, quatro pacientes não deram seguimento à sua participação: duas decidiram abandonar a pesquisa, uma sofreu um acidente que a forçou a se afastar e a outra não apresentava histórico de automutilação. Outra paciente entrou em crise após o questionário DIB-R ter sido aplicado, sendo então definido que ela não prosseguiria na pesquisa não só por não apresentar condições emocionais, mas também para protegê-la.

Em um segundo momento, as seis pacientes que continuaram a integrar a pesquisa passaram por entrevistas e realização dos desenhos, visando investigar o simbolismo e

significado do comportamento automutilante e os aspectos dinâmicos e projetivos da personalidade dos participantes.

Os encontros com cada participante tiveram cada um a duração de cerca de uma hora e meia, com frequência semanal.

Tanto os CAPS como as participantes foram devidamente informados que, após o término da pesquisa e a análise dos resultados, seriam programados dois encontros distintos da pesquisadora: (a) com a equipe, e (b) com as pacientes, para uma devolutiva sobre os resultados auferidos.

4.6 Cuidados éticos

As questões éticas devem vir sempre em primeiro lugar quando da realização da pesquisa de campo. Primeiramente, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica, e somente após o parecer favorável iniciamos a coleta de dados.

O Termo de Consentimento Livre e Informado, documento explicando os objetivos da pesquisa, os instrumentos utilizados e a condução dos trabalhos, foi encaminhado aos responsáveis pelos CAPS II para as devidas autorizações de realização do estudo em suas dependências (Anexos 2 e 3).

Cada participante recebeu um Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE), apresentado no início da pesquisa, ocasião em que foi informado a cada uma das participantes que se tratava de uma dissertação de mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Foi também enfatizado que a sua participação era de cunho voluntário.

As transcrições das entrevistas e dos encontros não estão incluídas no corpo da pesquisa, de forma a manter o sigilo necessário nesses casos.

As participantes foram também informadas de que poderiam desistir de sua participação na pesquisa a qualquer tempo (Anexo 4).

4.7 Procedimentos para análise dos dados

O processo de análise dos dados foi dividido em três fases, na seguinte sequência:

1ª fase – Análise descritiva do Questionário Revisado para Pacientes Borderlines (DIB-R): foi realizada a análise descritiva dos dados obtidos nos questionários DIB-R.

2ª fase – Análise dos discursos das entrevistas, a partir da aplicação do sistema de categorias e subcategorias, à luz da psicologia junguiana: foram realizadas cinco entrevistas com cada paciente, com tempo médio de duração de 90 minutos. O roteiro de entrevista (Anexo 4) norteou a conversa, porém a ordem e o conteúdo das perguntas precisaram ser alterados em alguns momentos, em função de necessidades que ocorreram durante a aplicação. Como algumas pacientes antecipavam alguns temas que seriam posteriormente abordados, buscou-se explorar os momentos em que isso ocorria.

Inicialmente foi realizada uma leitura fluente de todo o material, fundamentada pela perspectiva teórica adotada, a psicologia junguiana, compreendendo o fenômeno vivenciado no momento da realização das entrevistas. As respostas obtidas nas entrevistas foram organizadas e posteriormente agrupadas em categorias e subcategorias, tendo sido levantadas 5 categorias e 14 subcategorias com base nos discursos desenvolvidos.

3ª fase: Análise do material projetivo: a análise dos aspectos projetivos e gráficos do desenho da figura humana foi feita segundo o Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa-Árvore-Pessoa) e Família, de acordo com Retondo (2000).

A partir dessas contribuições teóricas, juntamente com o material das entrevistas, os desenhos foram reunidos para análise e reflexão.

No capítulo seguinte apresentaremos os dados coletados durante a pesquisa, conforme o método adotado.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Quadro descritivo das pacientes

	Idade	Estado civil / Trabalha ou não	Tempo de tratamento no CAPS	Com quem mora / filhos	Início do sintoma
B1	46 anos	divorciada, não trabalha no momento	5 anos	com seus dois filhos, de 25 e 26 anos	se automutila desde os 9 anos de idade
B2	31 anos	casada pela segunda vez, não trabalha	4 anos	com o marido, dois filhos do primeiro casamento e está grávida	se automutila desde os 10 anos de idade
B3	28 anos	solteira e bissexual, não trabalha	1 ano	com a mãe	se automutila desde os 20 anos
B4	30 anos	casada há 12 anos, não trabalha	3 anos	com o marido e os três filhos	se automutila desde o nascimento do primeiro filho
B5	18 anos	solteira, começou a trabalhar após o término da pesquisa	3 anos	com os pais e dois irmãos	se automutila desde os 15 anos
B6	24 anos	solteira, trabalha e estuda no momento	fez tratamento por 3 anos, mas agora não está se tratando	com os pais e irmãos, tem uma filha de 2 anos	se automutila desde os 9 anos

Quadro 1: Resumo histórico das pacientes.

5.2 Históricos pessoais

Neste item será apresentado um breve resumo e histórico das pacientes que participaram desta pesquisa.

- **Identificação: B1**

B1, 46 anos, branca, natural de Carapicuíba, SP, divorciada. Funcionária pública, porém está afastada do trabalho há cinco anos por conta de tratamento no CAPS, onde participa de grupos terapêuticos e oficinas. No momento sem atendimento individual, já teve tratamento individual e em grupo, ambos psicoterápicos, durante dois anos e meio.

Há cerca de três anos B1 não é hospitalizada. Suas crises diminuíram de frequência, sendo contidas com medicações em casa, no CAPS e, quando necessário, no pronto-socorro.

B1 mora com os dois filhos, de 25 e 26 anos. Ambos trabalham e ajudam no cuidado com a mãe. Ela tem uma cachorrinha que – como diz – é a sua vida e está presente nos momentos alegres e tristes de sua vida, inclusive durante as crises de automutilação.

A paciente passou pela perda da mãe há mais ou menos três anos, vítima de câncer no cérebro, fato que muito a abalou. Hoje, mais recuperada, voltou ao tratamento no CAPS.

B1 diz ter muitos familiares, sendo que a maioria dos seus irmãos apresenta algum transtorno mental – em grande parte uma depressão profunda, e alguns casos de alcoolismo. Segundo ela, um dos irmãos tem problema similar ao seu – refere-se a ele como borderline. Contou também que o pai bebia e que sempre foi uma pessoa mais isolada.

B1 traz um histórico de abuso sexual por familiares – pelo pai, por um tio e pelo irmão mais velho.

Tem como suporte social apenas os filhos, pois parou de frequentar a igreja; tem dificuldade de manter relacionamentos interpessoais, afetivos e sociais.

Sua vida se resume ao cuidado com a casa, à permanência em casa, a passeios com a cachorrinha e às idas ao CAPS. Na maior parte do tempo está sozinha, e diz sentir um vazio muito grande, com medo que as pessoas que ama, e por quem vive – os filhos – a abandonem ou morram. Em muitos momentos não tem vontade de cuidar da casa, de fazer comida ou lavar a louça. Às vezes nem tomar banho ela quer. Seu humor oscila muito; em um mesmo dia pode apresentar diversos estados afetivos e de humor.

Não namora e também afirma que quer distância de homens. Foi casada e se divorciou, pois apanhava do marido, que era alcoólatra.

A relação de B1 com o próprio corpo não é boa; pelo contrário, ela a define como péssima, pois não se gosta, não se aceita como é e nem ao seu corpo. Ela afirma que não tem um rosto, é como se se visse apenas do pescoço para baixo.

Tem um histórico grave de automutilações. Na maioria das vezes, fez cortes profundos nos braços e antebraços. Relata que desde pequena gosta de ver o sangue sair do seu corpo – quando criança machucava a perna para ver o sangue escorrendo. O fato de se cortar a alivia; em suas palavras, alivia o sofrimento emocional. Ela alega que nesses momentos a impulsividade está presente, e que o ato da automutilação não é consciente. Depois que se corta, sente a adrenalina. Já apresentou crises em que se bateu e tomou medicações em altas

doses. Em alguns momentos de crise seu objetivo é morrer, em outros não. B1 descreve que o ato da automutilação é um momento todo seu.

● *Identificação:* **B2**

B2, 31 anos, branca, natural de Carapicuíba, casada pela segunda vez e em tratamento no CAPS há quatro anos. Trabalhou durante 15 anos como promotora de vendas em uma loja, até ser afastada por conta da doença.

Nos últimos dois anos, B2 foi internada pelo menos quatro vezes. Suas crises têm diminuído, porém a paciente se sente muito sozinha e infeliz com sua vida. Diz estar viva por conta dos filhos, que são sua razão de viver. Já tentou suicídio diversas vezes, com medicamentos em superdosagens, ingestão de Baygon, veneno de rato e enforcamento. Apresentou episódios de convulsões neurovegetativas, e no momento realiza exames para verificar a possibilidade de algum problema neuronal.

B2 mora com o marido há dez anos, e com os dois filhos do primeiro casamento, com idades de 10 e 12 anos. Tem uma relação conjugal instável, com muitas brigas e decepções. A paciente relata que o marido não entende a sua doença.

B2 menciona que todos os seus familiares apresentam uma doença mental; os tios, primos e avós, segundo ela, têm esquizofrenia. Traz um histórico de abuso sexual na infância por parte do padrasto.

Sua rede de apoio social é muito restrita e ela diz não contar com ninguém no campo religioso. Afirma que procura apenas fazer o bem, mas não frequenta a igreja. Tem um bom relacionamento com outros pacientes do CAPS. Nos demais relacionamentos interpessoais, não se sente à vontade e acha que se relaciona mal com as pessoas.

Sua vida se resume a cuidar da casa e dos filhos, e ir ao CAPS para o tratamento. Em grande parte do tempo está sozinha e tende a se isolar. Quando vê alguma notícia de assassinato ou suicídio na TV entra em pânico e se identifica com as pessoas. Muitas vezes entra em crise por conta disso.

Seu humor oscila bastante, várias vezes durante o mesmo dia. Tem dificuldade de entender as suas condições, mas afirma que após a pesquisa começou a se entender melhor.

B2 descreve que não conhece seu corpo na intimidade, e que não sabe se tocar. Não sente o próprio corpo, e é como se estivesse em corpos diferentes, com uma alma separada do corpo.

Apresenta um histórico grave de automutilações e relata que ao se mutilar não sente nada. Desde pequena, por volta dos dez anos de idade, ela se corta – tem uma narrativa de graves tentativas de suicídio, pois achava que ao se cortar poderia ter uma hemorragia e morrer. Em muitos momentos, quando não vê sentido na sua vida, sente uma impulsividade que não a faz pensar direito – apenas vem um sentimento de raiva ou tristeza e quando se olha já está cortada. A paciente considera que, ao se automutilar, deseja morrer.

● *Identificação:* **B3**

B3, 28 anos, negra, filha única, solteira, mora com sua mãe. Estudou até o 3º colegial e trabalhava com atendimento a clientes, em telemarketing. Está afastada desde 2007 devido a problemas de saúde.

Apresenta um histórico grave de abuso de drogas e está sem usá-las há três anos. Em tratamento no CAPS desde o ano passado, participa de grupos e oficinas terapêuticas. Passou a ser acompanhada individualmente após a pesquisa. Nos últimos dois anos foi internada diversas vezes, em sua maior parte devido a crises com grande angústia e impulsividade, que resultaram em crises de automutilação.

B3 traz um histórico de abuso sexual na infância por parte do namorado da mãe, o que até hoje lhe causa grande dor emocional e trauma, pois sempre que fala do assunto reporta dor física local.

Tem autoestima baixa e dificuldade de relação com o próprio corpo. Gosta de tatuagens e de tudo o que a faz sentir-se diferente, como roupas, chapéus e afins.

Sua vida se resume a estar em casa com a mãe, que não a deixa sair sozinha, e a ir ao tratamento no CAPS. Sem vida social, tem dificuldade em seus relacionamentos interpessoais e afetivos.

A paciente apresenta grandes crises de automutilação, em alta frequência, como se cortar, quebrar coisas visando se cortar, tomar medicações em excesso e se queimar com cigarro. Afirma que precisa de um alto grau de automutilação para ficar satisfeita, ou seja, para sentir alívio na sua dor emocional. Tem prazer ao ver o sangue sair e diz que, nesses momentos, não pensa em nada. Nos momentos que antecedem o ato, muitas vezes tem

alucinações visuais, e o seu maior sentimento em relação à automutilação é de culpa. Relata que ao longo desse processo sente muito medo.

Após a pesquisa, B3 manifestou o desejo de ter um espaço para poder conversar com alguém e iniciou um processo psicoterapêutico.

● *Identificação:* **B4**

B4, 30 anos, branca, casada há 12 anos. Estudou até a sétima série e não quis voltar a estudar. No momento está afastada do trabalho, e faz tratamento no CAPS há três anos. Teve depressão pós-parto há dez anos, e desde então está se tratando. Mora com o marido e os três filhos, dois meninos e uma menina.

Tem muitas brigas com o marido, porque ele bebe e ela não gosta disso. Rejeitou seu primeiro filho porque não queria um menino – chegou a jogá-lo no chão, e tinha crises de ansiedade e impulsividade. Nos momentos de crise, a paciente queima o rosto com cigarro ou se bate, para obter alívio da raiva e do sofrimento emocional, sentidos – segundo ela – quando o marido bebe.

B4 não chegou a sofrer abuso propriamente dito, mas foi molestada na adolescência. Apresenta baixa autoestima e dificuldade de relacionamentos interpessoais, e não sai de casa para nada além de ir ao tratamento no CAPS. Após as entrevistas para a pesquisa, B4 solicitou um espaço psicoterapêutico.

● *Identificação:* **B5**

B5, 18 anos, negra, solteira, mora com a mãe, o pai e dois irmãos. Estudou até o segundo colegial e começou a trabalhar meses depois após ter participado desta pesquisa. Desde os 14 anos de idade está em tratamento em CAPS – iniciou no CAPS infantil e com 18 anos passou a frequentar o CAPS adulto. Diz que iniciou o tratamento por ter tido sempre uma vida muito difícil e conflituosa, principalmente no que se refere ao relacionamento com a família.

Relata que sempre foi maltratada e que apanhava muito. Pouco tempo depois da pesquisa ocorreram mal-entendidos entre a equipe e a paciente, que foi mandada embora do CAPS temporariamente para ser atendida em posto ambulatorial. No início a paciente não gostou, mas acabou se adaptando. Sua mãe também começou a ser atendida no posto.

B5 afirma ter sido vítima de abuso na infância, e que este fato traz marcas até os dias atuais, quando muitas vezes não tem vontade nem de tomar banho nem de se tocar. Com baixa autoestima, sempre tem queixas psicossomáticas. Muito carente, sente-se sozinha e não compreendida pela família e pela equipe.

A paciente apresenta frequentes crises de ansiedade e de muita raiva, na maioria das vezes causando danos externos. Quebra objetos e se machuca para, segundo ela, descarregar os próprios sentimentos.

● *Identificação:* **B6**

B6, 24 anos, branca, natural de Carapicuíba, SP, solteira. Concluiu o Ensino Médio, atualmente trabalha e está fazendo curso técnico de contabilidade. Fez dois anos de tratamento no CAPS e está há um ano sem qualquer tipo de acompanhamento.

Há cerca de dois anos não é hospitalizada; continua tendo crises, porém de uma forma imperceptível já que agora trabalha e estuda. Atualmente suas formas de aliviar o sofrimento são os comportamentos bulímicos: tomar laxantes e diuréticos, além de provocar vômitos. Não tem se cortado ultimamente.

B6 mora com a mãe, o pai, os irmãos, a cunhada, as sobrinhas e sua filha de três anos. Não tem bom relacionamento com a mãe, que não compreende o seu funcionamento; com o pai, que é ausente e alcoólatra; e com os irmãos, com quem mantém uma relação baseada em brigas e em sentimentos de ódio. Tem muita raiva e vontade de matar o irmão mais velho, que abusou dela aos oito anos de idade.

B6 apresenta uma insuficiência renal crônica (IRC) bastante grave desde os 15 anos de idade. Descobriu a doença em uma época muito feliz de sua vida, quando era jogadora de futebol profissional e machucou o joelho. Após o diagnóstico revoltou-se porque não poderia mais jogar bola, algo de que sempre gostou muito. B6 já tinha histórico de automutilação na infância, e a partir daí quebrou o próprio braço batendo-o na parede; as crises de automutilação recrudesceram, levando-a a várias internações. Mentiu para ser liberada do hospital, sendo então encaminhada ao CAPS.

B6 descreve a mãe como depressiva (já teve câncer), seu pai como alcoólatra e o irmão como agressivo.

A paciente sempre teve relacionamentos heterossexuais até engravidar do último namorado. A partir daí passou a sair com mulheres, embora já tivesse tido uma mulher, ex-

psicóloga, como parceira sexual, com quem iniciou a prática homossexual. Adora iniciar outras mulheres mais jovens nessa prática. Tem o seu lado sedutor e apaixonante, envolvendo as parceiras a tal ponto que elas se apaixonam. Então ela se cansa delas e as abandona, antes de ser abandonada.

Seu suporte social inclui colegas, amigas e parceiras sexuais.

Sua vida se resume a cuidar da filha, trabalhar e estudar. É uma pessoa bem impulsiva, com recorrentes crises de ansiedade, ataques de raiva e comportamento autodestrutivo, como se cortar, tomar laxantes, diuréticos e provocar vômitos.

B6 apresenta um grave histórico de automutilações. Já realizou diversas formas de comportamentos autodestrutivos, assim como algumas tentativas graves de suicídio. Na maioria das vezes cortava braços e antebraços, por serem – segundo ela – um local já conhecido por ela, cuja dor ela domina. O fato de se cortar serve para aliviar uma dor emocional pré-existente. A paciente considera que, nos momentos em que ocorre o comportamento automutilante, ela geralmente está sozinha e com acessos de raiva ou tristeza. Considera que estes são momentos só seus, em que ninguém a domina, e nos quais detém o poder de dominar o próprio corpo. Afirma ser preferível a dor física à dor emocional. Cabe citar que, para B6, o sofrimento é um vício necessário em sua vida.

5.3 Resultados da entrevista diagnóstica revisada para borderlines (DIB-R)

Aqui será apresentada a caracterização da amostra segundo o Questionário Revisado para Borderline (DIB-R), utilizado para classificação diagnóstica dos pacientes. Posteriormente serão fornecidos os resultados das entrevistas, com a síntese obtida por meio dos discursos, e a descrição e análise dos desenhos das participantes.

Como mostra o quadro 1 a seguir, os resultados do DIB-R comprovam que as seis pacientes entrevistadas têm transtorno de personalidade borderline. A pontuação escalada máxima para as seções de Afeto e Cognição é de dois pontos, e para Ações Impulsivas e Relacionamentos Interpessoais é de três pontos. Todas as pacientes obtiveram o máximo de pontuação em todas as seções. Vale chamar a atenção para a subseção da automutilação, em que todas também obtiveram o máximo de pontos.

Sessões / Nomes	B1	B2	B3	B4	B5	B6
Afeto						
Depressão	10	8	10	6	10	8
Raiva	6	7	10	6	4	10
Ansiedade	7	8	6	4	6	6
Afetos Disfóricos	6	6	5	6	6	6
Item Variado	2	2	2	2	2	2
Subtotal	31	31	33	24	28	32
Pontuação Escalada	2	2	2	2	2	2
Cognição						
Experiências Perceptivas Incomuns	12	12	8	14	6	16
Experiências Paranoicas Não Ilusionais	6	6	6	4	4	6
Experiências Quase e Realmente Psicóticas	19	22	18	20	12	23
Itens Variados	2	2	2	0	2	4
Subtotal	39	42	34	38	24	49
Pontuação Escalada	2	2	2	2	2	2
Ações impulsivas						
Abuso de Substâncias	2	2	3	3	2	2
Desvio Sexual	0	0	0	2	0	1
Automutilação	2	2	2	2	2	2
Esforços Suicidas	4	4	4	4	4	4
Outros Padrões Impulsivos	4	10	7	5	4	10
Subtotal	12	18	16	16	12	19
Pontuação Escalada	3	3	3	3	3	3
Relacionamentos Interpessoais						
Intolerância a solidão	8	7	4	2	6	7
Preocupações de Abandono	4	4	4	2	2	6
Contra dependência	7	7	8	6	8	4
Relacionamentos Instáveis	0	0	0	0	0	5
Problemas Recorrentes em Relacionamentos Próximos	6	7	8	6	2	11
Relações Psiquiátricas Problemáticas	6	11	9	6	10	10
Subtotal	31	36	33	22	28	43
Pontuação Escalada	3	3	3	3	3	3
TOTAL	113	127	116	100	92	143
TOTAL (Pontuação Escalada)	10	10	10	10	10	10

Quadro 2: Classificação diagnóstica das pacientes segundo o DIB-R.

5.4 Resultados das entrevistas

Diante das falas coletadas por meio das entrevistas extraíram-se as categorias e subcategorias obtidas diante dos dados clínicos observados, e que permitiram construir uma

leitura a respeito da vivência das pacientes. Com base nesses dados esta subseção apresenta a descrição das categorias e as frases relativas às mesmas. Optou-se por não revisar os discursos gramaticalmente para que fosse mantida a autenticidade dos mesmos.

Categoria 1: Dificuldade nos relacionamentos

Nesta categoria incluem-se as dificuldades demonstradas pelas pacientes em seus relacionamentos. Esta categoria foi dividida em três subcategorias, como se verifica a seguir:

- **Familiares:** aqui será dada atenção às dificuldades das pacientes demonstradas por meio dos seus discursos com pais, mães, irmãos, filhos, tios e avós. Todas as pacientes descreveram este campo como bastante conflituoso em seu cotidiano, e que tais conflitos podem contribuir para a presença de sofrimento emocional.

No quadro 3 estão representados alguns desses momentos correlacionados no decorrer das entrevistas:

PARTICIPANTES	RELACIONAMENTOS FAMILIARES
B1	<p>Filhos: A minha família... Eu e meus filhos, que eu considero a minha família... Estamos nos dando bem. E aí eu tô assim, eu vivo... Eu só não vivo sozinha porque eu tenho os meus dois filhos... Tenho dois filhos, que valem ouro, que não dão trabalho. O mais velho é... Assim, quando me dá crise, ele é hiper paciente comigo. Ele me... Como é que fala quando a pessoa amarra a outra?... E ele que conversa comigo quando eu preciso. Tem noites que a gente passa a noite inteira, porque eu fico com medo do meu quarto, eu vou pro quarto dele, aí eu fico lá a noite inteira assistindo filme com ele ou conversando, fazendo alguma coisa..não ter vontade de viver e ter vontade de morrer. Isso tudo por causa dos meus dois filhos, porque se eu não tivesse eles, com certeza já teria me matado. Com certeza!. Não ter vontade de viver e ter medo de morrer. Isso tudo por causa dos meus dois filhos, porque se eu não tivesse ele, com certeza eu já teria me matado. Com certeza!</p> <p>Mãe: Minha mãe tinha depressão e a depressão dela era muito forte... meu pai sempre foi isolado, ficava no quarto dele, às vezes lendo, às vezes dormindo...ele bebeu por muito tempo, mas há uns 3,4 anos antes de falecer já não bebia mais. Apanhava, brigava e levava muitas surras de minha mãe. Sinto muita falta do carinho da mãe, colo, apoio e jogar conversa fora com ela.</p> <p>Irmãos: Não existir pra minha família... Me entristece, me causa depressão... Minha mãe ensinou a gente a amar a todos, né? E depois que ela morreu numa reunião de família que teve, foi a última que eu frequentei, falaram que eu era um “zero a esquerda”, um “peso-morto”, que não queriam saber de quaisquer coisa que eu viesse a pensar, e que eu não tinha condições de decidir nada. Mas em se tratando de familiares, né, acabou. Já me aprontaram</p>

	<p>muito. O meu cunhado me tocou pra fora da casa dele... Em relação aos meus irmãos, essa indiferença que eles têm ao meu respeito é desde “pequena”. Eu era pequena ainda, ninguém brincava comigo, ninguém chegava perto de mim, todo mundo só me xingava.</p> <p>Pai: Bom, com o meu pai você sabe, foi um relacionamento nojento.</p> <p>Tios: Depois, com os meus tios eu tive... Tive não, tenho, só que ele tá longe agora. Teve um tio, que foi assim um tipo paizão comigo. Mesmo depois de casado, tudo, eu sentava no colo dele... sabe? Ele me abraçava, super carinhoso. Eu sempre fui desprezada pelos meus irmãos! Eu devia ter 9, 10 anos, eu fugi de casa, fui pra casa da minha tia. Pedi pra minha tia pelo amor de Deus me esconder lá.</p>
B2	<p>Mãe: Machucado. Ventre da mamãe, aqui. Até hoje. Machucado, desde o ventre da mamãe. Quando meu pai me recusou no ventre da minha mãe, que ela já me apertou que ela quis me tirar fora. Minha mãe sabe do Nei (marido da mãe que abusou da paciente B2)...ela não acreditou em mim. Minha mãe me mandou embora. Minha mãe fez tudo errado...e...mesmo aqueles monte de pobreza. Minha mãe falou pra mim que nunca teve amor, por isso que eu não dei. Assim Deus, cadê meu papai e minha mamãe. Por que nunca tive? Ia, nunca me ajudaram. Agora que eu preciso dos carinhos dos dois eles sumiram, me deixaram</p> <p>Minha família só me despreza. eu queria que eles me visse diferente...que eu tivesse uma vida..uma pai, uma mãe, uma família</p> <p>Marido: Meu marido fala que sou louca e tem preconceito da doença. Meu marido fala que sou louca e tenho que tomar remédio. Ele tem preconceito...</p> <p>Filhos: Minha família sou eu e meus filhos....eu fiz tudo diferente com meus filhos. Às vezes eu tava ruim em casa, no começo, e ficava subindo escada, descendo escada. ...ele comigo eu vou fazer comida ficava de olho sabe! Eu nunca tive amor pra dar! Eu aprendi amar os dois. E o amor que eu dei pros dois. Pera ai, eu também não tive, ela também não me deu! Mas eu amei duas pessoas nessa vida. Eu amo duas pessoas nesse mundo. Meus filhos...é a coisa mais importante...uma força...sei lá...</p>
B3	<p>Mãe: A nossa relação é muito complicada. A minha mãe ela... Ela foi uma pessoa muito ruim quando eu era pequena. Minha mãe me bateu até os 16 anos. Batia na rua, batia na cara, sabe? E eu passei isso... Pra senhora ter uma noção, eu passei isso dos 16 até os 20... Eu passei 5 anos, até os 21, sem falar com ela, morando na mesma casa. Eu rompi, sabe?</p> <p>Várias coisas que aconteceram entre ‘mim’ e a minha mãe. Tem coisas que eu me arrependo de ter feito com ela, de malcriações, de xingar, mas... Quando eu era criança, eu queria ser criança! E eu fui crescendo trabalhando com ela, ela falava que eu pegava dinheiro dela, eu não pegava...</p> <p>Quando eu era pequena, eu era danada. A minha mãe não me deixava ter amizade com ninguém...Eu trabalhava com ela, ela me carregava... Ela era ambulante e me carregava pra tudo quanto é lugar, então eu sentia falta de ter amigos...</p> <p>Eu estudava, ela nunca me deixou sem estudar, assim, mas era diferente. E aí eu fugia. Quando ela pedia pra eu comprar alguma coisa, eu ia jogar fliperama. Eu fiz amigos assim, jogando fliperama...E como a minha mãe me batia muito... nessa época ela me batia até de mangueira.</p>

Ah, eu tô brigando muito com a minha mãe. É muita discussão, é... Eu tô de saco cheio. Tudo é minha culpa. Se eu não faço alguma coisa, eu sou inútil, se eu faço outra coisa, eu fiz errado...

E ela fala que antes cuidava de mim. Ela pegava, ela dava tudo o que eu queria, que eu era uma criança muito espoleta, que ela não largava do meu pé. A minha dificuldade de expor é uma coisa que...ela não me deixa ler, porque ler me distrai...nem pra lê ela não pára de falar...como uma pessoa consegue ler, com a outra falando o tempo todo??

A minha mãe tem um gênio muito forte e eu também tenho um gênio muito forte. Por isso que a gente briga tanto. Isso eu reconheço. E a maioria das vezes eu tenho que ceder pra ter um relacionamento de paz dentro de casa. Mas ela me xinga. É uma coisa que ela me xinga bem ruim, sabe? Que ela me xingava muito na rua, que eu não, é... É vagabunda! Ela me xinga de filha da puta, de não sei o que, de não sei o que lá. Até passa. Mas quando ela fala isso pra mim, eu fico muito nervosa e aí eu xingo também.

A minha mãe ela... Ela pega o meu braço, quando não era pra bater, ela a unha e enfiava a unha "aquí". Essa marca aqui, que ainda tem. Mas eu vivia cheia de marcas de unha assim, que ela me levantava, me levantava pelo braço, quando não era pra bater de outra forma.Minha mãe grita muito, ela é muito escandalosa e eu não suporto que grite comigo, não suporto escândalo. Assim, ela me dá muita vergonha, e mete ao passado, e aí eu fico muito nervosa. Eu amo a minha mãe, com essas ressalvas que eu tenho em relação a ela.

Tias: Minhas tias já perdoaram, sabe, esqueceram, ou não. Tipo, a minha avó... porque a minha avó foi criando raiva dela, mas...Eu acho que as minhas coisas esqueceram, mas minha mãe não esquece, porque vira e mexe ela fala: "Eles fizeram isso, isso, aquilo e aquilo outro." E eu vejo que são coisas da cabeça dela! E é...

Pai: meu pai nunca foi pai...eu tenho o nome dele, mas ele não me traz nenhuma lembrança..eu vi pela primeira vez, numa foto, o meu pai, faz 6 meses...ele me registrou, eles brigaram, minha mãe saiu por causa que ele bebia muito...ele era alcóolatra e ...batia na minha mãe quando estava grávida...o meu pai não foi o meu pai, o meu pai foi o meu avô.

Na minha vida não mudou! Nada vai apagar o passado.

Avós: a minha avó... Acho que ela é a pessoa que mais... Não desfazendo das outras pessoas, mas acho que ela, pra mim, é a pessoa que tem o maior coração do mundo e a que mais me amou. "Sinto culpa de ter De ter magoado a minha avó, de ter saído de casa, de ter feito ela sofrer. Hoje ela... Ela é muito apegada a mim. Então, se minha avó demora pra me levar, ela fica perguntando, ela fica triste. Quando eu chego lá, ela me avalia dos pés à cabeça. A minha avó é esperta! Ela é esperta, nossa! Ela é muito ligeira. Se tem alguma coisa errada comigo, ela percebe na hora. E depois ela fica triste, comenta com a minha tia e a minha tia comenta com a minha mãe. E a culpa que eu sinto, o que mais me dói, é essa. Minha mãe morre de ciúmes do sentimento que eu tenho pela minha avó. Mas o amor que eu tenho pela minha avó é inenarrável, é infinitamente maior. Na minha cabeça, eu tô bem assim: O dia que a minha avó falecer, eu vou junto...É uma dor assim, pelas coisas que aconteceram, que é uma dor que eu não consigo imaginar. Quando a minha avó fica doente, eu entro em desespero. Todo mundo sabe que eu entro em desespero. É um pouco da culpa, porque eu saí de casa... Quando o meu avô faleceu, eu saí de casa..Depois de um tempo eu fui morar na USP,

	<p>porque eu tava fazendo pré-vestibular lá, eu lembro assim, da fisionomia da minha avó, tipo, eu deixando ela sozinha. Antes disso, um tempo antes, minha avó...”</p>
B4	<p>Filhos: tive depressão pós-parto..Eu não queria menino, eu queria menina, aí quando ele veio, rejeitei ele... Quando ele veio pra mim eu não queria ele. Eu joguei ele no chão, aí meu marido quando viu, começou a pegar o menino no chão. Não sabia se me salvava ou salvava o menino, por que eu começava a me bate. Eu tava de cirurgia né... Foi. Ai eu comecei a me bate, era três horas da manhã. Eu via ele como um bicho pra mim, aí depois foi passando assim. Eu nem me amamenteei ele, que eu não queria, não queria de jeito nenhum. Aí ninguém descobria que era depressão, né...eu tinha vergonha de sair com ele na rua...porque era menino... o mais importante na minha vida...meus filhos...é porque agora a gente que tem que viver por causa deles né?!</p> <p>Marido: eu e meu marido a gente briga muito né?! Quando meu marido começa a beber, o menino já fica agitado...ele já sabe o que vai acontecer depois...</p> <p>Pai: não conheço meu pai...minha mãe se separou dele eu tinha 2 anos...não o conheci. Ele vivia com ela, só que eu não lembro era pequenininha né?! Meu padrasto só bebia...mas ficava agressivo quando não bebia...minha mãe sempre andou meio triste...</p> <p>Irmãos: Tenho quatro irmãos, dois gêmeos e um irmão e uma irmã.</p> <p>Mãe: da minha infância, sempre fui assim, nunca fui criança.. Minha mãe trabalhava muito e eu cuidava da casa, aí nasceu os gêmeos, eu que cuidava, tinha a sobrinha minha e eu cuidava. Minha mãe sempre andou meio triste.</p>
B5	<p>Mãe: a minha vida sempre foi difícil, que quando eu era criança apanhava muito, ninguém dava valor, nunca tive amigo...a minha vida sempre foi assim, tristeza.... Eu ficava de joelho nas pedra por causa dos meus irmãos que eu era a mais velha... Além de castiga meus irmãos castigava eu, castigava era eu no lugar deles... Aí depois que eu entrei no CAPS infantil ele, minha mãe maneirou, não batia mais, ela fica me xingando de louca de monte de nome... retardada, um monte de nome.</p> <p>Minha mãe não me deixa sair, eu acabo ficando sozinha me casa. toda vez minha mãe me chama de porca e tudo, mas ela não sabe o motivo de eu fica assim, sem toma banho. Quando eles ficaram sabendo do segundo abuso... Eles não deixava mais eu sair de casa, até hoje. Não deixa sair de casa mais, ir pra casa de um amigo. Ela não deixa mais.</p> <p>Irmãos: Eu não tenho um quarto só pra mim, aí tenho que colocar um lençol, um coiso na frente da minha cama, porque meus irmãos não troca de, só troca de roupa no quarto. Não sou mto chegada a falar com meus irmãos, ele são mto ignorante. Eles me tratam mal...não posso falar nada, que eles fala, vai louca, vai pro CAPS.</p> <p>Pai: Meu pai fica zuando da minha cara, fica me xingando na frente dos meus irmão...Meu pai tem problema com álcool.</p>

B6	<p>Mãe: minha mãe nunca vê nada... Minha mãe acha que estou bem, minha mãe acha que todos estamos bem... Pergunta pra ela, ela vai falar q minha filha está estudando, está prestando vestibular... Estagiária do banco...boa menina.Minha mãe fala que sou extremamente irritante.</p> <p>Filhos: minha filha é a única pessoa que tento agradar, na verdade, que tento ser o mais sincera possível.</p>
----	---

Quadro 3: Dificuldades nos relacionamentos familiares.

Na maioria dos casos de pacientes com TPB, a família apresenta grande dificuldade em compreender o seu sofrimento emocional. Há um sentimento de desprezo e hostilidade no relacionamento da família com a paciente. Dentre as entrevistadas, “cinco se sentem culpadas por terem nascido” e carregam um peso durante a vida por existirem, sentem-se sozinhas e não acolhidas pelos seus familiares. As relações descritas como essenciais em sua vida são, em primeiro lugar, o relacionamento com as mães, e em segundo lugar, com os filhos.

Segundo os relatos das entrevistadas, o relacionamento com as mães mostra-se sempre permeado de grande hostilidade, brigas, discussões e ambivalência afetiva. Todas as pacientes afirmaram que seu relacionamento com as mães baseia-se em brigas, discussões e negligências. É uma relação de amor e ódio tendo em vista que as pacientes não se sentem compreendidas nem existentes como pessoas para suas mães, no sentido existencial propriamente dito. Todas as pacientes relataram que se sentem abandonadas por suas mães desde a infância, e que – na maioria dos casos – não se sentiram crianças. Sentem falta da infância ao lembrarem que foram abusadas sexualmente ou que tinham que ajudar suas mães no trabalho ou cuidar de irmãos. Fazem menção às mães como negligentes e displicentes, principalmente após a ocorrência do abuso sexual, quando elas, em sua maioria, não acreditaram nas filhas. Muitas inclusive acobertam a ocorrência do abuso dentro da família até os dias de hoje. As mães das pacientes entrevistadas têm um funcionamento depressivo, o que provavelmente acontece porque elas também viveram um relacionamento conflituoso com seus pais.

Percebe-se uma queixa das pacientes com relação às suas mães, pois se sentem muito criticadas por elas e algumas vezes acreditam em uma perseguição emocional, ou seja, as pacientes sentem que tudo o que fazem, seja bom ou não, é errado segundo a avaliação negativa de suas mães. Não se sentem compreendidas e acolhidas pelas mães, e algumas reportam um sentimento de culpa por existirem ou pela ocorrência do abuso sexual.

A ambivalência afetiva está presente nas relações com as mães, pois ao mesmo tempo em que as pacientes relatam ser este o seu relacionamento mais difícil, são as mães que mais cuidam delas e às vezes até as superprotegem, por medo ou culpa. Este vínculo se dá de forma disfuncional, mas as mantém de alguma forma vivas, pois inconscientemente parece haver uma dívida emocional e um vazio nessas mães. Podemos pensar que as pacientes têm medo de ser abandonadas, por conta da vivência traumática e do ambiente não apropriado – e até mesmo hostil – na infância. Em vista disso, nota-se um apego inseguro. Em suma, pode-se pensar em uma relação disfuncional e de dependência por parte dessas mães, em que o amor e o ódio caminham juntos. Há uma presença materna emocional, mesmo através da hostilidade.

Em segundo lugar de importância está o relacionamento das pacientes com os seus filhos. As pacientes com filhos (B1, B2, B4 e B6) em geral reportam uma relação saudável nesse sentido. Podemos pensar que há aqui uma inversão importante de papéis e valores. Segundo os relatos, em sua maioria são os filhos que cuidam das pacientes em crise, que lhes fazem companhia e que permitem, dentro delas, que continuem vivas. Para as participantes, os filhos são a família e razão de seu viver.

Faz-se importante também discorrer sobre o relacionamento das pacientes com os pais, tios, avós, avôs e irmãos. No que tange aos irmãos, diante dos relatos das participantes ele é péssimo de uma forma geral. As pacientes não se sentem compreendidas e são diariamente desprezadas, xingadas de loucas e de doentes. Muitos inclusive não aceitam a doença e o tratamento feito pelas pacientes. Ao se falar do relacionamento das pacientes com os irmãos cabe mencionar que a paciente B6 foi abusada sexualmente na infância por um de seus irmãos, restando, portanto, um sentimento de raiva muito forte que a impede de se relacionar com ele. Apesar de habitarem a mesma casa, a convivência é muito difícil por conta dessa traição dentro da família. A paciente sente que a mãe nunca acreditou nela e sempre protegeu o irmão, o que dificulta ainda mais o relacionamento intrafamiliar.

Em relação aos pais, em todos os casos são figuras mais ausentes que as mães, sendo que todas as pacientes relatam terem tido pais ou padastros agressivos com suas mães e com elas, além de alcoólatras; B1 e B2 reportaram ter sido abusadas pelo pai ou padastro. As pacientes também não se sentem acolhidas e compreendidas pelos pais.

A relação com os avôs e avós não está presente em todos os relatos, mas quando aparece trata-se de figuras fortes de referência para as pacientes. A relação mais importante com a avó materna é a da paciente B3, relação esta permeada de um amor e cumplicidade intensos, ao mesmo tempo em que B3 carrega um grande sentimento de culpa em relação ao desgosto que causou à avó pelo fato de ter usado drogas e deixado a casa dela. Esta culpa muitas vezes funciona como um estímulo para desencadear pensamentos ruins e negativos. Quando se inicia este ciclo, B3 apresenta crises de ansiedade e adota o comportamento automutilante. Como se vê, ao mesmo tempo em que há uma relação de amor, essa relação poderá causar um grande desmoronamento interno caso esta avó venha a falecer, pois há um vínculo de dependência entre as duas.

Quanto às relações com tios e tias, em sua maioria – quando aparecem nos discursos – costumam ser mais distantes, mas podem estabelecer um equilíbrio, se necessário.

As relações com maridos e parceiros amorosos serão abordadas a seguir.

• **Amorosos:** nesta subcategoria incluem-se os vínculos e relacionamentos dessas pacientes. No quadro 4 estão representados alguns desses momentos correlacionados no decorrer das entrevistas:

PARTICIPANTES	RELACIONAMENTOS AMOROSOS
B1	<p>Não estou com ninguém... há mais de 10 anos...não e não quero. Na medida do possível vivo bem com meus filhos. É opção. Eu não tenho interesse. Me dá até uma coisa ruim de saber que vou ter de viver com outra pessoa, vai deitar na minha cama, vai...Eu não gosto.</p>
B2	<p>Meu marido fala que sou louca e tem preconceito da doença. Meu marido fala que sou louca e tenho que tomar remédio. Ele tem preconceito...</p> <p>A minha filha foi de estupro. O pai dela me pegou a força, sabia que eu não podia ficar grávida. Eu tava largando dele, ele rasgou a minha blusa...</p> <p>Foi um abuso foi porque ele rasgou a minha roupa, eu ia embora...(estes relatos dizem respeito ao primeiro marido e pai dos filhos)</p> <p>O meu segundo marido...outro tipo de coisa, porque o dia que ele tá em casa todo mundo fica no quarto. Às vezes sai pra coisa de família, mas ele...Cinco anos, 10 anos 'junto'. Ele põe muito medo nas 'criança'. Eu sinto que as 'criança' tem um pouco de... respeito...E são poucas as vezes que a gente fica todo mundo brincando, conversando. Ele sempre tá mal humorado, nada tá bom... sabe?</p> <p>Ele não respeita muito essa doença. Assim, ele diz que respeita, aí quando eu</p>

	<p>fico em crise ele fica chorando desesperado! (estes relatos se referem ao marido atual e pai do bebê que ela está grávida)</p> <p>Eu não consigo mais se apaixonar meu coração já foi muito machucado.</p> <p>Tô feliz...eu tô fazendo sexo com o Cristian...ele quer filho eu acho, ai vai ter que pegar alguém para cuidar, porque eu não tenho estrutura para ter filho. Eu só vou amamentar...</p> <p>Tem dias que eu amo o meu marido, tem dias que eu odeio ele.</p>
B3	<p>Eu sou bissexual...não sei se o fato de ter sido molestada sexualmente influenciou... Eu perdi a vontade de sair com pessoas já faz muito tempo. Eu já tive namorado e namorada, mas não tenho.</p> <p>Mas eu sinto assim, né? Então... Não tem como contar, assim. Pra mim é normal. E eu não sei se o que aconteceu me influenciou, de às vezes eu pensar num homem e me dá um... Não sei explicar.</p> <p>A minha bissexualidade eu não posso expor de forma nenhuma... Porque a minha família é totalmente homofóbica. Ela não aceitaria. Minha mãe não aceita, ela critica. Já fez comentários: “Ah, se eu tivesse um filho assim, Deus me livre, que não sei o que. Que isso não é Deus, eu não aceitar.”</p>
B4	<p>Eu e meu marido, a gente briga muito...ele bebe...quando ele bebe, ele fica agitado.. Brigando com o meu padrasto e eu com ele. Aí quando ele fica nervoso ele começa a me xingar de doida, de louca. Que isso é uma palhaçada, que eu não tenho nada. Ele me trancou dentro de casa só para eu não tomar remédio... Quando a gente briga ele me chama de louca, fala que vai tomar meus filhos, com o meu CID...</p> <p>Ele já me bateu duas vezes...uma vez que eu tava grávida e outra com a minha menina com 4 meses..</p> <p>Não tô feliz no casamento...Não tenho medo dele... Não, é minha mãe que fica, falando coisa, falando coisa. Que eu não vou aguentar a viver sem ele. Aí acabo ficando junto pra, só empurrando com a barriga.</p>
B5	<p>To namorando...faz duas semanas...ele é aqui do CAPS, tem 23 anos...</p>
B6	<p>Mas as pessoas são chatas que ficam do nosso lado. Chega uma hora que elas entediam, sabe? Chega uma hora que elas entediam, sabe? É que nem relacionamento... Entendeu? É bom. Mas, tipo, agora ela já me enjoou, tipo eu não quero mais ficar com ela, entendeu? mas ela ainda quer ficar comigo, mas eu não quero mais ficar com ela...eu enjoio fácil das coisas. Isso mesmo...esta instabilidade é muito forte nos meus relacionamentos.</p> <p>Geralmente elas ficam mais dependente. eu sou muito carinhosa. elas dizem que eu sou muito carinhosa no começo. já me falaram que, eu piso na pessoa. Minha vizinha falou assim que eu sou... Quer ver o que ela me escreveu essa semana, Que eu encanto a pessoa, eu mostro ser uma pessoa que eu não sou... Eu seduzo e depois descarto...naquele momento eu estou sendo verdadeira... Depois eu enjoio. é diferente você chegar na pessoa e falar que você não quer mais. Tendeu?...não é que eu descarto. o coração é desse jeito.</p>

Quadro 4: Dificuldades nos relacionamentos amorosos.

Das seis pacientes entrevistadas, duas são casadas – B2 e B4. A paciente B1 é divorciada e está solteira no momento. Já B3, B5 e B6 são solteiras, sendo que B3 é bissexual, B5 namora, B6 é solteira, homossexual e tem uma filha. É importante frisar que há uma grande ambivalência nos relacionamentos afetivos ao se pensar que ao mesmo tempo em que a paciente ama o outro, pode odiá-lo e descartá-lo a qualquer momento – como exemplificado no discurso da paciente B6 quando declara que é carinhosa no início do relacionamento, seduz suas parceiras e, no decorrer do tempo, cansa-se delas e as descarta.

É significativo ressaltar que todas as pacientes já tiveram ou têm algum tipo de relacionamento com um parceiro do sexo masculino, e que o perfil desses homens é comum a todos. São homens mais agressivos, abusivos, na linguagem e no comportamento moral e sexual. Geralmente são parceiros ausentes, que não têm uma compreensão do TPB. O relacionamento amoroso das pacientes com seus parceiros e parceiras é muito intenso, porém – na maioria dos casos – está baseado em brigas, confusões e desentendimentos.

De acordo com os relatos coletados observamos um alto nível de sofrimento nos relacionamentos afetivos, ao se pensar que os vínculos estabelecidos são patológicos e de dependência. Há um apego muito forte nessas relações, e as pacientes com TPB mostram-se dependentes de seus companheiros. Mesmo não estando felizes em suas relações, elas não conseguem ou não querem se separar deles, pois devido à dependência há ganhos secundários, e não sabem viver sem eles. Assim, podemos entender que a segurança oferecida pelos parceiros pode ser ameaçadora, pois as pacientes se sentem inseguras sem tê-los por perto. Nota-se um medo de serem abandonadas devido ao trauma infantil e apego inseguro.

- **Interpessoais:** nesta subcategoria agrupamos os momentos de dificuldade das pacientes nos relacionamentos com colegas de trabalho, colegas de CAPS e amigos. O quadro 5 mostra algumas passagens relatadas no que se refere ao apoio social e à forma como se relacionam com as pessoas.

PARTICIPANTES	RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS
B1	<p>Não tenho rede social...são meus filhos e eu.</p> <p>E aí... E a minha vida social é... sou eu e meus filhos e os amigos dos meus filhos, porque eles se conheceram [quando] eram muito pequenos e criou</p>

	<p>aquele vínculo, né, de amizade entre eles e até hoje eles vão em casa. Eu adoro! Eles ficam com cuidado porque eles sabem do meu problema.</p> <p>De vez em quando eu vou dar um passeio com a Bu e... E é só! Minhas...As minhas saídas de casa é pra vir aqui pro CAPS e pra dar aquela voltinha com a Bu (cachorrinha dela), porque ela precisa, né? Senão ela fica muito estressada. Aí eu vou, ando com ela um pouquinho... E aí...</p> <p>Eu queria muito ser uma pessoa sociável, que eu não sou, tá? Ter coragem assim, de sair às vezes, ir num shopping, sabe? Andar, tomar um lanche. Mas eu não tenho coragem pra isso. E mesmo quando me convidam, eu vou meio que contra a minha vontade, mas eu vou. Mas eu, sair sozinha...</p>
B2	<p>Eu não tenho ninguém...</p> <p>Eu vejo vergonha de mim, vergonha de... Eu tenho vergonha de ver as pessoas que eu via há muitos anos atrás. Eu tenho vergonha de andar na loja... vê meus amigos. Eu tenho vergonha de mim, eu tenho vergonha do mundo.</p> <p>Eu não tenho amigos... Depois que eu tive esses problemas todo mundo se afastou...</p> <p>Eu acho que o meu mundo não se encaixa mais com o mundo deles lá fora....Eu tenho medo...de pensar de uma maneira e a pessoa me bloquear, e daí eu já entro em crise, então eu evito. Muita raiva das pessoas chatas e falsas comigo. Às vezes as pessoas não são o que parecem ser. Já me decepcionei com elas.</p> <p>Eu não posso mais sair de casa. Fico lá escondida, ou presa. Tipo só saio pra fazer exames quando vou nalgum lugar e... Tipo... Pego revista, agora eu to ficando fanática por revista. Fico vendo revista, vendo jornal o dia todo, brigo com o Datena.</p> <p>Eu num quero largar o CAPS...eu gosto do CAPS...gosto de pintar, de fazer as coisas, das pessoas...eu gosto da Fran (auxiliar de enfermagem)...Então aqui (se refere ao CAPS) eu não me sinto inferior a ninguém.Mas lá fora eu me sinto inferior a todos que estão ao meu redor, entendeu?Mas aqui dentro não. Aqui dentro eu danço, lá fora eu não danço... Eu converso, eu brinco, eu me identifico, porque eu sei que todo mundo aqui é um foco só: é a cura. Então a cada dia que passa tá melhor aqui. E lá fora eu não vejo isso. Até nos próprios... pessoas que trabalham aqui dentro. Às vezes eu quero falar alguma coisa importante, eles: “Ah, tá. Tá bom, tá bom!” E! [Estala os dedos]. Dói. Até os próprios funcionários.</p>
B3	<p>Porque hoje mesmo eu tô com vontade de ficar sozinha, sabe? Eu queria ir pra casa e ficar sozinha, sem música, sem nada. Assim, só no escurinho assim, sozinha. Só eu e Deus, só!...</p> <p>Eu não tenho essa válvula de escape, assim, de... Eu não posso ir na casa de um amigo, de um colega, que não era... minha mãe não permite. Eu não posso querer ir na casa de um amigo, que eu tô morrendo de saudade dele, e eu mal posso ligar, sabe? Ela fala com preconceito das pessoas... Ela não confia nem nas pessoas daqui! Ela faz julgamento das pessoas daqui. “Porque você não deve andar com eles, porque você não deve conversar com eles</p>

	porque você vai absorver a doença deles.”, sabe?
B4	Não tenho amigo e não saio de casa para nada, só pra vir pro CAPS...vivi só trancada em casa...não saio com os meninos também..marido não confia...porque uma vez com o pequeno segurando na minha mão, me joguei na frente do carro pra atravessar a rua...
B5	Porque é assim, eu fico lá onde moro de menina só tenho eu de adolescente, só tem eu lá. Aí eu fico sozinha... : Eu tenho uma amiga que me ajuda bastante. A única amiga que eu tinha na rua, depois que casou, nunca mais falou comigo.
B6	Eu gosto de ser líder do meu grupo isolado, eu gosto de viver isolada, eu e mais ninguém...entendeu?

Quadro 5: Dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Nos discursos das pacientes é comum a presença de instabilidade nos relacionamentos interpessoais, sendo este um dos critérios diagnósticos para o TPB no DSM-IV.

As relações são caracterizadas por grande instabilidade e pouca durabilidade. As pacientes declaram não confiar em outras pessoas a ponto de estabelecerem um vínculo estável. Em sua maioria optam por viver sozinhas e isoladas e dizem que preferem viver assim porque acreditam que sofrerão menos. Nota-se uma ambiguidade nessa declaração: as pacientes se sentem sozinhas, mas preferem viver na solidão. Em alguns casos, como no da paciente B2, há o medo de se relacionar com as pessoas e ser maltratada, pois se sente excluída da sociedade.

Esta subcategoria pôde demonstrar a grande dificuldade que as pacientes com TPB apresentam ao se relacionarem com outras pessoas. Quando há um relacionamento, na maioria das vezes ele é permeado pela ambivalência. Mesmo com essa dificuldade, algumas pacientes têm como referência as instituições onde se tratam, vendo-as como locais em que se sentem muitas vezes acolhidas por outros pacientes, que sabem escutá-las e compartilhar histórias. Um exemplo disso é quando relatam que, embora nos CAPS se sintam protegidas e ouvidas pelos profissionais, na maioria das vezes são ouvidas pelos próprios pacientes.

Categoria 2: Baixa autoestima e autoimagem negativa

Nesta categoria observa-se a dificuldade das pacientes em se relacionar com seus corpos, ou seja, como se veem e se percebem. No quadro 6 podemos verificar alguns desses momentos e sua vivência corporal.

PARTICIPANTES	BAIXA AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM NEGATIVA
B1	<p>Me deu aquela depressão profunda...eu não queria tomar banho, não queria comer, não queria nada...</p> <p>Porque eu acho que eu não tô conseguindo, não tô alcançando o meu objetivo. Eu queria voltar a ser uma pessoa normal, sabe? De limpar a casa, de cuidar bem dos meus filhos, sabe? Ser aquela pessoa...</p> <p>Eu era extremamente vaidosa, andava super bem arrumada, eu, assim, era dinâmica, fazia amizade fácil e hoje em nada disso mais me interessa – nada, nada, nada! A unha do meu pé acho que faz uns 10 anos que eu não faço. Por isso que eu ando de sapatinho fechado assim, pra ninguém vê. E perdi o gosto pela vida</p> <p>Quando me olho no espelho..não gosto do que vejo...às vezes eu não me vejo, às vezes...eu olho, eu vejo o quão ridícula eu tô...porque eu compro roupa pra mim, dali 2,3 meses eu engordo, a roupa já não serve, eu já tenho que comprar tudo de novo...</p> <p>Raramente escovo os dentes...me penteio andando...</p> <p>Ah, quando eu me visto eu não me sinto bem com roupa nenhuma. Pelo tamanho que eu tô, eu posso por... Eu tava olhando essa blusa aqui, que eu comprei pra mim esses dias, é a única, que é largona, né? O resto já é mais justinho, fica aparecendo a barriga, a marca da calça e eu não gosto.</p> <p>O meu corpo é péssimo! Muitas coisas mudaram, mas não mudou o que eu sempre senti. Eu não gosto de mim. Não consigo ver virtudes em mim. Eu acho que... Eu chego a pensar que eu vim no fundo pra atrapalhar a vida dos outros, então por isso às vezes eu tento suicídio. Porque eu acredito que ficando... os outros ficando sem a minha presença, talvez eles 'seja' felizes.</p> <p>Vamos começar pelo rosto. Isso é desde pequena. Pra mim todo mundo tem um rosto, eu não. E isso me levou, a infância inteira, a apagar com o dedo molhado o rosto dos desenhos dos livros. Eu apagava. Eu molhava na língua o dedo e passava assim, até eles ficarem sem face nenhuma. Não tenho uma imagem geral de mim..não me aceito como eu sou...se eu tivesse dinheiro eu ia fazer muita cirurgia plástica, viu! Eu ia mudar muita coisa em mim.</p> <p>Tenho. Um é de trabalhar, o outro é pra leitura (pra mais perto) e o outro é um de sol, que eu escondo o meu rosto. Aí eu coloco ele e saio de peito aberto... Pra esconder meu rosto. Todos eles eu uso pra esconder, só que o que não...</p>
B2	<p>Eu vejo vergonha de mim, vergonha de... Eu tenho vergonha de ver as pessoas que eu via há muitos anos atrás. Eu tenho vergonha de andar na loja, vê meus amigos.</p>

	<p>Eu tenho vergonha de mim, eu tenho vergonha do mundo.</p> <p>Se eu conheço meu corpo?...a respiração. Só isso eu acho. Eu não...toque, essas coisas eu não conheço...</p> <p>Eu me odeio. Por que eu sou assim? Por que fui escolhida para ser assim? Por que eu não posso ter uma vida normal, tipo como a sua, como a de todo mundo?</p> <p>Não consigo rir das coisas, por mais que seja engraçado...por que será? Não consigo mais ser...coisas que não consigo mais alcançar.</p> <p>Tem dias que acordo e nem consigo ver a brisa do sol. Não sei se sol tem brisa, não. E a noite que está se aproximando em minha vida. Me ajude antes que eu fico cega. Que eu não consigo enxergar mais nada.</p> <p>Eu bem arrumadinha, por que eu num ando suja. Só quando eu to naqueles dias por que eu num consigo tomar banho. Locona, mesmo. Eu já dormi sem tomar banho, eu já fiquei 10 dias sem tomar banho, sem pentear cabelo! Sujona, veia. Roupa suja.</p> <p>Eu era bonita...eu era linda...</p> <p>Corpos diferentes. Eu não olho o corpo do outro, não vejo imagem nenhuma. Eu não sinto o meu corpo, porque se eu sentisse o meu corpo eu não cortava – quando eu me corto, você entendeu? Corpos separados.</p> <p>Quando eu quero me matar, eu não sinto que eu tenho corpo. Então eu e meu corpo nós somos afastados – na minha cabeça...Quando eu me corto, eu não sinto dor. Faz dois dias que eu tô cheia de ponto.</p> <p>Nunca me aceitei...</p> <p>Porque eu tenho vergonha...de parecer uma louca...pra me esconder...</p> <p>Mais é que é assim, eu tenho racismo..próprio...a gente não se aceita...a gente mesmo não aceita nossa doença..to começando agora.</p>
B3	<p>Gosto de tudo que é diferente...chapéu. Tatuagem...Eu vou virar um gibi. Isso aqui é só o começo. Todo desenhado, todo tatuado, menos na perna, que eu não gosto. É, eu gosto muito de tatuagem. Eu sei que é um impecílio pra alguns empregos, mas se você vestir uma roupa adequada tampa tudo e já era! ...Não é porque eu tô mostrando uma tatuagem mostra que eu vou ficar com uma cara pior.” Isso não existe!...Eu acho que eu tenho isso pra não... pras pessoas não puxarem assunto comigo...</p>
B4	<p>Eu não gosto nem de me olhar no espelho. Eu acho que estou gorda, acho horrível. Me olho de vez em quando...pra mim, uma roupa, um legging e uma camiseta tá bom..quando olho no espelho, vejo gordura, parece que a cara tá inchada.</p> <p>As vezes tá todo mundo lá alegre e eu de cara feia, sentada na cadeira. Quando todo mundo se reúne, eu tô lá de baixo astral. As vezes eu tenho episódios quando como demais...ponho o dedo na boca pra vomitar.</p>

	<p>Me sinto gorda e feia. Quando olho no espelho vejo uma pessoa gorda e feia...corpo que não tem sentido...não sei...teria que ser magrinha, bonitinha...</p> <p>Eu me descrevo como uma pessoa que às vezes num é legal.</p> <p>Me aceito, mas não me gosto!</p> <p>Eu cuido da casa, mas não cuido de mim, todas as minhas amiga fala.</p>
B6	<p>Eu não como, não tenho fome, aí eu passo mal e tenho que ir tomar soro. Aí por causa dos remédios, fico com gastrite.</p> <p>Que nem assim, até pra tomar banho, difícil pra mim. É que as vezes eu fico sem tomar banho, porque eu fico com vergonha de olhar pro meu corpo. Ah, mas ninguém entende.</p> <p>Quando to bem, eu tomo banho, me arrumo, agora quando to assim triste, não consigo não.</p> <p>Ah, vezes, assim, dividido. As vezes eu acho que to meia gorda, as vezes to meia magra, eu fico em dúvida. Tem vez que eu olho no meu corpo eu vejo eu gorda e tem vez que olho to magra... Ah, eu sempre achei que a minha auto estima sempre foi pra baixo mesmo...ah, tem vezes que fico dois dias, um dia sem tomar banho.</p>
B6	<p>Tem dias que eu acordo e eu não me suporto.</p>

Quadro 6: Relatos de baixa autoestima e autoimagem negativa.

Todas as pacientes apresentam baixa autoestima e criticam o próprio corpo, tendo em comum uma péssima imagem de si mesmas. Entende-se que essa autoimagem relaciona-se com o corpo, incluindo uma dificuldade de aceitação e rejeição.

Em sua maioria não se veem com um corpo existente e vivo, e quando sentem que o têm é como se houvesse uma cisão corpo e mente – como ocorre com B2. Nesta categoria percebemos a presença de sentimentos tais como não gostar de si, não gostar daquilo que se enxerga no espelho, não se tocar e não se olhar no espelho, entre outros. Sentem uma vergonha intensa de si mesmas, e não aceitam quem são e como são. Não têm intimidade consigo mesmas. Como refere B4, trata-se de um corpo sem sentido; ao se olhar no espelho, vê-se uma pessoa gorda e feia.

Com base nos relatos das pacientes, efetivamente elas não gostam de si mesmas. Há, portanto, uma dificuldade em perceberem suas virtudes, pois acreditam que não as têm. Em consequência, o autocuidado pessoal é rebaixado, deixando mesmo de tomar banho e até de

escovar os dentes. Sua autoestima é extremamente baixa, a ponto de acharem que no fundo apenas atrapalham a vida das pessoas à sua volta. Dessa forma, perdem o gosto pela vida.

Cabe destacar que a maioria das pacientes entrevistadas submete seus corpos ao sofrimento ao não se alimentarem; chegam a passar mal e ter que ser medicadas, como é o caso de B1, B4 e B5.

Algumas pacientes relatam que se pudessem mudariam todo o seu corpo. B1, por exemplo, diz que não tem uma imagem geral de si e não se aceita como é; se tivesse dinheiro faria muitas cirurgias plásticas, de forma a modificar o corpo. Já em B3 percebe-se que a não aceitação do próprio corpo revela-se pela mudança por meio das tatuagens que tem distribuídas pelo corpo, que ela justifica com a alegação de que gosta de ser diferente. Dessa forma termina por afastar as pessoas de si, pois estas se assustam com aquele corpo todo tatuado e representado. Segundo B3 este é apenas o início de um processo para que ela “vire um gibi”. Cada tatuagem tem um significado para ela.

Das seis pacientes entrevistadas, todas apresentaram baixa autoestima e distorção na autoimagem e na autopercepção.

Categoria 3: Abuso sexual

Nesta categoria observamos o abuso sexual que as pacientes sofreram na infância, vivenciado como um trauma. O quadro 7 apresenta alguns desses relatos.

PARTICIPANTES	ABUSO SEXUAL
B1	Bom, com o meu pai você sabe, foi um relacionamento nojento. Fui abusada pelo meu pai, meu tio (irmão da minha mãe) e meu irmão mais velho.
B2	Ah, porque acho que minha infância foi perdida. Assim, com 12 anos, 11 anos, já tiraram a minha pureza, a ingenuidade de mim.. já deixa com um pouco de medo de homem. Todos os homens que se aproximavam de mim... Aí que eu fui ver o amor logo nisso? Depois foi uma pessoa... Só que aí ele falou pra mim que, tipo, eu era virgem. Só que eu não era mais virgem não quando...Foi o meu tio. E uma vez o meu padrasto já tentou e a minha mãe me mandou embora. Eu acho que eu deveria ter cuidado bem mais, porque... Quando eles faziam assim comigo eu tinha vontade de me matar já, entendeu? Porque também foi

	<p>bom.</p> <p>Ele rasgou todo o meu vestido preto, tubinho, que eu tinha. Aquela época eu usava vestido tubinho na empresa. Rasgou e... e me...</p> <p>E eu não podia ficar grávida. Eu não queria ter a filha, mas não fala isso pra ela. Eu tava muito bêbada, entendeu? Aquela época eu bebia muito. Foi um abuso foi porque ele rasgou a minha roupa, eu ia embora...</p> <p>Eu não gosto de homem...eu tenho nojo do esperma...foi ele (marido da mãe) e meu tio...tinha 9 e 10 pra 11 anos... foi uma vez..minha mãe me tocou ...tipo da casa. Assim, meu tio ele dava doce e eu...eu fazia pra ganhar doce e dinheiro, mas...eu tinha nojo, eu tinha medo... Ele passa a mão em mim e passava o pênis dele em mim e depois soltava aquele negócio fétido aqui. Um ‘fedô’! E no chão, na madeira... Assim, das ‘cama’ e na madeira. Assim, no meu nariz...ele passava muito a mão na minha vagina. Por isso eu acho que eu não consigo...</p> <p>O meu tio gozava nas minha perna..eu não sabia o que era aquilo...</p> <p>Minha mãe sabe. Ela não acreditou em mim... Minha mãe me mandou embora! Minha mãe tinha um sítio lá em Atibaia..E a gente andava muito de cavalo, e aí ele rasgou minha bolsa, ele mordeu meu peito... Eu não tinha nem peito ainda! Aí ele falou pra minha mãe que eu caí do cavalo. Aí eu falei: Mãe, ele me rasgou todinha, a minha blusa. Ele ficou em cima de mim, se esfregando em mim, mãe! Minha mãe: “Menina! Vai embora! Você quer acabar com o casamento! Você é filha do cão! Você é filha do demônio, seu pai! O seu sangue é ruim! Você é filha de demônio! Minha mãe me mandou embora 15 dias depois. Aí eu não sei se ela descobriu... Eu peguei as ‘roupa’ dele e botei fogo em tudo!</p>
B3	<p>Quando eu era pequena minha mãe arrumou um namorado lá que... Ele me molestou sexualmente, mas ela não sabe. A única pessoa que eu contei foi minha avó... Eu tinha 5, 6 anos. E isso fica... Aconteceu deu responsabilizar assim, um pouco a minha mãe, por causa do que aconteceu.</p> <p>Quando eu me lembro disso me dá uma dor assim. E eu fico isso na minha cabeça, assim... Às vezes até falar, desabafar um pouco com você é um trabalho diferente pra mim. Dá um certo alívio assim, porque é uma coisa que você fica... não fala pra ninguém. Você passa uma vida inteira sem conversar isso com alguém...</p> <p>Eu sei que eu senti dor e ainda sinto atrás assim, né? ... me culpo bastante. Durante muitos tempos eu fiquei fechada, depois ele ia lá, eu fugia dele e a minha mãe não sabia porque. Aí ele ia atrás... Porque depois que ele foi... Foram 3 vezes. E aí eu comecei a fugir porque eu lembrava da dor. A minha mãe não entendia (ele fingia) e depois até ela brigou com ele.</p> <p>Eu tinha 6 anos. Eu não sabia o que era aquilo! E até hoje eu falo e me dói. Só a minha avó sabe. Sei lá, é uma coisa que... que fica me corroendo.</p> <p>E na minha família quem estuprou a minha prima foi o pai... A minha prima. Quem estuprou foi o pai e ela tem diversos problemas de... de aprendizado. Ela ficou traumatizada, é... é bem... não é sentimental, né?</p>
B4	<p>É, quanto eu tinha quinze anos, tinha um sobrinho do meu padrasto, que andava lá em casa, né. Aí ele queria ter relação comigo e eu era virgem, não queria, aí ele foi e me pegou a força e isso não contei para ninguém, pra</p>

	<p>ninguém...não contei porque fiquei com medo..não chegou a ter relação...porque eu ia gritar e ele tapou minha boca e eu fiquei gritando e ele parou... Não deu tempo porque todo mundo tava dormindo. Aí eu tava gritando, ai ele parou.</p> <p>Ah, a sensação foi horrível, porque ele queria, porque queria, aí eu não queria e ele forçando, aí eu não gostei não.</p>
B5	<p>Aconteceu umas coisa comigo, que acabei...meu primo acabou abusando de min e tirou minha virgindade. Eu tinha uns 9 anos e ele uns 15, 16 anos... foi a força, não impedi, porque eu assim, não tinha força...ele ameaçou.... Ele falou: “que se eu contasse isso pra alguém ele matava, me matava”.</p> <p>Aí, quando foi o ano retrasado, de... faz dois anos, eu fui abusada por uma pessoa que eu não conheço. Tava indo pra escola aí me pegaram. Mas assim te relação com que eu...</p> <p>Era duas pessoas. Foi, aí eu fui no Pérola Byington, fiz o exame e tudo, dei até entrada no BO, mas acabei ficando ruim sendo internada aí tiveram que cancelar a investigação... Levou lá pro meio, pra um lugar, nem sei, nem sei como cheguei em casa... Parece que toda vez que lembro uma sensação horrível...me amarraram, um tava com faca e outro com arma.</p> <p>Me sinto culpada...</p>
B6	<p>Você vê uma criança...vê um filme que as crianças estão se divertindo, estão felizes, você vê que não foi assim...ai você lembra das coisas que passou, de tudo que aconteceu.</p> <p>Se eu me frustei é porque em algum momento falhei...como quando eu era pequena e meu irmão me estuprou...a falha foi eu estar lá em cima, foi eu não brincar com facas, eu não gostar de me cortar naquela época...a falha foi eu não ser inteligente como sou hoje, porque se fosse não teria acontecido.</p> <p>O sofrimento, a angustia, a saudade que machuca. A infância que se foi, e eu nem ao menos vi passar.</p> <p>Eu nunca estive no meu estado normal, última vez eu tinha 8 anos de idade...isso me traz dor, muito sofrimento, porque eu não consigo conviver comigo mesmo..</p>

Quadro 7: Relatos sobre abuso sexual.

Todas as pacientes relataram ter sofrido um trauma na infância, especificamente um abuso sexual provocado por familiares como tios, pais, avôs e irmãos, assim como padastros. Esse trauma pode ser revivido como algo muito agressivo e intenso; assim, nos momentos de extrema impulsividade estas pacientes se machucam por não conseguir se controlar.

Em todos os relatos percebe-se que as mães dessas pacientes não acreditaram que as filhas haviam sido abusadas, e que algumas mães até as expulsaram de casa após a ocorrência do abuso. Pode-se considerar, portanto, que essas mães foram extremamente negligentes.

Vale observar que resta um sentimento de culpa de parte das pacientes que está associado ao abuso sexual na infância. Ao sofrerem o abuso sentiram-se humilhadas e envergonhadas de relatá-lo às mães. Além disso, a maioria das pacientes reporta um sentimento de falta/vazio existente na infância, pois a ocorrência do abuso gerou um trauma que as impediu de vivenciarem uma infância saudável.

Nesses casos, pode-se pensar no abuso sexual infantil como uma violência doméstica, já que houve uma traição dentro da própria família. Provavelmente por isso essas pacientes carregam uma lembrança de não terem sido cuidadas, acolhidas e protegidas pela família, o que pode ter-lhes deixado um sentimento de menos-valia. A família não funcionou como um lugar de proteção, tendo assumido um papel ameaçador. Um exemplo é o caso da paciente B6: como o abuso foi cometido por um de seus irmãos, ela carrega um sentimento de vingança em relação a ele; apesar disso, é obrigada a suportar a convivência com ele na mesma casa.

Categoria 4: Alta tolerância à dor física e baixa tolerância à dor emocional

Esta categoria mostra como as pacientes lidam com a sua dor. O quadro 8 mostra algumas falas que evidenciam como a dor é vivenciada.

PARTICIPANTES	ALTA TOLERÂNCIA À DOR FÍSICA E BAIXA TOLERÂNCIA À DOR EMOCIONAL
B1	Agora, em mim, quando eu corto em mim, o que eu acho interessante é que eu não sinto dor. Não sinto dor nenhuma.
B2	<p>Dor assim eu tenho um monte de dor no corpo, assim. Por causa dos problemas que eu tenho. Mais. eu tenho tendinite, bursite nos dois joelhos, nos punho, nos ombro, Tenho hérnia de disco, colapse no joelho.... Tenho abaulamento discal. Eu já pus no papel os problemas que eu tenho... Essa dor eu num ligo tanto. A dor que mais me faz sofrer é a dor que eu sinto dentro de mim. Porque é tão fácil é...</p> <p>É uma maneira de você escapar daquela dor quando ela bate. ... se eu cortasse e em algum momento eu sentisse dor, eu não ia cortar porque eu tava sentindo o meu corpo. Então eu não sinto o meu corpo, nós somos separados. Quando eu me mutilo eu não sinto nada. Porque se eu sentisse dor na hora que eu começasse a me cortar eu já ia sentir que tá doendo. E a vontade de cortar é mais, é mais, é mais, é mais, é mais...Então acho que a gente é separado.</p>
B3	Eu não sinto nada. Quando eu me corto, eu não sinto nada de dor...e quando

	eu quero algo mais, quando...é porque...é como se a dor aliviasse o que eu to sentindo...
B4	Podia arrancar meu braço que eu não sentia dor.
B5	
B6	Dói, dói bastante! Mas naquele momento você esquece. Você começa a cuidar do seu corpo. Você começa a não ter a dor emocional. Você começa a ter uma dor física. Uma dor de verdade, dor real pra você. Me dá um alívio, tipo, dói...você tem um escape. “Não é que eu sinto dor. Me dá um alívio tipo, dói! Mas, tipo, quando você tá muito triste ou quando alguma coisa te incomodado muito que não sai da sua cabeça, quando você machuca ali, parece que sua tensão volta praquilo, volta praquela perna manca, volta praquela braço escorrendo sangue. Então você esquece as coisas... Você tem um escape”.

Quadro 8: Relatos sobre a vivência da dor.

Em seus discursos, todas as pacientes demonstraram ser altamente tolerantes à dor física e pouco tolerantes à dor emocional. Carregam uma dor emocional profunda e relatam que, ao se automutilarem, sentem-se aliviadas. A dor emocional é vivida como um grande sofrimento, enquanto a dor física muitas vezes é sentida como passageira e necessária, sendo este um dos motivos pelos quais praticam o comportamento automutilante.

Um exemplo dessa dor emocional é o caso de B3, que pelo simples fato de narrar a cena do abuso revive o evento e sente uma dor local em seu corpo. Para essas pacientes, a dor da automutilação é preferível à dor emocional. Segundo os relatos, sentem a automutilação como uma fuga; nas palavras de B2, é como se pudesse escapar da dor quando esta aparece; ou, no caso de B3, quando se corta é como se a dor física aliviasse o que está sentindo. Estes são alguns exemplos da alta tolerância à dor física e baixa tolerância à dor emocional das entrevistadas.

Vale chamar a atenção para a ambiguidade presente nos discursos das pacientes, pois alternam declarações em que às vezes dizem sentir dor ao se automutilar, às vezes nada sentem. Há um consenso no sentido que todas relatam que buscam uma forma de escape ao se automutilarem, atestando a intensidade da dor emocional.

Das seis pacientes, cinco relataram não sentir dor ao se automutilarem; e uma não respondeu. Cabe salientar que, para chegarem a sentir dor, é preciso que ocorra algo

altamente violento. Fica claro que essas pacientes precisam sentir seus corpos para se sentirem vivas; muitas vezes, é quando ocorre o comportamento automutilante.

Categoria 5: O comportamento automutilante

Esta categoria compreende tudo aquilo que foi relatado pelas pacientes durante as entrevistas no que diz respeito ao comportamento automutilante: sentimentos, ideias, imagens, locais e formas da automutilação, significados, entre outros. A divisão foi feita em 10 subcategorias para facilitar a compreensão do leitor.

5.1- Objetos utilizados: descrição de todos os tipos de objetos usados para automutilação, segundo os relatos das pacientes. O quadro 9 permite uma melhor visualização desses objetos.

PARTICIPANTES	OBJETOS UTILIZADOS
B1	Cortador, abridor de latas, vidros, gilete, faca
B2	Inseticida, corda, bisturi, faca, gilete, chumbinho
B3	Vidros, faca, cigarro
B4	Cigarro, lençol, próprias mãos, objetos cortantes
B5	Estilete, vidros, gilete de apontador
B6	Martelo, alicate, agulhas, cacos de vidros, gilete, racumin, chumbinho, medicações, diuréticos, laxantes, parafusos

Quadro 9: Relatos sobre objetos utilizados para a automutilação.

Os objetos utilizados na automutilação dessas pacientes são os mais variados possíveis. Contudo, todas citaram instrumentos cortantes como vidros, facas, bisturis, giletes, entre outros. Apenas uma delas utiliza diuréticos e laxantes como forma de automutilação.

5.2- Locais do corpo: descrição das partes do corpo em que as pacientes realizam o comportamento automutilante. O quadro 10 reúne todos os locais citados pelas entrevistadas.

PARTICIPANTES	REGIÕES DO CORPO
B1	Braços Antebraços Pernas
B2	Braços
B3	Braços Mãos Barriga
B4	Braços Rosto Cabeça Mãos Pulsos
B5	Pulsos Braços Mãos
B6	Braços e antebraços (maioria) Corpo interno Barriga Pernas Unhas dos pés Cabeça

Quadro 10: Regiões do corpo comumente automutiladas.

As pacientes citam como os locais privilegiados para se machucarem, que são comuns a todas: braços, antebraços e pulsos – alguns por serem locais já conhecidos, onde dominam a dor, e outros pelo fácil acesso.

Segundo relato da paciente B6, as partes do corpo preferidas são braços e antebraços, por serem conhecidos e onde pode dominar a dor. Atualmente ela trabalha e estuda, o que a impede de se machucar em locais visíveis, optando então por laxantes e diuréticos para desencadear intensas cólicas intestinais. Já a paciente B1 esforça-se para sempre cortar os mesmos lugares – também braços, antebraços e pernas. Conforme suas palavras, tem vontade de cortar o pescoço mas falta-lhe coragem, o que lhe causa raiva e impotência.

Vale observar ainda que a maioria das pacientes se mutila em partes do corpo que podem ser escondidas, o que pode demonstrar que não têm necessidade de exibir o que fizeram para os outros; ao contrário, procuram esconder os efeitos da automutilação.

5.3- Formas: em seus discursos, as pacientes demonstraram quais as formas de automutilação já empregadas para alívio do sofrimento, como pode ser visto no quadro 11.

PARTICIPANTES	MODALIDADES
B1	Cortar-se com qualquer objeto cortante (faca, gilete, vidros) Se bater Tomar medicação em excesso Tomar laxantes
B2	Enforcamento Tomar chumbinho Tomar medicações em excesso Tomar Baygon Cortar-se com bisturi Cortar-se com qualquer objeto cortante (faca, gilete, vidros)
B3	Cortar-se Furar-se Queimar-se com o cigarro Tomar medicação em excesso
B4	Bater-se na parede Queimar o rosto Bater-se no rosto Cortar-se Morder-se Tomar medicação em excesso
B5	Cortar-se Tomar medicação em excesso Morder-se
B6	Cortar-se Colocar agulhas no corpo Comer cacos de vidros e parafusos Bater-se com o martelo ou com o alicate Bater-se com uma pedra no rosto Bater a própria cabeça na parede Provocar vômitos Tomar laxantes e diuréticos

Quadro 11: Modalidades de automutilação.

Todas as pacientes apontam como forma comum de automutilação: cortes com os mais variados objetos e a ingestão de medicamentos em excesso. Para as pacientes B1, B4 e B6 são comuns as opções de se baterem contra paredes ou baterem em si mesmas. A paciente B2 foi a única que apontou, como formas de automutilação, tomar chumbinho ou inseticida e enforçar-se. O comportamento de se queimarem com cigarro nas mãos e no rosto foi citado pelas pacientes B3 e B4, respectivamente. Por último, a paciente B6 trouxe como forma de automutilação a colocação de agulhas no corpo. Esta paciente também reportou comportamentos bulímicos como provocar vômitos, tomar diuréticos e laxantes. Segundo seu relato, como trabalha e estuda não pode mais se cortar visto que chamaria a atenção dos demais; por isso opta por causar sofrimento por meio da ingestão de laxantes, que resulta em fortes cólicas intestinais e evacuação dolorosa.

Nesta categoria é interessante observar a existência de um limite exposto pelas pacientes quanto ao grau de automutilação. Elas se machucam para obtenção de alívio para uma dor emocional, porém em nenhum dos casos relatados houve morte. Dessa forma podemos pensar que as pacientes conseguem ter uma “consciência” dos limites dos ferimentos e lesões, diferentemente de um paciente psicótico, que em crise pode arrancar uma parte do corpo.

5.4- Fator desencadeante: esta categoria foca situações e motivos desencadeadores do comportamento automutilante, como mostram os relatos do quadro 12.

PARTICIPANTES	FATOR DESENCADEANTE
B1	<p>Ódio de si e vontade de se machucar ou machucar os outros.</p> <p>Ver, imaginar ou ter à mão objetos cortantes. Ter algum machucado.</p> <p>Ódio de mim...porque eu não tô conseguindo, não tô alcançando meu objetivo. Eu queria voltar a ser uma pessoa normal, sabe? De limpar a casa, de cuidar bem dos meus filhos, sabe? Ser aquela pessoa...</p> <p>Sentir-se impotente.</p> <p>Não sabe dizer o que motiva. Não sei...até a solidão me incomoda, tem a multidão me incomoda...</p> <p>Eu me sinto covarde de não conseguir cortar o meu pescoço. Aí eu fico com raiva e me corto.,</p>

	<p>Ah, eu não chego a ter propriamente uma idéia, eu vejo algo cortante, eu quero me cortar...e já teve vezes que eu fiquei sentada na minha cama e com vontade de achar alguma coisa para me cortar.</p> <p>Estava dormindo...quando eu percebi estava sentada na cama, com a mão assim...e aí veio essa idéia na minha cabeça...Eu acordei de madrugada... Esse eu lembro todinho. Eu acordei de madrugada, fui na cozinha, peguei um copo, quebrei... Primeiro quebrei uma taça. Primeiro eu peguei uma taça, uma taça de cristal, quebrei e tentei me cortar com ela, mas não consegui muito resultado. Aí peguei um outro copo (esses copos de chopp), quebrei. Aí peguei um pedaço e cortei o meu braço... Eu ia pegar qualquer coisa! Procurei faca, não achei. Procurei tesoura, não achei. Eu não achei nada! Só achei coisa de vidro que eu pudesse quebrar.</p> <p>Foi tão maquiavélico isso que eu... Eu lembro que eu coloquei um pano pra eu colocar o copo e a taça ali, pra quebrar e não fazer barulho. Foi a única vez que aconteceu isso, mas eu achei interessante isso.</p> <p>Quando acontece automutilação é porque eu não tô bem, que eu tô com raiva, muito angustiada, sabe? Querendo soltar os “bicho”, e aí na verdade o primeiro pensamento que me vem nem é a automutilação, é tirar realmente a minha vida. É que eu acabo chegando à conclusão de que eu realmente atrapalho todo mundo e que ninguém precisa de mim pra sobreviver. Só que daí eu fico com raiva de mim por não ter coragem de acabar com a minha vida, aí eu começo a me cortar.</p> <p>Me sentir inútil.</p>
B2	<p>Rejeição. “Você nunca tá certa do que você fala...” Sempre você é errada. Aí depois usa a minha doença. “Ah, porque você tem isso.” Mesmo eu estando certa, eu nunca estou certa. Mas, tá bom! Eu fico no meu mundo lá, quieta!</p> <p>Começo a pensar, mais uma coisa vai levando a outra, levando a outra, quando eu vejo tô toda cortada...ódio, raiva... de mim mesmo, sei lá! Tudo eu culpo minha mãe. Tudo eu culpo minha mãe. Tudo eu culpo minha mãe. Meu pai.</p> <p>Eu tenho ódio...dos homens...a relação é que eu tenho muito medo de homem...</p>
B3	<p>Sentimento de culpa e pensamentos negativos. Alucinações visuais: E a culpa que eu sinto, o que mais me dói, é essa. Mas vem meus pensamentos, depois vem as vozes. Eu tenho que... Eu preciso ficar forte, tentar me segurar enquanto eu tô tendo aqueles pensamentos. Eu tento todo o dia, à noite! É à noite que acontece. Eu tenho que procurar pensar numa outra coisa, ou levantar e fumar um cigarro...</p> <p>Porque quando começa a ficar muito intenso eu já começo a ouvir às vozes. Eu começo a ver um casal, que aparece... Eles tão de preto. Eles falam que eu não sirvo pra nada, que eu já não sirvo mais pra nada. Eu já fiz muita coisa errada e eu tenho que...</p> <p>A minha morte é um alívio pra minha família, pra minha avó...eles me incitam a me machucar.</p> <p>Eu acho que quando eu tenho crises, quando as crises começam, e começam a perturbar a minha cabeça, isso me leva a mutilação...Eu sinto medo, um medo! Eles falam assim: “Você tem que morrer...”</p>

	<p>Angústia e medo: Quando eu tô muito angustiada. Às vezes eu tô angustiada sem saber o porquê. Eu não sei o porquê. Eu começo a ficar angustiada eu não sei o porquê. E aí eu fico com medo de saber o porquê e piorar a situação.</p> <p>Culpa, raiva, tristeza e angústia.</p> <p>Me sentir inútil...Antes não era o casal que eu via...Era outra pessoa. “Você tem que morrer porque você não faz nada. Você é inútil, você é não sei o quê”. Às vezes, até usam um pouco as palavras assim, que a minha mãe fala pra mim.</p> <p>Mas tem mudado algumas formas assim, tipo, deu voltar a me machucar. Eles têm falado mais em eu me machucar, não em... em me matar. Tentativa de suicídio. Eles falam assim: “Você merece ser punida. Você tem que ser punida porque você errou.” Eles falam assim, essas palavras, quando eles...</p> <p>Às vezes. Às vezes. Às vezes nem precisa eu ouvir as vozes, às vezes é só eu ficar um pouco triste.... pensar na minha avó, na minha... na minha situação financeira, no... no que eu perdi ao longo da vida, nas oportunidades perdidas, da culpa de ter sido tão idiota.</p>
B4	<p>Porque eu brigava, aí eu fica batendo minha cabeça na parede...</p> <p>Vinha uma raiva do nada...</p> <p>Tristeza...</p> <p>Qualquer coisa me motiva, se eu estiver nervosa..Vem do nada...é um impulso que vem.</p> <p>Quando eu me machuco eu falo pro meu marido que é por causa dele, aí ele dá uma parada.</p> <p>Vem as vozes e fala você não presta, você é feia..ai eu vô na frente do espelho e me bato.</p>
B5	<p>Assim, as vezes eu não sentia nada e ia lá e me cortava. Assim, pros outros me darem atenção... as vezes era pros outros me dar atenção...Ai eu fazia isso pras pessoas ficarem do meu lado.</p> <p>Raiva de mim mesma, e vontade de ver o sangue escorrer...vício</p> <p>Às vezes me sinto culpada...</p> <p>Mas as vezes quando eu escuto vozes, ouvindo coisas. Ai eu fico com medo fazendo o que as vozes manda... De me cortar, tomar remédio... De fazer mal pra mim mesma.</p> <p>Sinto, assim, um aperto...uma vontade de chorar e não consigo, aí me corto.</p>
B6	<p>Briga com a chefe ou raiva dos familiares.</p> <p>Raiva de si mesma.</p> <p>Raiva, ódio. Às vezes, você lembra de quando era criança, coisas que</p>

	<p>aconteceram.</p> <p>Eu fico muito triste, muito triste...com lembranças da infância..quando vejo estou chorando e me cortando, to com o martelo, martelando meu braço entendeu?</p>
--	--

Quadro 12: Comportamento automutilante: situações e motivos desencadeadores.

Em todos os casos analisados houve algum evento ou fator que desencadeou a automutilação. Percebemos que possíveis fatores do comportamento automutilante dizem respeito às lembranças atormentadoras de que as pacientes querem se livrar, como é o caso das cenas de abuso sexual na infância, de brigas com chefes ou familiares, de sentimentos de inutilidade, rejeição ou ódio, ou simplesmente a visão ou imagem de um objeto cortante.

Vale salientar que algumas pacientes relataram alucinações visuais e/ou auditivas momentos antes de se mutilarem. É o caso de B3, B4 e B5, que dizem ouvir vozes de pessoas dizendo-lhes que devem se cortar porque são pessoas ruins, que não servem para nada. No caso de B1, porém, frequentemente ela está dormindo quando os impulsos aparecem; já acordada, à procura de algum objeto cortante, lembra-se apenas da ideia ter-lhe vindo à mente.

Nas situações de automutilações as pacientes estão sempre sozinhas, em um estado de ansiedade insuportável no qual a raiva é o sentimento sempre presente. Esta raiva pode estar dirigida a si mesmas ou aos outros, ou mesmo estar associada a alguma situação específica. Uma tristeza associada a eventos traumáticos pode também funcionar como um sentimento desencadeante. É importante lembrar que as pacientes B2 e B3 relatam que se sentem inúteis como exemplo de um sentimento desencadeador, que também pode ocorrer – na sua interpretação – devido a culpa por algum mal que causaram a alguém ou em relação à sua própria existência.

Parecem sentir-se, frequentemente, como se ficassem presas ao passado, e a cada momento em que sobrevêm sentimentos negativos, tornam a reviver o que as traumatizou e fez sofrer. Nesses casos, em geral há algum fator ou evento desencadeador que desperta um sentimento vivenciado pelas pacientes como negativo, culminando no comportamento automutilante.

5.5- Sentimentos anteriores ao comportamento automutilante: no quadro 13 são descritos os sentimentos vivenciados pelas pacientes antes de mutilarem.

PARTICIPANTES	SENTIMENTOS ANTERIORES AO COMPORTAMENTO
B1	<p>Bom, que eu gosto de ver sangue, isso é desde quando eu era pequena...quando eu tinha uns 5 anos de idade, eu machucava a perna só pra ver o sangue escorrer.</p> <p>O meu ódio era tão grande, tão grande, que eu fiz com força. Eu sujei o meu quarto, eu sujei a sala, eu sujei a cozinha, sujei até a pia.</p> <p>Sentir-se covarde, raiva.</p> <p>Primeiro eu choro.</p> <p>Quando acontece automutilação é porque eu não tô bem, que eu tô com raiva, muito angustiada, sabe? Querendo soltar os “bicho”, e aí na verdade o primeiro pensamento que me vem nem é a automutilação, é tirar realmente a minha vida. É que eu acabo chegando à conclusão de que eu realmente atrapalho todo mundo e que ninguém precisa de mim pra sobreviver. Só que daí eu fico com raiva de mim por não ter coragem de acabar com a minha vida, aí eu começo a me cortar.</p> <p>Me sinto inútil.</p>
B2	<p>Desgosto, raiva...incompreensão, mundos desiguais...as pessoas são muito...pensam si. São poucos que pensam em geral...rejeição das pessoas.</p> <p>Antes não tem pensamento...é tipo uma luz que vem...e bum...como se fosse uma coisa que vem...um furacão. Não tem como pensar...</p> <p>É uma vontade, é o momento...</p> <p>Antes eu sei que é muita raiva, ódio...</p> <p>Bate o ódio, a raiva e o desprezo.</p>
B3	<p>Porque quando eu me corto, geralmente eu tô sentindo... Começam a vir os pensamentos ruins, do que eu fiz pra minha avó, porque eu acho que eu tirei 10 anos de qualidade de vida dela, porque ela sofreu muito.</p> <p>E a culpa que eu sinto...Mas vem meus pensamentos, depois vem as vozes...Porque começa a ficar muito intenso eu já começo a ouvir às vozes. Eu começo a ver um casal, que aparece...essas vozes me fazem eu me machucar.</p> <p>Quando eu tô muito angustiada. Às vezes eu tô angustiada sem saber o porquê. Eu não sei o porquê. Eu começo a ficar angustiada eu não sei o porquê. E aí eu fico com medo de saber o porquê e piorar a situação.</p> <p>E me cortar, é... Ultimamente eu pego os vidros, fico com a mão toda marcada, vários pontos...</p>

	<p>Eu tenho aquela tristeza, que... Começa quando tem uma tristeza forte, dá vontade de chorar, depois eu penso na minha avó. É sempre assim. E pra que eu me alivie um pouco daquilo, eu quero me cortar ou tentar o suicídio, quando tá muito difícil, quando tá muito mais difícil. Eu não sei o que que eu tenho.</p> <p>Antes eu posso tá com culpa; com culpa, com raiva, tristeza.</p> <p>Eu sei que quero fazer aquilo, que eu tenho de fazer...que eu mereço aquilo...</p> <p>Eu acho que quando eu tenho crises, quando as crises começam, e começam a perturbar a minha cabeça, isso me leva a mutilação.</p> <p>Eu sinto medo, um medo! Eles falam assim: “Você tem que morrer...”</p> <p>A agonia, a angústia que isso está me causando – aquela sensação de afogamento, que dói mesmo, lá dentro! Eu não sei nem aonde que é, eu sei que é muito profunda a dor e a angústia. E eu tenho que fazer... Eu sinto que eu tenho que fazer alguma coisa...eu tenho que fazer alguma coisa pra que aquilo diminua.</p> <p>Às vezes. Às vezes. Às vezes nem precisa eu ouvir as vozes, às vezes é só eu ficar um pouco triste... pensar na minha avó, na minha... na minha situação financeira, no... no que eu perdi ao longo da vida, nas oportunidades perdidas, da culpa de ter sido tão idiota.</p> <p>Culpa e arrependimento...</p>
B4	<p>Quando eu sentia raiva, vinha a vontade, ai eu me beliscava, me queimava, mas eu não sentia dor.</p> <p>Tristeza, rancor e aperto no coração.</p> <p>Assim, parece que tem alguém me prendendo, me sufocando na parede...</p> <p>Sempre eu tô sozinha...tem vezes que eu vejo vultos, ainda ontem eu vi... Já me cortei...a vontade de cortar assim, não é com raiva de ninguém. É pegar, cortar e vê. Tenho raiva de mim.</p> <p>Enfim, às vezes meu marido não vem para casa, chega tarde, às vezes quando meus meninos fazem bagunça, às vezes é que eu num consigo cuidar deles aí vem um sentimento de fazer alguma coisa e ficar sem eles, sabe?</p> <p>Antes eu fico pensando assim comigo: eu num vo, num vo, num vo! Aí eu pego o cigarro e fico lá me queimando. Pensando no que to fazendo.</p>
B5	<p>Começou quando comecei a sentir raiva de mim mesma...</p> <p>Ano passado eu estava zoando na escola e tudo, né. ai eu tava num momento de crise. Ai eu sentia raiva tava querendo me cortar descarregar o que eu tava sentindo. Assim foi o único motivo que eu achei de tirar o que eu tava sentindo. Ai foi uma vez que eu fui pegar um estilete escondido lá no CAPS e foi a primeira vez que eu cortei.</p> <p>Se tornou um vício. Assim, as vezes eu não sentia nada e ia lá e me cortava.</p>

	<p>Assim, pros outros me darem atenção... as vezes era pros outros me dar atenção. Assim, como eu não tive infância, né, foi sofrida, um pouco. Eu me sinto, assim, tipo carente né. Eu quero que as pessoas fiquem sempre do meu lado, assim. Ai eu fazia isso pras pessoas ficarem do meu lado.</p> <p>Era tipo toda a semana...enquanto eu não via o sangue parar de escorrer, não parava... Às vezes eu ainda sinto isso. Por mais que eu tente controlar e tudo, quando eu começo a sentir raiva de mim eu não consigo me controlar!</p> <p>Às vezes eu me sinto culpada por estar fazendo tratamento... Estar nessa vida que eu to. Por dentro eu me sinto culpada. Que se eu não tivesse tomado aquelas cartelas de comprimido eu não ia estar fazendo tratamento... Eu num ia estar aqui pros outros, que eu sou porca, que eu sou louca, que eu sou isso, que eu sou aquilo...</p> <p>Tem vezes que vem a vontade daí eu faço.</p> <p>Mas as vezes quando eu escuto vozes, ouvindo coisas. Ai eu fico com medo fazendo o que as vozes manda... De me cortar, tomar remédio... De fazer mal pra mim mesma. Que nem ontem assim, eu tava tentando escrever o que eu estava sentindo, né. ai meu pai começou a falar que eu era zolhona e que eu tava de olho nas coisas da minha irmã e tudo, né. ai pra eu não falar que magoa eles ai eu acabo machucando eu mesma.</p> <p>Eu num pensei em nada na hora...só deu vontade daí eu fiz...</p> <p>De uma hora pra outra me deu vontade de chorar...aí eu senti raiva, eu tava sentindo raiva...eu me sinto culpada...do jeito que a vida tá hoje...se eu não tivesse tomado aquela cartela de remédio com 14 anos, não estaria no Caps hoje...</p> <p>Eu tava muito triste quando me cortei a primeira vez...</p> <p>Sinto, assim, um aperto...uma vontade de chorar e não consigo, aí me corto.</p> <p>O coração acelera...a respiração muda..eu sinto, assim, as pernas ficam moles. Uma tremedeira nas pernas.</p>
B6	<p>Muita raiva...muito ódio</p> <p>Tava com raiva pra mim eu queria morrer porque eu sempre fiz mal mas não consigo.</p> <p>Eu tô com muita raiva, sabe quando você está a ponto de explodir? Que você não consegue nem chorar, de tanta raiva que está?!</p>

Quadro 13: Sentimentos anteriores ao comportamento automutilante.

Em relação aos sentimentos anteriores ao comportamento automutilante, compreendemos que a raiva é o sentimento comum a todas as pacientes. Além disso, sentem raiva, ódio, desprezo e muita angústia momentos antes de se machucarem. Segundo alguns relatos, por vezes a raiva é tão intensa que elas ficam tristes e choram, devido a uma extrema

angústia presente naquele momento. De acordo com as pacientes B5 e B6, automutilar-se pode se tornar um vício quando passa a ser uma necessidade em suas vidas. Surge uma espécie de dependência, quando sentem a necessidade de se machucarem e sofrerem muitas vezes, sem motivo. B5 relata que frequentemente não sentia nada e se cortava, para assim atrair a atenção dos outros. Esta paciente encontrou na automutilação uma forma de ter as pessoas ao seu lado. Já B6 fala de uma dependência quanto à sensação de bem-estar por meio do sofrimento.

5.6- Sentimentos no decorrer do comportamento automutilante: no quadro 14 pode-se observar quais sentimentos estão presentes enquanto as pacientes se mutilam e veem o sangue escorrer.

PARTICIPANTES	SENTIMENTOS NO DECORRER DO COMPORTAMENTO
B1	<p>Prazer, eu gosto de ver sangue. Quando eu trabalhava no Vila Dirce, eu pedia pro médico para ver as suturas...eu acho interessante.</p> <p>A única coisa que eu me lembre é que sinto muita raiva, mas dor, assim, pra dizer “está me incomodando”, não. Eu me corto e...fico na boa ainda! Espero o sangue escorrer bastante, aí depois eu vou e lavo.</p> <p>Me maltrato.</p> <p>Olha, se eu falar pra você que eu tenho algum sentimento guardado dentro de mim eu não sei se eu vou tá mentindo. Mas tem hora que eu me sinto tão... Como que fala? [...] Tão, assim... Não é isso, dessa forma que se fala... mas tão auto-suficiente, que eu saio pro que der e vier! Se alguém mexer comigo, eu bato. Se... Pro que der e vier.</p> <p>Na hora da mutilação é prazeroso. aí vejo aquele sangue todo escorrendo, aí vai me tranquilizando. É como se eu tomasse uma injeção de calmante...</p> <p>Sinto um enorme prazer ao ver o sangue escorrer.</p>

B2	<p>Quando eu me mutilo eu não sinto nada. Porque se eu sentisse dor, na hora que eu começasse a me cortar eu já ia sentir que tá doendo. E a vontade de cortar é mais, é mais, é mais, é mais, é mais...Então acho que eu e meu corpo...a gente é separado.</p> <p>Na hora eu penso nos meus filhos...não penso em nada...</p> <p>Na hora eu não sinto nada, entendeu? Quando eu tenho crise, eu me corto, eu falo coisas, e coisas, e coisas, que ninguém entende, nem eu. Eu não sei o que eu falo.</p> <p>Eu não tenho porque fazer teatro, senti que as pessoas tenham pena disso. Eu não necessito disso porque eu não sou “melindrosa”, entendeu?...</p> <p>Então eu não faço isso pra minha mãe me ligar, pro Cristian ficar com dó. Não. Eu faço isso mesmo porque... É um momento que eu tenho da minha vida.</p> <p>De repente...dá um branco...</p> <p>No momento eu nem sei o que eu faço...</p> <p>É mais forte que tudo..quando eu vejo já foi...</p> <p>Quando estou me mutilando minha cabeça tá assim ó...não pensa em nada..eu acho que não é nem bem mais uma fuga...</p> <p>O corpo em relação a mim. Porque se eu cortasse e em algum momento eu sentisse dor, eu não ia cortar porque eu tava sentindo o meu corpo. Então eu não sinto o meu corpo, nós somos separados. É. Nós somos separados... Isso. Quando eu me mutilo eu não sinto nada. Porque se eu sentisse[?] dor[?], na hora que eu começasse a me cortar eu já ia sentir que tá doendo. E a vontade de cortar é mais, é mais, é mais, é mais, é mais...Então acho que a gente é separado.</p>
B3	<p>É um flash, que eu quero logo me machucar, porque me traz um certo alívio, porque o sangue me dá prazer. Eu ver o meu sangue escorrendo me dá prazer. É como se saciasse alguma coisa que houve...</p> <p>É uma satisfação, um prazer...é como se eu merecesse isso. Eu mereço socar e ver o meu sangue. Me dá um certo alívio naquela hora, o sangue, que quando eu vejo me dá prazer...quando eu não consigo tirar sangue eu fico frustrada e que quero mais, até eu conseguir me machucar mais...</p> <p>Dá um branco...é um flash assim...e depois eu já tô com o efeito, o resultado.</p> <p>Durante eu quero aliviar o que estou sentindo, só que acontece geralmente um branco.</p> <p>Na hora eu não consigo pensar em nada.</p>
B4	<p>Eu sinto prazer, em assim, fazendo, eu acho bonito...eu me queimar assim, me vê machucada, eu acho legal.</p> <p>Eu sinto prazer, hum...eu acho que é legal.</p>

	<p>Me bato, me queimo...eu acho legal.</p> <p>Durante eu penso. Essa aqui é por isso, por isso, por aquilo.</p>
B5	<p>Ah sei lá dava um... tipo um... Descarregava, assim, o que eu estava sentindo.</p> <p>Aí pra descontar eu dei um soco no vidro.</p> <p>As vezes que eu tô me machucando eu nem penso, eu tô me machucando.</p>
B6	<p>Quando eu to me cortando, você acaba esquecendo seu sofrimento. Suas dores, suas tristezas, do seu sofrimento.</p> <p>O sangue me acalma...me deixa muito tranquila, me dá uma paz interior. Eu sei que não é uma sensação normal para muitas pessoas, mas me traz paz.</p> <p>Os sentidos estão mais aguçados. Você sabe que uma parte do seu corpo tá precisando de cuidados.</p> <p>Prazer</p> <p>Eu sei que to me cortando pra me aliviar, pra não bater em alguém, não matar, entendeu?</p>

Quadro 14: Sentimentos no decorrer do comportamento automutilante.

No que tange aos sentimentos durante o comportamento automutilante, das seis pacientes entrevistadas, quatro se referem ao prazer como um sentimento presente – o prazer, por exemplo, de ver o sangue escorrer. É comum a todas não sentirem dor enquanto se machucam. Há um alívio da dor emocional, como uma fuga que as fizesse esquecer o sofrimento. Além do alívio ao verem o sangue, as pacientes B1 e B6 comparam o sentimento a uma injeção de calmante. Durante o ato também é comum sentirem um branco em suas mentes, como se não percebessem que estão se machucando; quando o fazem, já estão cortadas.

5.7- Sentimentos posteriores ao comportamento automutilante: no quadro 15 são listados os sentimentos vividos pelas pacientes após perceberem que tinham se machucado.

PARTICIPANTES	SENTIMENTOS POSTERIORES AO COMPORTAMENTO
B1	<p>Me alivia.</p> <p>E quando eu vou me cortar, na maioria das vezes, eu só vejo depois que eu já fiz.</p> <p>De alívio, né? Eu fico bem! Depois que eu me corto, normalmente dá uma adrenalina, assim, uma vontade de fazer as coisas, de sair e andar, sabe? Sair</p>

	<p>e andar, sem rumo; sem rumo – sem ir na casa de ninguém, só andar. Eu fiz isso esses dias atrás. Saí de casa era 2h30 da manhã (todo mundo tava dormindo) e fui andar pela COHAB.</p> <p>Depois que eu me corto, depois que eu vejo, eu deixo a coisa rolar. Aí quando eu vou lavar o braço eu já tô mais calma, e lavo, limpo direitinho. Aí deito e vou assistir televisão.</p> <p>Ai eu vou dormir como se nada tivesse acontecido. Depois que eu faço, que eu quero, aí é aquela satisfação, aquele alívio. É como se eu me completasse.</p> <p>E nisso vou me tranquilizando, até me acalmar de vez.</p> <p>Sinto um alívio, uma limpeza.</p> <p>Alívio.</p>
B2	<p>Às vezes não lembro nem o que falei, nem o que fiz...depois fico sabendo das coisas que eu falei, eu: não foi eu que fiz isso...</p> <p>Aí eu fico atordoada. Fico no outro dia... As pessoas me falam, e eu: Não, eu não falei isso.</p> <p>Alívio... é uma maneira de você escapar daquela dor quando ela bate.</p> <p>Depois eu quero a boneca...estas coisas...uma falta da infância...eu quero por o lençol da Minie...</p> <p>Depois eu fico com dó das criança. Só isso...</p> <p>Depois tem o arrependimento.</p> <p>Pode ser uma coisa de ter falta de infância, não sei. Depois que eu estou bem, eu consigo... Eu quero por o lençol da Minnie, da minha filha; o cobertor dela da Minnie, o travesseiro da Minnie e a boneca dela, que é dela, não é minha, e que ela me deu, de tanto falar... quando ela vê que eu tô em crise. Eu queria, eu queria entender o meu mundo e não consigo.</p>
B3	<p>E depois me dá um alívio. Me dá uma sensação de bem-estar. Ou me dá uma frustração de não ter conseguido, talvez o suicídio ou algo mais grave comigo.</p>
B4	<p>Eu penso assim: aí eu consegui. Consegui o que eu queria. Me machucar.</p> <p>Me sinto preenchida.</p> <p>Eu me sinto feliz. Me sinto vazia, assim as vezes parece que estou inchada por dentro né? Parece que tô apertada e eu faço isso parece que passa.</p> <p>Sinto prazer, sinto feliz, mas as vezes ,e arrependo.</p> <p>Alívio.</p> <p>Ajuda a passar a agonia que estou sentindo por dentro.</p> <p>Aí depois eu olho ai fico Deus do céu! Como eu faço isso e não dói. Agora,</p>

	se eu for fazer dói. (fora da crise)
B5	...descarregar o que eu tava sentindo. Assim foi o único motivo que eu achei de tirar o que eu tava sentindo. Dava um alívio assim, sei lá dava uma sensação esquisita....mas o ruim é o monte que minha mãe fica falando.
B6	Você sabe o motivo que tá fazendo, você sabe que vai te dar tranquilidade...você sabe que vai se sentir bem naquele momento. É proporcional, você já tá criando aquilo para se aliviar. Entendeu? ...mais você fala: eu sou foda, eu consegui, eu tenho coragem e você não.

Quadro 15: Sentimentos posteriores ao comportamento automutilante.

Quanto aos sentimentos posteriores ao comportamento automutilante, é unânime a sensação de alívio da dor emocional e bem-estar: sentem-se felizes, satisfeitas e mais tranquilas. Segundo elas, há uma espécie de completude, em que puderam descarregar o que estavam sentindo e aliviar a angústia, ao menos momentaneamente.

5.8- Representação da automutilação: como mostra esta subcategoria, vê-se como o comportamento automutilante é expresso pelas seis pacientes em frases, imagens ou alguma representação simbólica. Pode-se mesmo explorar se há uma finalidade para a ocorrência desse comportamento e quais os objetivos nesse sentido. É o que mostra o quadro a seguir.

PARTICIPANTES	REPRESENTAÇÃO DA AUTOMUTILAÇÃO
B1	É, uma coisa muito pessoal, minha. Eu acho que ninguém tem que saber. Tudo bem que... É lógico que uma hora eu vou tirar a blusa e as pessoas vão vê que eu cortei o meu braço. Desde que não me pergunte nada tá tudo bem. Eu não gosto que: "Ah, minha filha, mas por que que você fez isso? Isso não é de Deus." Dá vontade de mandar passear lá no... Lá, você sabe onde! Me castigar. É uma coisa muito minha, não é para ninguém...tanto que eu vou todo sábado na casa da minha irmã, mas como me cortei, eu deixei de ir, até cicatrizar tudo entendeu? A imagem que eu tenho é de ver o sangue escorrer, só isso...
B2	Eu quero sumir na hora. Eu quero sumir! Objetivo não tem. É uma fuga. É uma fuga para poder sair.
B3	Algumas vezes quero me matar...outras não, eu quero apenas me punir. Eu tô me sentindo culpada, eu quero me punir. Isso traz um alívio pra mim. Aliviar o que estou sentindo...pra aliviar a culpa. É algo pra mim, se eu pudesse, eu ia pra longe.

B4	<p>Quando às vezes eu quero falar alguma coisa, às vezes eu quero conversar, assim às vezes quando alguém não me dá atenção, aí eu me machuco pra me dá atenção.</p> <p>Alívio.</p> <p>Chamar a atenção do marido.</p> <p>Às vezes não tem razão...eu faço isso só por fazer. Às vezes tem razão...nada, vem aquela raiva de mim e pronto.</p> <p>Eu sinto prazer em me machucar. Porque no mesmo momento que sinto prazer, sinto ódio.</p>
B5	<p>Vício</p> <p>Aliviar</p> <p>Ter atenção das pessoas, as pessoas ao seu lado...</p> <p>Eu tomei a cartela de remédios porque queria chamar a atenção da minha mãe. Porque ela batia muito em mim. Só brigava comigo...não podia fazer nada que ela batia.</p>
B6	<p>Alívio</p> <p>Libertação</p> <p>Liberdade</p> <p>Objetivo: me aliviar da dor emocional</p> <p>Significado: momento de libertação, meu autocontrole, minha fuga...minha dor...meu momento...ninguém pode tirar...ele é meu.</p> <p>Imagem que representa: Eu no poder. Eu posso, vocês não.</p> <p>Faz bem pro coração me torturar...eu preciso de droga, e uma das drogas que tô utilizando ultimamente é esse tipo de droga, o sofrimento...porque ai quando eu chego em casa eu to acabada, eu durmo. Eu não preciso de remédio.</p> <p>É o meu momento. É o momento que eu tenho o controle de tudo, que eu posso mandar em mim mesma...que ninguém fica me dando ordem nem gritando comigo. Um momento que sou dona de meu próprio corpo, de meus pensamentos, de tudo que eu quero fazer. Um momento que eu me liberto.</p> <p>No meu ponto de vista que toda vez que eu me corto, é porque naquele momento, talvez, eu tivesse necessitando um pouco de alívio... não é porque eu sou doída, é porque naquele momento eu to me aliviando de alguma maneira...eu to colocando para fora o que eu sinto..tá ali...tá saindo...entendeu?</p>

Quadro 16: Representação do comportamento automutilante.

Em relação ao significado geral do comportamento automutilante, percebemos que este é um momento único e singular vivenciado pelas pacientes, que na maioria das vezes têm como objetivo o alívio de suas dores emocionais. Este momento configura uma libertação em que elas têm o domínio de seus corpos, sendo necessária a dor física para a sua ancoragem na realidade. Todas as pacientes relatam que o seu objetivo principal, ou seja, sua finalidade com o comportamento automutilante, é o alívio de uma dor emocional pré-existente.

As pacientes B4 e B5 reportaram que um dos principais objetivos ao se automutilarem é chamar a atenção das pessoas ao seu redor. Diferentemente, a paciente B2 sente como se com a automutilação ocorresse uma fuga interna de seus problemas e dores. Em seu discurso, B6 também acredita que este é um momento particular seu, mas acrescenta a necessidade de se machucar – como se fosse uma droga, um vício. Segundo suas palavras, é como se essa droga, o sofrimento, fizesse bem ao coração.

Em vista disso, ao pensarmos sobre a categoria proposta concluímos que ela não funcionou pois as pacientes entrevistadas têm dificuldade de expressar simbolicamente o comportamento automutilante.

5.9- Ideações e tentativas suicidas: em diversas ocasiões o comportamento automutilante é visto como tentativas de suicídio. Nesta subcategoria se destacam relatos associados a ideações suicidas.

PARTICIPANTES	IDEAÇÕES E TENTATIVAS SUICIDAS
B1	<p>Tentei mas não deu certo... Não, eu fui! Vinha vindo um carro, se não me engano a cor dele era vermelho, aí ele vinha vindo, eu comecei a atravessar a rua e parei, e ele tava vindo numa certa velocidade, ele brecou, me xingou de louca... Aí deu um estalo na minha cabeça e eu terminei de atravessar a rua.</p> <p>Não ter vontade de viver e ter medo de morrer. Isso tudo por causa dos meus dois filhos, porque se eu não os tivesse, com certeza eu já teria me matado. Com certeza!</p> <p>Me enforcar eu nunca pensei não porque eu acho que é uma morte besta. É um sofrimento à toa.</p> <p>Eu chego a pensar que eu vim no fundo pra atrapalhar a vida dos outros, então por isso às vezes eu tento suicídio. Porque eu acredito que ficando... os outros ficando sem a minha presença, talvez eles 'seja' felizes.</p> <p>Olha eu sinto muita vontade de me atirar em frente a um carro. Tentei mas</p>

	<p>não deu certo... Não, eu fui! Vinha vindo um carro, se não me engano a cor dele era vermelho, aí ele vinha vindo, eu comecei a atravessar a rua e parei, e ele tava vindo numa certa velocidade, ele brecou, me xingou de louca... Aí deu um estalo na minha cabeça e eu terminei de atravessar a rua.</p>
B2	<p>Quando comecei o tratamento no CAPS...Suicida, suicida, suicida, suicida. Não tinha um dia da semana que eu não fazia uma lavagem estomacal.</p> <p>Todas as tentativas que você imaginar eu tive: enforcamento, chumbo...Tudo, todas. Desde que você começou a me ajudar aqui.</p> <p>Na primeira vez eu me cortei... Assim, suicídio eu comecei com 10, 10 anos...Tudo... Tudo foi suicídio, porque eu achava que eu cortando, eu ia ter uma hemorragia e eu ia morrer.</p> <p>A primeira vez eu tomei Baygon, com 10 anos. A segunda eu me enforquei...E depois tentei me enforcar num pé de abacate...tinha 11 anos...Eu ia pular, só não pulei porque meu avô chegou na hora... Quando eu saí, eu cortei a corda do poço, amarrei no pé de abacate, subi pela escada (era bem alto), fiquei em cima de um galho e joguei no pescoço, pra pular. Ele voltou pra fazer alguma coisa. Na hora que ele me viu lá de longe, ele gritou.</p> <p>Eu comecei a chorar...e falei que tava com chumbinho. Que eu ia tomar naquela noite. Alguém do CAPS foi coimgo na minha casa e eu tive que achar, o que eu num tinha tomado eu te dei.</p> <p>Já pulei embaixo da ponte..eu ia me jogar no rio Tietê, o policial me pegou..mais esse dia eu ia me jogar.</p> <p>Eu cheguei a enfiar a ponta da faca aqui dentro...eu queria pegar essas veia aqui ó...</p> <p>Quando eu quero me matar, eu não sinto que eu tenho corpo. Então eu e meu corpo nós somos afastados – na minha cabeça.</p> <p>Era cortar os ‘pulso’, pegar essas ‘veia’, que ia sangrar...Eu queria ver sangue, entendeu? Eu queria ver sangue!</p> <p>Se eu pudesse, eu, hoje, não teria meus filhos e daria um fim nisso tudo...</p> <p>Eu tenho medo de 3 coisas hoje: de tirar a vida de alguém, isso é arriscado, de me matar e matar meus dois filhos. Quando eu tô nesses momentos, as primeiras pessoas que tiro da minha frente são os dois.</p>
B3	<p>Ah, eu já me joguei na frente de carro, já... tomei... todos os meus remédios que eu tinha na época. Eu morava... Eu morava na USP, tive um desentendimento com um colega e eu fiquei muito chateada. Aí eu peguei todos os meus remédios, provavelmente tinha mais de 150 medicações...</p> <p>Eu fui pegando e tomando cerveja em cima. Eu tentava... Dava ânsia de vômito, eu tomava cerveja. E aí eu cheirei 40 ml de cocaína junto com a medicação, e tomando cerveja pra descer.</p> <p>Eu já tentei uma overdose. Já tive uma overdose. Eu queria mesmo... faz tempo. Eu queria mesmo parar ali... Eu sabia que se... Eu tinha uma imunidade alta já, porque eu era viciada...</p>

	<p>E o meu corpo ele é muito resistente. Isso me dá muita raiva porque... Ele se recupera dessas coisas muito rápido e... Eu tenho sorte. Deus não quer que eu vá embora mesmo.</p> <p>Nem pra morrer eu presto! Eu tomo tudo isso de medicação... Tem gente que toma 10 ‘comprimido’ e vai embora, e eu tomo cerveja, cocaína, medicação... E nem pra morrer eu presto...</p> <p>Outras vezes eu tento... Eu fico frustrada porque eu não tô... Eu não vejo nada com que possa... com que e possa “dar cabo” da minha vida.</p> <p>Eu penso que eu não tenho esperança.</p>
B4	<p>Tentei me matar três vezes no hospital... Eu peguei o lençol e amarrei no pescoço e fui pro escuro. Aí a enfermeira viu e não deixou. E outra vez foi com a mão mesmo...no pescoço...depois eu fiquei me queimando lá...</p> <p>Desses momentos só dá vontade de morrer mesmo...</p> <p>Porque eu queria juntar tudo mesmo pra eu tomar tudo de uma vez...aí eu me senti mal, pra mim eu era uma pessoa inútil, num servia mais pra nada, pra que eu nasci, que eu queria morrer...</p> <p>Vontade de morrer.</p>
B5	<p>Tomei medicação a mais.</p> <p>Não passou pela minha cabeça tentar me matar. Era só para chamar a atenção da minha mãe. Pra ela me dar mais carinho.</p>
B6	<p>Já fiz de tudo e não deu certo. Quando eu me corto eu quero me acalmar...quando eu tomei chumbinho eu queria morrer...quando eu tomei racumin com mais 100 comprimidos e cachaça eu queria morrer.</p> <p>Vontade de descobrir a maneira correta que eu vou morrer...já fiz de tudo e não deu certo. Um dia eu descobro.</p>

Quadro 17: Ideações e tentativas suicidas.

Podemos concluir que todas as pacientes com TPB entrevistadas já tentaram o suicídio sem conseguir alcançar o seu objetivo, o que revela um alto risco de ocorrência de morte durante esses momentos de grande impulsividade e angústia avassaladora. Nas pacientes desta amostra, dentre os comportamentos mais comuns de tentativa de suicídio está a ingestão de medicamentos em excesso.

É importante ressaltar que os comportamentos agressivos podem ter a morte como finalidade, enquanto o comportamento automutilante pode ser visto como a possibilidade de um suicídio; como tal, também é agressivo. Este último não deve ser considerado como terminal porque as pacientes se colocam em situações em que há a possibilidade de serem

salvas. Elas relatam um sentimento de impotência de viver a vida e uma falta de coragem de a abreviarem. Em casos como o de B4 e B5 a intenção do comportamento automutilante como tentativa suicida foi a de receberem mais carinho e atenção das pessoas.

Das seis pacientes entrevistadas, cinco apresentaram ideações suicidas e vontade de morrer. Por terem tentado e não conseguido, sentem-se frustradas mas não perdem a vontade de descobrir a maneira mais correta de acabar com a própria vida.

5.10: Estado alterado de consciência: em decorrência desta categoria, foi possível compreender que, quando ocorre o comportamento automutilante, pode advir um estado alterado de consciência, como mostra o quadro a seguir:

PARTICIPANTES	ESTADO ALTERADO DE CONSCIÊNCIA
B1	No momento que estou fazendo nem percebo...como se eu ficasse cega...
B2	Antes não tem pensamento... é tipo uma luz que vem...e bum...como se fosse uma coisa que vem...um furacão. Não tem como pensar... Às vezes não lembro nem o que falei, nem o que fiz...depois fico sabendo das coisas que eu falei, eu: não foi eu que fiz isso. Na hora dá um branco.
B3	Dá um branco...é um flash assim...e depois eu já tô com o efeito, o resultado.
B4	Refere ter consciência antes do ato. Às vezes quando eu vejo já foi.
B5	As vezes que eu me machuco, eu não penso em nada, eu tô me machucando...as vezes parece que eu fico fora de si... Tem vezes que é assim, quando caio em crise eu faço coisas que não lembro.
B6	Eu tenho consciência do ato que eu fiz, naquele momento, porque o difícil é fazer o primeiro corte, o difícil é dar a primeira pancada, depois, parece que dá um tesão (risos)...estranho relacionar tesão com isso aí, mas é verdade.

Quadro 18: Relatos sobre estado alterado de consciência.

As seis pacientes relataram que durante o comportamento automutilante há um branco, como uma cegueira, e muitas vezes não conseguem se lembrar do que acontece. Podemos pensar em uma alteração do estado de consciência devido à grande ansiedade e impulsividade das pacientes. Não haveria, portanto, um controle consciente sobre o ato de se automutilarem; ao se darem conta já teriam se machucado, segundo os relatos acima.

5.5 Resultados dos desenhos

5.5.1 Desenhos da figura humana

Paciente B1

Figura feminina

Em primeiro lugar, cabe apontar que B1 representou a mãe já falecida em seu desenho, a quem a paciente era muito ligada afetivamente e contra quem, ao mesmo tempo, carregou durante anos raiva e culpa significativas até a melhoria do relacionamento. Isso pode mostrar que B1 ainda está muito ligada ao passado e que ainda não alcançou uma completa desvinculação do controle maternal. Ao examinarmos a figura, a primeira sensação é a de que a pessoa desenhada está rígida e simétrica, com os braços para trás e parecendo estar se contendo de alguma forma. O que podemos pensar é que o desenho condiz com a vida da paciente, pois ela teve uma educação militar e sua mãe era realmente uma mulher muito dura e rígida. Pode-se dizer, então, que esta figura pode demonstrar que B1 tem dificuldades para relaxar, necessidade de um controle rigoroso sobre seus impulsos e medo de relações espontâneas. Da mesma forma, os braços para trás podem trazer uma sensação de inibição, culpa, insegurança, dificuldades em estabelecer um bom contato com o ambiente e necessidade de controle dos impulsos agressivos ou hostis.

As pernas juntas também representam uma tentativa de controle de impulsos corporais, mas podem demonstrar medo devido ao ataque sexual, além de repressão ou problemas nessa área, principalmente quando combinadas com os braços junto ao corpo, como é o caso deste desenho. Esse fato pode estar ligado à vivência traumática do abuso sexual na infância.

Ao mesmo tempo em que o desenho tem um toque de feminilidade, por conta do rosto redondo, da postura dos pés e da presença de sapatos delicados, chama-nos atenção o contorno do rosto: bem redondo, com um sombreado e orelhas que foram desenhadas após o término do desenho, causando certa estranheza porque se assemelham ao rosto de um animal.

No que tange à vestimenta a figura é bem feminina, trajando blusa, saia longa e sapatos. O decote em formato de V pode representar uma fixação sobre os seios e tendências voyeuristas. Finalizando, o desenho está realmente muito parecido com sua mãe, física e psicologicamente.

Ao ser solicitado um desenho da figura masculina, B1 disse que não queria fazê-lo.

Paciente B2

Figura feminina

A primeira característica que se nota ao olharmos para esta figura é o seu desenho primitivo, pequeno em relação à folha e formado por uma figura de palitos, o que pode demonstrar uma grande dificuldade da paciente em suas relações interpessoais, assim como uma possível expressão de desprezo e hostilidade com relação a si mesma. A paciente representa sua mãe no desenho, chorando. Em seu relato diz que a mãe vive dentro de uma nuvem negra e que tem um coração amargo, sem sentimentos. Acrescenta que a mãe representa para ela o início de todo o seu sofrimento.

Os olhos do desenho, representados por um ponto, podem sugerir imaturidade da paciente para enfrentar a vida, um campo de visão limitado e algo mais regredido. A ausência do nariz pode sinalizar passividade, angústia e sensação de desamparo, sentimentos presentes na vida de B2.

Cabe assinalar que a omissão do tórax pode significar que B2 sente uma aguda ansiedade e rejeição em relação ao próprio corpo, com necessidade de recalque ou negação de seus impulsos corporais.

Quando solicitada a desenhar a figura masculina, B2 declarou que tinha medo dessa figura e não queria desenhá-la.

Paciente B3

Figura feminina

A cabeça apresenta-se em proporção menor quando comparada ao restante do corpo, o que pode demonstrar sentimento de menos-valia, inferioridade e uma expressão do desejo

obsessivo de negar pensamentos dolorosos e sentimentos de culpa. O rosto sombreado e tremido pode estar relacionado à agressividade que B3 apresenta em alguns de seus comportamentos. Em relação aos cabelos com traços tremidos e desordenados, podem sugerir conflitos relacionados a fantasias sexuais e uma ansiedade quanto aos pensamentos. Deduz-se, então, que os pensamentos estão “saindo” da cabeça de forma desordenada. Neste desenho, o olhar parece assustado e absorto em si mesmo.

No que tange ao tórax e à parte inferior do corpo, a figura está representada como se estivesse tudo misturado, sem separação, como um grande bloco sem divisões, o que pode demonstrar a dificuldade da paciente em questão de limites. Não há fronteiras entre braços e pernas, nem uma conscientização e percepção do corpo. Pode-se considerar que existe aí uma grande agressividade. É importante ressaltar ainda que a figura encontra-se inclinada na folha, o que pode sugerir instabilidade, desequilíbrio, exaustão mental e sensação de estar doente.

Todas estas características podem ser identificadas na paciente B3, pois ela apresenta grande instabilidade de humor e de afetos em seus relacionamentos. Além disso, sente-se mal com suas queixas e sensações. A paciente representou a avó materna em seu desenho.

Figura masculina

Assim como ocorre com a figura feminina, este desenho está inclinado na folha, o que pode sugerir instabilidade, desequilíbrio, exaustão mental e sensação de estar doente, sentimentos identificados na paciente B3 devido à grande instabilidade afetiva em seus relacionamentos. Durante a confecção do desenho, B3 contou muitas histórias sobre sua família, o que não transpareceu durante a entrevista.

Vale ressaltar que em ambos os desenhos a parte do corpo de que B3 menos gostou foram as mãos. Em seu discurso, ela diz que dá valor às mãos porque representam a parte do corpo que dá carinho. Neste desenho é interessante observar a cintura delimitada com um cinto afivelado, o que pode sugerir conflitos na área da sexualidade. Isto também condiz com o histórico de B3. Os conflitos na área da sexualidade são também aqui representados por B3, ao não demarcar a zona de bifurcação das pernas.

É interessante assinalar que entre a figura feminina e masculina não há muita diferença nem de forma nem de tamanho, o que pode sugerir um fracasso de B3 em reconhecer o sexo oposto como diferente do seu. Pode também haver medo ou desinteresse na aceitação das características secundárias do corpo.

Paciente B4

Figura feminina

O primeiro ponto que chama a atenção ao observarmos esta figura é o tamanho do desenho em relação à folha e suas características infantis. Sem o devido conhecimento, poder-se-ia pensar que o mesmo foi feito por uma criança, o que pode indicar que B4 é portadora de uma personalidade regredida e infantil, com sentimentos de insegurança e imaturidade por parte da paciente.

B4 diz ter desenhado sua mãe, e que ela está triste na figura porque vive desse jeito, assim como B4, por conta do marido que está sempre bebendo. O desenho apresenta-se todo tremido por conta das medicações que a paciente toma, e também porque fuma.

Os olhos da figura no desenho, representados por um ponto, sugerem uma imaturidade para enfrentar a vida, campo de visão limitado e algo mais regredido. A ausência do nariz pode mostrar passividade, angústia e sensação de desamparo, sentimentos presentes na vida de B4. O nariz pequeno quase imperceptível pode indicar infantilidade no plano sexual, temor de castração ou consciência de debilidade sexual. Já a boca, da forma como está desenhada, mostra que existe uma tensão no que diz respeito aos relacionamentos. Esta é uma realidade na vida de B4, pois não dispõe de apoio social e, com seu marido, sua relação está baseada em discussões.

Quanto ao tórax quase ínfimo, perto do resto do corpo, pode-se inferir uma inibição, uma negação dos impulsos instintivos e/ou sentimentos de inferioridade. Frequentemente, é como B4 se sente. Os braços estendidos indicam que há uma necessidade de afeto, com maior contato social, como também a presença de um sentimento de inferioridade.

Figura masculina

Assim como na figura feminina, a masculina apresenta-se de forma infantil, o que pode indicar sentimentos de insegurança e inferioridade.

Cabe assinalar que não se nota grande diferença entre as figuras feminina e masculina nem na forma nem no tamanho, o que pode sugerir um fracasso de B4 em reconhecer o sexo oposto como diferente do seu, e que possa haver medo ou desinteresse na aceitação das características secundárias do corpo. B4 desenhou seu filho de 11 anos, filho este que ela rejeitou quando nasceu porque preferia uma menina. B4 afirma que mudaria o coração dele dentro do seu corpo, para que ele fosse mais bonzinho e menos maldoso. O desenho do menino traz a sensação de que se trata de um boneco, estático e sem sentimentos.

Paciente B5

Figura feminina

O primeiro ponto relevante é que este desenho assusta um pouco pela desproporção apresentada, ou seja, braços enormes em relação ao corpo, cabeça grande, corpo fino e pernas e pés muito pequenos em relação ao restante da figura. O desenho está solto na folha, o que pode demonstrar sentimentos iminentes de colapso de personalidade, instabilidade, insegurança e dificuldade para estabelecer contato ativo com a realidade. B5 diz ter desenhado uma amiga de quem gosta muito.

É importante lembrar que os olhos foram desenhados virados para baixo, o que sugere um fraco controle de B5 diante do meio, da culpa e da vergonha. A quase ausência de nariz aponta para a presença de timidez, angústia e sensação de desamparo, o que condiz com a vida de B5.

O tórax, pequeno e de forma quadrada, pode evidenciar a presença de maior agressividade e uma negação dos impulsos instintivos, o que é comum em pessoas regredidas e desorganizadas – como é o caso de B5. Os braços mais largos que o corpo podem demonstrar dificuldades nas relações com as pessoas e/ou ambiente, com fantasia e ambição provavelmente maiores do que a capacidade de realização. Já as mãos abertas sugerem uma necessidade de afeto e relação com as pessoas, como é o caso de B5, que não se sente compreendida nem acolhida por ninguém. As pernas estão representadas por uma linha apenas, o que nos faz pensar em sentimentos de inadequação e insegurança.

Figura masculina

Como primeiro ponto importante, vale comentar que, ao ser pedido à paciente que desenhasse uma figura masculina, ela desenhou uma bola, demonstrando assim dificuldade em compreender a instrução recebida. Durante a confecção do desenho, B5 relatou alguns detalhes sobre o seu relacionamento com o pai. Terminado o desenho da bola, foi-lhe solicitado que desenhasse uma pessoa do sexo masculino – quando então percebeu o que havia feito. Perguntada sobre o que pensou ao desenhar a bola, respondeu que havia imaginado uma criança brincando de bola. Acrescentou que sempre teve muitos amigos, mas que não brincava de bola, porque os pais não a deixavam sair para a rua.

Os braços voltados para trás podem demonstrar sentimentos de inibição, culpa, medo de contato com as pessoas, falta de confiança, insegurança e necessidade de controlar os impulsos agressivos. A omissão dos braços, em um primeiro momento, pode sugerir sentimentos de menos-valia, inferioridade, desamparo e abandono. Pode também representar um sentimento de culpa e ansiedade por condutas socialmente não aceitáveis e a necessidade de automutilação comum em pacientes com tendências suicidas, como é o caso de B5.

Quanto à omissão das pernas, esta ausência de representação é rara de ocorrer; quando acontece, sugere sentimentos patológicos de castração ambiental e deterioração.

Ao comparar as figuras masculina e feminina, pode-se pensar que não há muita diferença nem de forma nem de tamanho, o que pode sugerir um fracasso de B5 em reconhecer o sexo oposto como diferente do seu. Pode também caracterizar medo ou desinteresse na aceitação das características secundárias do corpo. Nessa comparação, o fato mais interessante a se pensar é que as duas figuras estão sorrindo apesar dos braços assustadores, que não parecem humanos.

Paciente B6

Em um primeiro momento, quando foi pedido a B6 que desenhasse uma pessoa, ela começou a desenhar uma menina a partir do rosto – um desenho feito de forma fraca, sem muita pressão no lápis e com a figura chorando. Quando a paciente repentinamente se deu conta de que não queria mais desenhar essa figura, amassou a folha, jogou-a fora e iniciou um

novo desenho. Com aparência feliz e satisfeita, desenhou então uma figura masculina, pressionando o lápis com força. Deu à figura o nome de Bruce, mesmo nome dado pela paciente ao seu saco de boxe – segundo relatado, este era o seu amigo, o único em quem ela não batia; ao contrário, era com ele que dormia. No entanto, um dia sua mãe deu-o para alguém e o tirou de casa.

Figura masculina

Ao olharmos para este desenho, o que mais chama a atenção é que o menino está chorando, parecendo triste, com os braços para trás, fechado para o mundo e vestido com uma roupa que transmite algo mais pesado. B6 relata que ele se sente triste porque sua família não o entende, tem sempre medo de acordar, sente que é um estorvo na vida dos outros, e que sua roupa traz uma mensagem: “aqui tá o coração dele. E aqui são facas”. Com este relato pode-se compreender como a paciente se sente e se identifica com o Bruce do desenho. Cabe lembrar que ela se considera homossexual.

A idade da figura desenhada é inferior à de B6. Ela diz que o menino tem 14 anos, o que pode demonstrar imaturidade e fixação emocional em alguma fase, sugerindo Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O rosto é desenhado com contornos reforçados, sugerindo dificuldade de inter-relação social, insegurança, ansiedade ou culpa nos relacionamentos sociais. As sobrancelhas chamam a atenção por estarem tão bem delineadas – peludas e grossas –, o que mostra uma sensualidade primitiva e áspera por parte da paciente.

A boca é apresentada virada para baixo, o que pode sugerir pessimismo ou tristeza, comum em pessoas depressivas, como é o caso de B6 e de seu desenho, representado chorando. Os braços para trás sugerem sentimentos de inibição, culpa, medo de contato social, falta de confiança e insegurança em participar do ambiente. Nota-se uma necessidade de controlar a expressão de impulsos agressivos e hostis.

Figura feminina

O primeiro ponto a ressaltar é que esta figura feminina foi desenhada com uma cena por trás, cena em que B6 sofreu abuso sexual por parte do irmão, aos nove anos. Ao se expressar por meio do desenho e relatar a cena, B6 chora sem parar a cada passagem. Também representa a menina chorando.

Ao pensarmos na figura feminina em si, sem conhecer o histórico por trás do desenho, podemos ver que a menina está triste, perdida em uma floresta ou trancada em algum local, fechada para o mundo – assim como representado no desenho da figura masculina. Ao se comparar os dois desenhos, percebe-se que ambos são bem elaborados, estão chorando, têm sobrancelhas grossas, boca virada para baixo e os braços para trás. Tudo demonstra que B6 sente-se triste, não compreendida pelas pessoas, não acolhida, desconfiada no contato social e insegura. Transparece também o seu lado hostil e agressivo, que muitas vezes precisa controlar. A única diferença entre as figuras é que a masculina é representada bem maior e mais forte do que a feminina.

5.5.2 Desenhos da família

Paciente B1

Quando solicitado a B1 que desenhasse uma família, ela se recusou e disse que não queria fazê-lo.

Paciente B2

B2 representou o desenho de sua família como ela é, caracterizando cada personagem. É interessante notar que no desenho dela mesma B2 desenha em si o coração, escreve que ele está em mil pedaços e que tem três partes: uma vermelha, que é o amor, o sangue que bombeia o sangue pois pulsa ainda pelos filhos; uma parte roxa, de transformação; e uma parte escura, que é a parte confusa. Ela relata que agora – com esta família e o segundo marido – consegue ter um pouco de esperança, o que tinha perdido com o primeiro marido e pai dos filhos. Os pais estão desenhados bem menores que os filhos, o que mostra que estes são considerados como os de maior importância na família, enquanto os pais são pouco significativos. Para cada membro da família ela utilizou uma cor diferente, atribuindo significados às mesmas: para o marido o amarelo, segundo ela porque é uma pessoa inteligente; ela de vermelho, porque tem de ser mais forte que o marido e esta é a cor do amor. Como ela é menor e mais magra que ele, os dois são assim representados no desenho. Conforme suas palavras, “a filha está de rosa e lilás, porque é mais chique e ela é toda linda, como um bibelô; e o filho foi desenhado em azul, porque é supremo e gosta de usar chapéu e sapatênis”.

Paciente B3

B3 optou por desenhar toda a sua família materna – desde as bisavós – e não se incluiu no desenho, o que pode demonstrar que não se sente incluída na família. O que chama a atenção neste desenho é que somente a avó está sorrindo, o avô não tem a boca e a mãe está representada como se fosse um boneco, com os olhos em cruz. Vale atentar para a figura da avó, com um coração desenhado no peito. B3 relata que a avó é a pessoa com o maior coração do mundo, e a que mais a amou. É interessante perceber o quanto foram importantes estes desenhos para B3, pois permitiram que ela resgatasse e recontasse algumas de suas histórias familiares.

Paciente B4

Ao ser pedido que B4 que desenhasse uma família, ela optou por desenhar a sua. Assim como nos desenhos da figura humana, a paciente os fez todos bem pequeninos. Vale observar que B4 foi desenhada em último lugar, o que sugere cerceamento, isolamento e sensação de não receber a devida atenção.

Paciente B5

Em um primeiro momento observamos que este desenho traduz tristeza, frieza e algo mais pesado, pois todos os presentes no desenho portam uma expressão de tristeza. Nota-se também que B5 representou apenas a si mesma e aos pais, não incluindo os quatro irmãos. Ela declara que não teve vontade de colocá-los no desenho porque só batem nela e a agredem verbalmente.

B5 relata ser a integrante mais triste da família, pois não compreende seus pais e não se sente compreendida por eles. Quando executou sua tarefa disse que queria desenhar um cachorro, mas como não sabia acabou por desenhar um coração partido ao meio, porque simbolizava o que ela estava sentindo.

Os braços desenhados voltados para trás, presentes nos três integrantes da família, podem demonstrar sentimentos de inibição, culpa, medo de contato com as pessoas, insegurança e necessidade de controlar impulsos agressivos. Podem também representar um sentimento de culpa e ansiedade por condutas socialmente não aceitáveis e com necessidade

de automutilação, comum em pacientes com tendências suicidas como é o caso de B5. Chama atenção a omissão das pernas na figura materna.

Cabe ressaltar que o olhar dos membros desta família parece assustado, o que pode demonstrar uma percepção vaga e não diferenciada do mundo, uma recusa a enfrentar a realidade das coisas, além de hostilidade, culpa e vergonha.

Paciente B6

Quando lhe foi solicitado que desenhasse uma família, a paciente perguntou que tipo de família, decidindo então desenhar a família que queria ter. FB6 desenhou a família Addams, famoso seriado de algumas décadas atrás, além de ter sido tema de filmes e musicais. Em seu relato, a paciente diz que esta é a sua família ideal, pois gostaria de ser filha da Mortícia (a matriarca do clã) – Wandinha –, pois ela é má, não dá medo a ninguém e não sofre. Além disso, toda a família a apóia, e é assim que B6 gostaria que fosse sua vida e de sua família. Podemos pensar no significado dessa família para B6 ao entender a psicodinâmica propriamente dita.

Addams não é uma família típica: é assustadora e sádica, e eles têm prazer na maioria das coisas que dariam medo a pessoas normais. As pessoas que os visitam se desesperam ao ver os hábitos mórbidos e incomuns do clã. A mãe, Mortícia, têm hábitos cadavéricos, sempre aceitos pelo marido. A filha é uma menina sádica e um tanto ou quanto sombria, que adora submeter o irmão a vários tipos de tortura – e este adora ser a vítima! Enfim, é uma família que foge aos padrões tradicionais e que sempre tem o humor presente. Entre eles não há sofrimento; o prazer e a dor estão misturados. De certa forma, pode-se pensar que a família Addams faz uma crítica às famílias tradicionais, como é o caso da paciente B6, que não se identifica com o tradicional e que gosta de ser sempre diferente.

5.5.3 Desenhos temáticos

Ao ser solicitado que as pacientes desenhassem a automutilação ou algo que a representasse para si mesmas, apenas as pacientes B2 e B6 atenderam. As demais participantes não quiseram desenhar ou disseram que não sabiam fazer o desenho solicitado.

O desenho de B2 apenas expressou seus sentimentos sobre o comportamento automutilante, quando ela o faz e diz, em uma parte escrita, que o desenho mostra sua cabeça cheia de pensamentos confusos, que circulam sucessivamente e de forma permanente. Ela escreve: “Minha cabeça...ela não pensa em nada”. Pode-se cogitar que esta paciente apenas expressa, mas não consegue representar de forma profunda e simbólica o que esse comportamento representa para si mesma.

B6 conseguiu representar graficamente a sua dor em relação ao comportamento automutilante e definir os exatos momentos em que esse comportamento ocorre. Ela desenhou três momentos e formas como costuma se automutilar. Ao se cortar, muitas vezes está chorando, triste e com raiva, porém corta os pulsos até encher um balde de sangue, segundo ela, para chegar ao alívio final; outros momentos são aqueles em que apresenta comportamento bulímico, provocando vômitos e tomando laxantes até sentir cólicas quase insuportáveis e se aliviar do conteúdo que lhe causa dor. O que chama a atenção é a forma de alívio das dores emocionais, por meio de sofrimento físico e orgânico. Ela define o desenho como: “O fim pode ser a saída para muitos”.

Todas as pacientes, excetuando B6, começaram com o desenho da figura feminina, representando alguma mulher com quem se identificam. B1, B2 e B4 representaram suas mães, B3 sua avó, e B5 uma grande amiga. Estes dados revelam que as pacientes se espelham e se representam através do outro, como se dele fossem uma extensão, evidenciando a dificuldade de discriminação eu-outro como um dos seus sinais de conflito.

A insegurança esteve presente em todos os desenhos, assim como a tensão nos relacionamentos e o contato com o meio onde estão inseridas. A necessidade de controle dos impulsos instintivos, hostis e agressivos, devido à sensação de desamparo, angústia e imaturidade, transpareceu como característica comum a todos os desenhos da figura feminina.

Quanto ao desenho da família, a única paciente que se negou a fazê-lo foi B1. Tal recusa indica prováveis conflitos entre a paciente e seus familiares. Por outro lado, ao desenharem suas famílias, B2, B3, B4 e B5 tiveram como ponto comum o fato de se incluírem por último no desenho, ou se representarem em tamanho menor ao dos demais integrantes, o que sugere um sentimento de diminuição e desvalia em relação ao núcleo familiar.

Os desenhos permitiram constatar que as pacientes apresentam desavenças familiares, conflitos com a figura masculina e dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Aspectos como insegurança, sentimentos de menos-valia, culpa e necessidade de controle dos impulsos instintivos e agressivos emergiram na maioria dos desenhos, assim como problemas de ordem sexual.

Vale ressaltar que, no processo das técnicas expressivas, B6 se destacou das demais pacientes. Na figura feminina ela desenhou a si mesma na cena do abuso sexual sofrido quando tinha nove anos de idade, o que mostra sua dificuldade em desligar-se de memórias traumáticas da infância. No desenho da família, B6 recorreu a personagens para representar sua família ideal, o que pode indicar uma tentativa de fuga da realidade em que vive ao se decidir a não reproduzir a própria família. O aspecto comum entre B6 e as demais pacientes é o fato de todas reportarem em seus relatos que se sentem “excluídas” e não compreendidas, frequentemente representando-se tristes em seus desenhos. No desenho temático B6 foi a única que conseguiu expressar o seu sofrimento com uma ideação suicida.

Em vista dos resultados auferidos, a paciente B6 pode ser considerada como a mais saudável do ponto de vista psíquico, devido à sua capacidade de representação simbólica. Ela trabalha e estuda, tendo voltado a viver dentro de seus limites e possibilidades e sem qualquer tipo de tratamento. Quando sente necessidade, automedica-se em casa. Concluimos, portanto, que B6 tem condições cognitivas e emocionais para se desenvolver em um processo psicoterápico.

5.5.4 Outras observações clínicas

Ao longo das entrevistas, as pacientes trouxeram materiais projetivos espontaneamente, como: autobiografias, colagem de figuras e representações verbais dos significados subjetivos das mesmas, desenhos, fotos, cartas, poemas e poesias.

As contribuições desse material serão exploradas de forma a contribuir para a análise qualitativa final dos resultados, e não serão usadas como instrumentos de coleta de dados. Podemos pensar que as pacientes, ao trazerem esses materiais expressivos, estavam manifestando o desejo de serem contidas.

A seguir discutiremos os resultados encontrados nesta pesquisa, obtidos por meio dos instrumentos utilizados para a coleta de dados.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os desenhos apresentados permitiram a apreensão de aspectos mais subjetivos e profundos da personalidade e funcionamento psíquico das pacientes com TPB, aspectos esses bastante significativos sobre a psicodinâmica nos relacionamentos e a vivência corporal no que tange à autoestima e à aceitação de si mesmo, possibilitando a observação de sinais de conflitos. De uma forma geral, os instrumentos utilizados para a compilação dos dados contribuíram para o entendimento e a representação simbólica do TPB, da dor e do comportamento automutilante.

No que se refere aos resultados obtidos na Entrevista Diagnóstica Revisada para Borderlines (DIB-R), observamos que todas as participantes atenderam aos critérios necessários para que fossem diagnosticadas como pacientes com TPB.

A análise do cruzamento das categorias e subcategorias permitiu verificar como a condição subjetiva das pacientes com TPB e seus aspectos mais profundos podem influenciar na ocorrência do comportamento automutilante.

As pacientes com TPB têm grandes dificuldades no que tange aos seus relacionamentos. Em todos os casos, relatam que a família pouco compreende do seu sofrimento emocional e funcionamento psíquico. Os relacionamentos familiares são permeados de hostilidade, desprezo, brigas e negligências. De acordo com os relatos podemos deduzir a presença de uma precariedade emocional no ambiente em que se deu o seu desenvolvimento, presunção que está de acordo com o que Maranga (2002) observou ao dizer que elas são vítimas da incapacidade na figura materna de continência e acolhimento.

Assim como nos relatos, os desenhos da família também mostraram a dificuldade nos relacionamentos familiares: todas as pacientes, de alguma forma, demonstraram sentimentos de inferioridade e exclusão familiar por terem se desenhado por último, com aparência triste ou tamanho menor em relação aos demais integrantes da família. É interessante observar que uma delas expressou o desejo de ter uma família que a aceitasse como ela é, ou seja, “diferente”. Para isso representou no desenho a família Addams, mostrando identificar-se com este clã pelo acolhimento da diferença. Acredita que, se dela fizesse parte, não se sentiria

excluída.

Há uma ambivalência afetiva no relacionamento das pacientes com suas mães, com um vínculo disfuncional e de dependência. É provável que, devido à falta de continência e de acolhimento em momentos primários de suas vidas, elas apresentem um comportamento de apego inseguro, possivelmente devido ao sentimento de vazio e medo de serem abandonadas. Pode advir uma depressão caracterizada pelo sentimento de falta, de vazio, de solidão, de desamparo e pela angústia de separação, conforme também apontado por Maranga (2002).

Os dados da presente pesquisa confirmam também os achados no estudo de Jordão e Ramires (2010) ao concluírem que os vínculos de pacientes com TPB são fragilizados e estão permeados de negligência, abandono, falta de proteção e amparo.

Questionamos se as histórias de vida dessas pacientes com vivências traumáticas e violência de diversas ordens contribuíram para que elas se tornassem pessoas inseguras na fase adulta. Não há nada mais característico no comportamento de pacientes com TPB que a dinâmica entre apego e separação. Como observaram Fonagy e Bateman (2008), os profissionais que trabalham com esses pacientes aceitam que a falha na regulação do afeto é uma característica essencial nos mesmos, incluindo a vivência de grande quantidade de afetos e experiências negativas e favorecendo dessa maneira a permanência de traumas e de grande sofrimento emocional.

Ao longo dos relatos, pudemos observar o medo do abandono e a angústia de separação, quando as pacientes reportam relacionamentos amorosos com parceiros ou parceiras. Há uma dificuldade no diferenciar-se na relação eu-outro, ao mesmo tempo em que relacionar-se é essencial e desafiador. Podemos pensar que isso pode decorrer da falta de confiança em si e no outro, característica de pacientes com esta dinâmica de personalidade. Verificamos, também, que a angústia da separação vivida na infância permanece na idade adulta, o que é bem explicitado na ambivalência dos relacionamentos. A relação objetal apresentada mostra-se baseada em um vínculo de indiferença, encoberto por uma aparente intimidade afetiva, pouco profunda e empobrecedora da vida mental, conforme também observado por Maranga (2002).

As pacientes apresentaram episódios parecidos aos de pacientes psicóticos, ao

manifestarem agressividade e alucinações. Estes episódios estão frequentemente associados a fantasias de abandono, destruição e necessidade da presença do outro. A raiva, em geral, emerge quando o narcisismo dessas pacientes é ferido, caracterizando-se por um caráter destrutivo que pode ser direcionada tanto para o mundo relacional (externo), quanto para o mundo interno. Elas vivenciam uma angústia desorganizadora e o extremo medo da separação e do abandono, sem conseguir dominar e gerir seus impulsos, o que pode acarretar em um comportamento automutilante, como Maranga (2002) já havia considerado.

Tanto nos relatos como nos desenhos da figura humana observamos tensão nos relacionamentos interpessoais, relações estas caracterizadas por grande instabilidade e pouca durabilidade. Essa qualificação é o segundo critério diagnóstico para TPB, segundo o DSM-IV TR (2002). Elas descrevem não conseguir confiar nas pessoas e estabelecer um vínculo estável, o que transparece nos desenhos como aspectos de insegurança, sentimentos de inferioridade e sensação de desamparo, dinâmica esta também refletida nos relacionamentos amorosos.

A baixa autoestima e uma autoimagem negativa foram observadas nos relatos e desenhos da figura humana feminina, os quais trouxeram dados referentes às dificuldades no relacionamento com o corpo. Ambos mostraram que as pacientes apresentam baixa autoestima e autoimagem negativa. A presença de sentimentos de inferioridade, culpa, vergonha e rejeição pelo próprio corpo podem acarretar alterações na conscientização e percepção deste.

Ainda em relação ao corpo, podemos dizer que há comportamentos ambivalentes no autocuidado. Essa conduta pode, por exemplo, transparecer no ato do banho, quando alternam momentos em que se olham e outros em que não querem se olhar, tampouco se tocar. De acordo com os relatos, compreendemos que essa dificuldade de contato com o próprio corpo pode estar relacionada à memória corporal do abuso sexual. É possível que essa memória traumática leve a um não acolhimento do próprio corpo, em que a maioria delas não se olhe no espelho e, ao se olharem, não gostem do que veem, visto que esse corpo está emocionalmente machucado.

Embora não citadas na literatura abordada, a baixa autoestima e a autoimagem negativa emergiram dentre os principais achados desta pesquisa. Ambas relacionam-se com a

ocorrência de comportamentos automutilantes, devido à memória negativa corporal. Podemos questionar se a automutilação não seria uma forma imaginária de tentar expulsar algo que está impregnado no corpo, algo que “faz muito mal”. Essa pressuposição poderia ser confirmada pela vontade das pacientes de reconstruírem seus corpos, ao fazerem referência a cirurgias plásticas, tatuagens e o desejo de renascem “com corpos diferentes”.

Com base na perspectiva junguiana, poderíamos considerar que a mãe, ao não fornecer a mediação psique-corpo à criança, faz com que a função simbólica permaneça fixada ao corpo. É como se a memória emocional tivesse se perdido no corpo e reaparecesse quando situações atuais reproduzissem um conflito semelhante ao que originou a cisão (RAMOS, 2006).

O abuso sexual esteve presente na história de vida de todas as pacientes, abuso este provocado por familiares ou pessoas próximas. Aqui podemos remeter a aspectos observados nos desenhos das figuras humanas, que dizem respeito à repressão da sexualidade e à necessidade de contenção dos impulsos instintivos e sexuais nessas mulheres.

As informações coletadas nesta pesquisa condizem com os dados apresentados nos estudos de McLean e Gallop (2003), Baguelin-Pinaud *et al.* (2009) e Zanarini *et al.* (2011), ao comprovarem que pacientes com TPB que sofreram abuso sexual na infância tendem a se automutilar na idade adulta.

A ocorrência desses abusos e negligências na infância pode ter acarretado alterações no desenvolvimento neurobiológico ou no funcionamento da estrutura de apego dessas pacientes, desencadeando uma possível relação entre trauma, desenvolvimento e patologia, ou seja, uma situação que foi traumática para uma pessoa pode levar ao desenvolvimento de uma patologia, como definido por Faria em aula proferida na SBPA (2011).

Cukier (1998) ressaltou que tais abusos e negligências podem resultar em uma hipersensibilidade ao toque, o qual – por mais leve que seja – poderia provocar dor e reação intensas em pacientes com TPB. Diferentemente, a amostra desta pesquisa revelou alta tolerância à dor física, baixa tolerância à dor emocional e um estado alterado de consciência.

Diante de um elevado grau de ansiedade e uma impulsividade descontrolada, as

pacientes podem entrar em um estado psíquico dissociado, no qual não há controle consciente da ação, levando-as a se automutilarem. Podemos pensar que a automutilação pode ser uma tentativa de evitar o sentimento de despersonalização que ocorre momentos antes do ato em si.

Com base nos relatos das pacientes, ao refletirmos sobre essa dor emocional, a hipótese seria a de que a memória traumática do abuso criou um sofrimento emocional fixado no corpo, fazendo com que essas mulheres tivessem a sensação de estarem “anestesiadas” pelo trauma. É o caso de B3 que, pelo simples fato de relatar a cena do abuso, revive e sente dor anal. Durante o abuso pode ter havido a cisão, onde ocorre uma desconexão das sensações corporais. Neste caso, a automutilação seria uma tentativa, mesmo que inconsciente, de se reconectar com o corpo. É como se a dor física aliviasse a dor emocional.

Dessa forma tentamos compreender qual a repercussão do abuso sexual ocorrida na infância na mente de uma pessoa adulta. A suposição, de acordo com os resultados desta pesquisa, é de que as pacientes, por meio do comportamento automutilante, querem “arrancar” as lembranças traumáticas de seu corpo e de sua vida. B6, em seu desenho da figura feminina, descreveu detalhadamente a cena do abuso que sofreu e o momento traumático de seus oito anos de idade, referindo sentir-se presa ao passado, como “se eu estivesse parada lá”, o que vem comprovar os dados acima. Estes achados estão de acordo com o que trouxeram Zanarini *et al.* (2011) ao constatarem que pacientes com TPB se machucam fisicamente para aliviar sentimentos negativos.

No caso das pacientes analisadas observamos uma ambiguidade em seus discursos, em que algumas reportaram sentir dor ao se machucarem enquanto outras não. Há, porém, um consenso: a automutilação é uma fuga da dor emocional. Como foi dito por Schwartz-Salant (1989), pacientes borderline se utilizam de padrões autodestrutivos a fim de ultrapassar um sentimento onipresente de morte interior.

A dor da qual as pacientes se queixam está dentro de um funcionamento pré-verbal, localizada e aprisionada no corpo; a automutilação seria uma tentativa de se livrar dessa dor. É uma dor emocional descrita como vaga e indefinida, a qual, entretanto, quando fixada no corpo passa a ter um local e ser passível de alívio. Todavia, por ser um mecanismo catártico

não produz transformações estruturais; portanto, é provável que esse comportamento se repita frente a um novo fator desencadeante.

Vale lembrar que os bebês reagem corporalmente ao medo ou à sensação de abandono. Podemos refletir que as pacientes em questão, ao reagirem com um sintoma físico a essa sensação, poderiam estar revivendo um padrão infantil de comportamento, “como uma criança, que por não ter uma linguagem verbal, responde psicossomaticamente à dor emocional” (RAMOS, 2006, p. 58).

Nesta pesquisa, os objetos preferidos para o comportamento automutilante são os mais diversos: cortador, gilete, facas, inseticida, corda, cigarro, estilete, agulhas, vidros, entre outros. Os mais utilizados pelas pacientes são os instrumentos cortantes. As partes do corpo mais atingidas são braços, pulsos, mãos e cabeça. Estes dados condizem com o estudo de Baguelin-Pinaud *et al.* (2009), que reportaram pacientes que se autocortavam preferencialmente nos antebraços.

As modalidades utilizadas para a automutilação são preferencialmente cortes, medicações em excesso e comportamentos agressivos, dados estes que podem ser comprovados pelo estudo de Sansone e Sansone (2010).

É interessante notar que há um limite exposto pelas pacientes quanto ao grau de automutilação, porém em nenhum dos casos relatados houve uma real ameaça de morte. Dessa forma, podemos pensar que as pacientes conseguem ter uma “certa consciência” do limite de seus ferimentos e lesões, diferentemente de um paciente psicótico, que pode mutilar partes do próprio corpo.

A subcategoria do fator desencadeante do comportamento automutilante se mostrou como a principal categoria desta pesquisa, bastante reveladora com relação aos sentimentos e razões por que as pacientes em questão se automutilam. Observamos que há sempre algum evento desencadeante, geralmente um sentimento de raiva muito intenso associado a algum evento específico. Tal evento vai de brigas familiares, discussões com parceiros, desentendimentos com chefes e lembranças de cenas negativas da infância até visões de objetos cortantes.

Os relatos falam de intensa ira e desequilíbrio emocional, possivelmente desencadeados por frustrações ou decepções e pelo abuso sexual de que foram vítimas. Logo após a automutilação surge o alívio da dor emocional e uma sensação de bem-estar. Em algum momento, todas as pacientes relataram carregar um sentimento de culpa, o que pode contribuir para a baixa autoestima. Esta culpa traz grande angústia, acompanhada do desejo de acabar com o mal-estar no corpo por meio da automutilação. Esses sentimentos condizem com o que foi trazido na parte teórica, de que há uma experiência de auto-ódio e de culpa, com dificuldade de autocontrole e da impulsividade.

Algumas pacientes relataram escutar vozes negativas ou enxergar pessoas que ordenavam que se machucassem. Outras disseram acordar com o impulso de se cortarem e de enxergarem pessoas que as mandavam realizar atos agressivos contra si mesmas, o que resultava em uma sensação de “invasão”, como definido por Faria (2007).

Em suma, podemos levantar a hipótese de que há uma ativação inconsciente de memórias traumáticas nos momentos anteriores à automutilação, em que a excitação incontida do trauma é revivida nas situações desencadeadoras, para em seguida ser aliviada com dor corporal controlada (RAMOS, comunicação oral, 2013).

A provável revivência de sensações psicossomáticas traumáticas pode ser aliviada quando a paciente inflige dor a si mesma, mas sob seu próprio controle. Ela não se sente submissa ou sujeita, mas acredita ter o domínio do seu sofrimento.

Cabe também apontar que, durante o comportamento automutilante, as pacientes relataram “prazer em ver o sangue escorrer”. De certa forma, durante esse processo, o indivíduo parece tentar circunscrever a si mesmo no próprio corpo, delimitando o dentro e o fora, segundo sustentou Faria em aula ministrada na SBPA (2011).

O comportamento automutilante pode também ser visto como uma tentativa de suicídio. Todas as pacientes entrevistadas afirmam ter vontade de morrer. Contudo, e de acordo com o pensamento de Tantam e Huband (2009), este não é o motivo desencadeador da automutilação propriamente dita, pois o objetivo não é impactar outras pessoas, e sim aliviar o que estão sentindo, como já visto.

No caso da amostra aqui presente, o comportamento automutilante pode ter funcionado como um mecanismo de sobrevivência para a evitação do suicídio, ao canalizar os impulsos destrutivos para a automutilação e não para a morte. Podemos compreender o comportamento automutilante como uma tentativa de autopreservação para essas pacientes, quando parece haver uma ilusão de controle de si mesmas e de seus corpos.

O desenho temático, assim como a subcategoria referente à representação simbólica da automutilação, mostraram a dificuldade das pacientes em expressar simbolicamente a dor e seus possíveis significados, provavelmente devido a uma estrutura e funcionamento psíquico muito primitivos. Os resultados das técnicas expressivas foram pobres, pois parece não haver representação para fora de si mesmas, evidenciando um funcionamento altamente narcísico. É provável que, caso essas pacientes conseguissem simbolizar a dor em um nível mais abstrato, não necessitariam concretizá-la fisicamente.

CONCLUSÃO

O comportamento automutilante não é premeditado. Todas as pacientes relataram que sua finalidade era aliviar uma dor emocional pré-existente. Observamos que esse comportamento proporciona uma sensação de alívio e um certo bem-estar diante de ansiedades e angústias insuportáveis frequentemente vivenciadas por essas pacientes.

Com base nos resultados analisados, concluímos que há um significado para a automutilação: o alívio do sofrimento emocional. Como primeira hipótese, é possível que a automutilação possa ter permitido que a dor emocional fosse transduzida em dor corporal, permanecendo assim circunscrita e sob controle e diminuindo a sensação de uma ansiedade difusa e angustiante.

Outra hipótese é que pode haver um estado alterado de consciência durante a automutilação, quando as pacientes descrevem um “branco” e um estado de “cegueira”. Estas hipóteses estão relacionadas com dois novos achados detectados nesta pesquisa: baixa autoestima/autoimagem negativa e alta tolerância à dor física/baixa tolerância à dor emocional, não relatados na literatura pesquisada.

O entendimento da psicodinâmica e psicossomática dessas pacientes, até então vistas como “difíceis”, pode levar os profissionais envolvidos em seu tratamento a lançar-lhes um olhar mais compreensivo e eficaz, o que poderá resultar em uma política de prevenção do comportamento automutilante com riscos mais reduzidos para a vida das pacientes e menores índices de suicídio.

Compreendemos a existência de um sofrimento emocional real, e que as pacientes não querem apenas chamar a atenção das pessoas para si mesmas. Com esta pesquisa, concluímos que essa dor pode ser tratada se for, de alguma maneira, simbolizada e expressa. Conforme já observado, a paciente que se encontra em melhores condições de saúde é aquela que consegue transduzir seu sofrimento emocional em imagens e palavras. A intervenção psicoterápica por meio de técnicas expressivas poderia evitar que a angústia e a raiva das pacientes fossem direcionadas ao próprio corpo pela automutilação. Nesse sentido, sugerimos a adoção de

técnicas corporais e expressivas, como o relaxamento e *sandplay*, os quais podem atuar na transdução da dor emocional para o plano físico.

Como revelou uma paciente desse estudo, “finalmente alguém vai olhar para a gente”. Por conseguinte, esta pesquisa busca mostrar a necessidade de um novo olhar na condução do tratamento de pacientes com TPB que se automutilam. É evidente a premência na instauração de um tratamento psicoterápico e multidisciplinar para essas pacientes, a fim de despertar uma melhor compreensão do seu quadro clínico em prol da melhoria da qualidade de vida tanto das pacientes quanto de seus familiares. Para tanto, faz-se necessária a ampliação técnica de serviços especializados e de treinamento apropriado das equipes multidisciplinares e profissionais de saúde mental.

ANÁLISE

*Tão abstrata é a idéia do teu ser
Que me vem de te olhar, que, ao entreter
Os meus olhos nos teus, perco-os de vista,
E nada fica em meu olhar, e dista
Teu corpo do meu ver tão longemente,
E a idéia do teu ser fica tão rente
Ao meu pensar olhar-te, e ao saber-me
Sabendo que tu és, que, só por ter-me
Consciente de ti, nem a mim sinto.
E assim, neste ignorar-me a ver-te, minto
A ilusão da sensação, e sonho,
Não te vendo, nem vendo, nem sabendo
Que te vejo, ou sequer que sou, risonho
Do interior crepúsculo tristonho
Em que sinto que sonho o que me sinto sendo.*

Fernando Pessoa (Dez. 1911)

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, C.A.; MELLO, M.A.; RIOS, A.M.G. *Resiliência: teoria e prática em psicologia*. São Paulo: Ithaka, 2011.
- BAGUELIN-PINAUD, A.; SEGUY, C.; THIBAUT, F. Self-mutilating behaviour: a study on 30 patients. *L'Encéphale*, França, v. 35, p. 538-543, 2009.
- BASSITT, D.P.; NETO, M.R.L. Transtornos de Personalidade. In: NETO, M.R.L.; ELKIS, H. *et. al. Psiquiatria Basica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BOWLBY, J. *Apego – a natureza do vínculo*. Trilogia Apego e Perda – v. 1. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- CID-10 – *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento*. Organização Mundial de Saúde, Genebra. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CUKIER, R. *Sobrevivência Emocional – as dores da infância revividas no drama adulto*. 4. ed. São Paulo: Ágora, 1998.
- DSM-IV – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Associação Americana de Psiquiatria. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- EIZIRIK, M.; FONAGY, P. Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31(1), p. 72-75, 2009.
- EPPEL, A.B. Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, v. 27(3), p. 262-268, set-dez. 2005.
- FARIA, A.A. de. *Transtorno de Personalidade Borderline: uma perspectiva simbólica*. Monografia de conclusão de curso de formação de analistas da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, São Paulo, 2002.
- _____. *Automutilação e psicopatologia: uma leitura simbólica*. In: III CONGRESSO LATINO AMERICANO DE PSICOLOGIA ANALÍTICA, Salvador, Bahia, 2007.
- FONAGY, P.; BATEMAN, A.W. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Focus 1*, Washington, v. 4(2), p. 244-252, 2006.
- _____. The development of borderline personality disorder – a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, v. 22(1), p. 4-21, 2008.
- FOWLER, J.C.; HILSENROTH, M.J.; NOLAIN, E. Exploring the inner world of self-mutilating borderline patients: a Rorschach investigation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, EUA, v. 64(3), p. 365-383, 2000.

- GABBARD, G.O. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GIACOMELLI, C. *Na borda das estruturas*. Minicurso ministrado no Simpósio de Psicologia Hospitalar no Hospital do Coração (HCOR), 2011.
- GUNDERSON, J. G. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, v. 166(5), p. 530-539, 2009.
- HEGENBERG, M. *Borderline*. Coleção Clínica Psicanalítica. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- JEAMMET, P.; CORCOS, M. *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- JORDÃO, A.B.; RAMIRES, V.R.R. Vínculos Afetivos de Adolescentes Borderline e seus Pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 26(1), p. 81-98, 2010.
- JUNG, C.G. Tipos Psicológicos. In: *Obras Completas*, v. 6. Petrópolis: Vozes, 2011.
- KERNBERG, O. F. *Transtornos graves de personalidade - estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- KERNBERG, O.F. (Org.); CARR, A.C.; SELZER, M.A.; KOENIGSBERG, H.W.; APPELBAUM, A.H. *Psicoterapia Psicodinâmica de Pacientes Borderline*. Porto Alegre: Artmed, 1991.
- KORNER, A.; GERULL, F.; STEVENSON, J.; MEARES, R. Harm avoidance, self-harm, psychic pain, and the borderline personality: life in a “haunted house”. *Comprehensive Psychiatric*, Sydney, n. 48, p. 303-308, 2007.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.B. *Vocabulário de Psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LEVY, K.N.; EDELL, W.S.; MCGLASHAN, T.H. Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, v. 78, p. 129-143, 2007.
- MACFIE, J.; SWAN, S.A. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, v. 21(3), p. 993-1011, 2009.
- MADDOCK, G.R.; CARTER, G.L.; MURRELL, E.R.; LEWIN, J.L.; CONRAD, A.M. Distinguishing suicidal from non-suicidal deliberate self-harm events in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Australia, v. 44, p. 574-582, 2010.
- MARANGA, A.R. Organizações borderline: aspectos psicodinâmicos. *Revista Análise Psicológica*, v. 2 (XX), p. 219-223, 2002.

MANGNALL, J.; YURKOVICH, E. A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, EUA, v. 44(3), p. 175-183, 2008.

MC LEAN, L.M.; GALLOP, R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, Toronto, v. 160(2), p. 369-371, 2003.

MORAN, P.; COFFEY, C.; ROMANIUK, H.; OLSSON, C.; BORSCHMANN, R.; CARLIN, J.B.; PATTON, G.C. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*, v. 379(9812), p. 236-243, jan. 2012.

OHSHIMA, T. Borderline Personality Traits in Hysterical Neurosis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, Japão, v. 55, p. 131-136, 2001.

PARIS, J. Understanding Self-mutilation in Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, Canadá, v. 13, p. 179-185, 2005.

_____. Estimating the Prevalence of Personality Disorders in the Community. *Journal of Personality Disorders*, Canadá, n. 24(4), p. 405-411, 2010.

PARKES, C.M. *Amor e Perda – as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus, 2009.

PIZOL, A.D.; LIMA, L.D.; FERREIRA, L.M.; MARTINS, M.C.; CORREA, P.O.; ALVES, M.; GIULIANI, S.; BUTTES, V. Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade borderline – relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro, *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 25(1), p.42-51, 2003.

RAMOS, D.G. *A psique do corpo*. São Paulo: Summus, 2006.

RETONDO, M.F.N.G. *Manual Prático de Avaliação do HTP (Casa-Árvore-Pessoa) e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SANSONE, R.A.; SANSONE, L.A. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry*, Edgemont, v. 7(4), p. 16-20, 2010.

SANSONE, R.A.; LAM, C.; WIEDERMAN, M,W. Self-harm behaviours in borderline personality – an analysis by gender. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Columbia, v. 98(12), p. 914-915, 2010.

SANSONE, R.A.; TAHIR, N.A.; BUCKNER,V. R.; WIEDERMAN, M.W. The relationship between borderline personality symptomatology and somatic preoccupation among internal medicine outpatients. Primary Care Companion to the *Journal of Clinical Psychiatry*, v. 10 (4), 2008.

SCHWARTZ-SALANT, N. *A Personalidade Limítrofe: Visão e Cura*. São Paulo: Cultrix, 1989.

SILVA, J.F.R.; YAZIGI, L.; FIORE, M.L.M. Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica. Alice quebra-vidros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30(2), p.152-155, 2008.

TANESI, P.H.V., YAZIGI, L., FIORE, M.L.M.; PITTA, J.C.N. Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, São Paulo, v. 12 (1), p.71-78, 2007.

TANTAM, D.; HUBAND, N. *Understanding Repeated Self-Injury – a multidisciplinary approach*. Nova York: Palgrave Macmillan, 2009.

ZANARINI, M.C.; LAUDATE, C.S.; FRANKENBURG, F.R.; REICH, D.B.; FITZMAURICE, G. Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, EUA, v. 45, p. 823-828, 2011.

ZELKOWITZ, P.; SCHINAZI, J.; KATOFSKY, L.; SAUCIER, J.F.; VALENZUELA, M.; WESTREICH, R.; DAYAN, J. Factors associated with depression in pregnant immigrant women. *Transcultural Psychiatry*, v. 41, p. 445-64, 2004.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Eu, Irit Grau Kaufmann, venho por meio deste solicitar a sua participação na minha pesquisa, com o título: “A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline”. Esse trabalho terá como objetivo investigar possíveis significados e motivações da automutilação em pacientes borderline, com base teórica na Psicossomática Junguiana.

A coleta dos dados será feita com base nos instrumentos a seguir:

- Estudo dos prontuários: entendimento da história pregressa e da vivência dos pacientes com transtorno de personalidade borderline;
- Questionário DIB-R (Entrevista Diagnóstica Revisada para Borderlines): roteiro estruturado para investigação diagnóstica;
- Entrevista semiestruturada (1 a 3): orientada por um roteiro semidirigido buscando informações sobre a percepção, os comportamentos e a representação do transtorno de personalidade borderline para estes pacientes;
- Desenho da Pessoa e Família (RETONDO, 2000); técnica projetiva de desenho, que visa penetrar na personalidade do indivíduo, buscando investigar o fluxo da personalidade à medida que ela invade a área da criatividade artística;

É importante elucidar que sua participação nesta pesquisa será voluntária, tendo o(a) senhor(a), total liberdade para desistir da mesma a qualquer momento. Ao final, a pesquisadora dará uma devolutiva dos resultados obtidos na pesquisa e será oferecida uma cópia da pesquisa caso o(a) senhor(a) assim o desejar.

Os critérios de ética serão seguidos, com comprometimento quanto ao sigilo total, sem oferecer quaisquer riscos quanto à saúde, em seus aspectos biopsicossociais, dos participantes deste estudo.

Os dados desta pesquisa serão utilizados para a defesa de dissertação do Mestrado da pesquisadora, com fins científicos, e a identidade dos participantes será preservada.

Dados da Pesquisadora:

Nome: Irit Grau Kaufmann

Endereço: Alameda Franca, 241- Residencial 4- Alphaville. SP

Telefone: (11) 4153-0411

Eu, _____ portadora do RG _____, declaro estar ciente da minha participação na pesquisa: “A expressão da dor psíquica no corpo: um estudo sobre a automutilação em pacientes borderline”. Dessa forma, autorizo a gravação dos relatos registrados pela minha pessoa, assim como sua divulgação para fins de pesquisa e ensino.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (CARAPICUÍBA, SP)

A/C Coordenação Técnica do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) de Carapicuíba, São Paulo

Eu, Irit Grau Kaufmann, venho por meio deste solicitar autorização para a realização de minha pesquisa nesta Instituição, junto aos pacientes. A presente pesquisa: “A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline”, tem como objetivo investigar possíveis significados e motivações da automutilação em pacientes borderline. A fundamentação teórica será baseada na Psicossomática Junguiana.

Os dados serão coletados diante dos seguintes instrumentos:

- Estudo dos prontuários: entendimento da história pregressa e da vivência dos pacientes com transtorno de personalidade borderline;
- Questionário DIB-R (Entrevista Diagnóstica Revisada para Borderlines): roteiro estruturado para investigação diagnóstica;
- Entrevista semiestruturada (1 a 3): orientada por um roteiro semidirigido buscando informações sobre a percepção, os comportamentos e a representação do transtorno de personalidade borderline para estes pacientes;
- Desenho da Pessoa e Família (RETONDO, 2000); técnica projetiva de desenho, que visa penetrar na personalidade do indivíduo, buscando investigar o fluxo da personalidade à medida que ela invade a área da criatividade artística;

A pesquisa em questão segue os critérios de ética estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, haverá um sigilo e proteção dos participantes, quanto à identificação.

Atenciosamente,

Irit Grau Kaufmann

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (SANTANA DE PARNAÍBA, SP)

A/C Coordenação Técnica do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) de Santana de Parnaíba, São Paulo

Eu, Irit Grau Kaufmann, venho por meio deste solicitar autorização para a realização de minha pesquisa nesta Instituição, junto aos pacientes. A presente pesquisa: “A expressão da dor emocional no corpo: um estudo sobre o comportamento automutilante em pacientes borderline”, tem como objetivo investigar possíveis significados e motivações da automutilação em pacientes borderline. A fundamentação teórica será baseada na Psicossomática Junguiana.

Os dados serão coletados diante dos seguintes instrumentos:

- Estudo dos prontuários: entendimento da história pregressa e da vivência dos pacientes com transtorno de personalidade borderline;
- Questionário DIB-R (Entrevista Diagnóstica Revisadas para Borderlines): roteiro estruturado para investigação diagnóstica;
- Entrevista semiestruturada (1 a 3): orientada por um roteiro semidirigido buscando informações sobre a percepção, os comportamentos e a representação do transtorno de personalidade borderline para estes pacientes;
- Desenho da Pessoa e Família (RETONDO, 2000); técnica projetiva de desenho, que visa penetrar na personalidade do indivíduo, buscando investigar o fluxo da personalidade à medida que ela invade a área da criatividade artística;

A pesquisa em questão segue os critérios de ética estabelecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, haverá um sigilo e proteção dos participantes, quanto à identificação.

Atenciosamente,

Irit Grau Kaufmann

ANEXO 4

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PARTE I:

DADOS PESSOAIS (história/infância/ adolescência)

- 1- Qual o seu nome, idade, estado civil e há quanto tempo está em tratamento no CAPS II?
- 2- Com quem você mora? Como é a sua família?
- 3- Tem ou já teve algum familiar com algum Transtorno Mental? Qual o grau de parentesco?
- 4- Você trabalha? Tem uma rede de suporte social (amigos, família, igreja)?
- 5- Você estuda? Estudou até que ano?
- 6- Como são seus relacionamentos interpessoais e afetivos? O que você gosta de fazer?

DIAGNÓSTICO E HISTÓRICO DA DOENÇA

- 7- Por que iniciou o tratamento no CAPS II?
- 8- Qual o seu diagnóstico?
- 9- O que você estava sentindo? Como estava a sua vida?
- 10- Qual a sua história com o seu diagnóstico? Quando começou?

RELAÇÃO COM O CORPO

- 1- Qual sua relação com seu corpo?
- 2- Qual a imagem que você tem de si e de seu corpo? O que vê quando se olha no espelho?
- 3- Você gostaria de mudar isso? E o que você acha que você pode fazer ?

PARTE II:

COMPORTAMENTO AUTOMUTILANTE

- 11- Conte um pouco sobre seu percurso/ histórico de automutilações.
- 12- O que o motiva a se automutilar?
- 13- Relacione ideias, sentimentos, emoções e vontades que podem desencadear ou estar presente neste ato.
- 14- Quais são as mais comuns para você? Em você? Você sente dor?

- 15- Qual a sua percepção antes, durante e após o ato?
- 16- O que representa este comportamento para você? Sabe dizer? Se não sabe, pode dizer uma palavra, frase ou imagem que a represente?
- 17- Nomeie três sentimentos relacionados a este comportamento de você se machucar.
- 18- Quando você se mutila, consegue dizer o que pode ter provocado esta atitude?
- 19- Quando foi a sua última?
- 20- Você tem consciência deste ato ou não?
- 21- Qual sua reação frente a desafios e frustrações?
- 22- Em momentos de crise, o que acontece com você? Do ponto de vista físico, psíquico e vontades? Que sensação isso lhe traz?

SOFRIMENTO

- 23- O que te faz sofrer?
- 24- Nomeie três sentimentos relacionados às suas automutilações.
- 25- O que você considera mais importante em sua vida?
- 26- O que você acha que seria necessário mudar em sua vida ? Que tipo de ajuda você precisaria para mudar estes comportamentos?
- 27- Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?