

2º CICLO DE ESTUDOS

MESTRADO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Psicose na Perturbação de Personalidade *Borderline* e os limites da Esquizofrenia

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

ORIENTADORES: PROF. DOUTOR ORLANDO VON DOELLINGER

PROF. DOUTOR EDUARDO BELCHIOR GONÇALVES

2017 - 2019

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

Psicose na Perturbação de Personalidade *Borderline* e os limites da Esquizofrenia

REAPRECIÇÃO DOS CONTRIBUTOS DA FENOMENOLOGIA E DA PSICANÁLISE PARA O ENQUADRAMENTO NOSOLÓGICO DA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E ESQUIZOFRENIA. UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.

ESTUDO PILOTO SOBRE A APLICAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA “EXAMINATION OF ANOMALOUS WORLD EXPERIENCES” A DOENTES COM PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*.

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, submetida à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Orientador - Orlando José Pereira von Doellinger
Grau Académico - Doutoramento em Investigação Psicológica
Categoria - Professor Associado Convidado
Afiliação - Universidade do Porto

Coorientador - Eduardo Manuel dos Santos Belchior Gonçalves
Grau Académico - Doutoramento em Psicologia
Afiliação - Universidade do Algarve

CORRESPONDÊNCIA

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

(+351) 91 6560173

alexandre.pertega.gomes@gmail.com

Rua da Aliança, 323 R/Ch Esquerdo

4250 - 031 Paranhos, Porto

Este trabalho está redigido de acordo com as regras prévias ao Acordo Ortográfico actual. A descrição dos itens da entrevista *Examination of Anomalous World Experiences* encontra-se transcrita conforme tradução publicada por Madeira e colaboradores (2018).

NOTA PRELIMINAR SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

A escolha do tema resulta da convergência de diferentes áreas de interesse pessoal formativo, partes integrantes deste Mestrado: a psicopatologia, enquanto disciplina fundamental, produto de intersecções dialógicas de campos que vão desde a filosofia à semiologia médica; e a psicodinâmica, corpo de conhecimento com contributo decisivo na compreensão do funcionamento intrapsíquico – e em particular no entendimento de uma das áreas mais complexas da Psiquiatria, a personalidade e suas perturbações. No sentido do tema converge ainda a Fenomenologia, interesse aflorado do Mestrado em Filosofia da Psiquiatria, o seu método constituindo um esforço terminante na compreensão da experiência subjectiva das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia. Esta convergência de interesses ocorre a meio do meu percurso no internato, momento em que releva a aprendizagem clínica e prática, nesta fase com ênfase no exame do estado mental, diagnóstico e diagnóstico diferencial; ocorre também depois do estágio em Hospital de Dia, com um contacto próximo e regular (e francamente desafiante), no papel de terapeuta, com doentes com graves perturbações de personalidade, em crise. A estas convergências, e à priorização de uma discussão clínica, prática, e situada no momento do internato, acresceu uma feliz coincidência: a realização da 1.^a edição do curso da entrevista “Examination of Anomalous World Experiences” (EAWEx) em Fevereiro deste ano, em conjunto com o curso da “Examination of Anomalous Self Experiences” (EASE), leccionados pela primeira vez em Portugal.

Ficou para mim rapidamente claro que abordar um produto destas convergências implicaria um árduo trabalho de síntese, e uma sensação inevitável de incompletude. Ainda assim, neste humilde exercício de movimento entre o passado (da história dos conceitos) e o futuro (das questões que hoje se colocam), foram vislumbradas algumas linhas de horizonte que, creio, justificam o esforço e as limitações do trabalho que aqui se apresenta.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Isabel Martins, do Centro Hospitalar Conde de Ferreira, e à Professora Paula Valente e Dra. Cristina Fragoeiro, do Hospital de Magalhães Lemos, pelo interesse demonstrado no projecto e pela colaboração, fundamental, no recrutamento de utentes para aplicação da entrevista.

À Dra. Carla Rio e ao Dr. Sérgio Ferreira do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, orientadores do estágio de Hospital de Dia, pelas primeiras referências essenciais sobre a abordagem psicoterapêutica dos doentes com perturbações da personalidade e pela demonstração prática da complexidade e relevância do tema.

Ao Professor Luís Madeira, do Centro Hospitalar Lisboa Norte, pelo desenvolvimento e divulgação do método fenomenológico em Psiquiatria, e pela acessibilidade e entusiasmo na discussão destes tópicos.

Aos professores Tim Thornton e Gloria Ayob, da University of Central Lancashire, por incentivarem e auxiliarem no desenvolvimento do pensamento crítico, enquadrando as muitas questões conceptuais que são parte integrante do que é a Psiquiatria.

Ao Professor Orlando von Doellinger, pelo voto de confiança e orientação atenta e sempre pedagógica.

Ao Professor Eduardo Gonçalves, ponto de constância nestes anos de internato sempre em mudança.

À família.

ABREVIATURAS

ASE - Anomalous Self Experiences

BL - *Borderline*

BLPD - *Borderline* Personality Disorder

CID - Classificação Internacional das Doenças

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EASE - Examination of Anomalous Self Experiences

EAWWE - Examination of Anomalous World Experiences (Examinação das Experiências Anómalas do Mundo Vivido)

IPASE - Inventory of Psychotic-like Anomalous Self Experiences

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEE - Perturbações do Espectro da Esquizofrenia

PP - Perturbação da Personalidade

PPBL - Perturbação de Personalidade *Borderline*

PPE - Perturbação de Personalidade Esquizotípica

SCID-II/PQ - Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Questionnaire

SSD - Schizophrenia Spectrum Disorders

UHR - Ultra high risk (Doentes de risco ultra elevado)

ÍNDICE

Notas preliminares sobre a escolha do tema **7**

Agradecimentos **9**

Abreviaturas **11**

Índice de Tabelas **15**

Resumo global / General Abstract **17**

Parte I - Reapreciação dos contributos da fenomenologia e psicanálise para o enquadramento nosológico da perturbação de personalidade *borderline* e esquizofrenia. Uma revisão narrativa da literatura. **23**

1. Introdução **25**
2. Revisão sinóptica do conceito de *borderline* e sua relação com o de esquizofrenia **27**
3. Psicose na perturbação de personalidade *borderline* **34**
4. Perturbação do *self* básico - o *core* psicopatológico da esquizofrenia **37**
5. Contributos da fenomenologia contemporânea para a compreensão do conceito de *borderline* **40**
6. Conclusões **45**

Parte II - Estudo piloto sobre a aplicação da entrevista semi-estruturada “Examination of Anomalous World Experience” a doentes com perturbação de personalidade *borderline*. **49**

1. Resumo **51**
2. Introdução **53**
3. Métodos **54**
4. Resultados **57**
5. Discussão **84**
6. Limitações **87**
7. Conclusões **88**

Parte III - Discussão geral, conclusões e orientações futuras **91**

Referências Bibliográficas **95**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Pontuação Total por Itens e Subitens de cada entrevistado **79**

Tabela 2. Ranking de cotação dos itens da entrevista **79**

Tabela 3. Mapa global das respostas **80**

Tabela 4. Subitens presentes em 3 ou mais dos entrevistados **81**

Tabela 5. Itens e Subitens não cotados em nenhuma entrevista **81**

RESUMO GLOBAL

A taxonomização das perturbações psiquiátricas tem sido um desafio permanente desde os primórdios da Psiquiatria, para o qual contribuiu a aparente inconciliação de alguns aspectos-chave das suas principais correntes teóricas – com o debate biologismo *vs.* psicologismo de fundo, expandido nas discussões entre psicanálise, cognitivismo, fenomenologia e neurofisiologia. Desde a sua 3.^a edição, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais assume uma posição ateórica, procurando separar a linguagem da observação e a linguagem da teoria, e assim responder à necessidade de maior validade e fiabilidade diagnóstica. Uma das reconhecidas consequências negativas desta movimentação foi a perda da riqueza da Psicopatologia e do projecto da Fenomenologia, bem como a viragem para um paradigma epistemológico assente no comportamentalismo, na validação externa e na operacionalização dos conceitos (no limite, conducente ao que Jaspers antecipava como uma “psiquiatria sem *psique*”). Nos últimos anos tem ressurgido o interesse na psicopatologia fenomenológica, nomeadamente com o trabalho dos contemporâneos J. Parnas, L. Sass, J. Nordgaard ou T. Fuchs. Um dos principais contributos deste novo fôlego tem sido um regresso à clarificação da experiência subjectiva da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, que resultou na proposta de um *core* fenomenológico desta perturbação, inclusivamente presente nas fases *pré-mórbidas* e em doentes de risco ultra elevado. Emanando desta proposta teórica estão as entrevistas Examination of Anomalous Self Experience (EASE) e a Examination of Anomalous World Experience (EAW), com a recente tradução numa escala de auto administração, a Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self Experiences (IPASE). Além do contributo teórico, cujo alcance ainda não é possível antever totalmente, estas ferramentas têm o mérito de valorizar a experiência subjectiva dos doentes, propor a sua inclusão no acto diagnóstico, e providenciar uma psicopatologia mais fina, sem sacrifício da validade e da fiabilidade necessárias nomeadamente aos estudos de correlação naturalista.

O pluralismo teórico tem vantagens evidentes e oferece-se a exercícios de translação que enriquecem a Psiquiatria. É essa uma das premissas e interesses deste trabalho: olhar um constructo cuja teorização é predominantemente psicanalítica sob a lente do método fenomenológico, questionando sobre as formas de delinear fronteiras entre um conceito de fronteira e a esquizofrenia. Embora a consideração acrítica dos critérios de diagnóstico possa sugerir que o diagnóstico diferencial entre a perturbação de personalidade *borderline* e a esquizofrenia não é particularmente problemático, estes dois diagnósticos estão historicamente ligados e, na prática, são sentidas as ambiguidades descritivistas, com consequências *major* para o doente (da orientação clínica ao prognóstico).

Partindo desse reconhecimento, a presente dissertação procurará examinar as aproximações e as divergências destas duas entidades nosológicas, tendo como ponto de partida uma breve revisão dos seus percursos históricos, dirigindo-se no sentido de uma apreciação de dois modelos contemporâneos: 1. a proposta de um *core* psicopatológico característico das PEE, que tem por base a perturbação do *self* básico, e 2. a proposta do *borderline* enquanto nível de organização da personalidade. A diminuição do limiar para o diagnóstico de PEE, advogada (ou implícita) por vários autores da corrente Fenomenológica, implica a inclusão de fenómenos de tipo traço de natureza muito diversificada – alguns dos quais tradicionalmente pertencentes ao campo das *neuroses* (apenas a título de exemplo, vejam-se na EASE os itens 1.6. “ruminações-obsessões” e 2.13 “ansiedade”). Por outro lado, também a apresentação clínica das PPBL (e especialmente se se considerar o modelo estrutural da personalidade) envolve caracteristicamente a presença de sintomatologia polimórfica e caleidoscópica, incluindo fenómenos classicamente do domínio das psicoses. Ficará então na dependência da afiliação teórica do clínico a inclinação do gesto diagnóstico num ou noutro sentido? Na primeira parte do trabalho estes pontos serão abordados sob a forma de uma revisão narrativa da literatura.

Na segunda parte, será apresentado o relato do estudo piloto realizado, que consistiu na aplicação do 3.º domínio da entrevista EAWE, “*Other Persons*”, a uma amostra de doentes com diagnóstico estabelecido de PPBL. Procurou-se com este estudo: 1. Explorar empiricamente a hipótese das diferenças da vivência subjectiva do mundo interpessoal entre os doentes com PEE e PPBL serem captadas pela entrevista; e 2. Consolidar o potencial da entrevista para o mapeamento das alterações subjectivas do Mundo vivido para lá das PEE.

GENERAL ABSTRACT

The taxonomization of psychiatric disorders has been a permanent challenge since the dawn of psychiatry, to which contributed the apparent incompatibility of some key aspects of its main theoretical currents - with the debate biologism v. psychologism, expanded in discussions between psychoanalysis, cognitivism, phenomenology and neurophysiology. Since its 3rd edition, the Manual of Diagnosis and Statistics of Mental Disorders has assumed an atheoretical position, seeking to separate the language of observation and the language of theory, and thus respond to the need for greater diagnostic validity and reliability. One of the acknowledged negative consequences of this movement was the loss of the richness of Psychopathology and the Phenomenology project, and the shift towards an epistemological paradigm based on behaviorism, external validation and operationalization of concepts (at the limit, leading to what Jaspers anticipated as “psychiatry without psyche”). In recent years there has been a resurgence of interest in phenomenological psychopathology, particularly with the work of contemporaries J. Parnas, L. Sass, J. Nordgaard or T. Fuchs. One of the main contributions of this new breath has been a return to the clarification of the subjective experience of the person diagnosed with schizophrenia, which resulted in the proposal of a phenomenological core of this disorder, even present in premorbid stages and in ultra-high risk patients. Emanating from this theoretical proposal are the interviews Examination of Anomalous Self Experience (EASE) and Examination of Anomalous World Experience (EAWE), with the recent translation on a self-report scale, the Inventory of Psychotic-Like Anomalous Self Experiences (IPASE). In addition to the theoretical contribution, the scope of which is not yet fully foreseeable, these tools have the merit of valuing the subjective experience of patients, proposing their inclusion in the diagnostic act, and providing a finer psychopathology, without sacrificing the validity and reliability needed, namely to naturalistic correlation studies.

Theoretical pluralism has obvious advantages, and it opens up to translation exercises that enrich psychiatry. That is one of the premises and interests of this work: to look at a theoretical construct predominantly psychoanalytic through the lens of the phenomenological method, questioning the ways of delineating boundaries between a boundary concept and schizophrenia. Although the uncritical consideration of diagnostic criteria may suggest that the differential diagnosis between borderline personality disorder and schizophrenia is not particularly problematic, these two diagnoses are historically linked, and in practice descriptivist ambiguities are felt, with major consequences for the patient (from clinical orientation to prognosis).

Based on this recognition, this dissertation will seek to examine the approaches and divergences of these two nosological entities, starting with a brief review of their historical paths, and moving towards an appreciation of two contemporary models: 1. the proposal of a characteristic psychopathological core of SSD, which is based on the disturbance of the basic self, and 2. the borderline proposal as a level of personality organization. The lowering of the threshold for the diagnosis of SSD, advocated (or implied) by several authors of the Phenomenological current, implies the inclusion of very diverse trait-type phenomena - some of which traditionally belonging to the field of neuroses (just as an example, see in EASE the items 1.6 “ruminations-obsessions” and 2.13 “anxiety”). On the other hand, also the clinical presentation of BLPD (and especially if one considers the structural model of personality) characteristically involves the presence of polymorphic and kaleidoscopic symptomatology, including phenomena classically in the domain of psychosis. Will the inclination of the diagnostic gesture in one direction or another then depend on the theoretical affiliation of the clinician? In the first part of the paper, these points will be approached in the form of a narrative review of the literature.

In the second part, we will present the report of the pilot study performed, which consisted of the application of the 3rd EAWE interview domain, “Other Persons”, to a sample of patients with established diagnosis of BLPD. This study sought to: 1. Empirically explore the hypothesis that differences in the subjective experience of the interpersonal world between patients with SSD and BLPD are captured by the interview; and 2. Consolidate the potential of the interview to map subjective changes in the lived world beyond the SSD.



Parte I

REAPRECIÇÃO DOS CONTRIBUTOS DA FENOMENOLOGIA E PSICANÁLISE PARA O ENQUADRAMENTO NOSOLÓGICO DA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE BORDERLINE E ESQUIZOFRENIA. UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.

- 1 Introdução 25
- 2 Revisão sinóptica do conceito de borderline e sua relação com o de esquizofrenia 27
- 3 Psicose na perturbação de personalidade borderline 34
- 4 Perturbação do self básico - o core psicopatológico da esquizofrenia 37
- 5 Contributos da fenomenologia contemporânea para a compreensão do conceito de *borderline* 40
- 6 Conclusões 45

INTRODUÇÃO

Fará sentido, quase 40 anos depois de a DSM-III oficializar o diagnóstico de perturbação de personalidade *borderline* (1), e numa altura em que a tendência no que concerne à classificação das *doenças* da personalidade (e mesmo de perturbações psiquiátricas ditas *major*) parece ser uma renúncia às categorias (2,3), retomar a discussão sobre definições, limites e sobreposições diagnósticas? Não está a Psiquiatria já liberta destes emaranhados conceptuais e finalmente voltada para o laboratório (agora com maquinaria bem mais potente que nos tempos de Griesinger), num movimento de aproximação às outras artes médicas e seus *objectos naturais*?

A noção de “crise de confiança” foi introduzida por Thomas Kuhn (4) para designar a percepção generalizada de que um determinado paradigma científico está a falhar. A crise pode ser inicialmente promulgada apenas pelos opositores do paradigma instaurado e ter efeitos limitados, mas vai ganhando *momentum* à medida que novas gerações, de formação menos enraizada no paradigma outrora dominante, vão tomando parte da discussão (5). Apesar de se ir generalizando a ideia de que a nosologia psiquiátrica está, ou deveria estar, numa crise de confiança (6,7), o reconhecimento dos desafios na definição e abordagem do objecto da psiquiatria é tão antigo quanto a disciplina (2).

Podem ler-se, a título de exemplo, as palavras de Barahona Fernandes (8) escritas em 1966 “estamos, porém, numa época em que o rápido progresso tecnológico tende a minorar e olvidar o trabalho do discernimento crítico. Ou se adopta uma empiria ingénua e grosseira (o pseudo «realismo» dos factos) ou se crê em «ideologias» (...)” e quase sobrepô-las, enquanto reporte desta tensão entre abordagens, às de Joseph Parnas (9) escritas há pouco mais de um ano “[os critérios operativos de] diagnóstico, baseados na contagem de sintomas e negligenciando as estruturas prototípicas-gestálticas das perturbações mentais, resultam necessariamente em comorbilidades sem significado e limiares de diagnóstico arbitrários (...)”.

A trajectória histórica do conceito de *borderline* é talvez paradigmática das dificuldades (umas genéricas e intrínsecas, outras específicas ao caso) da taxonomização em Psiquiatria. A primeira parte da presente Dissertação debruçar-se-á

sobre o movimento deste conceito ao longo do tempo, com ênfase na sua relação próxima com aquele outro de esquizofrenia. Apesar de relevar um interesse histórico, o tema está longe de fossilizado; prova disso, e no seguimento da revisão, o reacender do debate pelo contributo da Psicopatologia Fenomenológica contemporânea na compreensão do *core* da esquizofrenia, e o seu contributo, e limitações, para o debate do que constitui este território de fronteira.

A exposição da revisão seguirá 4 momentos, que podemos sumarizar em 4 questões:

1. Existe alguma afinidade entre os conceitos de *borderline* e de esquizofrenia?
2. A psicose do *borderline* é distinta daquela da esquizofrenia?
3. Em que consiste, e que horizontes traz, a proposta da esquizofrenia enquanto perturbação do *self* básico?
4. Como contribui este modelo para a compreensão do conceito de *borderline*?

A partir da resposta a estas perguntas, serão reapreciados alguns dos principais contributos teóricos da psicanálise e da fenomenologia na demarcação nosológica destes dois conceitos.

REVISÃO SINÓPTICA DA HISTÓRIA DO CONCEITO DE *BORDERLINE* E SUA RELAÇÃO COM O DE ESQUIZOFRENIA.

Já muito foi escrito sobre estes temas, e uma incursão aprofundada e compreensiva nos múltiplos modelos e contributos está bem para além do escopo desta pequena resenha. Antes, procurar-se-á evidenciar as traves-mestras de um edifício conceptual riquíssimo e complexo e assim deixar clara a relação histórica dos dois conceitos, para uma melhor compreensão dos posicionamentos actuais sobre a questão (de interesse nomeadamente no debate dos estados de risco ultra-elevado ou na discussão sobre a intervenção precoce na esquizofrenia).

A primeira utilização do prefixo *border* em Psiquiatria é atribuída a Hughes e Russel, em 1884 (10,11), num artigo publicado na revista “*Alienist and Neurologist*”, e mais tarde a Rosse em 1890 (12), com os conceitos de “*borderland*” e “doentes *borderline*”, usados para designar um grupo de doentes nos limites da insanidade (“*who pass their whole life near that line, sometimes on one side, sometimes on the other*”), mas difíceis de classificar dentro das categorias de Pinel (14). É porém já após iniciada a Psiquiatria Moderna, com o primeiro esboço da nosografia Kraepeliniana, o trabalho seminal de Bleuler *Dementia Praecox oder der Gruppe die Schizophrenien*, e os estudos de Breuer e Freud sobre a histeria, que vem o termo a iniciar verdadeiramente o seu percurso (15). Atribui-se a Stern (16) a sua primeira definição, com o artigo de 1938 “*psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*”. O trabalho de Knight (17) “*Borderline states*” de 1953 é considerado responsável pela primeira vaga de popularização do conceito enquanto “*applied to patients who could not be classified in other ways, as psychotic or neurotic*”. Já nesta altura Knight afirmava o potencial problemático da designação funcionar como “*[overinclusive] wastebasket diagnosis*”.

É importante contextualizar que, por esta altura, uma concepção popular de esquizofrenia é a de Eugene Bleuler, em que a doença é caracterizada pelos seus sintomas fundamentais: autismo, ambivalência, alterações das associações do pensamento e perturbações dos afectos; com delírios, alucinações, sintomas catatónicos e outros considerados acessórios – nesse sentido, não essenciais para o estabelecimento

do diagnóstico, podendo nunca surgir ou surgir apenas intermitentemente ao longo do curso da doença, ou acompanhando outras entidades clínicas. A esquizofrenia latente de Bleuler é particularmente relevante, uma vez que admite que doentes com formas embrionárias ou subtis dos sintomas fundamentais sejam considerados esquizofrênicos – o autor acreditava mesmo que este era o maior grupo de doentes, embora difíceis de diagnosticar porque ou não procuravam tratamento, ou se apresentavam com queixas vagas e inespecíficas (18). Desta forma, ainda que sem usar esta designação, Bleuler antecipa-se à noção contemporânea de perturbações do espectro da esquizofrenia (19).

É importante notar, também, que naquela época o processo diagnóstico assentava em descrições clínicas e psicopatológicas detalhadas, mais ou menos imbuídas de uma ou outra tendência compreensiva ou explicativa, mas globalmente tendentes à comparação com protótipos das entidades clínicas (20, 21). Dos casos atípicos se disputava o seu lugar: com os territórios de fronteira e sobreposição, com as junções de prefixos, com a adjectivação de protótipos bem estabelecidos, ou na argumentação no sentido da alteração dos conceitos, como a seguir será exemplificado.

Multiplicam-se assim os termos na literatura, para descrições mais ou menos afins, a exemplo: a esquizofrenia latente de Bleuler (18), a esquizofrenia de ambulatório de Zilboorg (22), as pré-esquizofrenias, o carácter esquizofrênico (14), a esquizofrenia abortiva (23), a esquizofrenia pseudopsicopática (24), a esquizofrenia subclínica (25), a esquizofrenia oculta (14, 26), entre outras (15). Uma das designações mais populares foi introduzida por Hoch e Polatin (27) em 1949, com a “esquizofrenia pseudoneurótica” – designando um grupo de pacientes em que, para além dos sintomas fundamentais em broto, acrescia um tipo específico de sintomas acessórios ditos *pseudoneuróticos*. Hoch (28) criticava o alto limiar para o diagnóstico de esquizofrenia¹, e estava empenhado em substituir o termo *borderline*, já nesta altura considerado ambíguo e problemático, pela designação “esquizofrenia pseudoneurótica”, e ao seu trabalho poderá em parte ser atribuída a discrepância nos hábitos de diagnóstico da psiquiatria americana e britânica de então.

A designação “pseudoneurótico” incluía então a apresentação de sintomas de pan-ansiedade, pan-neurose e pan-sexualidade, termos cunhados pelos autores, alguns

¹ “This concept [*Bleulerian* schizophrenia] was generally accepted and even applied, for instance in cases of simple schizophrenia. Nevertheless most psychiatrists felt comfortable with the diagnosis of schizophrenia only if delusions, hallucinations or gross regressive manifestations were present”

dos quais facilmente associáveis às mais recentes concepções descritivistas de *borderline* (29). No artigo “Pseudoneurotic forms of schizophrenia” (27), Hoch e Polatin descrevem, por exemplo, “[na esquizofrenia pseudoneurótica] a ambivalência não é localizada, mas difusa e ampla, permeando os objectivos de vida, a adaptação social e o ajustamento sexual (...) não é tanto uma ambivalência, mas uma polivalência. Não apenas dois impulsos contraditórios estão presentes, mas múltiplas formas de abordagem à realidade constantemente em movimento” (tradução nossa). Esta descrição quase remete para a leitura antropológica do *borderline* como atitude pós-moderna, ou para a noção de *intra-festum* de Bin Kimura (88) (à frente descritas). Descrevem ainda “a expressão de ódio, particularmente dirigida a membros da família, é característica destes doentes. As reacções e expressões de ódio são muito mais abertas do que nas neuroses. (...) Contrariamente à neurose típica, estes doentes apresentam uma estruturação ansiosa totalmente pervasiva que não deixa nenhuma parte da vida do doente livre de tensão (...) é uma ansiedade polimórfica (...) Em conexão com esta ansiedade difusa, está presente uma pan-neurose (...) sintomas de conversão associados a ansiedade; manifestações histéricas ou frequentemente sintomas vegetativos como insónia, anorexia, vômitos e palpitações; ao mesmo tempo expressam fobias, combinadas com mecanismos obsessivos-compulsivos. O doente é dominado por várias manifestações neuróticas em constante mutação, mas nunca totalmente ausentes. Em muitos doentes está presente depressão, ou um chamado estado anedónico, no qual o doente não é capaz de retirar prazer de nada, enquanto tenta, ao mesmo tempo, forçar experiências prazerosas sem sucesso.” (27) Interessantemente, antes de apresentarem os casos clínicos e em jeito de conclusão, os autores questionam: “porque é que alguns destes pacientes *progridem* para casos típicos de esquizofrenia, enquanto outros permanecem, ainda que de forma frágil, na realidade, é pouco claro.”

Pouco mais tarde, Rado e Meehl (30) expuseram a noção de um *continuum* clínico-etiológico que constituiria o espectro da esquizofrenia: a esquizotaxia, que se referia a aberrações neuronais sem tradução fenotípica; as personalidades esquizotípicas, caracterizadas pelos sintomas fundamentais de Bleuler; e, por fim, a esquizofrenia, enquanto psicose manifesta. Estes autores defendiam que as personalidades esquizotípicas poderiam 1. permanecer compensadas ao longo da vida, 2. esboçar fenótipos semelhantes aos das esquizofrenias, 3. apresentar-se mais sintomáticas num registo pseudoneurótico ou 4. descompensar numa psicose

esquizofrénica. Este modelo viria a ser retomado com o interesse na intervenção precoce na esquizofrenia, discutido mais adiante.

Na primeira metade do século XX, a maior parte da literatura sobre o termo *borderline* estava enraizada na Psicanálise e, assim, mais dedicada à compreensão dos processos dinâmicos subjacentes à condição e menos à apreensão fenomenológica da sua apresentação (15). Para além de Stern (26), salientam-se outros contributos: Deutsch (31), com a descrição das personalidades “*as if*” (a sua descrição do vazio interior viria a integrar os critérios de diagnóstico no DSM-III); Rapaport, Gill e Schafer (32) com a noção de “pré-esquizofrenia”, a designar doentes com uma apresentação aparentemente neurótica mas com predomínio de processos primários do pensamento; Federn e Schmideberg (33) a enfatizarem a tendência deste grupo para o *acting out*, com rápidas mudanças de humor, entre extremos – é a Schmideberg que se deve o aforismo sobre os doentes *borderline* como sendo “estáveis na sua instabilidade”; e Frosch (34), com o “carácter psicótico” em contraponto com o neurótico, entendendo que nos doentes com “carácter psicótico” os fenómenos psicóticos estavam enraizados na personalidade, não constituindo estádios iniciais de esquizofrenia, mas sendo *borderline* com a psicose – a preservação do teste da realidade a separar um do outro. Este carácter psicótico, para Frosch, poderia apresentar alterações na relação com a realidade, no sentimento da realidade e, mais raramente, no teste da realidade, mas este último apenas de forma transitória e reversível.

Otto Kernberg deu o contributo decisivo para a compreensão das perturbações de personalidade (35, 36). No seu modelo estrutural, a personalidade pode encontrar-se organizada em três níveis: neurótico, psicótico e *borderline*. Múltiplas categorias de perturbações de personalidade podem encontrar-se nos diferentes níveis de organização, que se distinguem tendo em conta a preservação do teste da realidade, a maturidade das operações defensivas habitualmente utilizadas e o grau de integração da identidade. No caso de um nível de organização *borderline*, existe difusão da identidade (contrariamente ao observado no nível neurótico), com o recurso a mecanismos de defesa primitivos e derivados da clivagem; o teste da realidade poderá estar afectado em situações de *stress* extremo, mas não de forma duradoura (contrariamente ao observado no nível psicótico). Na linha de Kernberg, vários autores (35) vieram sublinhar a importância de aliar uma avaliação exaustiva da estrutura do Eu junto com o exame do estado mental, para um correcto diagnóstico diferencial.

Gunderson e Singer (14) chamam a atenção para o facto de que mesmo os clínicos que aceitam a designação *borderline* não conseguem encontrar um consenso sobre se se trata de um estado, de uma organização de personalidade, de um carácter, de um padrão comportamental, de uma forma de esquizofrenia, de uma perturbação específica, ou de uma síndrome clínica de importância exclusivamente pragmática. Destacavam os autores: “existiam aproximadamente 25 artigos publicados sobre doentes *borderline* até 1955, esse número mais do que duplicou nos últimos 10 anos. Ainda assim, permanece uma confusão de sobreposições e discrepâncias entre os autores nas suas tentativas de descrição (...) alguns atribuem todo e qualquer traço imaginável aos doentes *borderline*, enquanto outros são francamente selectivos nas suas descrições” (tradução nossa). Ainda na revisão destes autores, são identificadas algumas questões metodológicas associadas à dificuldade na definição da entidade: 1. a exclusão mútua de diferentes linhas de investigação (estudos descritivos de sinais e sintomas, formulações psicodinâmicas e resultados de testes psicológicos, que vão correndo em paralelo sem procurar estabelecer pontes); 2. a selecção das amostras; e 3. os métodos e contexto das observações. Sobre o 2.º ponto, exemplificam os autores com os trabalhos de Grinker (13) e Hoch e Cattell (27) – os primeiros a assumir *borderline* como uma entidade distinta e bem definida, os segundos a argumentar que se trata de uma forma de esquizofrenia; os primeiros a seleccionar doentes com bom funcionamento na comunidade e ausência de sintomas psicóticos ou sintomas psicóticos egodistónicos, os segundos a seleccionar doentes internados, com sintomas neuróticos proeminentes mas também sintomas fundamentais. Comenta Gunderson a este propósito “é quase como preparar-se uma mala e depois mais tarde ficar-se surpreendido com o que lá está dentro” (14).

Nos anos 1970, mais de 20 variações do termo *borderline*, e outras tantas adjectivações da esquizofrenia, eram usadas na clínica, ficando clara a urgência em desambiguar os termos (37). Paralelamente decorreram vários eventos sociais que viriam a influenciar o rumo das classificações em Psiquiatria, desde a forte vaga antipsiquiatria, até ao compromisso da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o empirismo lógico patente nas intervenções de Hempel e Stengel, apesar do abandono progressivo desta doutrina no âmbito da Filosofia (38). Aproxima-se assim o DSM-III, e são formadas várias *taskforces* para operacionalizar os critérios dos diagnósticos existentes (39).

Foram identificadas, pelo grupo designado para operacionalizar os critérios de diagnóstico, liderado por Spitzer (40), duas grandes tendências relativamente à designação *borderline*: uma que a designava como alteração da personalidade, a outra que a ligava à esquizofrenia. Partindo da reconhecida confusão conceptual associada ao termo, os autores preferiram criar duas novas designações: “personalidade esquizotípica” para designar o grupo de descrições afins à esquizofrenia *borderline*, e “personalidade instável” para designar as descrições afins ao *borderline* como organização de personalidade. Foram consultados autores de ambas as correntes e seleccionados da literatura os itens comportamentais que melhor discriminariam as suas entidades na prática clínica. Uma *checklist* foi enviada a uma amostra aleatória de psiquiatras norte-americanos, a quem foi pedido que classificassem como Verdadeiras ou Falsas as afirmações descritivas relativamente a um paciente com o diagnóstico de *borderline*, das suas práticas clínicas, e a outro paciente, com outro diagnóstico, que funcionaria como controlo. Aos resultados foi aplicada uma análise factorial. Foi referido que alguns destes questionários foram devolvidos em branco com o registo “não acredito nesse diagnóstico”. Da análise dos resultados dos inquéritos devolvidos (n=808), os autores concluíram ter evidência suficiente para considerar que os itens da *checklist* eram suficientes para discriminar de forma fiável o grupo dos doentes *borderline* dos controlos; consideraram também que havia boa evidência sobre a existência de dois grupos relativamente independentes sob a mesma designação, embora a este respeito a questão fosse menos clara: “aproximadamente metade dos doentes considerados *borderline* apresenta critérios quer para personalidade instável, quer para personalidade esquizotípica” (tradução nossa), concretamente no estudo 54% dos sujeitos (40). Apesar das limitações metodológicas, e dos resultados ambíguos, este estudo constituiu a base para a inclusão das duas categorias de perturbação de personalidade na DSM-III. Na DSM-III-R, a Perturbação de Personalidade *Borderline* (PPBL) estava incluída no *cluster* dos doentes “dramáticos” e a Perturbação de Personalidade Esquizotípica (PPE) no *cluster* dos “cognitivos” – no entanto, múltiplos relatos de caso reportavam distorções cognitivas e da senso-percepção em doentes com critério para PPBL. O estudo de Sternbach (41) procurou examinar as afinidades e as diferenças entre as alterações cognitivas e perceptivas nas duas entidades, com base em vinhetas clínicas; apesar de não ter obtido diferenças estatisticamente significativas, o autor concluiu que a abundância de descrições destas alterações na PPBL era prova de que tal deveria ser considerado um critério para a perturbação, o que abriu caminho para

a consideração do critério “sintomas dissociativos severos ou ideação paranóide transitória, relacionada com o *stress*” que viria a ser incluída na DSM IV, e ainda se mantendo. A inclusão deste critério tornaria ainda mais difícil o diagnóstico diferencial entre PPBL e PEE (15).

Doze anos depois da oficialização do diagnóstico de PPBL e PPE pelo DSM-III, a ICD-10 (42) situa a PPBL como um subtipo de Perturbação de Personalidade (PP) emocionalmente instável, colocando a ênfase nos critérios de impulsividade e de instabilidade afectiva. Pela estrutura hierárquica da ICD-10, a comorbilidade entre PPBL e PEE (incluindo PPE) não é aceitável, sendo a primeira apenas aceite quando os seus critérios não são melhor explicados pelas outras.

Em resumo, a dificuldade no estabelecimento de fronteiras claras entre, primeiro, a sanidade e a insanidade, depois, a psicose e a neurose, está na base das descrições do território de fronteira. A multiplicidade de diagnósticos aventados, e os diferentes embasamentos teóricos de que são oriundos, geraram uma crescente controvérsia em torno da designação *borderline*, com duas posições dominantes – uma que relaciona o *borderline* intimamente com a esquizofrenia (no limite, como uma forma de esquizofrenia); a outra que a relaciona intimamente com a personalidade (no limite, sem qualquer relação com esquizofrenia). A DSM-III, ainda que assente em resultados ambíguos, espelhava esta dicotomia com a criação de dois diagnósticos distintos; acabou mais tarde por revê-los, em face das descrições de distorções cognitivas e perceptivas (psicóticas ou *quasi*-psicóticas) no grupo das personalidades instáveis, reaproximando assim novamente os dois pólos.

Daqui se exclui a discussão dos méritos e falhas da operacionalização dos diagnósticos em psiquiatria e do significado e impacto mais global deste movimento. Dentro deste paradigma, e à luz da história apresentada, deduzem-se dois cenários em que o diagnóstico diferencial é particularmente problemático – quando uma dita PPBL se apresenta com sintomas psicóticos, ou quando uma esquizofrenia se manifesta na sua ausência (admissível na concepção Bleuleriana, inconcebível nos critérios operacionais, mas actualmente relevante quando se procura actuar em fases pré-psicóticas da doença).

PSICOSE NA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Atendendo ao exposto na secção anterior, não é surpreendente que os estudos de revisão sobre o tema das manifestações de psicose na PPBL apresentem como ressalva que se trata de um âmbito em que a evidência empírica é escassa e limitada pelas dificuldades de conceptualização – não apenas do diagnóstico, mas também dos sintomas. Falaremos aqui de estudos mais recentes, pós-DSM III, com amostras seleccionadas dentro dos critérios operacionais.

A prevalência de manifestações psicóticas em doentes com critérios de diagnóstico para PPBL varia na literatura, com alguns estudos (44, 45) a reportar a sua presença em mais de 50% das amostras, e o seu impacto na estabilização e na qualidade de vida dos doentes é evidente.

O primeiro grande estudo sobre psicose na PPBL foi liderado por Pope (46) em meados da década de 1980 (15). Após entrevistarem 33 doentes com PPBL, os autores verificaram que os 24% de doentes com sintomas psicóticos apresentavam uma perturbação afectiva concomitante ou uma designada “psicose factícia” e concluíram, com base nestes resultados, que os sintomas psicóticos presentes nestes doentes eram distintos dos verificados na esquizofrenia ou nas perturbações afectivas *major*. Num outro estudo próximo, Zanarini e colaboradores (47) entrevistaram 50 doentes com PPBL, classificando os sintomas psicóticos (neste estudo, com foco em distorções cognitivas) em verdadeiramente psicóticos (prolongados, estruturados, bizarros ou de alguma forma estereotípicos de esquizofrenia) ou quasi-psicóticos (transitórios, circunscritos e atípicos). Na sua amostra, os sintomas quasi-psicóticos foram praticamente patognomónicos de PPBL.

Estes resultados não foram consensualmente aceites e mais estudos surgiram. No estudo de Links e colaboradores (48), os autores procuraram explorar empiricamente quatro hipóteses avançadas nesta literatura inicial sobre a qualidade da psicose nos doentes com PPBL, sua prevalência e relação com a conceptualização dos fenómenos psicóticos: 1. Se se tiver uma concepção estreita de fenómenos psicóticos, estes são raros nas PPBL; 2. Se se tiver uma concepção alargada de fenómenos psicóticos, estes são comuns nas PPBL; 3. Quando estão presentes sintomas psicóticos estreitamente

definidos, estes associam-se a perturbações afectivas comórbidas; e 4. Os sintomas psicóticos poderão ser factícios. Veio então este estudo em resposta ao de Pope e Zanarini (46, 47), que sentenciavam que os sintomas psicóticos nas PPBL ou eram factícios, ou estavam associados ao consumo de substâncias ou à comorbilidade com perturbações afectivas *major*. Numa amostra de 88 doentes estudados ao longo de 2 anos, Links e colaboradores (48) encontraram 20% de fenómenos psicóticos estreitamente definidos (incluindo delírios bem estruturados e alucinações *verdadeiras*), portanto não propriamente raros, sem associação com consumos ou comorbilidade com outras síndromes *major*. Quando considerados fenómenos psicóticos numa concepção alargada, a frequência aumenta para 86,4% (nesta designação se incluindo sintomas cotados como “*questionable psychotic symptoms*”). Nesta amostra, os sintomas psicóticos considerados factícios foram pouco prevalentes, e não diferiram entre o grupo de PPBL e o controlo (de notar que foi usado um grupo de controlo conservador de doentes com traços *borderline*, mas sem critérios suficientes para diagnóstico).

Outros estudos aprofundaram o conceito de pseudo-alucinação. O termo foi definido por Jaspers para distinguir das verdadeiras percepções, localizadas no espaço externo, determinando as pseudo-alucinações como alucinações localizadas ao espaço interno e subjectivo, e portanto mais aparentadas a imagens mentais do que verdadeiras alucinações (49). No entanto, não fica claro qual a diferença entre as pseudo-alucinações e as distorções da percepção características da patologia dissociativa. Van der Zwaard e Polack (50) argumentam que pseudo-alucinações são um pseudo-conceito, e que a experiência das alucinações é melhor descrita num *continuum*. A isto acresce a ausência de relação entre a localização subjectiva da experiência alucinatória e o grau de *distress* associado (45).

Adams e Sanders (51) executaram um estudo qualitativo assente na *grounded theory* numa amostra de 7 doentes com diagnóstico de PPBL e história conhecida de sintomas psicóticos, com o intuito de clarificar a qualidade dos fenómenos psicóticos experienciados por esta população (e eventualmente distinguir de outras psicoses). Não conseguiram encontrar diferenças entre os fenómenos descritos por estes doentes e aqueles descritos pelos doentes com esquizofrenia. Além disso, com a consulta posterior dos processos dos doentes, verificaram que as designações utilizadas pelos psiquiatras eram altamente heterogéneas, com recurso a designações como quasi-psicótico ou pseudo-psicótico, denotando pejorativamente a sua apresentação. Doentes com PPBL

com experiências psicóticas floridas (alguns com sintomas de primeira ordem de Schneider) eram classificados como pseudo-psicóticos. Os autores argumentam para que estas designações, além de falsas, dificultam ainda mais a relação com estes doentes. Nesta senda, autores como Yee (52) sugeriram que estes doentes sejam mais susceptíveis a reacções psicóticas. Esta hipótese concorda com a alta prevalência de história de trauma infantil e com as alterações neurodesenvolvimentais decorrentes (53). O trauma infantil e a reactividade emocional aumentada estão, porém, presentes num grande conjunto de perturbações *major* distintas, incluindo a esquizofrenia (54).

Em suma, não há evidência suficiente para distinguir a sintomatologia psicótica presente nas PPBL e nas PEE.

Nas populações de doentes de risco ultra-elevado, a prevalência de indivíduos com critérios para PPBL é alta (55). No estudo de Thompson e colegas (56), os autores não encontraram diferenças entre o grupo com PPBL, o grupo com traços BL, e um grupo sem traços BL em termos de transição para perturbação psicótica; naqueles que transitaram, a existência de diagnóstico ou traços BL não tinha correlação com a perturbação psicótica exibida no final. Para os autores, continua por responder a questão sobre se é possível de alguma forma distinguir entre indivíduos que apresentam fenómenos psicóticos como parte da sua estruturação de personalidade e que se expressam maioritariamente quando estão sob *stress*, daqueles que estão verdadeiramente em risco de uma psicose esquizofreniforme. Sublinham que melhorar a capacidade de distinguir estes dois grupos é essencial, quer como contributo teórico para a questão *borderline vs. psicose*, quer na perspectiva das estratégias terapêuticas a implementar.

A proposta de um *core* fenomenológico para a esquizofrenia, assente num tipo específico de perturbação do *self* (*self* básico), é uma via possível para resolver esta questão e é apresentada e discutida na secção seguinte.

PERTURBAÇÃO DO *SELF* BÁSICO – O CORE PSICOPATOLÓGICO DA ESQUIZOFRENIA

Muitos textos clássicos sobre esquizofrenia propunham que o núcleo base da doença residia na perturbação do *self* (57). Esta formulação foi perdendo força, particularmente com a operacionalização dos conceitos psicopatológicos e o foco na fiabilidade diagnóstica, no entanto na última década houve um ressurgimento do interesse no conceito de *self* na esquizofrenia e perturbações relacionadas (58). O modelo da esquizofrenia enquanto perturbação do *self* básico postula que a doença decorre de uma alteração no nível mais básico e irreduzível do *self*. Esta dimensão, habitualmente tácita, engloba aspectos como a experiência de si enquanto ser único, corpóreo, demarcado, contínuo no tempo, sujeito simultâneo de experiência e acção – e todos estes aspectos, na ausência de perturbação, ocorrem como que implicitamente, edificam de forma silenciosa toda a estrutura da experiência subjectiva, sobre a qual se erige o *self* narrativo. Apenas na disfunção se tornam estes aspectos pré-reflexivos salientes (57, 60) – talvez por isso mesmo esta doença tenha chamado a atenção da fenomenologia, por deixar descarnados os mecanismos básicos da experiência subjectiva (59). De facto, os continuadores da fenomenologia psiquiátrica de Jaspers (Minkowski, Binswanger, Blankenburg e Kimura Bin, entre outros) não consideraram que a esquizofrenia esteja fora do alcance do método fenomenológico. Pelo contrário, consideraram mesmo que a esquizofrenia é um objecto de estudo privilegiado de apreensão das estruturas fundamentais da subjectividade humana (57, 59).

De acordo com este modelo, a anomalia central na esquizofrenia é um tipo particular de perturbação da consciência – do sentimento de si ou ipseidade² que está normalmente implícita em cada acto de consciência. Esta perturbação de si mesmo ou perturbação da ipseidade tem dois aspectos ou características principais e complementares. A primeira é a hiper-reflexividade – que se refere a um tipo de consciência de si exagerada, uma tendência para dirigir uma atenção focal, objectificante, para processos e fenómenos que seriam normalmente “desabitados” ou

² Ipseidade deriva de ipse, termo em latim para “si” ou “si mesmo”. Ipse-identidade ou ipseidade refere-se a um sentimento crucial de existir como um sujeito da experiência que é um consigo próprio num dado momento.

experienciados, tacitamente, como parte de si mesmo. A segunda é a auto-afecção diminuída – que se refere a um declínio no sentimento experienciado de existir como um sujeito vivo e unificado de consciência. Por serem dimensões tácitas, são também muito difíceis de descrever, quer por parte do doente, quer por parte do clínico, daí uma certa tonalidade de inefabilidade e, por conseguinte, inacessibilidade a este modo de estar no mundo (60, 61). Henriksen apresenta uma metáfora para esta questão: enquanto agente da experiência, tenho um capacete com uma lanterna sempre colocado na cabeça, o foco de luz iluminando o campo da minha experiência; eu estou implícito no foco de luz que sai da lâmpada do capacete, mas não sou directamente iluminado (nem posso sê-lo). O doente com PEE tem a luz do capacete voltada para si (60).

Duas entrevistas semiestruturadas foram criadas no seio desta tradição, baseadas em descrições clínicas publicadas na era pré-DSM III por autores como os acima citados: a EASE de 2005 (64) e, mais recentemente, a sua *sister-interview* EAWE de 2017 (65). A EASE foca-se nas perturbações da experiência subjectiva que reflectem perturbações ao nível do *self* básico. É uma entrevista fenomenológica e descritiva com um objectivo predominantemente qualitativo, incluindo os domínios cognição, auto-consciência e presença, experiências corporais, demarcação/transitivismo e reorientação existencial. Existem já múltiplas publicações que sugerem que a EASE agrega selectivamente indivíduos com perturbações do espectro da esquizofrenia, comparativamente a outros diagnósticos (67 - 71), e que poderá ter também algum poder na previsão da transição de doentes de risco ultra-elevado para esquizofrenia (nomeadamente pela identificação fina de pródromos sub-clínicos) (67, 72 - 74).

Curiosamente, existe apenas um estudo (75) com a aplicação da EASE a uma amostra de doentes com PPBL (neste caso, um subgrupo de doentes de UHR). Nesse trabalho, os autores conseguiram demonstrar que apresentar PPBL não influenciava o *score* na EASE, nem a transição para psicose. No entanto, pela dimensão da amostra e pelo contexto da sua selecção, os autores fazem uma leitura cautelosa, e advertiram para o interesse em estudar a aplicação da EASE (extensível à sua entrevista complementar – a EAWE) numa população de doentes com PPBL já estabelecida³. Tem sido também

³ “ The finding needs to be replicated in a larger sample in order to discount the possibility of a type II error. However, the fact that there was no signal of a relationship between basic self-disturbance and borderline personality pathology suggests that this is not solely due to insufficient power. Secondly, there was no full diagnostic assessment of BPD, only the use of a screening instrument. This is a rather blunt measure of borderline self-disturbance, with only four questions relating to identity disturbance. It would

sugerido que (pelo menos alguns aspectos das) perturbações do *self* básico possam estar implicadas noutras entidades clínicas e que não aprofundar esta hipótese poderá levar a ignorar dimensões transdiagnósticas e incorrer num argumento circular – à semelhança do que já havia sido criticado na literatura clássica (76 - 78).

Em suma, o modelo fenomenológico que postula que as alterações do *self* básico caracterizam o *core* psicopatológico da esquizofrenia assenta numa psicopatologia fina e tem o mérito de valorizar (e aproximar à compreensibilidade) a experiência subjectiva destes doentes. Existe evidência crescente de que, para além de um instrumento auxiliar na entrevista dos doentes e no estudo qualitativo das suas experiências subjectivas, a EASE discrimina os doentes com perturbações do espectro da esquizofrenia, apresentando elevada sensibilidade para alterações ainda numa fase prodrómica, subclínica, da doença (60). A EAW, de publicação mais recente, complementa a primeira. No entanto, tem também surgido evidência de que estas alterações poderão não ser exclusivas das PEE; notoriamente, apenas um estudo (56) menciona PPBL, aplicado a uma amostra de doentes de risco ultra-elevado, concluindo ser uma área que precisa de mais estudos.

be of interest to further examine the question of basic self-disturbance in patients with established BPD.” (75)

CONTRIBUTOS DA FENOMENOLOGIA PARA A COMPREENSÃO DA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Nesta secção serão reportados três temas presentes na literatura fenomenológica mais recente que, por um lado, abordam de forma directa e explícita a psicopatologia da PPBL e, por outro lado, a contrastam com achados psicopatológicos relacionados mas distintos e característicos das PEE – por isso de maior interesse para o tema em apreço. Esta tripartição é um tanto arbitrária (os sentimentos de vazio e a difusão da identidade estão necessariamente relacionados com a dimensão de continuidade temporal da identidade narrativa, por exemplo), servindo apenas o propósito de facilitar a exposição.

1. DIFERENTES VAZIOS. PPBL ENQUANTO PERTURBAÇÃO DO *SELF* NARRATIVO

Os doentes com PEE apresentam, no modelo em estudo, alterações do *self* básico como traço fenotípico distintivo. O *self* básico (também designado de forma intercambiável de *core self* ou ipseidade) é um nível pré-reflexivo e tácito da experiência individual. Todos os actos conscientes são implicitamente autoconscientes, no sentido em que têm implícito um agente experienciador. O *self* narrativo depende do básico, mas o básico não depende do narrativo (61). O *self* narrativo ou social é uma categoria abrangente e heterogénea que se refere às características pessoais (como a identidade social, personalidade, hábitos, história pessoal, etc.) e englobando constructos psicológicos como auto-estima e auto-imagem. *Self*, é assumido, é um termo polissémico. Ainda assim, na revisão de Zandersen e Parnas (80) os autores começam por apontar a ausência de uma definição clara de *self* e de identidade no DSM-5 (43) e CID-10 (42). A clarificação conceptual, argumentam, é fundamental para o correcto diagnóstico diferencial, nomeadamente entre PPBL e PEE (já reconhecida a sua estreita relação). Tomam como ponto de partida os “sentimentos crónicos de vazio”, critério de diagnóstico para PPBL. Sentimentos de vazio foram descritos numa grande variedade de quadros, incluindo psicose, depressão, PP esquizóide, PP narcísica e PPBL. Várias descrições deste ponto existem, que vão desde sensação de entorpecimento, ausência de afectos, irresponsividade, aborrecimento, superficialidade e até despersonalização. Kernberg (35) descreveu como vários pacientes com difusão da

identidade experienciam diferentes formas de vazio conforme a estrutura da personalidade: no esquizóide, o vazio é marcado por uma qualidade inata de diferença dos outros, com manifestação próxima da apatia e anedonia; no narcísico, o vazio como decorrendo da percepção de falta de gratificação do outro; no *borderline*, marcado pela procura constante de si mesmo por entre as imagens clivadas do *self* e do objecto. Numa perspectiva fenomenológica, apesar da riqueza da(s) teoria(s) psicodinâmica(s) sobre a PPBL, elas são difíceis de traduzir em critérios descritivos, por um lado, e por outro lado, assentam em constructos de nível sub-pessoal, que apenas se materializam pela psicoterapia. Por isso, neste âmbito, os investigadores voltam-se para a experiência subjectiva sem considerações apriorísticas (59). O critério “sentimentos crónicos de vazio” pode assim ser melhor informado por uma distinção entre *core self* e *self* narrativo (80). No doente com PEE, o vazio parece estar mais relacionado com o sentimento de ser ontologicamente distinto dos outros. Não se trata de ser diferente a um nível pessoal ou narrativo (mais alto, mais inteligente, com um ou outro interesse diferentes), mas antes de ser estruturalmente distinto. É por isso essencial uma exploração aprofundada do vazio, analisando a dimensão simbólica e metafórica do que é descrito (e o espaço para interpretação, no contexto certo), mas mantendo a possibilidade de se tratar de uma descrição literal – a vinheta clínica que Zandersen e Parnas apresentam (80) é bem ilustrativa: “ (...) A sua falta de identidade é sentida como um vazio ”não há nada dentro de mim, como uma alma ou assim” (tradução nossa). A doente descreve o vazio como um “buraco negro” e como “um espaço” no centro do tórax. Ela sente este espaço de uma forma concreta, especificando o seu tamanho. Previamente, sentiu que o espaço diminuiu quando teve um namorado, embora se tenha mantido lá sempre; posteriormente, tentou ter dois namorados simultaneamente para ver se desaparecia.” Se não fosse explorada a sensação de vazio, ficariam por descobrir alterações do *self* básico que podem ajudar no diagnóstico diferencial: a espacialização da experiência, a perda da unidade psicofísica, e uma lógica próxima do psicótico.

2. CLIVAGEM TEMPORAL DO *SELF* E FRAGMENTAÇÃO DA IDENTIDADE NA PPBL

O conceito de identidade narrativa implica uma continuidade entre o passado, o presente e o futuro pessoais, assente na capacidade de integração de aspectos e

tendências contraditórias numa imagem abrangente e coerente de si mesmo. Esta característica fundamental de continuidade é epitomizada na máxima nietzschiana “o Homem é o animal capaz de fazer promessas” (81), isto é, com memória para o passado dessa promessa, que se projecta num futuro da sua concretização, e ciente do seu cumprimento ou incumprimento. Esta historicidade soma-se à capacidade de auto-determinação a longo termo, definida por Frankfurt (82) na noção de desejos de primeira e de segunda ordem. Para o autor, os desejos (ou volições) de segunda ordem permitem um juízo mais abrangente dos desejos de primeira ordem – querer querer algo, querer não querer algo, não querer querer algo e não querer não querer algo. Por exemplo, eu posso ter o desejo imediato (de primeira ordem) de fumar um cigarro e um desejo de segunda ordem sobre este primeiro desejo (eu não quero querer fumar um cigarro). Esta capacidade de ajuizar os desejos de primeira ordem estaria na base para a tendência a aprovar determinados desejos de primeira ordem e sancionar outros, de forma mais ou menos coerente. Esta autonomia substancia também a responsabilização moral pelas acções tomadas (e levanta o debate sobre a autonomia e a responsabilização, por exemplo, dos toxicodependentes ou das PPBL, ditos actores por impulso) (83). Na mesma linha, Paul Ricoeur (84) coloca a tónica da essência da pessoa humana na relação temporal que estabelece consigo própria. Não é só pela constância do nome ou pela (relativa) constância do corpo que nos caracterizamos; antes, ao agirmos e falarmos provamos que somos algo que se auto-relaciona (por isso posso ser responsabilizado por actos do passado e fazer promessas para o futuro). O autor contrastava esta noção de identidade histórica e temporal (integrada na noção actual de identidade narrativa) com a noção de *ipse* identidade ou ipseidade – a mera constância das coisas, o pano de fundo da narrativa (noção ampliada noutros autores, assumindo um carácter de estrutura ou matriz da experiência). A teoria hermenêutica contemporânea defende que a identidade pessoal não é, portanto, um processo passivo, mas antes uma edificação criativa do autor da sua narrativa, que está nela imerso (85). Ponto fundamental é a capacidade de integrar aspectos e tendências contraditórias, que afloram constantemente. Fuchs (86) faz aqui a ponte para a psicanálise: “o poder das volições de segunda ordem, das promessas, da consciência [audiência interna] são frequentemente insuficientes para manter a vida no trilho: as perturbações neuróticas são a manifestação dos desejos recalcados e das memórias inconscientes que foram permanentemente excluídas da consciência para manter uma identidade coerente e previsível (...) Recalcamento e neurose são o preço que os indivíduos das sociedades

ocidentais têm a pagar pela sua identidade, constância e confiabilidade mútua” (tradução nossa). O paradigma social actual é porém distinto daquele em que emergiu a teoria psicanalítica original.

3. PPBL, *INTRA-FESTUM* E PÓS-MODERNISMO

A clivagem temporal do *self* na PPBL resulta numa exclusão do passado e do futuro enquanto dimensões da constância dos objectos, originando uma fragmentação do *self* narrativo. Assim, o doente adopta o que pode ser designado como uma atitude pós-modernista para com a vida, saltando de presente em presente e identificando-se totalmente com o seu estado afectivo momentâneo. As descontinuidades narrativas constantes traduzem-se num peculiar modo de existir atemporal e numa apresentação camaleónica, com a vivência subjectiva de inautenticidade e de vazio. No trabalho de Fuchs (86), os sintomas cardinais de impulsividade e desregulação afectiva são enquadrados nesta consideração “os desejos e os impulsos irrompem e desvanecem, impulsionando o doente, mas sem coalescerem para formar uma vontade abrangente, resolvida, a longo-termo (...) eles são apenas aquilo que estão a experienciar no momento, num presente que é simultaneamente intenso e no entanto vazio e sem profundidade” (tradução nossa). Este sentimento de vazio e aborrecimento é característico da PPBL (87). Bin Kimura caracterizou o doente com PPBL como experienciando o tempo de uma forma que reflecte uma existência governada pelo imediatismo (não apenas no sentido de rapidez e brevidade, mas no sentido de ausência de mediação). Este imediatismo está patente na dificuldade dos doentes em representar os eventos de uma forma reflexiva, em fazer a transição do presente *i-mediato* para o conteúdo da consciência reflexivamente mediado (88) – que vai ao encontro da noção fenomenológica do doente com PPBL como habitando uma existência a-histórica ou cíclica (86). Quando se fala no presente do doente com PPBL, fala-se de um presente específico – não apenas de um determinado ponto no eixo temporal; a presença do doente no presente tende a uma absorção pelo imediato, que permite a exclusão do vazio, da disforia, da urgência e ansiedade. É um estado semelhante ao experimentado durante uma festa ou celebração (tradução literal de *intra-festum*). Esta referência à celebração, ao êxtase da festa, ao imediatismo caótico, relaciona-se com os elementos regularmente observados nos doentes com PPBL: adições, perturbações do

comportamento alimentar, promiscuidade sexual, violência. Bin Kimura (88) chega a designar neste estado “os princípios da vida e da morte não são nem antagonistas nem mutuamente exclusivos”.

As sociedades pós-modernas – com a corrosão das células familiares e dos rituais sociais de passagem estruturantes, um ritmo também tendente ao vazio e à fragmentação, e a explosão de gratificações imediatas – poderão contribuir para um deslocamento do índice integração / difusão da identidade (89) com a emergência de formas de adoecer mais da linha narcísica e *borderline* e menos neurótica.

CONCLUSÕES

No artigo “An historical framework of psychiatric nosology” (90), Kendler propôs uma experiência de pensamento, a propósito das contingências históricas dos sistemas de diagnóstico em Psiquiatria: “Assume that we could take the tape of history and rewind it to about 10 000 years ago when modern humans had developed agriculture and the beginnings of urban civilization. Then, we follow the tape forward until modern science and medicine develops, out of which a field something like psychiatry emerges. At some point, this field then develops a formal nosology, a ‘proto-DSM’. If we did this experiment 1000 times, what would we find? How often would the categories in these ‘proto-DSMs’ resemble DSM-IV?” Que conclusões poderão ser retiradas das respostas possíveis a esta pergunta?

Desta breve revisão narrativa, deverão ficar claros alguns aspectos: a relação entre a PPBL e a esquizofrenia é estreita, bem mais do que os actuais critérios de diagnóstico parecem sugerir. A desambiguação em emocionalmente instável e esquizotípico assenta num estudo frágil com uma preocupação fundamentalmente operacional e, portanto, pouco contribuindo para a compreensão da fenomenologia diferencial das entidades. Da psicodinâmica são oriundas as teorias mais ricas sobre o funcionamento destes doentes, mas as suas conclusões são retiradas dentro da sua própria estrutura teórica e, conseqüentemente, difíceis de operacionalizar num sentido atóxico do termo. Da psicopatologia fenomenológica contemporânea emergiram um modelo e instrumentos que prometem ser capazes de discriminar os doentes com esquizofrenia, mesmo em fases subclínicas em que o diagnóstico diferencial é particularmente problemático. Esta hipótese, porém, tem ainda muito poucos estudos na população de doentes com diagnóstico de PPBL. A negação teórica deste diagnóstico, por muito frágil e pouco consensual que seja a sua definição, não resolve a questão. É importante explorar como é que estes instrumentos poderão ser úteis para além das fronteiras das PEE – seja como auxiliares no processo de diagnóstico diferencial, seja como facilitadores da expressão da experiência subjectiva dos doentes, ou como ponto de partida para um investimento na descrição qualitativa das experiências de si e do Mundo de outros grupos de doentes.



Parte II

ESTUDO PILOTO SOBRE A APLICAÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
“EXAMINATION OF ANOMALOUS WORLD EXPERIENCE” A DOENTES COM PERTURBAÇÃO
DE PERSONALIDADE BORDERLINE.

1. **Resumo 51**
2. **Introdução 53**
3. **Métodos 54**
4. **Resultados 57**
5. **Discussão 84**
6. **Limitações 87**
7. **Conclusões 88**

**ESTUDO PILOTO SOBRE A APLICAÇÃO DA ENTREVISTA “EXAMINATION OF
ANOMALOUS WORLD EXPERIENCE” A DOENTES COM PERTURBAÇÃO DE
PERSONALIDADE *BORDERLINE***

RESUMO

Background: As alterações da experiência do *self* e do mundo vivido constituem duas das principais áreas de estudo da psicopatologia de orientação fenomenológica. A EAWE é uma entrevista semiestruturada publicada em 2017 que explora de forma qualitativa e sistemática as alterações subjectivas da experiência do mundo vivido, dirigindo-se primariamente a fenómenos que se pensa serem característicos dos doentes com perturbações do espectro da esquizofrenia. Apesar da robustez teórica da entrevista, existem poucos estudos de exploração empírica do seu uso como instrumento auxiliar no processo de diagnóstico diferencial ou na exploração da psicopatologia além do espectro da esquizofrenia.

Objectivos e Hipóteses: Explorar o potencial da EAWE na discriminação entre as alterações subjectivas da *experiência das outras pessoas* em pessoas com o diagnóstico de PEE e com o diagnóstico de PPBL, tendo como hipótese que algumas alterações observadas serão indistinguíveis; explorar o potencial da EAWE no aprofundamento da compreensão das alterações subjectivas da *experiência das outras pessoas* em pessoas com o diagnóstico de PPBL.

Métodos: Aplicamos o 3.º domínio da entrevista EAWE “*Other Persons*” a uma amostra de 5 doentes com o diagnóstico de PPBL, com análise quantitativa e qualitativa das respostas obtidas e comparação com os resultados descritos na literatura em doentes com PEE.

Resultados: Contabilizados os itens como um todo, o mínimo de cotação observada foi de 6/14 e o máximo 11/14. Considerando-se os subitens, obteve-se um mínimo de 7/46 e um máximo de 24/46. Todos os entrevistados cotaram 1 nos itens 2., 7. e 8., e 4 dos 5 entrevistados cotaram 1 nos itens 4. e 6. Nenhum cotou o item 3. Dois novos temas emergiram das entrevistas.

Discussão: Os nossos resultados sugerem afinidades e discrepâncias entre os doentes com PPBL e os doentes com PEE no que se refere à experiência subjectiva das outras pessoas, conforme captada pela EAWE, e que pelo menos algumas destas experiências são indistinguíveis. Isto poderá dever-se a questões nosográficas, limitações do instrumento, ou ser mediado por fenómenos transdiagnósticos de despersonalização secundária.

Limitações: A generalização de resultados está neste trabalho limitada pela reduzida dimensão da amostra. A valoração das respostas deve idealmente ser realizada por consenso de pelo menos dois investigadores com formação e experiência na aplicação da entrevista.

Conclusões: Mais estudos com a EAWE serão necessários para mapear as alterações da vivência subjectiva do Mundo em diferentes entidades, contribuindo para um projecto de fenomenologia diferencial e para a compreensão de fenómenos *transdiagnósticos* e estudos de correlação neurobiológica.

INTRODUÇÃO

A importância do estudo da dimensão subjectiva da psicopatologia tem sido sublinhada pelo menos desde Karl Jaspers e da escola de Heidelberg, assente nos contributos da Fenomenologia à Psicologia (58). O reconhecimento da progressiva negligência desta dimensão que acompanhou a operacionalização dos critérios de diagnóstico pós-DSM III, associado às dificuldades na geração de avanços significativos na Psiquiatria nas últimas décadas, motivou a reemergência do método fenomenológico na viragem do milénio (62). Desta tendência teórica emergiram estudos empíricos (69-74), com enfoque predominante nas perturbações do espectro da esquizofrenia, no primeiro episódio psicótico e em doentes de risco ultra-elevado. Daqui se destacam dois instrumentos desenvolvidos para uma análise sistemática e compreensiva dos fenómenos subjectivos: a Examination of Anomalous Self Experiences (EASE), de 2005 (64), e a Examination of Anomalous World Experiences (EAWE), de 2017 (65). Enquanto os contributos dos estudos com a EASE já se começam a fazer notar (69-74), à data, as perturbações da experiência do Mundo permanecem um território largamente inexplorado (65). A EAWE segue as mesmas premissas teóricas da EASE, destacando-se a ideia de que as perturbações da *ipseidade*, que estão na base das perturbações da experiência do *self* e do Mundo vivido, são características e exclusivas das perturbações do espectro da esquizofrenia (57). Diferentemente, na perturbação de personalidade *borderline*, a perturbação do *self* ocorreria somente a um nível narrativo, com preservação do *self* básico e um predomínio clínico de alterações na vivência do espaço interpessoal (80). Atendendo à relação histórica entre estes diagnósticos, às dificuldades na conceptualização consensual *do que é* a PPBL e às implicações práticas do estabelecimento de um correcto diagnóstico diferencial, justifica-se a exploração do potencial da EAWE, quer no mapeamento das alterações da experiência subjectiva dos doentes com PPBL (“*como é ser um doente com PPBL*”, no sentido fenomenológico da questão), quer como auxiliar na distinção com PEE. A EAWE foi traduzida para a língua portuguesa em 2018 pelo Professor Luís Madeira e colaboradores (66) e será essa a versão aplicada neste estudo. A nossa hipótese é de que vários, embora não a totalidade, dos fenómenos observados nos doentes com PPBL são praticamente indistinguíveis daqueles observados nas PEE, portanto pontuando nalguns itens da entrevista. Uma vez que as perturbações nas relações interpessoais (não dependentes de alterações da *ipseidade*) são, na concepção fenomenológica, o aspecto clínico

característico das perturbações da personalidade, optou-se por aplicar apenas o domínio 3. da entrevista, destinado à exploração da experiência subjectiva das outras pessoas. A apresentação dos resultados seguirá a lista de itens e subitens da entrevista, com a sua descrição, e com a exposição dos resultados das entrevistas, com recurso às descrições e exemplos dos entrevistados.

MÉTODOS

Sobre a Amostra

Os participantes foram seleccionados por conveniência em dois Hospitais Psiquiátricos do Porto - O Centro Hospitalar Conde de Ferreira e o Hospital de Magalhães Lemos, após aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Algarve. Os critérios de inclusão foram o diagnóstico estabelecido de perturbação de personalidade *borderline* (de acordo com os critérios do DSM-5), estabilização clínica no momento da entrevista, ausência de défices cognitivos *major*, ausência de diagnóstico de perturbação do espectro da esquizofrenia e ausência de história recente de consumos de tóxicos. Dois especialistas com experiência e a exercer funções em áreas de tratamento de doentes com perturbações da personalidade recrutaram 8 utentes com o perfil definido, dois dos quais recusaram participar na entrevista, e um terceiro estando incontactável. Foram entrevistadas, após obtenção do consentimento informado, cinco mulheres com idades compreendidas entre os 21 e os 36 anos. Três entrevistados autorizaram gravação áudio, com garantia de transcrição e eliminação do ficheiro áudio no próprio dia. À data de realização das entrevistas, três das doentes encontravam-se em seguimento em consulta externa, uma em Hospital de Dia, e uma em unidade residencial apoiada.

Sobre a EAWE

A “*examination of anomalous world experiences*”, traduzida para o português como Exame das Anomalias na Experiência do Mundo (65, 66), é uma entrevista semiestruturada de orientação fenomenológica, que procura explorar diferentes dimensões da experiência subjectiva do *Mundo vivido*, baseando-se primariamente em relatos clínicos e descrições de indivíduos com perturbações do espectro da

esquizofrenia. A EAWE é complementar da EASE, no sentido em que a experiência do Eu e a experiência do Mundo estão profundamente interligadas. Os autores da EAWE assumem que os itens incluídos são uma tentativa de encontrar um equilíbrio entre as necessidades de operacionalização e a tentativa de capturar aspectos holísticos, muitas vezes elusivos, das alterações experienciais em questão. A entrevista é composta por 75 itens e múltiplos subitens distribuídos em 6 grandes domínios: 1. Espaço e Objectos; 2. Tempo e Eventos; 3. Outras Pessoas; 4. Linguagem; 5. Atmosfera; 6. Orientação Existencial. Este trabalho aplica exclusivamente os 14 itens do domínio 3. São eles:

1. Falta de compreensão social ou sintonia interpessoal (hipossintonia);
2. Sentimentos de distância dos Outros;
3. Estratégias intelectuais / idiossincráticas de compreender os outros;
4. Sentimentos de inferioridade, crítica ou de desconfiança em relação aos outros;
5. Angústia / aflição por insegurança social generalizada;
6. Interferência por vozes;
7. Perturbação da demarcação eu-outro;
8. Dificuldade com o olhar;
9. Despersonalização dos outros;
10. As pessoas são dominadas por uma característica única;
11. Intensidade aumentada, vivacidade ou realidade dos outros;
12. Alterações na qualidade ou tom da aparência dos outros;
13. As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum (para lá do óbvio);
14. Respostas anómalas (em atitudes ou comportamentos) para com os outros.

Os subitens e a descrição dos pontos referentes ao 3º domínio serão apresentados nos resultados, para facilitar o enquadramento das respostas obtidas. Pela natureza da entrevista, o objectivo é compreender o modo como o doente experiencia os fenómenos, neste caso “como é para aquela pessoa estar em contexto social?”.

Sobre o processo de entrevista

As entrevistas foram realizadas pelo autor, individualmente, garantidas as condições de privacidade necessárias e após obtenção do consentimento informado do utente. O instrumento visa uma exploração qualitativa das alterações da vivência interpessoal,

constando assim de um processo de conversação aberta, em que o entrevistador se mantém silencioso relativamente a interpretações ou explicações das experiências descritas, focando-se exclusivamente na sua descrição (na *coisa em si*, seguindo o princípio fenomenológico da *Epoché* (63)). O entrevistado é incentivado a descrever tanto quanto possível a sua experiência, reduzindo-se a intervenção do entrevistador à focagem na experiência, quando necessário, ou à apresentação de exemplos para auxiliar o entrevistado na expressão verbal da qualidade, muitas vezes inefável e pré-cognitiva, da sua experiência. Cada entrevista durou em média 45 minutos (mínimo 28 minutos, máximo 64 minutos).

Sobre o tratamento dos dados

A EAWE pode ser usada como instrumento psicométrico, para além da exploração qualitativa inerente. Os itens são cotados com 0 quando considerados “definitivamente ausentes”, com 2 quando “definitivamente presentes”, e com 1 quando os fenómenos estão “provavelmente presentes, mas sem certeza”. Com o intuito de aumentar a especificidade da entrevista, foram cotados com 1 os itens considerados “definitivamente presentes” e com 0 os itens “definitivamente ausentes” e os “provavelmente presentes, mas sem certeza”. Os resultados serão expostos quantitativamente, priorizando-se, porém, os aspectos qualitativos resultantes das entrevistas, nomeadamente com recurso a transcrição de excertos.

Para questões relacionadas com o processo de desenvolvimento da EAWE, orientações gerais, pré-requisitos para a realização da entrevista, e suas propriedades psicométricas, remetemos o leitor para os trabalhos referenciados (64, 65 e 66).

RESULTADOS

Os resultados serão aqui expostos seguindo a ordem dos itens na entrevista. Será primeiro apresentada a transcrição da descrição de cada item e subitem como providenciada pelos autores da EAWE (segundo a versão traduzida de Madeira e colaboradores (66), a azul escuro), seguida dos resultados obtidos (presente ou ausente na população de doentes com PPBL entrevistadas), com as respostas dos entrevistados (E1 - E5), quando os itens foram presentes.

3.1.Falta de compreensão social ou sintonia interpessoal (hipossintonia)

Um sentimento de distância extrema e desprendimento dos outros, envolvendo a sensação de que os movimentos, gestos ou discurso não estão coordenados com os das outras pessoas, de uma falta de sintonia não-verbal e, em particular, do senso comum social (dificuldade em compreender ou aderir às “regras do jogo”). Pode ser experienciado como uma perda da espontaneidade ou ressonância no envolvimento com o mundo social, e/ou como uma forma hiperreflexiva de autoconsciência ou ainda como um sentimento de alienação do seu próprio comportamento ou experiência. Este item significa mais do que um sentimento de se “estar dessincronizado” com os outros devido a formas de ansiedade social ou depressão, em que as regras do senso comum sociais estão mantidas. Não está restrito a pessoas ou situações específicas e envolve um sentimento generalizado (embora não necessariamente constante) de afastamento de quase todas as pessoas.

3.1.1. Perda do senso comum social

Sentimento de incapacidade de uma apreensão natural ou a compreensão espontânea do comportamento das outras pessoas ou do encontro social.

E1. “Tenho tendência a híper-interpretar tudo e, portanto, a ficar sempre um bocado na dúvida se estou a ler os sinais bem ou não, se a pessoa, ... se eu disse alguma coisa e a pessoa faz um gesto, eu tenho tendência a focalizar-me nalgumas pequenas coisas, que estarão mais na minha cabeça do que nas outras pessoas.”

E5. “Sinto dificuldade em entender as mensagens dos outros, não me consigo habituar às pessoas.”

3.1.2 Perda de sintonia proprioceptiva/corporal

O sujeito descreve um sentimento maioritariamente físico de ser desajeitado ou estar dessincronizado com as outras pessoas.

E1. “Sinto que fico demasiado autoconsciente, no corpo; é... tenho dificuldade em ser natural, espontânea.”

E4. “Páro para pensar, tenho de pensar como é que me devo mexer.”

3.1.3 Dificuldade específica em compreender a comunicação não-verbal

O sujeito tem dificuldade em compreender a comunicação não-verbal, ou percebe que compreende erradamente gestos ou expressões faciais dos outros.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.2 Sentimento de distância dos outros

Sensação de estar separado, à parte, desligado, ou profundamente distante das outras pessoas, de não estar envolvido, mas observando os outros à distância, como um espectador contemplativo, sem uma ligação emocional espontânea.

E1. “Sim, a maior parte das vezes em que estou com muitas pessoas. Não tanto como observador, não é num sentido vertical, mas talvez mais num sentido marginal (...) o que se fala, o que se passa, parece não me tocar da mesma forma que toca as outras pessoas.”

E2. “Muitas vezes... acontecia-me mais na fase em que tinha ataques de pânico e ansiedade, e sentia que se estivesse perto ou em sítios com muitas pessoas, eu realmente sentia-me como se estivesse sob uma espécie de manto de invisibilidade, quer dizer eu estava mas não estava, isso acontecia-me muitas vezes.”

E3. “Sim, sinto-me muitas vezes distante, na bolha.”

E4. “Todos os dias sinto que os outros estão distantes, e eu também estou distante, deles e de mim... a minha cabeça e o meu coração estão desligados daqui.”

E5. “Sinto-me afastada dos outros, debaixo do chão.”

3.3 Estratégias intelectuais/idiossincráticas de compreender os outros

O sujeito depende de observações racionais ou de métodos intelectualizados e baseados em regras para compreender e responder aos outros, devido a um sentimento de incapacidade de compreender de forma imediata as interações sociais do dia a dia.

3.3.1 Contemplação alienada do comportamento dos outros

O sujeito tem consciência de observar os outros, de forma a compreender as situações sociais e a perceber como viver (copiando os outros ou descobrindo a fórmula segundo a qual se comportam. Pode envolver um sentimento de que se é um estudioso envolvido na tarefa de observação "etológica" das outras pessoas ou na análise "científica" de sistemas ou máquinas "inteligentes".

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.3.2 Estruturação matemática/algorítmica da compreensão/interação social

O sujeito tenta compreender ou responder aos encontros sociais descobrindo ou criando uma fórmula algorítmica explícita ou um conjunto de regras. Pode parecer movido por uma curiosidade teórica ou por uma tentativa de fazer face à realidade; pode sentir-se bem ou malsucedido.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.4 Sentimento de inferioridade, crítica ou de desconfiança em relação aos outros

Sensação de extrema dificuldade em estabelecer relação ou sentir-se seguro com os outros por um sentimento de inferioridade ou experiência de hostilidade por parte dos outros.

3.4.1 Sentimento de insegurança própria, juízo crítico de si mesmo

Normalmente com sentimento de inferioridade em relação aos outros ou de consciência exacerbada dos próprios defeitos ou de uma inabilidade na interação com os outros.

E1. “Não sei se é uma *híper-exigência*, ou... se eu fizer alguma coisa, fico a dizer a mim própria “não, tu tens de fazer melhor, não tens desculpa para isso, tinhas obrigação de ter feito de outra forma”, com os outros ainda se nota mais (...) sinto que para ser capaz de interagir socialmente preciso de vestir uma armadura, tipo carapaça”.

E4. “Eu defino-me como um monte de estrume, não presto para ninguém, nunca soube ser mãe, filha ou mulher; eles vêem isso”

E5. “Eu não gosto de mim mesma, não gosto do espelho, as pessoas são diferentes de mim”

3.4.2 Sentimentos de “paranóia social” ou de ansiedade social

Sensação de que os outros estão estranhamente centrados em si, quer comentando, ajuizando ou simplesmente mirando-o de uma forma que faz com que o sujeito se sinta autoconsciente, culpado, envergonhado ou ansioso. O sujeito pode sentir-se especialmente vulnerável ou desestabilizado pelo olhar crítico ou pelas atitudes dos outros.

E1. “Se eu estou numa sala, e está uma pessoa mais longe, e se olha para mim uma vez, ou se se ri, ou olha outra vez, eu tenho tendência a pensar que essa pessoa ou pessoas estão a falar sobre mim.”

E2. “Ficava aflita porque sabia que falavam sobre mim, não sabia o quê... comentavam tudo, e isso deixava-me insegura e deslocada, como se eu fosse o patinho feio dali.”

E4. “Olham de soslaio, como quem [diz] - “olha ela ali, o monte de esterco, lá vai ela...”.

E5. “Eu apareço, os outros olham e afastam-se”

3.4.3 Desconfiança pervasiva das outras pessoas

O sujeito tem uma sensação geral de que os outros não são de confiança ou que lhe desejam algum tipo de mal. Pode ou não incluir uma sensação de paranóia (subtipo 2) de que os outros estão focalizados em si de forma pouco comum.

E1. “É variável, a questão emotiva costuma sobrepor-se ou... ou dar uma *patine* àquilo que eu estou a... à maneira como eu percebo as coisas racionalmente, mas tenho realmente momentos em que, mesmo até com pessoas mais próximas, tenho esse tipo de reacção, de sentimento, uma paranóia, pode dizer-se.”

E2. “Tendo a sentir-me desconfiada em relação aos outros, e isso é um problema, as pessoas no geral não me inspiram confiança, é um juízo de valor, talvez, mas eu nunca vejo logo o positivo... Tendencialmente tenho sempre um pé atrás.”

E4. “Nunca me consegui adaptar à sociedade, estar, conviver... ninguém dá o valor certo, todos julgam, a mim só me julgam (...) as pessoas são coração frio, culpabilizam muito. (...) Meto-me à defesa, sei bem do que as pessoas são capazes. Sinto-me sempre insegura.”

3.5 Angústia / Aflição por insegurança social generalizada

A mera presença de outras pessoas é vivida como pesada, estressante ou mesmo insuportável. Tipicamente envolve uma sensação de vulnerabilidade/ insegurança ontológica básica mais profunda que vergonha, culpa ou sentimento de inferioridade social - como se o *self* se tivesse tornado instável e vulnerável a ser destruído ou aniquilado pelos outros. Pode envolver emoções, afetos negativos ou sensações corporais estranhas desencadeadas pelos contactos interpessoais.

E1. “Até me acontece marcar alguma coisa, e depois só o facto de ter aquilo marcado fico cheia de ansiedade, e depois até desmarco ou arranjo uma desculpa à última (...) [com os companheiros de casa] fico a ouvir atrás da porta do quarto, quando é que eles saem, para poder baixar a guarda.”

E4. “Na relação com as pessoas sinto-me mal, eu nunca consegui estar na sociedade, é demasiado pesada para a minha cabeça, confusa, percebe? Uma aflição, um peso.”

E5. “Com os outros sinto-me sempre insegura, nunca me sinto à vontade.”

3.6 Interferência por vozes

O sujeito sente-se incapaz de participar em situações sociais devido a vozes (alucinações ou imaginadas) que o distraem ou desorganizam.

E1. “Eu às vezes tenho como se fosse uma espécie de, eu costumo chamar o “passo-atrás”, como se fosse eu duplicado a observar e narrar a mim própria o que estou a fazer um passo à frente... é algo que me serve hoje em dia, ajuda-me a pensar antes de reagir impulsivamente. Mas também já me provocou dificuldade em perceber onde é que eu estava exactamente, ou até se alguma coisa me habitava, estava em simultâneo a E1 e a “E1-passo-atrás”, no início dava-me medo.”

E2. “Acontece-me muitas vezes... parece que é a minha voz a falar duplamente, sou eu a falar e há outra *peçoínha* a falar cá dentro, por exemplo a dizer não digas isso assim, diz antes de forma tal, e depois há ali um contra-senso, e argumentos, é assim se

disseres tens esta consequência, se não outra coisa, mais com gente em quem não confio, tenho de negociar comigo própria o que vou dizer.”

E4. “Sinto o meu subconsciente a dizer-me “não faças isto, faz aquilo, faz de maneira diferente, não estás a fazer bem...” e quando achava que estava a fazer algo bem, o meu subconsciente pedia para eu fazer diferente.”

E5. “Tenho às vezes uma voz na cabeça, uma voz diferente, de ambos os sexos... não percebia bem o que dizem, mas ficava muito nervosa e tinha medo... tornava ainda mais difícil ouvir os outros”

3.7 Perturbação da demarcação eu-outro

O sujeito sente que o seu sentido básico de independência ou a distanciação entre si e o outro foram quebrados ou se tornaram muito mais fluidos do que o normal. Pode envolver sentimentos intensos de empatia, de abertura, de controle, de fusão ou confusão entre si e o outro - quer físicos, quer psicológicos, quer relacionados com a sua identidade.

3.7.1 Hipersintonia

O sujeito sente que pode “ler” ou compreender a mente dos outros de uma forma direta, como se tivesse acesso imediato à consciência do outro, por exemplo quando essa pessoa está em silêncio ou tendo acesso ao “verdadeiro significado” das palavras do outro quando este afirma o oposto (excluindo-se a utilização de ironia, etc.).

E1. “É uma espécie de empatia ao quadrado, consigo de uma forma mais rápida do que o que seria normal ler as intenções das pessoas, entro em sintonia e percebo logo o que se está a passar... tem alturas que sinto esta capacidade de leitura dos outros.”

E2. “A minha energia transmite-se aos outros, e a dos outros a mim, sentimo-nos assim”

E3. “Com algumas pessoas mais próximas desenvolvo telepatia, mais para a tristeza (...) A X. eu adivinho sempre quando está triste, sem pista nenhuma, mesmo sem estarmos juntas”.

E4. “À C. eu leio-lhe a mente, as coisas vêm dela para mim sem ser preciso falar”

3.7.2 Influência incomum sobre os outros

O sujeito sente-se capaz de controlar os pensamentos, sentimentos ou ações dos outros, de uma forma imediata ou não natural (e não apenas por meio de formas normais de influência).

E1. “essa capacidade de influenciar, às vezes de manipular, pronto nós na nossa cultura temos tendência a ler tudo racionalmente, mas noutros contextos, as pessoas que fazem isso são considerados como tendo poderes ou capacidades sobrenaturais. Isso é uma coisa que às vezes me assusta um bocado, e que sim, eu acho que tenho uma tendência a ter essa capacidade, mas sempre tive... sempre fugi disso, por ter medo de não saber como lidar, não sei se por insegurança, autojulgamento, ter medo de ser manipulativa...”

e por não compreender muito bem. Às vezes acho que as minhas tendências escapistas vêm um bocado disso... Pensar isso de si próprio é quase pensar-se especial, e eu não consigo achar isso, sempre resisti a atribuir a mim própria esse poder, mas no fundo sei que ele está lá”

E2. “As pessoas são influenciáveis pelas energias, se a minha energia é negativa eu nem saio de casa, a negativa contamina, as pessoas ficam deprimidas, fica pesado.”

3.7.3 Abertura patológica

O sujeito sente que os seus pensamentos, sentimentos ou a sua alma/self estão de certa forma expostos, e que os outros conseguem entrar ou conhecer directamente os conteúdos da sua mente.

E1. “Sim, por isso é que sou tão influenciável... às vezes eu... acho que essa demasiada abertura faz com que não haja uma base sólida para me ancorar.”

3.7.4 Experiência de ser controlado

O sujeito sente que os seus pensamentos, sentimentos ou ações são controlados pelos outros (de uma forma especial, como no subtipo 2).

E1. “Acontece-me frequentemente ter a impressão que... às vezes quase uma impressão de telepatia, absorvo o mau estar de outra pessoa, ou começar a sentir-me preocupada e perceber que é porque estou com alguém que está com algum problema na cabeça e isso é-me transmitido de alguma forma.”

E5. “Sinto que me colocam pensamentos na cabeça, não sei explicar, como telepatias... mas prefiro não falar sobre isso.”

3.7.5 Limites psicológicos fluidos ou fundidos

O sujeito sente que a sua mente é invadida, misturada ou penetrada, como se experienciasse os pensamentos, sentimentos ou memórias de outras pessoas, ou se sentisse inseguro sobre a quem pertenciam as experiências - experiências normalmente desagradáveis ou desencadeadoras de ansiedade, frequentemente com incerteza ou confusão quanto aos limites psicológicos.

E1. “Há muito fluxo nalgumas alturas. Sim, por isso é que sou tão influenciável... às vezes eu... acho que essa demasiada abertura faz com que não haja uma base sólida para me ancorar.”

3.7.6 Fusão universal

O sujeito sente como se as pessoas simplesmente não existissem como indivíduos distintos, mas como se de alguma forma elas estivessem fundidas, com um funcionamento similar à mentalidade de colmeia ou com uma consciência unificada.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.7.7 Incerteza sobre atitudes ou identidade pessoais

O sujeito sente-se confuso sobre a sua identidade, atitudes ou preferências na presença de outras pessoas, como se fosse incapaz de resistir a conformar-se ou incapaz de manter perspectivas autónomas separadas. O problema aqui diz respeito à autenticidade das suas próprias opiniões e atitudes ou à confiança que tem nelas (e não ao próprio sentido de ter ou viver experiências pessoais).

E4. “Não sei, eu sou várias pessoas diferentes, com diferentes pessoas sou uma pessoa diferente (...) e tenho dois lados, o bom quando estou bem e o mau quando estou mal”

3.7.8 Incerteza quanto aos limites físicos

O sujeito sente-se confuso quanto aos limites ou à diferenciação das suas características físicas ou das suas partes do corpo e as de outras pessoas.

E1. “Em relações íntimas tenho uma tendência fusional, deixo de perceber onde eu acabo e começa a outra pessoa, mas o contrário também, quer dizer, pessoas causarem-me rejeição física imediata, física, náuseas, vômitos, repulsa... mas não é repulsa por algo de mau que está a acontecer, a pessoa não está a fazer nada interpretável por mim

como bom ou mau... Já me aconteceu vomitar em cima de uma pessoa, estava num bar, um amigo de uma amiga apareceu, eu fiquei super enjoada, vim para fora apanhar ar, ele veio atrás de mim e quando me tocou na mão eu vomitei, e aí percebi que aquele mau estar vinha dele, quando me tocou passei a senti-lo dessa forma.”

3.7.9 Experiência de ser imitado

O sujeito sente como se as outras pessoas estivessem a imitar os seus movimentos e ações ou talvez a fazer piada de sua forma de agir com imitações exageradas. A imitação é vivida como tendo uma qualidade peculiar, estranha ou fora do normal.

E1. “Apercebi-me que essa pessoa como que sugava as minhas ideias, a maneira como eu falava, o que dizia, os temas que abordava, o discurso...”

3.8 Dificuldades com o olhar

Sentimento de dificuldade ou desconforto no contato visual. O sujeito apercebe-se particularmente do contato visual ou do olhar dos outros, sentindo-se intrigado ou enervado e tentado a analisá-lo.

3.8.1 Intromissão do olhar do outro

O olhar da outra pessoa é visto como penetrante e intrusivo, talvez até mesmo difícil de suportar. O sujeito pode descrever ter de desviar o olhar ou olhar para baixo para não se perder.

E1. “Certo tipo de olhares tinham intenções, tento descartar essa sensação, mas está lá (...) desviar o olhar é uma forma de me proteger”.

E3. “Não há um dia em que um homem mais velho não olhe para mim com um olhar porco, tenho que evitar o contacto”

E5. “O olhar é complicado, porque há pessoas que têm um olhar traiçoeiro, como se odiassem através do olhar, a gente não se deve deixar ficar [a olhar]”

3.8.2 Sentimento de exposição ao ser olhado nos olhos

O sujeito sente-se exposto ou à mercê pois a sua vida interior é revelada quando é olhado pelos outros nos olhos, ficando com acesso imediato às suas emoções e pensamentos. Pode ter uma qualidade somática/física, como se os olhos pudessem ser fisicamente penetrados.

E1. “Acho que é uma questão de acessibilidade, tenho medo que as pessoas *acessem*”

E5. “Há muita gente que me lê os pensamentos olhando-me nos olhos, sou muito transparente.”

3.8.3 Intromissão do próprio olhar

O sujeito sente o seu próprio olhar como penetrante e perturbador para outras pessoas, como se transmitindo algo mau ou desagradável, talvez “energia” negativa por meio dos olhos.

E1. “Já aconteceu pessoas dizerem-me que o meu olhar no início as assustava... eu estar a discutir e perceber que o meu olhar é mais duro e negativo para os outros”.

3.8.4 Desumanização dos Olhos dos Outros

Pode haver um sentido que, olhando nos olhos dos outros, persuada o sujeito a pensar que não estão realmente vivos ou conscientes, e/ou tenham uma qualidade desconcertantemente tipo-objeto ou material. Olhos ou globos oculares de outra pessoa (ou do próprio, vistos num espelho) podem parecer, por exemplo tipo “berlindes estranhos” ou como tendo um brilho desconcertante “estilo vidro” ou “metálico”.

E4. “Há um verniz em cima dos olhos que tapa o verdadeiro significado do olhar”.

3.8.5 Olhos como Portais Cósmicos

O sujeito descreve um sentido desconcertante (uncanny) de que os olhos dos outros (ou do próprio, vistos num espelho) se abrem para dimensões “místicas”; “cósmicas” ou “espaciais”.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.8.6 Inquietação Inespecífica do Olhar

O sujeito sente uma inquietação e ansiedade inespecíficas enquanto estabelece contato visual com outra pessoa, mas é incapaz de especificar por quê. Prefere não olhar nos olhos dos outros.

E2. “Os olhos dizem muito... Com pessoas que sinta demasiado respeito, se me olharem nos olhos fico constrangida.”

E3. “Há olhares de pessoas que me intimidam, fazem-me sentir desconfortável, sem dizer nada... Não olho nos olhos de desconhecidos, há pessoas que querem forçar o olhar para controlar, e temos de nos defender porque não sabemos as intenções.”

E4. “O contacto ocular mete-me medo... eu tento ler os olhos das pessoas, ver o que elas querem dizer com o que dizem, o que pensam de mim, mas nunca consigo decifrar (...).

3.9 Despersonalização dos Outros

As outras pessoas são experienciadas não como seres humanos vivos e respirantes, mas como de algum modo mortos, irreais, ilusórios ou mecânicos. Pode ser selecionado mais do que um subtipo.

3.9.1 As Pessoas Parecem Mortas

As pessoas vivas têm uma qualidade especificamente cadavérica. Esta envolve um sentimento forte da mortandade dos outros e pode ou não implicar uma convicção de que o sujeito está, de facto, morto (como no delírio de Cotard).

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.9.2 As Pessoas Parecem Irreais/Falsas/Ilusórias

O sujeito percebe as outras pessoas como se fossem artificiais, estranhamente fraudulentas, ou como cópias delas mesmo. Podem parecer também como se não fizessem parte da realidade normal objectiva/intersubjectiva ou, em vez disso, subjetivizadas, por exemplo, parecendo míticas, ficcionais ou imaginárias.

E1. “Senti que duvidei se as pessoas existiam para além da minha percepção, ter a impressão de que havia uma espécie de jogo a ser jogado, eu tinha um papel atribuído que desconhecia, percebi em certos contextos que alguém me tinha atribuído um dado papel e que eu apenas estava a tomar consciência disso enquanto as pessoas à minha volta estavam a fazer tudo automatizado, simplesmente ali a operar, uma função no jogo.”

E3. “Às vezes sinto que as outras pessoas são todas iguais, todas mecânicas, tipo cópias, e eu estou num Mundo à parte, mais humano e sofrido.”

3.9.3 As pessoas parecem mecânicas

O sujeito percebe as outras pessoas como se fossem máquinas e por isso desprovidas de vitalidade, subjetividade ou vida interior.

Nenhum entrevistado reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.10 As pessoas são dominadas por uma característica única

O carácter ou aparência de uma outra pessoa parece completamente definido por uma única característica em particular ou limitado a ela, como se a pessoa lhe fosse inseparável, completamente resumida ou revelada por ela, como a forma do nariz, o modo de andar, o gesto típico ou o comentário.

E3. “Às vezes só me ressalta o cabelo, ou um detalhe de gesto, que fica ali fixo.”

3.11 Intensidade aumentada, vivacidade, ou realidade dos outros

As pessoas são experienciadas como de alguma maneira mais intensas, vivas ou reais que o habitual, de um modo que parece anormal, desconcertante (*uncanny*) ou não completamente humano.

E2. “Parecia um filme, a pessoa ficava com mais brilho, mais enaltecida, luminosa, é diferente... não sei explicar porquê, talvez energia radiante.”

E3. “Com pessoas que sinto que são muito boas, sinto uma energia muito maior, é pela positiva... é algo muito forte, sinto que são mesmo puros, uma espécie de admiração, de serem muito especiais... ficam mais intensos, mais detalhados”.

3.12 Alterações na qualidade ou tom da aparência dos outros

A aparência das pessoas, ou o modo como esta é experienciada, é alterada de uma forma estranha ou desconcertante (uncanny).

3.12.1 As pessoas parecem familiares de um modo estranho

As pessoas desconhecidas ao sujeito parecem familiares de um modo estranho ou desconcertante (uncanny).

E1. “Reconheço muitas vezes pessoas que nunca vi na minha vida, como se reconhecesse a outro nível, não sei...”

3.12.2 As pessoas parecem não familiares de um modo estranho

As pessoas que são, de facto, familiares ao sujeito, e cuja aparência é reconhecida, têm ainda assim uma qualidade não-familiar impressionante. Tal pode ou não implicar a convicção de que os outros indivíduos deverão ser na verdade uma pessoa desconhecida, talvez disfarçada como íntimo.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.12.3 As pessoas parecem disfarçadas

As pessoas parecem estar de algum modo a esconder ou a cobrir a sua verdadeira identidade. O sujeito pode experienciar este item em combinação com (e especialmente como explicação para) a despersonalização e alterações na familiaridade. O sujeito pode falar de pessoas “andando incógnitas” ou de algum modo “pretendendo” ser alguém que não são.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.12.4 As pessoas parecem estranhamente ameaçadoras

Há algo na aparência das pessoas que é qualitativamente estranho/perturbador, parecendo indicar que os outros são de alguma forma ameaçadores.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.12.5 Mudanças gerais/inespecíficas na aparência física de outros

O sujeito identifica as características físicas, tais como o rosto e corpo, de outras pessoas como alterados, distorcidas, deformadas, ou estranhamente não naturais. Por exemplo, a cor ou a aparência do rosto, dos olhos, ou do cabelo podem parecer alteradas, embora não necessariamente de uma forma literal.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.13 As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum (para lá do óbvio)

Refere-se ao sentimento de que as outras pessoas estão a insinuar ou transmitir alguma mensagem especial, muitas vezes dirigida para, ou destinada ao sujeito. O que as pessoas querem dizer pode ser bastante distante de que elas realmente estão a dizer. O sujeito pode ou não ser capaz de identificar o conteúdo ou o significado da mensagem.

3.13.1 Significado paranóide

A comunicação especial é experienciada como indicando desagrado, crítica, acusação, intenção malévola, ou como conspirativa contra o sujeito.

E4. “Percebo que me estão a julgar, dão a entender, fazem-me sentir, sei que é para mim”

E5. “São ditos sem dizer, como se estivesse a ser ameaçada”

3.13.2 Significado grandioso

A comunicação especial é experienciada como uma indicação de poderes incomuns do sujeito ou de superioridade sobre os outros.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.13.3 Significado metafísico

A comunicação especial é experienciada como uma indicação de uma mudança no tecido do universo, como uma aproximação do fim do mundo ou qualquer outro significado metafísico.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.13.4 Significado instável/desconhecido

A comunicação de uma pessoa ou pessoas tem um significado especial para o sujeito, mas este é incapaz de dizer qual é.

E1. “Já senti que comunicavam de uma forma... noutra dimensão, noutro nível, uma espécie de hipercomunicação... há coisas que não se pode transformar em palavras, ou decodificar em pensamentos ou ideias, há muitas formas de interacção.”

3.14 Respostas anômalas (em atitudes ou comportamentos) para com os outros

O sujeito tem consciência de agir - ou de se sentir compelido a agir - de forma não usual ou estranha quando se relaciona com outras pessoas, como, retirar-se, revoltar-se, conformar-se, adquirir uma postura de observação, etc., muitas vezes associando-se a ansiedade profunda, ameaça interpessoal ou de perplexidade. Os subtipos podem ter uma qualidade involuntária/automática (eventualmente catatônica) ou adquirir uma natureza intencional/ativa ("antagonômica" [41]); pode ser útil aos entrevistadores investigar essa natureza.

3.14.1 Remoção ativa

O sujeito sente-se obrigado ou inclinado a retirar-se da presença das outras pessoas, por exemplo, fechando-se no seu quarto ou em casa, por sentir ansiedade, medo ou desconforto nas relações interpessoais.

E1. “Vou para o quarto, fico a ouvir [os companheiros de casa] atrás da porta do quarto, quando é que eles saem, para poder baixar a guarda.”

E4. “Meto-me à defesa, faz-me falta a minha solidão”

E5. “Tendo a isolar-me para não ter de lidar com os outros”

3.14.2 Comportamento em oposição/rebelde

O sujeito sente-se obrigado a opor-se ou a resistir aos outros. Isso pode incluir recusar-se a cooperar com o entrevistador (oposição), afastar-se deste enquanto fala (aversão) ou fazer o oposto do que é pedido (negativismo).

E1. “Tendo a vincar posições demasiadamente, embora sendo coisas que eu até nem sinto necessidade de exteriorizar, mas sinto que o contexto precisa desse choque ou confronto, porque eu estou ali...”

3.14.3 Desinibição social

O sujeito tem consciência de agir de uma forma que de algum modo demonstra indiferença para com as normas sociais - quer por desrespeito ativo ou por ignorar expectativas sociais.

E5. “Antes tinha comportamentos ridículos, batia nas pessoas, em crianças, partia tudo”

3.14.4 Desejo compulsivo de harmonia interpessoal

O sujeito sente que as suas relações devem ser permanentemente e completamente harmoniosas e benignas, totalmente desprovidas de conflitos. Por exemplo, o sujeito pode descrever sentir-se "incapaz de discordar" ou como se tivesse de estar sempre “de acordo” com os outros.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.14.5 Compliance extrema

O sujeito está ciente de copiar os comportamentos dos outros ou de agir de acordo com o que é esperado de forma tão extrema, que sugere algo mais do que mera conformidade social. O sujeito pode descrever esta experiência como obediência "automática", ou cumprimento quase "mecânico" com os pedidos do interlocutor, ou como uma espécie de ecopraxia (imitando o movimento do outro); o entrevistador deverá registrar estes detalhes.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

3.14.6 Compulsão para palhaçada/entretenimento dos outros

O sujeito sente como se tivesse de "agir como um tolo", de se comportar como um palhaço ou "fazer de brincalhão" [50], quando está perto dos outros, talvez em resposta à ansiedade, ou talvez como expressão de desdém/superioridade. Este comportamento parece forçado, automático ou extremo para além de um desejo mais mundano de ser divertido.

Nenhum entrevistando reportou esta experiência subjectiva, nem espontaneamente, nem após questionado com exemplos.

RESULTADOS - PONDERAÇÃO QUANTITATIVA

Aqui serão contabilizadas as respostas de acordo com a pontuação 1 (+) se definitivamente presente, ou 0 (-) se definitivamente ausente ou dúvidas se presente ou ausente. As respostas contabilizadas estão transcritas nos respectivos itens e subitens, e podem ser lidas na secção de resultados anterior.

Contabilizados os itens como um todo, o mínimo de cotação observada foi de 6/14 e o máximo 11/14. Considerando-se os subitens, obteve-se um mínimo de 7/46 [46 = 41 subitens + 5 itens sem subitens] e um máximo de 24/46. Todos os entrevistados cotaram 1 nos itens 2. Sentimento de Distância dos Outros, 7. Perturbação da demarcação eu-outro e 8. Dificuldade com o olhar. Quatro dos entrevistados cotaram 1 nos itens 4. Sentimento de inferioridade, crítica ou de desconfiança, e 6. Interferência por vozes. Todos os entrevistados cotaram 0 no item 3. Estratégias intelectuais / idiossincráticas de compreender os outros.

	E1	E2	E3	E4	E5
TOTAL ITENS (N/14)	11	6	6	10	9
TOTAL SUBITENS (N/46)	24	8	7	14	13

Tabela 1. Pontuação Total por Itens e Subitens de cada entrevistado

RANKING DE COTAÇÃO DOS ITENS DA ENTREVISTA	Nº +	SUBITENS
2. Sentimento de Distância dos Outros	5	NA
7. Perturbação da demarcação eu-outro	5	1, 2, 4
8. Dificuldade com o olhar	5	1, 6, 2
4. Sentimento de inferioridade, crítica ou de desconfiança	4	1,2,3
6. Interferência por vozes	4	NA
1. Falta de compreensão social ou sintonia interpessoal (hipossintonia)	3	1,2
5. Angústia / Aflição por insegurança social generalizada	3	NA
13. As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum	3	1
14. Respostas anómalas (em atitudes ou comportamentos) para com os outros	3	1,2
9. Despersonalização dos outros	2	2,3
11. Intensidade aumentada, vivacidade ou realidade dos outros	2	NA
12. Alterações na qualidade ou tom da aparência dos outros	2	1,3,4
10. As pessoas são dominadas por uma característica única	1	NA
3. Estratégias intelectuais/idiossincráticas de compreender os outros	0	NA

Tabela 2. Ranking de cotação dos itens da entrevista

Tabela 3. Mapa Global das respostas

	1	2	3	4	5	TOTAL
1. Falta de compreensão social ou sintonia interpessoal (hipossintonia)	+	-	-	+	+	+++--
Perda do senso comum social	+	-	-	-	+	+++--
Perda de sintonia proprioceptiva/corporal	+	-	-	+	-	+++--
Dificuldade específica em compreender a comunicação não-verbal	-	-	-	-	-	-----
2. Sentimento de Distância dos Outros	+	+	+	+	+	+++++
3. Estratégias intelectuais/idiossincráticas de compreender os outros	-	-	-	-	-	-----
Contemplação alienada do comportamento dos outros	-	-	-	-	-	-----
Estruturação matemática/algorítmica da compreensão/interacção social	-	-	-	-	-	-----
4. Sentimento de inferioridade, crítica ou de desconfiança em relação aos outros	+	+	-	+	+	++++-
Sentimento de insegurança própria, juízo crítico de si mesmo	+	-	-	+	+	++++-
Sentimentos de “paranóia social” ou de ansiedade social	+	+	-	+	+	++++-
Desconfiança pervasivas das outras pessoas	+	+	-	+	+	++++-
5. Angústia / Aflição por insegurança social generalizada	+	-	-	+	+	++++-
6. Interferência por vozes	+	+	-	+	+	++++-
7. Perturbação da demarcação eu-outro	+	+	+	+	+	+++++
Hipersintonia	+	+	+	+	-	++++-
Influência incomum sobre os outros	+	+	-	-	-	+++--
Abertura patológica	+	-	-	-	-	+----
Experiência de ser controlado	+	-	-	-	+	+++--
Limites psicológicos fluídos ou fundidos	+	-	-	-	-	+----
Fusão universal	-	-	-	-	-	-----
Incerteza sobre atitudes ou identidades pessoais	-	-	-	+	-	+----
Incerteza quanto aos limites físicos	+	-	-	-	-	+----
Experiência de ser imitado	+	-	-	-	-	+----
8. Dificuldade com o olhar	+	+	+	+	+	+++++
Intromissão do olhar do outro	+	-	+	-	+	++++-
Sentimento de exposição ao ser olhado nos olhos	+	-	-	-	+	+++--
Intromissão do próprio olhar	+	-	-	-	-	+----
Desumanização dos olhos dos outros	-	-	-	+	-	+----
Olhos como portais cósmicos	-	-	-	-	-	-----
Inquietação inespecífica do olhar	-	+	+	+	-	++++-
9. Despersonalização dos outros	+	-	+	-	-	+++--
As pessoas parecem mortas	-	-	-	-	-	-----
As pessoas parecem irreais/falsas/ilusórias	+	-	-	-	-	+----
As pessoas parecem mecânicas	-	-	+	-	-	+----
10. As pessoas são dominadas por uma característica única	-	-	+	-	-	+----
11. Intensidade aumentada, vivacidade ou realidade dos outros	-	+	+	-	-	+++--
12. Alterações na qualidade ou tom da aparência dos outros	+	-	-	+	-	+++--
As pessoas parecem familiares de um modo estranho	+	-	-	-	-	+----
As pessoas parecem não familiares de um modo estranho	-	-	-	-	-	-----
As pessoas parecem disfarçadas	+	-	-	-	-	+----
As pessoas parecem estranhamente ameaçadoras	-	-	-	+	-	+----
Mudanças gerais/inespecíficas na aparência física de outros	-	-	-	-	-	-----
13. As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum (para lá do óbvio)	+	-	-	+	+	++++-
Significado paranóide	-	-	-	+	+	++++-
Significado grandioso	-	-	-	-	-	-----
Significado metafísico	-	-	-	-	-	-----
Significado instável/desconhecido	+	-	-	-	-	+----
14. Respostas anómalas (em atitudes ou comportamentos) para com os outros	+	-	-	+	+	++++-
Remoção activa	+	-	-	+	+	++++-
Comportamento em oposição/rebelde	+	-	-	-	-	+----
Desinibição social	-	-	-	-	+	+----
Desejo compulsivo de harmonia interpessoal	-	-	-	-	-	-----
Compliance extrema	-	-	-	-	-	-----
Compulsão para palhaçada/entretenimento dos outros	-	-	-	-	-	-----

Tabela 4. Subitens presentes em 3 ou mais dos entrevistados

4.1. Sentimento de insegurança própria, juízo crítico de si mesmo	3/5
4.2. Sentimentos de “paranóia social” ou de ansiedade social	4/5
4.3. Desconfiança pervasivas das outras pessoas	4/5
7.1. Hipersintonia	4/5
8.1. Intromissão do olhar do outro	3/5
14.1. Remoção Activa	3/5

Tabela 5. Itens e Subitens não cotados em nenhuma entrevista

1.3. Hipossintonia - Dificuldade específica em compreender a comunicação não-verbal
3. Estratégias intelectuais/idiossincráticas de compreender os outros
3.1. Contemplação alienada do comportamento dos outros
3.2. Estruturação matemática/algorítmica da compreensão/interacção social
7.6. Perturbação da demarcação eu-outro - Fusão Universal
8.5. Dificuldade com o olhar - Olhos como portais cósmicos
9.1. Despersonalização dos outros - as pessoas parecem mortas
12.2. Alterações na aparência dos outros - As pessoas parecem não familiares de um modo estranho
12.5. Alterações na aparência dos outros - Mudanças gerais/inespecíficas na aparência física
13.2. As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum - Significado Grandioso
13.2. As pessoas parecem comunicar algo especial ou incomum - Significado Metafísico
14.4. Respostas Anómalas - Desejo compulsivo de harmonia interpessoal
14.5. Respostas Anómalas - <i>Compliance</i> extrema
14.6. Respostas Anómalas - Compulsão para palhaçada/entretenimento dos outros

RESULTADOS - TEMAS NÃO COTADOS

Alguns temas, não directamente abordados pela entrevista ou não cotáveis, surgiram recorrentemente na amostra entrevistada. Embora uma verdadeira exploração temática destas respostas esteja para além dos objectivos do trabalho, nomeamos dois destes pontos, presentes em todas as entrevistas, que designamos descritivamente de: 1. Tendência a associar a experiências traumáticas do passado; 2. Reconhecimento de variabilidade e coabitação de experiências opostas.

1. Tendência a associar a experiências do passado

Em todas as entrevistas, em algum momento, as entrevistadas associaram uma dada descrição ou fenómeno subjectivo a experiências do passado, tendencialmente de natureza traumática.

E1. “Tenho tentado perceber de onde é que isso vem, do passado, bem lá atrás (...) vem muito da minha experiência, vai moldando não é?”

E2. “Esse acidente em miúda marcou-me muito, faz com que veja sempre essa falha.”

E3. “Desde pequena que tenho o mesmo medo.”

E4. “O desejo do perdão do meu pai, é para onde a minha cabeça foge sempre, duma maneira ou doutra (...) eu nunca tive regras na minha vida, ia ser agora?”

E5. “A minha família nunca me quis, e eu nunca aprendi a viver”

2. Reconhecimento de variabilidade e coabitação de experiências opostas

As cinco entrevistadas afirmaram, em diferentes momentos da entrevista, que a sua experiência era altamente variável ou que, embora tendo experienciado o ponto questionado na entrevista, já haviam experienciado também o completo oposto:

E1. “Nem sempre... Nem sempre, nem nunca, não é? Eu acho... eu acho importante deixar claro que há várias E1. Para começar, há o contexto social sóbria e não sóbria, ou havia (...) É variável, depende de como me estou a sentir... a questão emotiva costuma sobrepor-se ou... dar uma *patine* aquilo que eu estou a, à maneira como eu percebo as coisas racionalmente (...) depende, há dias que sim e dias que não, não há propriamente uma regra que se aplique sempre...”

E2. “O meio social do trabalho é uma coisa, dos amigos próximos é outra, o social alargado outra... e vai muito da minha energia naquele dia, também”

E3. “Estar com os outros é agradável, sou uma pessoa social e desinibida, gosto de ajudar (...) em situações que estou mal, muda completamente, magoo e magoo a sério, descarrego nos que mais gosto.”

E4. “Não sei, eu sou várias pessoas diferentes, com diferentes pessoas sou uma pessoa diferente (...) tenho dois lados, o bom quando estou bem e o mau quando estou mal”.

E5. “Varia como me sinto, quando estou bem nem penso nisso.”

DISCUSSÃO

Os nossos resultados sugerem afinidades e discrepâncias entre os doentes com PPBL e os doentes com PEE no que se refere à experiência subjectiva das outras pessoas, conforme captada pela EAWE. A natureza pouco específica de muitas das manifestações das perturbações do *self* e do Mundo vivido que caracterizam a esquizofrenia (segundo o modelo da esquizofrenia como perturbação da *ipseidade*), e a grande abrangência de fenómenos psicopatológicos observados em doentes com PPBL, faziam antever a obtenção de pontuações médias a elevadas na população de doentes com PPBL. Nove dos 14 itens são cotados por mais de metade da amostra de doentes com PPBL, com 6 subitens a serem pontuados em mais de metade dos doentes. Ressaltam ainda assim 14 subitens que nenhum entrevistado cotou, e que poderão traduzir fenómenos mais específicos das PEE - notoriamente, a *hipossintonia* e o emprego de estratégias idiossincráticas / alienadas para compreensão das outras pessoas, fenómenos com estreita relação com a diminuição da auto-afecção e hiperreflexividade, e portanto mais ligados à noção de perturbação do *self* básico. Também as respostas anómalas que implicam uma sobre-adaptação compensatória ao meio social parecem ser mais características das PEE. Considerando o pressuposto de que as alterações do *self* básico se poderão também manifestar ao nível do *self* narrativo, é compreensível que um conjunto de itens que visa captar de forma compreensiva e abrangente todos estes fenómenos vá também ser sensível a doentes com perturbações exclusivamente ao nível do *self* narrativo.

Há também as limitações intrínsecas do instrumento e da abordagem: descrições que soam semelhantes, e que cotam igualmente na entrevista, podem mascarar diferenças significativas ao nível fenomenológico; algumas nuances subtis da experiência são profundamente evasivas à captura pelas palavras, como fica patente nas múltiplas hesitações de algumas doentes quando procuram exemplificar ou clarificar a natureza da sua experiência. Mesmo quando as experiências são efectivamente distintas, elas podem representar finais comuns de vias distintas. Além do mais, há aspectos descritivamente semelhantes que, sobre o *gestalt* da esquizofrenia, adquirem um matiz distinto, que não é capturável na entrevista EAWE, particularmente se aplicada de forma parcelar.

As afinidades apresentadas divergem dos resultados obtidos pelo único estudo realizado com a aplicação da EASE a uma amostra de doentes com PPBL (56). No estudo de Nelson e colegas, foram correlacionados os scores da EASE com os scores da SCID II PQ obtidos numa amostra de 42 doentes seguidos numa clínica de alto risco para psicose, resultando em ausência de correlação. Os autores concluíram que as perturbações do *self* básico observadas naqueles doentes de alto risco não tinham correlação com a presença de PPBL, reforçando o seu pressuposto teórico. Os autores terminam com o reconhecimento da necessidade de estudar as ASE em doentes com PPBL estabelecida. No nosso estudo não foi aplicada a EASE, mas a EAWE - que permite uma perspectiva das alterações do *self* básico a partir das alterações do mundo vivido, e a aplicação isolada de um domínio de particular interesse. Os nossos resultados sugerem que pelo menos algumas das alterações da experiência subjectiva das outras pessoas presentes nos doentes com PPBL são indistinguíveis daqueles observados nas PEE. Trabalhos como o de Vaernes (77), Sass (78) ou Madeira (76) já haviam apontado para a existência de ASE fora do espectro da esquizofrenia, com particular enfoque na perturbação de despersonalização e perturbação de pânico. No primeiro caso, os autores teorizam sobre a existência de formas de ASE primárias (que reflectem alterações precoces no neurodesenvolvimento) e secundárias (reações defensivas / compensatórias a stressores). Na sua comparação de 2 casos, os autores concluem que as principais diferenças respeitam o *timing* e o modo de início dos sintomas. Sass (78) argumenta que as semelhanças observadas na EASE entre doentes com PEE e Perturbação de Despersonalização podem dever-se ao facto da diminuição da auto-afecção poder ser semelhante a uma forma extrema e prolongada de despersonalização, por um lado, enquanto por outro também aspectos vivenciais (sobre esta predisposição e modo de estar no mundo) podem despoletar fenómenos de despersonalização secundários que se somam, contribuindo para o perfil sintomático flutuante observado nestes doentes. Dada a elevada prevalência de fenómenos de despersonalização observados em amostras de doentes com PPBL (79), esta poderá ser também uma via que contribui para as afinidades observadas na entrevista.

No que respeita ao potencial da entrevista para a exploração da experiência subjectiva das outras pessoas de doentes com PPBL, alguns dos itens parecem adequados para facilitar a expressão dos doentes. Em todas as entrevistas houve no final o reporte de se ter falado de tópicos de interesse, com 2 entrevistadas a verbalizarem

alívio por não serem as únicas a ter determinada experiência. O uso de alguns itens e dos exemplos providenciados na entrevista como facilitadores da expressão dos doentes poderá trazer oportunidades ao encontro clínico, independentemente do seu valor diagnóstico.

Os temas que designamos de “tendência a associar a experiências do passado” e “reconhecimento de variabilidade e coabitação de experiências opostas” poderão constituir vias a explorar para um projecto de entrevista fenomenológica a doentes com PPBL, e constituir um aspecto distintivo importante entre as duas entidades. O segundo ponto, que emergiu espontaneamente na entrevista, remete para a noção psicodinâmica de clivagem, constituindo um exemplo de como as abordagens não são mutuamente exclusivas. A convergência de temas provenientes de uma tematização com suspensão de juízo apriorístico com temas descritos por esta ou aquela corrente teórica é relevante, e poderá reforçar-se mutuamente: para uma fenomenologia diferencial, por um lado, e para um enquadramento teórico e abordagem psicoterapêutica, por outro.

Numa perspectiva clínica, esta conclusão alerta ainda para a importância da avaliação compreensiva e com múltiplos instrumentos, particularmente quando se abordam utentes sub-sindrómicos, prodrómicos ou pré-mórbidos, com entrevistas desenhadas para maximizar a sensibilidade.

LIMITAÇÕES E VIAS FUTURAS

A generalização de resultados está neste trabalho limitada pela reduzida dimensão da amostra e recurso exclusivo a entrevistados do sexo feminino. A cotação das respostas deve idealmente ser feita por consenso de pelo menos dois investigadores com formação e experiência na aplicação da entrevista. A existência de um grupo de controlo (com diagnóstico de PEE, e/ou com ausência de diagnóstico) permitiria uma discussão mais alargada dos resultados.

Trabalhos futuros poderão beneficiar da aplicação de instrumentos de diagnóstico prévios à selecção dos entrevistados (por exemplo, a entrevista estrutural de Kernberg) e a aplicação integral da EASE ou EAWE, a uma amostra mais alargada e caracterizada de doentes com PPBL, PEE e outros.

Uma questão que permanece por responder é se a alta cotação observada nos doentes com PPBL corresponde à perda de especificidade inevitável de uma entrevista desenhada para ser altamente sensível, ou se se relaciona com as afinidades nosológicas das duas identidades clínicas. Fica claro o potencial da entrevista para explorar aspectos da vivência subjectiva dos doentes com PPBL neste domínio, ficando também a questão sobre se outros domínios apresentarão o mesmo perfil.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste trabalho sugerem que experiências anómalas do Mundo vivido, comuns ou distintivas em perturbações do espectro da esquizofrenia, podem também ser observadas em doentes com perturbação de personalidade *borderline*, o que se revelou concordante com a hipótese de investigação inicial. Esta afinidade de experiências poderá não ser mediada por distorções da *ipseidade* (de acordo com a teoria fenomenológica, exclusivas das perturbações do espectro da esquizofrenia), mas decorrer da grande diversidade de psicopatologia que caracteriza a população de doentes com perturbação de personalidade *borderline* (incluindo fenómenos de despersonalização, reconhecidamente afins às alterações da experiência do *self* básico). Relativamente ao objectivo de explorar o potencial da EAWE no aprofundamento da compreensão das alterações subjectivas da experiência das outras pessoas (e do Mundo vivido) em doentes com PPBL, os resultados suportam a hipótese de que a entrevista facilita a comunicação de fenómenos de difícil expressão por parte destes doentes, e poderá ser útil na caracterização da experiência deste grupo de doentes. O diagnóstico diferencial precoce, particularmente nas fases sub-sindrómicas, com recurso à exploração de experiências pré ou sub-psicóticas, exponencia a sensibilidade, mas aumenta as áreas de sobreposição entre duas entidades diagnósticas historicamente ligadas, mas com cursos potencialmente distintos. Se uma concepção de esquizofrenia assente em sintomas psicóticos exuberantes e na perda de função exclui uma grande porção de doentes e impede a intervenção precoce, a inclusão de fenómenos virtualmente indistinguíveis de outras entidades poderá desvirtuar intervenções de outras naturezas, com evidência bem estabelecida. Mais estudos com a EAWE serão necessários para mapear as alterações da vivência subjectiva do Mundo em diferentes entidades, contribuindo para um projecto de fenomenologia diferencial e para a compreensão de fenómenos *transdiagnósticos* e estudos de correlação neurobiológica.



Parte III

DISCUSSÃO GLOBAL, CONCLUSÕES FINAIS E ORIENTAÇÕES FUTURAS

DISCUSSÃO GLOBAL, CONCLUSÕES FINAIS E ORIENTAÇÕES FUTURAS

A presente dissertação procurou explorar as afinidades e as divergências entre as perturbações do espectro da esquizofrenia e a perturbação de personalidade *borderline*. A revisão narrativa sobre o tema revelou a estreita ligação histórica dos dois conceitos (patente nas designações esquizofrenia *borderline* ou esquizofrenia *pseudoneurótica*) e as dificuldades na sua desambiguação progressiva. As descrições destas duas categorias diagnósticas incluídas actualmente no DSM-5 e CID-10 têm sido alvo de críticas, com a literatura a providenciar evidência de que as experiências de psicose e alterações cognitivas em doentes com perturbação de personalidade *borderline* podem ser virtualmente indistinguíveis das da esquizofrenia, por um lado, e com a noção de um elevado limiar para o diagnóstico de esquizofrenia, que complica a intervenção precoce, por outro. A corrente fenomenológica contemporânea propõe que alterações da experiência do self *básico* (traduzidas também em experiências do Mundo vivido), são características e distintivas das perturbações do espectro da esquizofrenia – que assim se diferenciariam por exemplo das perturbações de personalidade, em que as alterações ocorrem ao nível do *self* narrativo. Encontramos apenas um estudo empírico com uma amostra de doentes com perturbação de personalidade *borderline*, que foi de encontro à hipótese teórica, reconhecendo-se a importância de aprofundar este tópico.

A *Examination of Anomalous World Experience* (EAWE) é uma entrevista semi-estruturada de 2017, validada para o português em 2018, direccionada primariamente para experiências comuns e distintivas das perturbações do espectro da esquizofrenia relacionadas com a experiência e orientação para o mundo externo. Aplicamos o 3º domínio da entrevista “Outras Pessoas” a uma amostra de 5 doentes com perturbação de personalidade *borderline*, tendo obtido cotações médias / elevadas em vários itens, sugerindo a existência de afinidades na experiência das outras pessoas entre as perturbações do espectro da esquizofrenia e a perturbação de personalidade *borderline*. Foram também encontrados pontos de divergência, e notados dois temas emergentes nas entrevistas, não contemplados nos itens, para exploração futura.

As questões nosológicas em causa foram expostas sob uma posição assumidamente pragmática. Discorrer sobre fronteiras e desambiguações de conceitos numa lógica de contraste de méritos e limitações de diferentes correntes teóricas

arriscaria ingressar em petições de princípio *ad nauseam* e desvirtuar o foco da clínica. Ou progredir morosamente até concluir com a velha questão: “o que é uma perturbação psiquiátrica?”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldstein W. DSM-III and the Diagnosis of Borderline. *American Journal of Psychotherapy*. 1983;37(3):312-327.
2. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*. 2016;15(1):26-31.
3. Caspi A, Moffitt T. All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry*. 2018;175(9):831-844.
4. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: Chicago University Press; 1962.
5. Zachar P, Kendler K. The Philosophy of Nosology. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017;13(1):49-71.
6. Aragona M. The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2009;16(1):1-11.
7. Markon K. Epistemological Pluralism and Scientific Development: An Argument Against Authoritative Nosologies. *Journal of Personality Disorders*. 2013;27(5):554-579.
8. Fernandes B. *Filosofia e Psiquiatria*. Coimbra: Biblioteca Filosófica; 1966.
9. Parnas J, Zandersen M. Self and schizophrenia: current status and diagnostic implications. *World Psychiatry*. 2018;17(2):220-221.
10. Hughes C. Borderland psychiatric records: Prodromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*. 1884;5(1):85-91.

11. Russell I. The borderland of insanity. *Alienist and Neurologist*. 1884;5(3),457–471.
12. Rosse C. Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1890;15(10), 669–683.
13. Grinker RR, Werble B, Drye R: The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions. New York, Basic Books, 1968
14. Gunderson G, Singer T. Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*. 1975;132(1):1-10.
15. Zandersen M, Henriksen M, Parnas J. A Recurrent Question: What Is Borderline? *Journal of Personality Disorders*. 2019;33(3):341-369.
16. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1938;7(4):467-489.
17. Knight P. Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1953;17(1):1–12.
18. Bleuler E. *Dementia praecox ou o grupo das esquizofrenias* (Tradução de João Almeida e Manuel Sommer). Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
19. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(3):471-479.
20. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry*. 2011;10(2):81-82.
21. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry*. 2012;11(1):16-21.
22. Zilboorg G. Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*. 1941;4(2):149–155.

23. Mayer W. Remarks on abortive cases of schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 1950;112:539-542.
24. Hoch P, Dunaif S. Pseudopsychopathic schizophrenia. *Proceedings of the annual meeting of the American Psychopathological Association*. 1955:169-95.
25. Peterson D. The diagnosis of subclinical schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1954;18:198-200.
26. Stern A. Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*. 1945;14:190-198.
27. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. 1949;23(2):248-76.
28. Kuriansky J, Deming W, Gurland B. On trends in the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1974;131:402-408.
29. Gunderson J, Herpertz S, Skodol A, Torgersen S, Zanarini M. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(1).
30. Meehl P. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*. 1990;4(1):1-99.
31. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*. 1942;76(2):325-44
32. Rapaport D, Gill M, Schafer, R. *Diagnostic psychological testing: The theory, statistical evaluation, and diagnostic application of a battery of tests: Vol. 2*. Chicago: The Year Book Publishers; 1946.
33. Schmideberg M. The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*. 1947;1:45–70.

34. Frosch J. The psychotic character: Clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quarterly*. 1964;38(1):81–96.
35. Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. (Tradução de Fernando Rodrigues). Porto Alegre: Artmed Editora; 2016.
36. Kernberg O. What Is Personality? *Journal of Personality Disorders*. 2016;30(2):145-156.
37. Liebowitz MR. Is borderline a distinct entity? *Schizophrenia Bulletin*. 1979;5(1):23-38.
38. Fulford K, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
39. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of Behavioral Sciences*. 2005;41(3):249-67
40. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*. 1979;36(1):17-24.
41. Sternbach SE, Judd PH, Sabo AN, McGlashan T, Gunderson JG. Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample. *Comprehensive Psychiatry*. 1992;33(3):186-9.
42. Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
43. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

44. Barnow S, Arens EA, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Spitzer C, Lang S. Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current Psychiatry Reports*. 2010;12(3):186-95.
45. Schroeder K, Fisher HL, Schäfer I. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion Psychiatry*. 2013;26(1):113-9.
46. Pope HG Jr, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Tohen M. An empirical study of psychosis in borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 1985;142(11):1285-90
47. Zanarini MC¹, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry*. 1990;147(1):57-63.
48. Links PS, Steiner M, Mitton J. Characteristics of psychosis in borderline personality disorder. *Psychopathology*. 1989;22(4):188-93.
49. Berrios GE, Dening TR. Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychological Medicine*. 1996;26(4):753-63.
50. Zwaard, R, Polak MA. Pseudohallucinations: A pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*. 2001;42(1):42–50.
51. Adams B, Sanders T. Experiences of psychosis in borderline personality disorder: A qualitative analysis. *Journal of Mental Health*. 2011;20(4):381-391.
52. Yee L, Korner A, McSwiggan S, Meares R, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2005;46(2):147-154.
53. Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148(6):812-813.

54. Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues Clinical Neurosciences*. 2011;13(3):360-5.
55. Thompson A, Nelson B, Bechdolf A, Chanen A, Domingues I, McDougall E et al. Borderline personality features and development of psychosis in an 'Ultra High Risk' (UHR) population: a case control study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012;6(3):247-255.
56. Nelson B, Thompson A, Chanen A, Amminger G, Yung A. Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis ('prodromal') patients associated with borderline personality pathology? *Early Intervention in Psychiatry*. 2013;7(3):306-310.
57. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 2003;29(3):427-44.
58. Parnas J, Sass L, Zahavi D. Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;39(2):270-277.
59. Parnas J, Zahavi D. The role of phenomenology in psychiatric diagnosis and classification. In Maj M, Gaebel W, López-Ibor J, Sartorius N. (Eds.). *Psychiatric diagnosis and classification*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc. 2002;137-162.
60. Parnas J, Henriksen M. Disordered Self in the Schizophrenia Spectrum. *Harvard Review of Psychiatry*. 2014;22(5):251-265.
61. Nelson B, Sass L. Varieties of self disorder: a bio-pheno-social model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(suppl_1):S46-S46.
62. Parnas J. A Disappearing Heritage: The Clinical Core of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(6):1121-1130.

63. Englander M. The phenomenological method in qualitative psychology and psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2016;11(1):30682.
64. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*. 2005;38(5):236-258.
65. Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J et al. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. *Psychopathology*. 2017;50(1):10-54.
66. Madeira L, Spremberg A, Queiroz G, Eira J, Filipe T, Melo M et al. Cross-cultural adaptation of the Examination of Anomalous World Experiences into Portuguese. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*. 2018;7(2):46-146.
67. Parnas J, Jansson L, Sass LA, Handest P. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: a pilot study of first-admissions. *Neurology and Psychiatry Brain Research*. 1998;6:97–106.
68. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26:217–232.
69. Parnas J, Handest P, Saebye D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108:126–133.
70. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40:1300–1307.

71. Haug E, Lien L, Raballo A, Bratlien U, Oie M, Andreassen OA, Melle I, Moller P. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 2012;200:632–636.
72. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first-episode psychosis is the same: preliminary preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry*. 2013;7:200–204.
73. Nelson B, Thompson A, Yung AR: Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38:1277–1287.
74. Parnas J, Raballo A, Handest P, Jansson L, Vollmer-Larsen A, Saebye D. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry*. 2011;10:200–204.
75. Nelson B, Thompson A, Chanen A, Amminger G, Yung A. Is basic self-disturbance in ultra-high risk for psychosis (‘prodromal’) patients associated with borderline personality pathology? *Early Intervention in Psychiatry*. 2013;7(3):306-310.
76. Madeira L. Anomalous Self Experiences Outside Schizophrenia Spectrum Disorders. *PsiLogos*. 2017;15(1):56-60.
77. Vaernes T. Anomalous Self-Experiences: Markers of Schizophrenia Vulnerability or Symptoms of Depersonalization Disorder? A Phenomenological Investigation of Two Cases. *Psychopathology*. 2018;51(3):198-209.
78. Sass L, Pienkos E, Nelson B, Medford N. Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: A comparative investigation. *Consciousness and Cognition*. 2013;22(2):430-441.

79. Korzekwa M, Dell P, Links P, Thabane L, Fougere P. Dissociation in Borderline Personality Disorder: A Detailed Look. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2009;10(3):346-367.
80. Zandersen M, Parnas J. Identity Disturbance, Feelings of Emptiness, and the Boundaries of the Schizophrenia Spectrum. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;45(1):106-113.
81. Nietzsche F. Genealogia da Moral (tradução de Paulo César de Souza). São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
82. Frankfurt H. Freedom of the will and the concept of person. *The Journal of Philosophy*. 1971;68(1):5-20.
83. Levy N. Addiction, Autonomy, and Informed Consent: On and Off the Garden Path. *Journal of Medical Philosophy*. 2016;41(1):56–73.
84. Ricoeur P, Blamey K. *Oneself as another*. Chicago, Ill: Univ. of Chicago Pr; 2008.
85. Philipps J. Psychopathology and the narrative self. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2004;10(4):313-328.
86. Fuchs T. Fragmented Selves: Temporality and Identity in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2007;40(6):379-387.
87. Klonsky D. What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2008;22(4):418-26.
88. Monte F, Englebert J. Borderline personality disorder and lived time. *Evolutionary Psychiatry*. 2018;83(4):1143-1152.

89. Ferraro AM , Guarnaccia C, Iacolino C, Giannone F. Postmodernity: clinical and social reflections about new forms of psychopathology. *Journal of Psychopathology*. 2016;22:229-235.
90. Kendler K. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychological Medicine*. 2009;39(12):1935-1941.

Alexandre Manuel Arouca Pértega Gomes

**PSICOSE NA PERTURBAÇÃO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E OS
LIMITES DA ESQUIZOFRENIA**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psiquiatria e
Saúde Mental, submetida à Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto.

Orientador - Orlando José Pereira von Doellinger

Coorientador - Eduardo Manuel dos Santos Belchior Gonçalves

Porto, Setembro de 2019

