

**Dr.
ALEXANDER
KRISS**

Diretor da Fordham Community
Mental Health Clinic

«Inquietante,
lírico e erudito.»

The New Yorker

BORDERLINE

BIOGRAFIA
DE UMA
PERTURBAÇÃO DE
PERSONALIDADE

v o g a i s

Para a Zoe

«Quando a voz que liga o corpo à alma desaparece,
não há forma de exprimir por palavras os nossos sentimentos
ou vontade. Em breve estarei completamente dividida.»

—YOKO OGAWA, *A Polícia da Memória*

ÍNDICE

Introdução: Psicose Coletiva	11
1 Pré-história: A Primeira Sessão	19
2 Clivagens, Histeria e a Invenção da Psicoterapia: Século V a. C.–1885	33
3 Morte Psíquica: Sessões, Semanas 2–19	65
4 Sedução e Fantasia: 1896–1923	85
5 Medos: Sessões, Meses 6–10	109
6 Confusão das Línguas: 1908–1933	129
7 Amor: Sessões, Meses 10–12	153
8 Crise de Identidade: 1939–1980	167
9 Autodescoberta: Sessões, Ano 2	209
10 Difusão: 1973–2011	229
11 Normalidade: Sessões, Ano 3	263
12 Integração: 1980–2023	285
13 <i>Borderline</i> : Sessões, Ano 6	321
<i>Agradecimentos</i>	329
<i>Notas</i>	331
<i>Índice remissivo</i>	349

INTRODUÇÃO

PSICOSE COLETIVA

No dia 26 de abril de 2022, a psicóloga clínica e forense Shannon Curry foi chamada a depor no Tribunal do Condado de Fairfax, no norte da Virgínia, Estados Unidos. Fora contratada como testemunha-perita pelo queixoso, o ator Johnny Depp, numa ação judicial por difamação altamente publicitada que ele movera contra a sua ex-mulher, a atriz Amber Heard. Após a dissolução do seu breve casamento, Heard acusara publicamente Depp de abuso físico e psicológico. As suas declarações, segundo Depp, eram falsas, as maquinações de uma ex vingativa com uma personalidade instável, e ele alegava que ela causara danos irreparáveis à sua reputação e, por conseguinte, às suas perspetivas financeiras futuras.

Curry testemunhou que, depois de ter avaliado Heard durante catorze horas ao longo de dois dias, acreditava que a ré cumpria os critérios de perturbação de personalidade *borderline* (PPB), também conhecida como perturbação de personalidade estado-limite. A edição atual do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5, da versão original em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) da Associação Psiquiátrica Americana, descreve esta perturbação como «um padrão generalizado

de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos, e impulsividade acentuada que começa no início da idade adulta e está presente em variados contextos».¹

— Concordaria que um número desproporcionado de mulheres recebe um diagnóstico de perturbação de personalidade *borderline*?
— perguntou a advogada de Heard a Curry durante o contrainterrogatório.²

— Não, isso não é totalmente correto — respondeu Curry.

— Setenta e cinco por cento?

— O modo como formulou a questão não é totalmente correto.

— Diga-me, diga-me o que é correto.

— Claro. Há mais mulheres que foram diagnosticadas com perturbação bipolar [*sic*] do que homens; é mais prevalente nas mulheres — disse Curry.

— E o trauma pode causar perturbação de personalidade *borderline*, certo?

— Não.

— Nunca?

— Atualmente, sabemos que há pessoas que têm perturbação de personalidade *borderline* que sofreram um trauma de infância — afirmou Curry. — Também há pessoas que têm perturbação de personalidade *borderline* que não tiveram nenhum trauma de infância. Portanto, como na maioria das perturbações de personalidade e, na verdade, como na maioria dos problemas de saúde mental em geral, parece haver tanto uma componente biológica... Neste caso, no que respeita à perturbação de personalidade *borderline*, a investigação tende a corroborar uma componente genética e possivelmente uma componente neurológica, e depois também há a hipótese de uma componente ambiental a acionar aqueles marcadores genéticos.

Através do testemunho de Curry, os advogados de Depp esperavam retratar Heard como uma mulher irracional, histérica inata — como uma pessoa que procurou difamar o seu ex-marido devido

a uma predisposição para agir como louca, em vez de como uma participante numa dinâmica tóxica pela qual Depp também pudesse ser considerado legalmente responsável. A aceitação desta narrativa por parte do júri foi expressa de forma tangível dois meses mais tarde quando determinou que Heard devia a Depp 15 milhões de dólares por danos compensatórios e punitivos, enquanto Depp — a quem Heard também instaurara um processo — devia a Heard apenas dois milhões de dólares por danos compensatórios.

Quase tudo o que Curry disse no seu testemunho estava incorreto. Todavia, embora a advogada de Heard tenha objetado a alguns argumentos, ninguém estava preparado para desafiar plenamente a presumível autoridade de Curry em relação a enfermidades psicológicas, dado que a versão da realidade que ela apresentou estava em total concordância com as visões convencionais sobre a PPB.

Pouco importou a legitimidade questionável de diagnosticar uma pessoa com perturbação de personalidade depois de a ter conhecido durante apenas dois dias. Pouco importou que Curry tivesse desvalorizado a percentagem de mulheres diagnosticadas com PPB por oposição à de homens — bem documentada no *DSM* e noutras fontes. Pouco importou que Curry tivesse usado erradamente o termo «perturbação bipolar» quando queria dizer PPB, deixando transparecer uma confusão habitual entre profissionais de saúde mental que amiúde conduz a esses diagnósticos serem misturados e erroneamente aplicados. Pouco importou que Curry tivesse deturpado de forma flagrante provas científicas: a investigação atual sugere que, no máximo, 40 por cento da variação em casos de *borderline* pode ser atribuída a fatores biológicos, deixando 60 por cento para o ambiente.³

Talvez acima de tudo, pouco importou que Curry tivesse negado de forma inequívoca a relação entre PPB e trauma. Dado o frenesim mediático que irrompeu em torno de Depp *vs.* Heard, mesmo uma estimativa conservadora sugeriria que dezenas de milhões de

peças ouviram aquela declaração em particular, proferida por uma médica sob juramento.

— *E o trauma pode causar perturbação de personalidade borderline, certo?*

— *Não.*

Quando Depp *vs.* Heard começou, eu já estava a trabalhar neste livro há um par de anos, uma tentativa para repensar a cronicamente incompreendida e muito difamada *borderline*. Este livro emergiu numa escala mais íntima do que a daquele julgamento muito público, com um comentário feito por uma paciente no meu consultório privado de psicoterapia, a quem me refiro como Ana ao longo deste livro. (Todos os pacientes que descrevo baseiam-se em pessoas reais, com a informação identificadora removida ou alterada para proteger a sua privacidade.)

«Tudo o que li acerca do que significa ser *borderline* descreve pessoas no seu ponto mais extremo», afirmou a Ana. Por que razão, perguntou ela, as pessoas com PPB nunca eram retratadas numa situação de mudança, de crescimento? Inúmeros livros e artigos sobre outros problemas de saúde presentes no *DSM* — como depressão, ansiedade, e, explicitamente, perturbações causadas por trauma — destacavam o processo de cura e recuperação. Será que a exclusão da PPB deste grupo significa que o problema, de facto, não pode ser tratado? A experiência que eu ou a Ana temos tido da perturbação não tem sido esta, embora — ou talvez porque — a minha abordagem a trabalhar com ela não se enquadre na corrente dominante atual da psicologia.

Sou um psicólogo psicanalítico. Isto significa algumas coisas que seriam de esperar — tenho um sofá no meu consultório e vejo alguns pacientes três ou quatro vezes por semana — e outras que não. Não obrigo ninguém a deitar-se durante as sessões, e, na verdade,

desencorajo muitos pacientes de fazê-lo — em especial aqueles que julgo que beneficiariam de permanecer centrados na realidade da sessão, na troca de palavras e expressões faciais. Não digo aos pacientes como me devem chamar. A maioria opta por «Alex», embora alguns continuem com «Dr. Kriss» mesmo depois de me conhecerem há meses ou anos. Muitas vezes isto revela como um paciente entende a dinâmica do poder na nossa relação: Seremos iguais e tratamo-nos pelo primeiro nome ou serei um «doutor»? Serão eles meus clientes ou meus pacientes? Tendo a usar os termos indistintamente, embora prefira o último pela sua associação a alguém em sofrimento a procurar ajuda; o primeiro sempre me pareceu demasiado estéril e formal para descrever a psicoterapia como eu a entendo.

Para mim, a abordagem psicanalítica tem menos que ver com o que faço do que com o modo como penso. Isto significa que acredito na motivação inconsciente — que existem partes de nós mesmos a que não podemos aceder de forma direta que, não obstante, influenciam os nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos. Significa que sou relutante quanto a aceitar explicações simples da condição humana — mesmo quando apresentadas por figuras de autoridade como Shannon Curry — sem as questionar. Talvez, acima de tudo, tenha passado a significar para mim a crença numa verdade fundamental: na nossa essência, todos somos psicóticos.

Por «psicótico» não pretendo dizer inerentemente delirante, mas sim que todos possuímos um mundo interno desobrigado de tempo, regras sociais ou lógica. Um lugar de emoção pura sem nomes ou fronteiras — onde a emoção é a lógica. Todos entramos neste mundo a berrar, sem palavras ou entendimento. Todos conhecemos o terror abjeto da fome e a saciedade envolvente de nos alimentarmos no peito ou através do biberão. Não nos recordamos destas primeiras experiências de sermos humanos — antes de termos linguagem para articular as coisas que nos acontecem, criamos muito poucas memórias —, mas elas têm estado connosco há mais

tempo do que qualquer outra coisa que possamos identificar como nós mesmos.

A psicose só se torna um diagnóstico quando, ao surgir em determinados momentos ou lugares, a consideramos inaceitável. As crianças são frequentemente psicóticas — isto é, estão imersas no seu mundo interno —, mas de maneiras que esperamos e, portanto, encaramos como apropriadas: falam com amigos imaginários; ficam confusas com as coisas na televisão por não saberem se são reais ou fictícias; ficam tão assoberbadas com a emoção que se atiram para o chão, a espernear e a gritar. Os adultos continuam a manter contacto com a sua essência psicótica de tempos a tempos. Os sonhos são o exemplo mais ubíquo: uma experiência noturna que ainda é mal compreendida pela ciência; um espaço que habitamos brevemente que não é de todo um espaço; uma derivação de nós mesmos que não podemos influenciar de forma consciente, onde os acontecimentos fazem o mais puro sentido enquanto estamos a dormir e depois, quando acordamos, parecem um absurdo.

Não há uma linha firme entre sanidade e insanidade. Todos vivemos num *continuum* partilhado; o nosso lugar nele varia na medida em que aprendemos a impor ordem ao caos psicótico em que todos nascemos. Algumas pessoas, através de uma complexa interação de genes e ambiente, pendem para uma das extremidades deste *continuum*, tendo dificuldade em formar as estruturas mentais que permitem distinguir com fiabilidade os sonhos da realidade. Para estas pessoas, a lógica do período de vigília retém a ausência de limites da essência psicótica. Tendemos a referir-mo-nos a estas pessoas como doentes e atribuímos-lhes rótulos como «esquizofrenia». Outras conseguem construir as estruturas necessárias para distinguir o interior do exterior. Elas constroem estas estruturas tão bem, na verdade, que passam a acreditar que há apenas um mundo real, o mundo externo onde temos amigos e empregos, horários e orçamentos. Tendemos a referir-mo-nos a estas pessoas como normais.

Muitos de nós existimos neste extremo «normal» do *continuum*. Somos extremamente ajuizados, ou seja, extremamente rígidos: numa tentativa desesperada de reivindicar a nossa normalidade, negamos a psicose que faz parte de nós. Recusamo-nos a aceitar que algumas partes da experiência humana estarão sempre fora do nosso controlo consciente. Acima de tudo, reduzimos o *continuum* a um binário — o doente e o são, o louco e o ajuizado — e, ao fazê-lo, perdemos a noção das multitudes que vivem algures no meio. Tendemos a não saber o que chamar a estas almas perdidas, embora elas estejam por todo o lado. Na verdade, alguns de nós somos essas almas.

Nos últimos quatro mil anos, elas tiveram muitos nomes. Os gregos antigos chamavam-lhes históricas; os sacerdotes medievais chamavam-lhes feiticeiras e bruxas. Em 1890, o alienista* Irving Rosse, num tom quase atemorizado, chamou-lhes um «imenso exército [...] com as mentes a tremerem no equilíbrio entre razão e loucura», e para quem a medicina contemporânea era quase inteiramente inútil.⁴ Hoje dizemos que estas pessoas têm PPB.

A PPB é o que acontece quando uma pessoa vê ser-lhe negada uma história. Em geral, isto ocorre devido a abuso ou negligência crónica que começa no início da vida: o instinto para sobreviver, para prever a catástrofe às mãos de uma figura de autoridade imprevisível, ocupa todo o espaço que de outra maneira seria dedicado a aprender quem se é. Por fim, a PPB liga a pessoa ao presente, de modo que cada sentimento parece permanente, cada pensamento, inevitável. O tempo não pode curar as feridas porque o tempo não existe; as emoções só podem ser resolvidas através da ação.

A experiência *borderline* é descrita tipicamente a partir da perspetiva de um estranho, retratando pessoas extravagantes e promíscuas — geralmente mulheres — que abusam de substâncias,

* Um termo do século XIX para médicos que se especializavam no tratamento de problemas mentais, mais tarde substituído pelo termo «psiquiatra», mais familiar.

ameaçam suicidar-se e têm ataques de fúria. Este cliché é correto para algumas, mas não para outras. Para muitas, a experiência *borderline* é vista do exterior — elas têm o mesmo aspeto que nós, elas são nós, com empregos e amigos, embora nem sempre com um horário e orçamento controlado. O seu sofrimento apenas pode ser conhecido a partir do interior, onde a vida é uma corrida interminável: na direção de qualquer pessoa que prometa validar, definir, amar; para longe do vazio assustador que parece estar sempre preparado para jorrar de dentro e dissolver a nossa consciência do eu, transformando-a em nada.

Este livro é sobre o que realmente significa viver num estado-limite: o que isso significou desde a Antiguidade até ao presente, o que significa para os pacientes que são diagnosticados, e o que significa para os médicos como eu que atribuem diagnósticos. É sobre o que podemos aprender ao aceitar que a experiência *borderline* existe, em certa medida, em todos nós.

Analisar a PPB é confrontar quem somos e quem temos sido. É a transferência para outros indivíduos dos nossos medos coletivos acerca da loucura e da perda de controlo. É culpar sistematicamente as mulheres, ignorar as crianças e encobrir o abuso crónico com que há muito contam as pessoas no poder para manterem o seu estatuto. É a dor infligida ao negar-se a história, e é a esperança que pode advir de recolher as pontas soltas do passado e tentar voltar a uni-las. É a manifestação individual da busca de significado e identidade por parte da sociedade.

Talvez esta busca seja em vão. Talvez não haja nenhuma forma de sair do ciclo em que nos encontrámos durante milhares de anos, fazendo mal àqueles que mais necessitam de ajuda e absolvendo aqueles mais responsáveis por causar dor. Talvez estejamos destinados a cometer os mesmos erros repetidas vezes. Mas, por outro lado, talvez não.

PRÉ-HISTÓRIA

A Primeira Sessão

A manhã começou com um pardal morto na soleira da minha porta, o seu peito rasgado. Era uma visão que algumas pessoas poderiam ter interpretado como um presságio para o dia que se avizinhava. Eu não partilhava dessa crença. Existencialista por natureza e psicólogo clínico por formação, eu era duplamente cético. Embora, como disse Sigmund Freud, no interior das nossas cabeças não haja coincidências — apenas ligações inconscientes que ainda não desvendámos —, o mundo exterior está repleto de coincidências.¹ Todos os dias, a toda a hora, acontecem coisas, indiferentes aos desígnios de pessoas que, durante milhares de anos, têm tentado atribuir uma intenção a acontecimentos aleatórios. Apesar da minha formação como psicólogo psicanalítico, não aceitei todas as ideias de Freud como verdades absolutas — a minha relação com ele e com a tradição que criou foi complexa —, mas assumi como inviolável a sua asserção de que toda a experiência era filtrada através da mente. Olhei para o pardal com compaixão e uma boa dose de repulsa, mas a história de como chegou à minha porta pareceu-me tão irrelevante quanto incognoscível. Com umas luvas para lavar a louça calçadas, coloquei o pássaro num saco do lixo, atirei

o saco para o caixote do lixo no passeio, e prossegui o meu caminho para o trabalho.

A primeira metade do dia decorreu como habitual, atendendo uma série de pacientes no meu pequeno consultório privado no centro de Manhattan. Quando a Ana, uma paciente nova que ainda não conhecera, chegou para a sua primeira sessão, eu não sabia o que esperar. Enviara-me um *e-mail* na semana anterior com o assunto «Ligue-me assim que possível», e o corpo de texto «Estou à procura de um terapeuta que me oriente, não que me diga o que fazer. Acabo de sair de uma relação abusiva... preciso de ajuda para resolver isto.» Apesar da sua diretiva para ligar — ou talvez por causa disso —, respondi por *e-mail*, oferecendo-lhe um horário a meio da tarde de quinta-feira que tivera dificuldade em preencher. Suponho que parte de mim não a queria conhecer de todo, porque tinha, de facto, *alguma* ideia do que esperar. Mesmo na nossa breve correspondência sentira uma intensidade, uma descarga estática vinda do monitor do computador.

Quando a Ana chegou para a sua consulta, acompanhei-a até ao consultório e convidei-a a sentar-se. Ela estava no final da casa dos 20 anos e tinha uma cara redonda e pálida, emoldurada por caracóis pretos — uma mistura, ficaria a saber mais tarde, de ascendência hispano-mexicana do lado do pai e anglo-americana do lado da mãe. A Ana vestia-se de preto: o meu pensamento imediato foi de uma mulher de luto com um véu, embora a sua cara estivesse descoberta. Quando começou a contar-me a sua história, as suas palavras revelaram uma inteligência feroz e sensibilidade poética, mas nem tudo o que disse fazia sentido de modo convencional. A Ana revelou que fora violada duas semanas antes pelo namorado, Tom, e que estava no processo de ter, nas suas palavras, um colapso nervoso. Disse que não queria ir à polícia, mas que queria responsabilizar o Tom. Tornou-se claro que a situação era mais complexa do que indicado no seu *e-mail*, no qual havia escrito que a relação tinha terminado. No meu bloco de

notas contabilizei cada vez que usou a frase *não quero acabar a relação*. No final da nossa sessão tinha feito quase doze traços.

Perguntei à Ana como tinha estado desde a violação, e ela começou com um relato de sintomas expectáveis: sono de má qualidade, pensamentos acelerados, pânico. Enumerou estes sintomas de uma maneira que sugeria que eu não era o primeiro terapeuta com quem tinha falado desde a agressão. Mas a sua energia ansiosa, combinada com o meu silêncio relativo, logo a conduziram para território menos conhecido, menos controlado.

A Ana fez uma pausa e os seus olhos percorreram rapidamente a divisão. Disse que se interrogava sobre se a violação não se *deveria* a ela, e inclinou-se para a frente quando disse isto, o que fez com que eu me inclinasse para trás. Quando perguntei o que queria dizer, descreveu um sonho que tivera, no qual um espírito falara com ela acerca de um «dote horrível», uma linhagem de dor e abuso sexual transmitida da sua avó para a sua mãe e depois para ela.

— Sei que foi apenas um sonho — disse ela —, mas, na verdade, foi uma razão importante para decidir experimentar a terapia. Vi no seu *site* que se interessa por psicanálise, que sei ter muito que ver com interpretar sonhos.

Senti-me desorientado. Quando falou do sonho pela primeira vez pareceu acreditar sinceramente que era uma espécie de profecia — mas agora parecia igualmente sincera no seu esforço para me convencer de que não era mais do que um subproduto da sua mente inconsciente. Eu não estava certo de quem ela estava a tentar convencer.

Disse-lhe para continuar, porque não sabia o que mais lhe dizer, e a narrativa vertiginosa intensificou-se, como um redemoinho a transportar-nos cada vez para mais perto do seu centro. A Ana explicou que tinha sido uma vegana rigorosa há vários anos, mas que na semana anterior decidira que *necessitava* de comer um hambúrguer. Acreditou que ingerir carne animal ajudaria a substituir o que o Tom lhe arrancara. Quando ela disse «arrancara», a minha pele

irrompeu em arrepios. Por reflexo, verifiquei os meus braços para confirmar que estavam cobertos, como se alguma vez usasse outra coisa que não mangas compridas no trabalho. A Ana descreveu o ato de comer o hambúrguer que tinha comprado, os sucos a escorrer pelo seu queixo.

— Senti-me como um lobo — disse.

Lembrei-me do pardal morto. Será que realmente o encontrei na soleira da minha porta, ou terá sido parte de um sonho que tive durante a noite? Ou estaria eu a conjurar a imagem agora, pela primeira vez, e a confundi-la com uma memória?

A Ana afirmou que tinha noção de que tudo o que estava a dizer parecia «insano», que evidentemente sabia que um hambúrguer era apenas um hambúrguer. Mais uma vez, a sua reviravolta fez-me ter dúvidas sobre se o que acabara de experienciar era real. A Ana disse que o ritual de comer carne era um gesto simbólico e não uma reivindicação literal do seu corpo físico. Ela não usou a palavra «transubstanciação», mas pensei nisso — eu, um judeu secular que acreditava que a mente criou Deus, e não o contrário. Pensei no dramaturgo ateniense Eurípedes, que estudara enquanto aluno do curso de dramaturgia na faculdade. Há dois mil e quinhentos anos, a sua peça *As Bacantes* representava um grupo de mulheres levadas à loucura pelo deus Dionísio. Dizia-se que tinham despedaçado uma vaca com as suas próprias mãos.²

Não verbalizei estes pensamentos. Nem tão-pouco partilhei a imagem que surgiu na minha mente: a Ana, selvagem e transformada, a transportar um pardal morto na boca, e a depositá-lo na soleira da minha porta. *Como um lobo*, dissera ela.

Tenho dificuldade em lembrar-me de quando ouvi o termo «personalidade *borderline*» pela primeira vez. Provavelmente foi enquanto estudante universitário na Universidade de Nova Iorque,

durante as aulas de Psicologia Anormal que frequentei como parte da minha especialização em psicologia. (Embora o termo «anormal» tenha sido apagado da maioria dos programas de pós-graduação de psicologia, ainda é usado em muitos departamentos de licenciatura para indicar doença mental. A mudança, como veremos, é não linear e lenta.) Também retenho uma vaga memória, mais ou menos na mesma época, da minha amiga e colega de turma Beth a contar-me que fora diagnosticada com PPB. Mas é possível que eu tenha inventado essa parte da história para se encaixar no meu posterior entendimento daquilo que ela teria estado a passar. Quem somos agora tem um modo de se inserir nas histórias de quem costumávamos ser.

A minha relação com a Beth nunca foi sexual; contudo, tinha uma natureza inegavelmente romântica. Sentia-me atraído para ela por um impulso tão forte que desafiava o meu dito bom senso. Ela tinha piada de uma maneira a que agora poderia apelidar de maldosa: não queríamos ser o alvo da sua mordacidade, mas tinha prazer em ver essa mordacidade a atormentar outra pessoa. Ela bebia em excesso na maioria das noites, enquanto eu tinha tendência para ressacas violentas após apenas algumas cervejas; muitas vezes, tomava conta dela no bar ou festa no dormitório até ela instigar-me a beber para lá do meu limite, e depois cuidava ela de mim. Às vezes quase não falávamos durante uma semana e eu nunca sabia o motivo. Quase não tínhamos amigos em comum.

Por vezes a Beth contactava-me a meio da noite pelo serviço de mensagens instantâneas da AOL. As suas mensagens começavam muitas vezes de forma inócua — «Olá» —, mas rapidamente podiam tornar-se um ultimato: precisava de lhe responder ou ela iria suicidar-se. Ficava chateado e dizia-lhe para não me colocar naquela posição, o que ainda se podia qualificar como resposta, e na manhã seguinte ela agia como se nada de assinalável tivesse acontecido entre nós. Na verdade, uma parte de mim gostava de a Beth precisar de

mim da maneira que precisava de mim: de forma imediata, absoluta, e depois praticamente nada.

No início do meu terceiro ano deixei Nova Iorque para estudar no estrangeiro durante quatro meses, e senti-me como se o feitiço tivesse sido quebrado. Ainda não conhecia a história que ligava a feitiçaria e a caça às bruxas a problemas *borderline* — ainda assim, contactei com essa história, sentindo-me livre do domínio da Beth e, quando pensei sobre isso, assustado por voltar para ela. Recebi um *e-mail* dela umas semanas antes de ambos voltarmos a Nova Iorque, afirmando que ela quase havia perdido o controlo emocional sem mim e que aguardava ansiosamente o nosso reencontro.

Respondi para dizer que as coisas haviam mudado para mim desde que me fora embora; que valorizava a nossa amizade, mas não podia mais ser o que ela queria que eu fosse, que parecia ser tudo. Algumas horas mais tarde respondeu de forma concisa, sugerindo que estava a ser melodramático — e, mais ainda, que havia interpretado mal toda a nossa relação, considerando-a mais séria do que alguma vez fora.

— Achei apenas que seria agradável tomarmos um café, mas faz como quiseres — concluiu.

Na vez seguinte em que estive com o meu terapeuta — com quem estava a trabalhar desde os meus 15 anos — disse-lhe que me sentia confuso e embaraçado. Teria avaliado completamente mal a situação?

— Direcionou a atenção dela para algo que ela não estava preparada para enfrentar — disse ele. — Ela tem o direito de preservar a dignidade.

Quase não vi a Beth depois disso, e perdemos completamente o contacto após a faculdade. No entanto, sempre recordei a interpretação do meu terapeuta da nossa desavença. O que parece um ataque é muitas vezes a tentativa da outra pessoa de autoproteção.

Será que foi aí que começou a minha história com a PPB? Isso não explica o magnetismo que senti em relação à Beth. Devo ter

visto nela algo familiar, um tipo de pessoa que conheci toda a minha vida. Alguém que eu queria, ou queria que me quisesse, ou que me sentia compelido a salvar. Mas os humanos criam diagnósticos para separar o familiar do estranho, o normal do anormal. É evidente que a Beth não estava bem quando a conheci. Mas, assim sendo, suponha que isso torna evidente que também eu não o estava.

Um ano depois de terminar a faculdade comecei os meus estudos de pós-graduação em psicologia na The New School, também em Nova Iorque. Para alguns pareceu uma mudança drástica face à dramaturgia, mas a mim pareceu-me uma progressão natural: o meu interesse em narrativas e relações humanas a fundir-se com a experiência transformadora da minha própria terapia. Os dois primeiros anos da pós-graduação incluíram somente disciplinas de «psicologia geral», um eufemismo que indica o estudo do normal: desenvolvimento (como a criança normal cresce), neurociência cognitiva (como funcionam os cérebros normais), psicologia social (como as pessoas normais interagem umas com as outras), percepção (como as pessoas normais veem, cheiram, ouvem e tocam). No terceiro ano, comecei o meu estudo do clínico — isto é, do anormal, da doença — e também comecei a trabalhar como terapeuta no terreno. Comecei por ser colocado numa unidade psiquiátrica hospitalar para adultos no Centro Médico Beth Israel em Manhattan, que foi também o primeiro lugar onde encontrei alguém que eu sabia estar oficialmente diagnosticado com PPB.

A minha supervisora no Beth Israel foi uma psicóloga chamada Melanie — era jovem, experiente e extremamente séria. Desaconselhou-nos a falarmos acerca do nosso trabalho ou dos nossos pacientes em qualquer lugar fora da unidade. Disse que agora éramos representantes de uma profissão sagrada mas incompreendida, e nunca se sabia quem nos podia ouvir por acaso num elevador, numa

cafeteria ou a andar na rua. Por isso, quando sentíssemos o impulso de rir com um colega num local público por causa de algum paciente «maluco», devíamos lembrar-nos de que se um estranho nos ouvisse por acaso, e depois esse estranho evitasse tratamento no futuro devido ao receio de ser gozado pelas costas, e depois um dia, Deus queira que não, ele se suicidasse — bem, a responsabilidade seria nossa.

A perspetiva da Melanie pareceu-me severa, mas estava impressionado com a sua confiança num mundo que apenas começava a conhecer, por isso tentei viver de acordo com o seu credo tanto quanto possível. Apesar de a maior parte do meu contacto com ela ocorrer na privacidade do seu gabinete — avaliando os acontecimentos das sessões de terapia de grupo que conduzia no início da semana —, por vezes percorríamos juntos os corredores da unidade de dezoito camas e, sussurrando, ela partilhava informações sobre pacientes à medida que passávamos por eles.

— Olhe para ele — disse uma vez quando nos aproximámos de um homem decrépito com um andarilho, com dentes podres e olhos amarelados. — É esse o aspeto da dependência de opioides. Ele tem 25 anos.

Como com tudo o resto, a Melanie levava esta parte do seu trabalho muito a sério, apresentando um novo recruta às realidades da doença mental aguda. Era uma responsabilidade espantosa: ensinar alguém a lidar com a mania, a psicose e a catatonia, das quais o grande público se encontrava resguardado, problemas relegados para corredores anónimos e fluorescentes como aquele que ela e eu percorríamos juntos. Durante uma sessão de grupo pedi a um homem negro de meia-idade, diagnosticado com esquizofrenia paranoide e recentemente admitido na unidade, que se apresentasse. Ele fitou-me durante um instante e disse: «Você já me conhece. Sou o tipo lá fora a vasculhar à procura de latas e comida. O maluco sem-abrigo. O homem do lixo. Talvez nunca me tenha realmente visto, mas conhece-me!»

Devorei todos os pedaços de conhecimento que a Melanie me transmitiu para fazer sentido da loucura em que subitamente me tinha instalado. Não só a loucura da doença mental, mas a da própria instituição. Ver os enfermeiros a retirarem os seus recipientes de comida do frigorífico médico mesmo antes de uma inspeção sanitária, apenas para os voltarem a guardar no mesmo sítio logo a seguir. Escutar um dos psiquiatras da unidade a criticar o «estilo de vida pouco saudável» de um paciente, apenas para o ver à porta da entrada principal uma hora mais tarde a fumar compulsivamente, como se os seus cigarros estivessem prestes a ser confiscados. Ver um paciente agitado amarrado à cama pelos braços e pernas. Estas não eram peculiaridades daquele hospital, descobriria mais tarde, mas uma realidade invertida mais ampla que se forma sempre que um grupo é encarregado de julgar o direito de ser livre de outro grupo.

A Melanie tinha razão ao abordar o seu trabalho de forma tão séria: os seus alunos recorriam a ela para serem guiados através deste território, e rapidamente comecei a encarar as suas palavras como verdade absoluta. Erasmo disse que na terra dos cegos, quem tem um olho é rei, o que não é uma alfinetada da minha parte à Melanie — respeitava-a na altura e ainda a respeito agora. Mas é difícil trabalhar numa ala psiquiátrica com mais do que um olho aberto.

Certo dia, ao percorrer a unidade, a Melanie chamou a nossa atenção para uma mulher branca na casa dos 40 anos sentada de forma descontraída no chão, com as costas encostadas à parede e as pernas amplamente abertas a ocuparem o corredor. Enquanto um enfermeiro passava, andando com cuidado por cima dos membros estendidos daquela mulher, pude ouvi-la a pedir-lhe um cobertor extra. «Não é para mim», esclareceu, apontando para uma porta aberta do outro lado do corredor. «A minha colega de quarto tem frio.»

A Melanie parou-nos fora do alcance dos ouvidos da mulher e virou-se para mim.

— Aquela mulher não devia estar aqui — disse ela.

— O que quer dizer? — perguntei.

— Ela entrou nas urgências ontem à noite, dizendo que estava suicida. Ela parece-lhe deprimida?

— Não sei. Acho que parece relaxada.

— Ela é *borderline*. Sabia exatamente o que dizer para ser internada, e agora vai tentar controlar a unidade, manipular os funcionários e os pacientes. Vamos demorar alguns dias a tirá-la daqui, pelo que estejam atentos.

— Não a devo convidar para os grupos?

A Melanie fez uma pausa.

— Não posso dizer-lhe para não convidar um paciente para um grupo. Mas digamos que não precisa de perguntar duas vezes.

A paciente, que se chamava Jo, não precisava que lhe perguntassem duas vezes — foi a primeira a entrar na sala de grupo comigo mais tarde nesse dia. Realizei um exercício com os pacientes que andara a experimentar durante todo o ano, retirado dos meus dias de universitário a estudar escrita criativa: um dos membros do grupo escreveria uma frase de uma história numa folha de papel, depois passaria a folha para o membro seguinte, que escreveria a frase seguinte para continuar a história. No final leríamos toda a história e conversaríamos sobre ela. Embora as competências de escrita dos pacientes e a sua capacidade para acompanhar uma narrativa linear pudessem variar grandemente, nas melhores situações obtínhamos uma bela colaboração que evocava uma miríade de pensamentos e sentimentos, deixando o grupo com a sensação de que havia alcançado algo em conjunto.

Nesse dia, comecei a história com: «Acordei com o som do telefone a tocar.» Passei a folha ao Ricardo, um homem a lutar contra a depressão e toxicod dependência, e que já havia estado na unidade diversas vezes. Ele escreveu: «Era o meu traficante e disse-lhe para se ir embora.» Depois de ler esta contribuição em voz alta, passou

a folha à Nina, uma mulher com delírios e uma deficiência intelectual moderada que estava na unidade há muito mais tempo do que a maioria, uma vez que a sua assistente social tinha dificuldade em encontrar um lugar seguro para ela poder ter alta. Leu a sua frase em voz alta: «Telefonei a amigos e familiares para lhes contar o que aconteceu, eles disseram que vinham já.»

Em seguida, a Jo recebeu a folha. Bateu com o lápis na mesa laminada por um momento, a pensar, depois escreveu a sua frase. Levantou a folha com um floreado e leu: «Infelizmente, todos eles morreram num acidente de carro quando vinham para aqui.» Deslizou a folha de papel até ao paciente seguinte.

Num instante, o grupo perdeu o controlo da situação. A Nina começou a soluçar. O Ricardo abanou a cabeça e tentou consolá-la. Os outros pacientes queixaram-se de que a Jo fez com que fosse impossível prosseguirem com a história. Todos recorreram a mim. Era tudo o que podia fazer para disfarçar o facto de estar tão zangado quanto eles.

— Vamos dar uma hipótese à Jo para explicar o que quis dizer — disse.

A Jo fingiu não entender as reações à sua volta.

— Pensei que isto era um exercício de escrita criativa — disse.
— Estava a usar a minha imaginação.

— Isto é terapia de grupo — respondi —, e estavas a ser provocadora.

Houve um momento de silêncio. A Jo levantou-se subitamente da cadeira, arrastando-a ao longo do pavimento de linóleo e fazendo-nos estremecer.

— Não importa — disse ela, e dirigiu-se para a porta.

Habitualmente, a ideia nestes grupos era encorajar os pacientes a permanecerem, mesmo que existisse conflito, de modo que as questões em mãos pudessem ser exploradas e resolvidas. Não fiz qualquer tentativa de deter a Jo. Ao passar pela minha cadeira a caminho da saída, olhou para mim e disse:

— Você não tem jeito nenhum para isto.

Na altura, todo o episódio pareceu-me uma comprovação da avaliação anterior feita pela Melanie: a Jo não devia estar ali; ela queria meter-se com as pessoas; ela realmente não estava a sofrer. Na vez seguinte em que estive na unidade, alguns dias depois, a Jo recebera alta, e não posso dizer que voltei a pensar nela — só quando descobri o pedaço de papel com aquela breve história no fundo dos meus ficheiros. Porque agora, mais de uma década depois, *queria* lembrar-me — podia ver quão míope havia sido. Não quisera compreender a Jo. Quisera que ela me deixasse a mim e ao meu pequeno e simpático grupo em paz.

Mas que tipo de pessoa *quer* ser internada numa unidade psiquiátrica hospitalar? Ela talvez não fosse verdadeiramente suicida, mas algo a havia levado lá. De que estava a fugir? E mesmo que tenha estado conscientemente a agitar as águas... porquê? Quem quer ser odiado por uma sala cheia de gente? E como me pude convencer de que alguém que escreveu sobre os seus familiares e amigos a morrerem num acidente de carro não estava a sofrer?

Compreendo agora que, naqueles primeiros tempos, a perspectiva da Melanie conquistou-me não pelo seu rigor, mas pela sua simplicidade. *É este o aspeto da dependência de opioides. É este o aspeto da mania. E isto, isto aqui, isto não é nada.* A Jo não era uma paciente, era um problema. Não a podíamos ajudar, por isso não precisávamos de nos sentirmos mal quando, inevitavelmente, não o fizéssemos.

Houve outros. A mulher de meia-idade que vi numa clínica comunitária, que gerou uma tal confusão e discórdia entre os funcionários que se realizou uma conferência especial para debater o caso. A estudante com quem trabalhei durante alguns meses num centro universitário de aconselhamento, que disse que quando estabelecíamos

contacto visual sentia-se como se as suas entranhas estivessem a ser rasgadas. O jovem que vi durante dois anos que tentava agradar-me constantemente, mas que me fazia sentir muitas vezes enojado.

Apesar de ter completado vários anos do que considero ser uma formação clínica excelente, pela altura em que conheci a Ana — no meu consultório privado, já não protegido pelas hierarquias das instituições de saúde mental —, ainda não compreendia inteiramente o que eu ou qualquer outra pessoa queria dizer com «*borderline*». No entanto, mesmo naquela primeira sessão, a palavra entrou na minha mente, como se estivesse pronta a usar. De onde veio a PPB? Por certo não emergiu a partir do nada na década de 1970, quando o termo «personalidade *borderline*» surgiu pela primeira vez em artigos científicos. Nunca ouvi um consenso em torno dele, nem sequer em relação às suas questões mais básicas. Seria a PPB tratável e, se o fosse, como? Representaria uma experiência num *continuum* com outras perturbações mentais, ou algo diferenciado? Estaria a Ana em perigo? Estaria eu?

Ao aproximar-me do fim da nossa primeira sessão, sentindo-me exausto e confuso, a Ana e eu virámo-nos para a logística.

— O meu namorado irá pagar isto — disse, alcançando a sua mala de mão.

— Quer dizer, o Tom? — questioneei. Nem sequer *ex*-namorado, agora. Como se progredir através da sessão nos tivesse enviado para trás no tempo.

— Sim — disse, crispada. — No mínimo, deve-me isso. Não concorda?

— Estou mais preocupado em depender para tratamento de alguém que abusou de si. Por vezes as pessoas pensam que têm o direito de estar informadas sobre as coisas que estão a pagar. Conseguiria pagar isto sem a ajuda dele?

A Ana entregou-me o cartão de débito que, de forma desajeitada, tentara retirar da sua bolsa.

— Estou a dizer-lhe que o meu violador vai pagar os seus honorários — disse, abanando a cabeça. — Deve pensar que sou louca.

Peguei no cartão e olhei para ele. Um lobo fitou-me por baixo do logótipo famoso de um dos principais bancos. Apercebi-me de que tinha entendido tudo ao contrário.

— Você quer ser como este lobo — disse eu. — O caçador solitário. A criatura assustadora da noite. Mas não é. É uma mulher que experienciou um trauma terrível. Deve sentir-se — disse eu, pensando no pardal morto — como se já tivesse morrido de uma ferida aberta.

Isto, vale a pena referir, foi bastante mais fantasmagórico do que aquilo que habitualmente procuro alcançar na primeira sessão de um paciente, em especial quando estou essencialmente a acompanhá-lo à saída. As palavras escaparam-me. Não estava acostumado a que as palavras me escapassem. Era o tipo de terapeuta que alguns consideravam demasiado contido, não demasiado solto. Mas houve uma ligação e, de forma consciente ou não, aproveitei-a: uma sensação de que uma experiência que tive antes de ter conhecido a Ana era, de alguma maneira e de forma inexplicável, também parte da sua experiência. Por um momento, o mundo pareceu-me pequeno e intencional, e isso aterrorizou-me.

A Ana fitou-me, assentindo com a cabeça. Os seus lábios moveram-se para pronunciar a palavra «sim», mas não saiu nenhum som. Os seus olhos estavam banhados em lágrimas. Podia jurar que me vi a mim mesmo refletido naqueles espelhos cintilantes.

CLIVAGENS, HISTERIA E A INVENÇÃO DA PSICOTERAPIA

Século v a. C.–1885

Na parede do meu quarto de infância estava pendurado um autoestereograma, mais conhecido como um póster *Magic Eye*. O truque para ver a ilusão do póster, que demorei mais horas a dominar do que gostaria de admitir, era relaxar e focar na imagem bidimensional em simultâneo — não olhar para a coisa para onde se pressupunha que olhássemos —, de modo que uma imagem tridimensional escondida (neste caso, um foguete espacial) emergisse. Traçar a história daquilo a que agora chamamos PPB relembra aquela luta contra a intuição e o reflexo. É confrontar a ausência de história, ou a história da ausência; é descobrir a dimensionalidade latente em narrativas planas. Nós, humanos, não somos bons com as *nuances*; o espaço entre categorias deixa-nos ansiosos, pelo que dizemos a nós próprios que não há um espaço, que o espaço é uma ilusão, que o que parece um espaço é, na verdade, apenas outra categoria.

Reduzir um *continuum* de experiência a um binário é uma defesa psicológica comum a que os psicanalistas do século XX chamaram «clivagem».¹ A clivagem não permite nenhuma complexidade, nenhuns tons de cinzento — algo ou alguém é totalmente bom ou

totalmente mau. Clivamos quando sentimos que o bom e o mau devem ser mantidos separados — mais especificamente, para prevenir que o mau infete o bom, como uma gota de tinta a cair num copo com água. Na infância, toda a gente cliva; falta-nos a maturidade experiencial e neurológica para proceder de outro modo. Um recém-nascido não consegue pensar como um adulto, não consegue dizer para si próprio: «A minha mãe ama-me e alimenta-me quando tenho fome, mas às vezes ela está ocupada, pelo que tenho de esperar alguns minutos até que o aleitamento possa começar.» Tudo o que o bebé sabe é que às vezes tem fome e às vezes está saciado. Quando está saciado, o seu amor pela figura que o embala é ilimitado e descomplicado; quando está com fome, está repleto de uma desolação contra a qual nenhum progenitor pode argumentar. Só à medida que cresce é que virá a compreender que a mãe consoladora que ele amou e a mãe ausente que ele odiou são a mesma pessoa, complexa, mas real.

Por norma, os terapeutas psicanalíticos consideram a clivagem experienciada por indivíduos como uma forma de pessoas com PPB organizarem as suas experiências, como um vestígio da infância que se manteve firme através das disrupções de abuso ou negligência. Mas a clivagem não é simplesmente uma defesa dos diagnosticados ou dos muito jovens. No mundo adulto, a clivagem é uma maneira de justificar maus-tratos. Se o alvo de abuso pode ser entendido como totalmente mau — não uma pessoa, mas uma prostituta, uma bruxa, uma lunática —, o abusador é absolvido de culpa, é até louvado como correto e justo. Estas clivagens emergem a um nível cultural com o propósito de promover histórias simples que mantêm o *statu quo* em vez de histórias complexas que o desafiam. Como estas clivagens são sancionadas por quem está no poder e aceites por grupos grandes, não são vistas como patológicas. A própria História não consegue escapar a esta compulsão; ela é escrita pelos vencedores,

e assim a história da PPB é, talvez mais do que tudo o resto, a história da autoridade médica — de quem decide o que significa estar doente.

O primeiro grande compêndio de enfermidade é atribuído ao antigo médico grego Hipócrates, que se destaca na história da medicina apesar de não se conhecer uma biografia sua. O mais provável é que o corpo de trabalho agora conhecido como *Corpo Hipocrático* (do qual ainda provém o «juramento hipocrático» dos médicos modernos) tenha sido escrito por vários autores ao longo de um extenso período de tempo, aproximadamente desde o final do século V até ao início do século IV a. C.² Como um jogo do telefone estragado, o conhecimento da enfermidade dos hipocráticos foi transmitido, selecionado, mal traduzido e transformado ao longo de séculos, tanto por médicos romanos como Plínio, *o Velho*, e Galeno de Pérgamo como por estudiosos árabes e judeus no Médio Oriente ao longo da Idade das Trevas, até regressar à Europa, reconhecível embora alterado, no dealbar do Iluminismo. Dadas estas trocas de conhecimentos ao longo do tempo e do espaço geográfico, a própria noção de «o Ocidente» — no que diz respeito à história da medicina ou a outra coisa qualquer — é merecedora do nosso ceticismo. Todavia, irei por vezes evocar «o Ocidente» como uma forma abreviada das perspectivas que viriam a dominar a cultura europeia e norte-americana e, em décadas mais recentes, a exercer uma influência global — uma perspectiva amiúde dominada pela masculinidade e, por fim, pela branquitude. Mas não pretendo sugerir que a clivagem de Ocidente e Oriente é mais do que uma conveniência narrativa. Mesmo quando se tenta evitá-la de forma consciente, a atração da divisão perdura.

Os hipocráticos eram empiristas: faziam observações meticulosas da enfermidade e da eficácia do tratamento. Contudo, o descurar

da anatomia limitava o seu entendimento da doença. Nos tempos modernos, um paciente que consulta um médico com dor aguda na parte inferior direita do seu abdómen poderá ser diagnosticado com apendicite, graças à compreensão que o médico tem de como uma disfunção numa parte específica do corpo — isto é, o apêndice — produz aquela sensação. Os hipocráticos, em contraste, teriam classificado o mesmo problema apenas pelo seu sintoma observável, *pónos*, que significa «dor».³

Houve uma ilustre exceção. Os hipocráticos avançaram que um grande número de sintomas relatados pelas mulheres — de convulsões semelhantes às da epilepsia a dores de estômago e à sensação de se estar a sufocar — resultavam de o seu útero vaguear pelo corpo. Embora muitos estudiosos afirmassem mais tarde que os hipocráticos tinham inventado um diagnóstico diferente para mulheres doentes ou instáveis conhecido como «histeria», na verdade o seu *corpus* antigo descreve simplesmente uma gama de padecimentos através do uso de variações do étimo *hystera*, que significa «útero».⁴ A consolidação da enfermidade feminina sob esse único nome, como veremos, chegaria mais tarde. Não obstante, este foco anatómico era invulgar para os hipocráticos e uma traição à sua filosofia empírica: sabemos que nunca observaram um útero a mover-se pelo corpo de alguém porque sabemos que os úteros, de facto, não fazem isso. Ainda assim, esta teoria ajudou a explicar qualquer sintoma que uma mulher grega pudesse apresentar a um médico indefetivamente do sexo masculino, dado que ele poderia atribuir as diferentes experiências da mulher ao facto de o seu útero ter vagueado por diferentes locais. Mais importante, a teoria lançou uma semente que moldaria para sempre a forma como pensamos acerca da doença, em especial acerca da doença mental: se uma mulher tinha um problema que um médico não entendia, assumia-se que se devia a ela *ser* uma mulher.

O conceito de doença feminina não ocorreu aos hipocráticos no vazio. Representações de mulheres como imprevisíveis e bifurcadas,

frequentemente exemplificadas pela mistura de sexualidade e violência, encontravam-se por toda a cultura grega antiga e na tradição romana que se seguiu. Eurípides escreveu nas suas peças sobre bacantes a dilacerarem gado com as suas próprias mãos num acesso de êxtase religioso, e sobre Medeia a assassinar os seus próprios filhos após ter sido rejeitada pelo seu amante. Homero cantou as sereias, cujo único propósito na vida era atrair homens para a costa com vozes celestiais, apenas para rasgarem a sua carne com garras animais. Ovídio escreveu sobre a Medusa, uma bela semi-deusa tornada monstruosa depois de ser violada pelo deus do mar, Neptuno, e cujo olhar, depois disso, podia transformar os homens mortais em pedra.⁵

Talvez esta visão dual da feminilidade representasse a observação dos hipocráticos de sintomas histéricos transmutada em mito. Ou talvez os mitos refletissem uma expectativa cultural de que as mulheres se conformassem a uma de duas identidades — serem subservientes aos homens ou estarem assustadoramente fora de controlo, uma expectativa tão pervasiva que veio a moldar uma doença.

Na nossa era moderna da informação, e com o enquadramento da justiça social, vemos as divisões da sociedade de forma abstrata e amiúde olhamos para elas com discernimento. Sim, o mundo está pintado injustamente a preto-e-branco, mas não por nós. As pessoas com PPB não têm o luxo deste distanciamento. Dependem de clivar as suas experiências para sobreviver e, nessa dependência, por vezes chamam a atenção de forma desconfortável para o nosso conluio na velha prática de achatar o mundo em duas dimensões.

Quando o grande público descobriu, em 2017, que crianças migrantes estavam a ser separadas dos seus pais na fronteira entre o México e os Estados Unidos e a ser enviadas para centros de

detenção, Blake, um paciente meu com PPB, observou quão horrorizados os seus pares estavam com as notícias. Depois, resumiu a sua posição com cinco palavras.

— As crianças que se fodam.

Fiquei boquiaberto. Embora o Blake tenha reparado, continuou como se eu não estivesse na sala.

— Toda a gente está a dizer que temos de cuidar melhor delas, porquê? Elas estão a ser alimentadas, têm um lugar para dormir. As crianças não sabem nada.

A psicoterapia são duas pessoas a trabalhar juntas numa refinaria. O paciente entrega matéria-prima ao terapeuta, que tem de a fundir em algo utilizável. Parte de mim quis dizer ao Blake: «Gostaria de saber como se sentiria se fosse atirado para uma jaula.» Mas isto seria devolver-lhe diretamente o minério emocional, não processado, com toda a raiva intacta. Ao mesmo tempo, aceitar a posição do Blake sem questioná-la também seria contrário ao objetivo de refinamento. Podia sentir a raiva a irradiar entre nós; dizer apenas «percebo como se sente» seria mais defensivo do que enfático. Além disso, eu *não* percebia.

— Não acha — perguntei calmamente — que estas crianças estão assustadas?

— Então e se estiverem? A questão é essa. Se um adulto estiver com medo, ele pode fazer algo acerca disso. Ele pode sair e causar danos, magoar pessoas. É com esses que precisamos de nos preocupar. As crianças são só crianças. Elas precisam, precisam, precisam, mas não podem fazer nada. Elas não importam.

Analisei o rosto do Blake. A sua guarda estava levantada. Para ele, esta organização do mundo fazia sentido e estava preparado para a defender. As crianças eram desmerecedoras; apenas os adultos tinham pensamentos e sentimentos dignos da nossa consideração.

— Mas, Blake... — Continuei a escolher cada palavra à medida que saíam da minha boca, com medo de o atacar antes de ambos

sabermos realmente do que estávamos a falar. — Estas crianças acabarão por crescer.

Fitou-me por um momento. O seu rosto suavizou-se. Pareceu-me embaraçado.

— Suponho que sim — disse.

Senti um relaxamento das suas defesas, o que me encorajou.

— Aquilo a que estão a ser sujeitas agora irá mudar como se veem a si próprias e ao mundo. Essas mudanças poderão conduzi-las por caminhos que, de outro modo, não percorreriam. Enquanto adultos, serão quem são, em parte, porque viveram estas experiências.

— Será isso realmente verdade? Será que as crianças sequer se lembram das coisas que lhes acontecem?

Esta era uma questão pertinente. Para o Blake, as memórias da infância pareciam imprecisas, marcadas pelo evento cataclísmico de o seu pai abandonar a família quando ele tinha 6 anos, seguido de a mãe viajar sem rumo pelo país durante anos, com os filhos a reboque, em busca de estabilidade emocional e financeira.

— Talvez a memória seja mais do que aquilo que recordamos de forma consciente — disse. — Talvez tenha chegado a esta conclusão acerca das crianças por causa de como foi tratado enquanto criança.

Para o Blake, a ideia de que uma linha ligava o seu passado e o seu presente era uma novidade. O abandono por parte do seu pai cortara essa linha, abalando e debilitando a sua mãe, deixando o Blake, com 6 anos, a tentar compreender a perda. E como as crianças de 6 anos têm uma capacidade limitada de pensamento crítico, ele deparou com a clivagem: o pai do Blake era mau por ter ido embora, ou o Blake era mau e mereceu ser abandonado.

As crianças, quando forçadas a fazer esta escolha, invariavelmente escolhem a segunda. Elas ainda dependem de outros para segurança e sustento, e por isso é mais adaptativo ver o mundo como confiável e o eu como corrupto. Já adulto, o Blake começou

a ver todas as crianças como inamáveis numa tentativa inconsciente de justificar as ações do seu pai e de se purgar de uma sensação de podridão. A clivagem entre criança e adulto conservou intacta uma visão do mundo — uma visão distorcida na qual fazer mal a crianças era sensato e não trazia consequências —, e manteve à distância o pensamento em que o Blake tentara não pensar durante vinte anos: que o abandono por parte de um progenitor altera para sempre a vida de uma criança, porém, o seu pai fê-lo na mesma.

A atitude de Blake de «as crianças que se fodam» pareceu-me escandalosa de início. Mas à medida que a nossa conversa assumiu tons de cinzento, ocorreu-me que era, de certo modo, convencional — sendo a detenção de crianças pelo governo federal uma prova dolorosamente óbvia desse facto. O Blake via a indignação moral dos seus amigos como hipócrita: eles conversavam muito sobre o assunto, mas não agiam segundo as suas convicções para lá de publicações incisivas no Instagram. Embora horrorizado com os acontecimentos atuais, eu havia estado igualmente inativo. Não participara em protestos relacionados com a situação, não doara dinheiro, e nem ao menos escrevera ao meu congressista. Todos pertencemos à mesma sociedade, uma que considera as crianças como mais descartáveis do que os adultos, mas eu e os amigos do Blake encontramos maneiras de nos vermos a nós próprios como dissociados dessa visão, de modo a permitir-nos viver e trabalhar sem cair no desespero. Assim, a loucura do Blake não era tanto ter opiniões desprezíveis, mas a sua incapacidade para as compartimentar, pensar sobre elas, ou enterrá-las nos recônditos da sua mente, como todos nós.

A borderline tem vivido uma existência camaleónica, misturando-se com o espaço nebuloso entre qualquer clivagem que tenha dominado a cultura convencional de uma certa época. Os hipocráticos

clivavam segundo a anatomia, num tempo e lugar em que o social e o físico eram duas faces da mesma moeda — «*gyne*», a palavra grega para mulher, é também a palavra para esposa.⁶ Portanto, a enfermidade corporal resultante do fracasso de uma mulher em se conformar com as normas sociais não constituía uma contradição. Para um médico hipocrático, tratar a enfermidade da sua paciente recomendando que ela se casasse e tivesse relações sexuais com um homem também não era considerado ultrapassar os limites. Embora este não fosse o único tratamento previsto para problemas histéricos, o seu impacto ao longo do tempo e do espaço não pode ser sobrestimado. Aqui nasceu a ideia de que a enfermidade nas mulheres se deve à sua recusa em se submeterem à autoridade dos homens.

Um afastamento da clivagem de acordo com a anatomia começou no século II, quando o médico Galeno de Pérgamo assumiu a tarefa de fundir o conhecimento médico com questões metafísicas da alma — iniciando, em essência, o campo da saúde mental. Galeno nasceu numa família rica, no ano 129, em Pérgamo, uma cidade na atual Turquia que era um epicentro cultural do mundo greco-romano. Ali foi exposto desde tenra idade não só ao pensamento intelectual e religioso grego, mas também à teologia judaica e às escrituras de um culto religioso emergente que se autodenominava cristianismo. Ao longo de uma célebre carreira que incluiu temporadas longas ao lado do imperador, Galeno sintetizou o corpo e a alma numa abrangente teoria da medicina, baseando-se fortemente nos hipocráticos para o seu entendimento do corpo e no antigo filósofo grego Platão para o seu entendimento da alma.⁷

Os avanços na anatomia e fisiologia levaram Galeno a rejeitar um útero vagueante como a explicação *de facto* para a enfermidade feminina, embora tivesse mantido a essência dessa hipótese ao continuar a associar uma vasta fileira de sintomas nas mulheres ao seu sexo e sexualidade. Galeno considerava o fracasso em se envolver regularmente na «libertação» da relação sexual, em vez de um órgão

nomádico, como a causa da enfermidade feminina. Nestes casos, Galeno defendia muitos dos mesmos tratamentos encontrados no *Corpo Hipocrático*, incluindo a prescrição de sexo e casamento.⁸ Embora existam provas limitadas de ele ter curado mulheres com mais sucesso do que os hipocráticos, é abundantemente claro que a teoria de Galeno dos fenómenos histéricos — que a «paixão» interna desregulada de uma mulher conduzia a enfermidade bizarra e, por vezes, grave — moldou a sua teoria de «perturbação metafísica», ou aquilo a que agora chamamos doença mental.

No seu tratado do ano 180, *O Diagnóstico e a Cura das Paixões da Alma*, Galeno delineou uma nova clivagem para distinguir os doentes dos saudáveis — não entre anatomia masculina e feminina, mas entre paixão e razão. Definiu paixão como «um poder irracional dentro de nós que se recusa a obedecer» e declarou-a a fonte da disfunção comportamental.⁹ Em seguida propôs o seguinte: se o comportamento inexplicável ou inaceitável resulta de paixão excessiva, e se a paixão é uma força irracional que não foi devidamente domada pela razão, então talvez conversar com uma pessoa sensata pudesse ajudar o afligido a dominar as suas paixões e melhorar o seu comportamento. Duas pessoas conversam, uma é aliviada do sofrimento: aqui estava a primeira teoria de psicoterapia do mundo ocidental.

O trabalho de Galeno continha algumas ideias entendidas como surpreendentemente modernas, descrevendo métodos de gerir a raiva e retardar a ação impulsiva totalmente reconhecíveis por um psicoterapeuta atual. Num episódio relatado, Galeno foi abordado por um amigo de Creta que estava em tronco nu e com um chicote na mão, implorando para ser açoitado por causa de um vergonhoso ato de violência que cometera antes na presença de Galeno. Em vez de satisfazer este pedido de absolvição através da dor física, Galeno falou demoradamente com o amigo, instruindo-o acerca de como «treinar o elemento irascível interno». A narrativa do incidente terminou com Galeno a piscar o olho com malícia ao leitor: «Foi desta

maneira, como é óbvio, que o açoitei.»¹⁰ Galeno reconhecia que a cura pela fala não estava isenta de desconforto, mas era através de palavras sensatas, não de castigo corporal, que a dor da alma podia ser suavizada. Prosseguiu relatando que, durante o ano que se seguiu, o seu amigo «tornou-se um homem muito melhor», acrescentando que mesmo que a mudança tivesse sido ligeira, teria valido o esforço.

Contudo, Galeno também estava limitado pelos valores sociais da sua época e pelas hierarquias da supremacia masculina e da posse de escravos. O seu amigo cretense havia espancado selvaticamente um escravo — razão por que não enfrentou outra punição senão a própria culpa —, e ele próprio também possuía escravos. É certo que ele admoestou o amigo pelo seu comportamento, referindo-se com orgulho a uma injunção autoimposta, transmitida pelo pai de Galeno: «Nunca bater num escravo [...] com a minha mão.» Mas depois rapidamente fez um acrescento a este dogma, para que um leitor moderno não o confundisse com um progressista social, ao clarificar que qualquer pessoa que abusa dos seus escravos com os punhos no calor da raiva «podia ter esperado um pouco [...] e usado uma vara ou um chicote para infligir quantos golpes desejasse [...] para alcançar a ação com ponderação».¹¹

Quanto às mulheres, Galeno abraçava a perspetiva convencional da sua inferioridade em relação aos homens. A paixão existia tanto nos homens como nas mulheres, mas as mulheres — tendo a pele mais macia e uma natureza mais fraca — eram mais propensas a enfermidade tanto física como metafísica. Galeno considerava que o terapeuta ideal deveria ser do sexo masculino e preferencialmente de idade avançada — para assegurar que o tempo e a sabedoria o haviam libertado da escravidão da paixão —, e presumia-se que a cura pela fala era útil apenas para homens adultos e livres à procura de se melhorarem a si mesmos. No que dizia respeito aos assuntos da alma, as mulheres eram uma causa perdida. «Cavalos indomados», escreveu Galeno, «são inúteis.»¹²

Um retrato íntimo e abrangente sobre a perturbação de personalidade *borderline*

A doença mental continua a ser fortemente estigmatizada na nossa sociedade. E os doentes com perturbação de personalidade *borderline* são particularmente marginalizadas, sendo considerados pessoas para as quais já não existe tratamento nem esperança.

Na altura em que o autor começou a trabalhar, avisaram-no de que os pacientes *borderline* eram manipuladores, difíceis e com tendência para abandonar o tratamento. No entanto, anos mais tarde, quando Ana, uma paciente com essa perturbação, entrou no seu consultório, o Dr. Alexander Kriss sentiu-se compelido a tentar ajudá-la.

Borderline: Biografia de uma perturbação de personalidade é a história do seu trabalho com Ana. É também a história da própria perturbação. Com relatos que remontam à Antiguidade, mostra como a patologia tem sido denominada de muitas formas ao longo dos milénios: possessão, histeria, bruxaria ou insanidade moral.

Este é um livro essencial, que nos guia através da história até ao aparecimento da psicoterapia, ao desenvolvimento do diagnóstico moderno e às atitudes atuais em relação ao tratamento desta condição.

«Um relato aprofundado sobre quem decide o que significa estar doente, de como a doença mental é enquadrada nas narrativas culturais e sobre quem é excluído dessas narrativas.»

Publishers Weekly



Penguin
Random House
Grupo Editorial

www.penguinlivros.pt

  penguinlivros

ISBN: 978-989-583-385-6



9 789895 833856