

JOÃO CARLOS MELO E MARIA C.

RENASCER DAS CINZAS

O relato de uma mulher e do seu terapeuta
numa jornada contra as doenças mentais



BERTRAND EDITORA

Lisboa 2025

ÍNDICE

Nota prévia	9
Introdução	11
PRIMEIRA PARTE	13
O princípio.....	15
Borderline.....	21
A psicoterapia.....	31
A verdade e a mentira.....	41
O <i>puzzle</i> começa a tomar forma.....	47
SEGUNDA PARTE	53
Munchausen.....	55
O diagnóstico.....	59
Sintomas e comportamentos factícios.....	69
Porquê?.....	83
Tratamento e prognóstico.....	93
TERCEIRA PARTE	105
A aceitação.....	107
Os primeiros comportamentos factícios.....	115
Urgências, consultas, análises, relatórios e «doenças».....	123
As mentiras.....	145
Uma visita ao mundo factício.....	159

QUARTA PARTE	163
Uma espada sobre a cabeça	165
Uma luta épica	183
Nova descida aos infernos.....	189
A última batalha	195
A busca de um sentido	201
O livro.....	213
QUINTA PARTE	219
O processo de cura	221
O amor que salva	249
Maria	259
O futuro	273
Notas	275
Bibliografia	283

O PRINCÍPIO

Num dia de julho de 2021 recebi uma mensagem que haveria de mudar o rumo de muitos acontecimentos e que, entre outras consequências de enorme alcance, acabou por dar origem a este livro. Nada o fazia prever, pois, na sua aparência, não era uma mensagem muito diferente das centenas que recebi nessa altura.

Tinha publicado *Refêns das próprias emoções – Um retrato íntimo das pessoas com personalidade borderline* escassos meses antes e, como consequência, comecei a ser invadido por pedidos de consulta, pedidos de alívio para sofrimentos insuportáveis, apelos pungentes para mitigar o desespero de muitas pessoas e famílias. Contudo, em numerosos casos a única coisa que as pessoas queriam era agradecer-me do fundo do coração por se terem sentido tão compreendidas à medida que liam o livro.

A mensagem dizia o seguinte:

Boa tarde

Como está?

Peço imensa desculpa por estar a enviar esta mensagem, mas de facto é a única maneira que tenho de entrar em contacto consigo.

Referiu a seguir que, depois de muitos meses de acompanhamento em consulta, o seu psiquiatra acabou por lhe dizer que, afinal, era especialista em doenças psicóticas em jovens e que ela tinha Transtorno de Personalidade Borderline, pelo que teria de procurar outro psiquiatra:

Deu-me duas referências, mas ambas me disseram que não era de facto a área delas e que teria de procurar outro psiquiatra.

Tenho vários familiares e amigos médicos que me falaram de si como, provavelmente, a única hipótese em Lisboa.

Neste momento não tenho forma de pagar consultas a nível particular, pois estou desempregada.

Esta mensagem tocou-me profundamente. Era mais uma jovem escoraçada, com escassas hipóteses de ser ajudada apenas pela desventura de sofrer de uma doença que continua a ser alvo de atitudes estigmatizantes. Ao ler estas palavras, caro leitor, o seu raciocínio dir-lhe-á que é da sociedade que vem esse estigma. Nada mais longe da verdade. A atitude de incompreensão, marginalização e rejeição vem de dentro da própria Psiquiatria; ou melhor, de uma certa mentalidade – infelizmente ainda predominante – de muitos psiquiatras, psicólogos e outros técnicos de saúde mental.

Não podia deixar de dar a mão a quem ma pedira de uma forma tão pungente. Foi assim que senti o pedido. Houve essa intuição, mas houve mais qualquer coisa – alguma coisa que teve em mim um impacto profundo. Não sei o que terá sido. Talvez aquele «Como está?» do início. Talvez a tenacidade que a impediu de desistir. Ou a profunda solidão que adivinhei entre as suas palavras. Não sei.

Não quis que esperasse mais e por isso envidei os esforços necessários para que nos encontrássemos logo no dia seguinte. Tinha apenas a mensagem, um nome (Maria) e, entre algumas informações de âmbito profissional veiculadas pelo LinkedIn, a fotografia que a identificava nessa rede social.

Chegou antes da hora marcada, o que me fez logo pensar que estaria muito motivada. Dirigi-me à sala de espera para lhe pedir que aguardasse um pouco, mas, num primeiro relance, não a encontrei. Fora à procura da jovem da fotografia, mas não vi nenhuma figura que lhe correspondesse. Apesar disso, antes de pensar qualquer outra coisa, ocorreu-me que poderia estar diferente da fotografia. E estava: quando lancei um novo olhar à sala, reconheci-a de imediato; estava de facto muito diferente, mas era ela. Talvez tenha visto naquela jovem o sofrimento que intuía nas entrelinhas da mensagem. E quando me dirigi a ela e lhe perguntei «É a Maria?», vi claramente aquele sofrimento. Mas vi também, por detrás de uns olhos tristes, um brilho de esperança.

E quando, uns minutos depois, a fui chamar e nos dirigíamos para o gabinete, recordei-me da frase que Ralph Greenson, psicanalista de Marilyn Monroe, proferiu sobre o momento em que a viu pela primeira vez: «Uma mulher, já meio morta, arrastando pela mão uma criança triste.»

Do ponto de vista da Maria, as coisas aconteceram assim:

Em meados de 2021, depois de quase um ano de consultas com um determinado psiquiatra (poucas e rápidas, e muitas *online* por causa da pandemia), ele disse-me: «Maria, não te vou continuar a seguir. Sou especialista em doenças psicóticas em jovens e tu tens Perturbação da Personalidade Borderline [...] vou dar-te o contacto de duas psiquiabras especialistas nessa área.»

Aquilo deixou-me completamente sem saber o que fazer. Nem sequer sabia o que é que era isso do Borderline. Fiz várias pesquisas na Internet e não me enquadrava em muitos dos aspetos que eram mencionados.

Marquei consulta com uma psiquiatra especialista e, sinceramente, detestei.

Algum tempo depois, enviei mensagem a um médico especialista em Borderline, mas como ele me conhecia bem (é um familiar afastado), disse-me que não me poderia seguir, mas que eu deveria marcar com o Dr. João Carlos Melo, que também era especialista em Borderline.

Fui pesquisar na Internet e encontrava diversos artigos, inclusive livros publicados. Mas não sabia como chegar até ele.

Nessa mesma manhã, liguei vezes sem fim para o número que aparecia como sendo o consultório dele, mas ninguém atendia.

Pesquisava no Facebook, e não encontrava. Até que o encontrei no LinkedIn.

No dia 13 de julho de 2021 enviei-lhe uma mensagem a pedir se me poderia ver pois tinha sido escorraçada pelo meu anterior psiquiatra.

E logo no dia seguinte, por volta das nove da manhã, recebi a tão esperada resposta:

«Olá, bom dia, Maria. Havemos de ver qual a melhor forma de a atender no hospital. De qualquer forma, pode vir ter comigo hoje ao Serviço de Psiquiatria às 13h30. Até logo, João Carlos.»

Naquele momento senti um misto de felicidade e nervosismo, pois nunca tinha conseguido uma consulta tão rapidamente com um psiquiatra.

Com medo de chegar atrasada à consulta, saí de casa mais cedo, acabando por chegar ao hospital antes da hora. Nesse momento enviei uma mensagem a dizer que já tinha chegado. E, minutos depois, o Dr. João Carlos veio ter comigo e disse:

«É a Maria? Já a venho chamar, aguarde só um bocadinho.»

Quando me chamou, não sei ao certo o que lhe disse, pois já passou demasiado tempo. Alterou-me toda a medicação que estava a fazer e conversou comigo durante aproximadamente uma hora.

Posso dizer que naquele curto espaço de tempo me senti compreendida como nunca tinha sentido.

Quando saí da consulta, peguei no telefone e liguei à minha melhor amiga e disse-lhe que nunca tinha conhecido um médico tão humano e tão disposto a ajudar. Fiquei muito feliz com a consulta e senti esperança, coisa que infelizmente já tinha perdido há muito tempo.

A primeira consulta correu muito bem. Senti desde o início uma boa conexão e uma intenção inequívoca de ajudar a criança desamparada que estava à minha frente. A Maria adulta foi muito

cooperante. Respondeu às questões que lhe coloquei da melhor forma que pôde, procurou estar à altura da tarefa, apesar da ansiedade que a afetava, e correspondeu com o maior interesse ao meu pedido para nos voltarmos a encontrar na semana seguinte. Porém, por detrás dela estava a criança desamparada a quem – tive a certeza disso – iria dar a mão e mantê-la agarrada e protegida até que crescesse o suficiente para, um dia, já não precisar de mim.

As consultas seguintes continuaram a correr bem. A Maria foi sempre colaborante e o meu empenho nunca esmoreceu. Aos poucos, com a sua ajuda, fui construindo um retrato provisório, necessário para poder estabelecer um plano terapêutico.

Não foi difícil elaborar um diagnóstico. Ainda que não preenchesse alguns dos critérios, o que se afigurava mais provável era, de facto, o de Perturbação Borderline.

Num processo psicoterapêutico como o que estávamos a começar a desenvolver (uma psicoterapia analítica), o paciente revela a dada altura alguns dos seus modos de funcionamento mental e padrões de relacionamento, não apenas no que relata, mas principalmente no que acontece justamente na relação com o terapeuta. Dou um exemplo: a angústia de abandono, típica da doença que referi há pouco, começou a manifestar-se na necessidade de consultas mais frequentes e no medo de ser abandonada, reações que se intensificaram e dramatizaram quando, pouco tempo depois, entrei de férias. Embora lhe tivesse assegurado que, ao retornar dessas férias, reorganizaria os meus horários de trabalho para poder corresponder às necessidades a que apelava, evidenciei momentos de desespero que mostraram que isso era claramente insuficiente. E quando, um dia, no meio das mensagens e dos telefonemas que se multiplicavam, me enviou uma mensagem desesperada anunciando que iria pôr termo à vida, senti pela primeira vez o quão grave era o quadro clínico.

A ideação suicida manteve-se ativa durante alguns dias e a Maria chegou a relatar, com pormenores realistas, situações em que estaria de facto em risco de morrer, o que me fez, em alguns momentos, temer pela sua vida.

Este foi talvez o período mais difícil e dramático da psicoterapia. Mas, a persistência que evidenciou em continuar a pedir ajuda e em manter e aprofundar a psicoterapia, bem como o meu empenho e determinação em continuar a ajudá-la foram fundamentais nesta altura. Juntos, conseguimos superar esta fase e a psicoterapia entrou num novo patamar, mais profundo e intenso. As sessões tornaram-se mais frequentes e, por assim dizer, mais diversificadas: ao invés do modelo clássico de apenas uma ou duas sessões por semana, no mesmo local e à mesma hora, as sessões eram praticamente diárias e aconteciam onde era possível: umas vezes no consultório, outras no hospital e muitas através de mensagens escritas, telefonemas e videochamadas. Em boa hora esta modalidade foi querida e assumida por ambos – agora, passados alguns anos, podemos concluir que, de outra maneira, o sucesso que conseguimos não teria sido possível.

Houve momentos em que eu conseguia entender que todos os seus comportamentos dramáticos não eram mais do que um reflexo direto do sofrimento e desespero que a assolavam, mas houve outros em que senti que estava a ser manipulado. Isto fez-me refletir muito.

Há dois tipos de situações que geralmente consigo distinguir. Por um lado, apelos desesperados de ajuda, pedidos ou exigências de internamento num Serviço de Psiquiatria e até ameaças de suicídio – vejo aqui manifestações diretas de um sofrimento insuportável que não sabe manifestar-se de outra forma. Por outro lado, comportamentos de manipulação que, ainda que evidenciando igualmente um sofrimento subjacente, já não apelam em mim o mesmo tipo de compreensão e empatia. Com a Maria, eu sentia ora uma ora outra destas situações. Não conseguia distingui-las. E a dúvida ainda se adensou mais quando comecei a suspeitar que algumas das informações que me transmitia não podiam ser verdadeiras. Foi a partir dessa altura que comecei a perceber que havia mais mentiras, muitas mentiras, sobre variados temas. Mesmo assim, alguma coisa em mim não quis perceber isso. Houve uma espécie de negação da minha parte. Não vislumbrei sequer a magnitude das mentiras. No entanto, nessa altura eu nem sequer suspeitava que essas mentiras eram apenas a ponta do icebergue.

BORDERLINE

Percebi cedo que a Maria preenchia uma parte importante dos critérios de diagnóstico da Perturbação da Personalidade Borderline, mas, como é compreensível, as características mais definidoras do seu caso concreto só com o decorrer do tempo se foram clarificando.

Tanto assim é que, embora ela me tivesse procurado e pedido ajuda especificamente por causa dessa Perturbação que o seu último psiquiatra havia diagnosticado, cedo percebi que a sua atitude em relação àquele diagnóstico não era muito assumida e consistente. Era como se tivesse aceitado passivamente esse diagnóstico, mas sem perceber bem qual o seu significado e sem aderir de forma comprometida ao mesmo. Esta não é a atitude mais comum em situações similares: grande parte dos pacientes, concordem ou não com o diagnóstico, gostem ou não, agem geralmente com uma atitude firme e dotada de alguma carga emocional. Aparentemente, também não manifestou interesse ou curiosidade em perceber melhor, afinal, o que é que se passava consigo própria. Também pensei que talvez estivesse mais preocupada com a possibilidade de ser ajudada e não tanto com o diagnóstico. O tempo haveria de o dizer, foi o que pensei na altura.

E assim foi. À medida que o tempo ia passando, fui conseguindo conhecê-la progressivamente melhor, e ela própria, aos poucos,

foi-se dando a conhecer como verdadeiramente era na sua essência. E o que resultou desse conhecimento mais profundo foi o seguinte retrato: a Maria tinha outras duas doenças (que, a seu tempo, havíamos de identificar), mas não havia dúvidas de que tinha uma *Perturbação Borderline*.

Esta entidade clínica é complexa e heterogénea, tornando difícil o processo que leva ao estabelecimento do diagnóstico. Na maioria das especialidades médicas, este processo é geralmente mais fácil de conseguir do que na Psiquiatria. O paciente apresenta as suas queixas, o médico formula questões, pensa em algumas possibilidades e depois avança com uma hipótese – úlcera no estômago, por exemplo. E depois pede uma endoscopia. Este exame complementar, ao permitir uma visualização direta do interior do estômago, confirma ou exclui a hipótese. E o diagnóstico está feito.

Bem, na verdade, todos sabemos que na Medicina as coisas muitas vezes não são assim tão fáceis. No entanto, também é certo que na Psiquiatria são mais difíceis. Porquê? Porque não há análises nem exames que permitam confirmar ou excluir a hipótese colocada. A história clínica e a observação psicopatológica, assim como a evolução dos sintomas e a resposta ao tratamento, são o que temos ao nosso alcance para formular um diagnóstico.

No caso da *Perturbação Borderline*, a tarefa revela-se ainda mais difícil por causa da complexidade e da heterogeneidade do quadro clínico que referi há pouco. De facto, são numerosos os sintomas que o constituem e, por isso, a melhor abordagem será, em vez de elencar todos os sintomas que podem fazer parte do quadro clínico, considerarmos as dimensões do funcionamento mental e do comportamento que se apresentam.

Podemos então sistematizar essas dimensões como se segue:

- Instabilidade afetiva (que inclui a desregulação das emoções, com crises de descontrolo e de raiva).
- Impulsividade.

- Dificuldades na identidade.
- Sentimento de vazio interior.
- Angústia (de rejeição, separação e abandono).
- Alterações cognitivas, por vezes com sintomas psicóticos breves.
- Pensamentos recorrentes de morte e tentativas de suicídio.
- Comportamentos autolesivos e autocriticismo.
- Dificuldades acentuadas nas relações interpessoais.

As referidas áreas ou dimensões do funcionamento são como uma lista de ingredientes. Em cada uma das pessoas que apresentam tais ingredientes, o seu número e a forma como estão misturados e organizados determinam os quadros clínicos individuais.

Contudo, há uma questão que tem instigado muitos investigadores que se dedicam ao tema: qual é a essência, o que melhor define esta doença?

De todos, talvez tenha sido Mary Zanarini, uma psiquiatra norte-americana, quem, até agora, deu a resposta mais satisfatória. Depois de mais de 20 anos de pesquisa e reflexão, ela elegeu dois aspetos que considerou serem os mais característicos.

Um deles é o que poderíamos considerar uma dor profunda, intensa e insuportável. O outro é a forma desajustada como a pessoa lida com essa dor.

Num estudo que desenvolveu nos anos noventa e que, juntamente com os seus colaboradores, publicou em 1998, Zanarini procurou caracterizar a natureza daquela dor. O título («A dor de ser Borderline») fala por si, e o subtítulo dá já uma ideia do conteúdo: «Estados disfóricos específicos da Perturbação da Personalidade Borderline».

Este estudo foi muito importante para dar voz às pessoas afetadas pela doença, pois avaliou não apenas o seu comportamento, mas acima de tudo a sua experiência subjetiva.

Temos, portanto, aquela dor específica e própria desta doença e a forma desajustada de lidar com ela. Vejamos separadamente cada um destes pontos.

Em relação à dor, costuma ser designada por *disforia*. A expressão deriva de uma palavra do grego antigo que significa *difícil de suportar*. É um estado de humor pesado, opressivo e insuportável. Há tensão interna, inquietação e uma espécie de impulso incoerível para a ação, mas sem um alvo, um objetivo ou um propósito. É uma dor interna, invasiva, intolerável e, pior do que tudo, sem escapatória. A distinção entre si e os outros torna-se indefinida e turva. A pessoa fica cega, sentindo-se paralisada e sem saída.

A disforia exerce uma espécie de força centrífuga que fragmenta as representações internas de si e dos outros. Isto contribui para a experiência dolorosa de incoerência e vazio interno, para os sentimentos ameaçadores de incerteza e inautenticidade sentidos nas relações interpessoais e ainda para o sentimento excruciante de insignificância, futilidade e vacuidade da vida.

A disforia está frequentemente associada a estados de irritabilidade, irascibilidade e agitação interna, levando com frequência a reações agressivas e explosivas. Não é raro emergirem de forma abrupta reações emocionais incontroláveis e desproporcionadas face à intensidade dos estímulos.

Esta dor profunda, intensa e insuportável é um dos aspetos característicos desta doença.

O outro é a forma como a pessoa lida com essa dor. De forma a aliviar um estado de disforia, a pessoa pode orientar o seu comportamento para uma busca de estímulos, excitação ou novidade. E pode recorrer a comportamentos autolesivos. Por vezes ela é, de facto, tão insuportável que a única reação possível é um comportamento impulsivo ou autodestrutivo. Esse comportamento não resulta de uma opção ou escolha. É automático, premente e incontrolável.

Apesar de fazer esforços quase sobre-humanos para se controlar, a desregulação das emoções é mais forte e toma conta da pessoa com Perturbação Borderline. Neste sentido, pretender que ela se controle seria como querer que uma pessoa controle a febre quando esta surge num processo infeccioso.

Apesar de tantas dificuldades, problemas e sofrimento, muitas destas pessoas são inteligentes, competentes, organizadas, criativas, generosas, empáticas, muito resilientes e com muito sentido de gratidão (mesmo que nem sempre o demonstrem). E com bom carácter.

Como noutras doenças e, na verdade, em tudo nesta vida, cada caso é um caso. Portanto, para conhecermos melhor a Maria e muitos dos seus comportamentos e modos de funcionamento mental, será importante identificarmos, em relação a esta doença, quais as suas características específicas.

Em primeiro lugar, foi e continuou a ser evidente que aquelas características não se traduzem na imagem estereotipada que muitos têm do comportamento destas pessoas. A Maria nada tem de exuberante. É cordial e socialmente adequada na conduta do dia a dia, discreta e educada. Não exhibe cicatrizes, não mostra marcas, não tem deixado rasto de gestos radicais, cenas espetaculares ou memórias degradantes. Não tem tido descontrolos emocionais em público. Não mostra crises de raiva. Em suma: a Maria é o que se chama uma *Quiet Borderline*.

No entanto, o sofrimento está lá. O desamparo está sempre presente. A rejeição pode manifestar-se a qualquer momento. A ameaça de abandono espreita sem descanso. As suas emoções, aplanadas em muitos períodos de uma forma que lhe consome muita energia útil, estão como que em banho-maria, mas prestes a descontrolarem-se em caso de perigo. O mesmo podemos dizer em relação a alguns comportamentos impulsivos.

Mas o melhor será vermos mais em concreto e em pormenor quais as características da Perturbação Borderline que a afetam. Esse retrato será muito útil na compreensão de muitos comportamentos que ela tem tido, na clarificação dos seus quadros clínicos e numa mais nítida definição da sua pessoa.

Vamos começar então com uma questão importante: porque é que a Maria tem essa perturbação? A pergunta é natural e legítima, claro, mas a resposta não é simples nem linear, como aliás acontece na maioria das doenças psiquiátricas.

Porém, vamos tentar recorrendo a um modelo que foi construído há mais de 20 anos por Mary Zanarini e Frances Frankenburg, e que tem sido desenvolvido e atualizado pelas autoras desde então.

Esse modelo é simples, mas é o que melhor se coaduna com o que a experiência clínica sugere, sendo fundamentado em investigações rigorosas e de grande fôlego. Propõe que as pessoas que virão a desenvolver a doença têm um *temperamento hiperbólico*. Depois, é necessário que aconteçam *eventos desencadeantes* (que podem ocorrer em qualquer altura da vida) para que, dessa interação, possa emergir a Perturbação Borderline.

Aquilo que as autoras denominaram *temperamento hiperbólico* engloba dois fatores interligados: uma hipersensibilidade muito característica e um comportamento específico associado.

Mesmo que, por vezes, tenham comportamentos agressivos, estejam geralmente à defesa nas relações com os outros ou tenham crises de descontrolo emocional e raiva, as pessoas com Perturbação Borderline têm uma enorme e dolorosa hipersensibilidade. É como se tivessem uma pele tão fina e sensível que o mais suave dos estímulos provoca sofrimento. Neste sentido, são pessoas frágeis e vulneráveis, apesar de não o parecerem.

O que muitas vezes é mais perturbador para estas pessoas são as contrariedades e as frustrações, mas o que mais as magoa e fere são certas atitudes dos outros. Qualquer atitude que fira a já débil autoestima é suficiente para provocar uma enorme dor. Mas há outras atitudes que são tão ou mais dolorosas e devastadoras, sobretudo as que são sentidas como desapontamentos, invalidação dos sentimentos mais profundos e genuínos, desilusões, injustiças, rejeições, abandonos (ou risco ou ameaças de abandono) e traições.

A vertente comportamental deste temperamento é claramente dirigida aos outros, designadamente àqueles que provocaram a dor ou então aos que são mais próximos nas relações íntimas (familiares ou amorosas). Em relação a este aspeto há um ponto que deve ser salientado para evitar mal-entendidos. Entre esses «outros», as mães são geralmente o alvo preferencial, ainda que sofram investidas de

forma ambivalente, com sentimentos contraditórios (agressividade e ódio, e, por outro lado, dependência afetiva). Isto não significa que as mães sejam as culpadas. No entanto, infelizmente, é esta ideia que muitas vezes acaba por prevalecer, mesmo entre muitos técnicos de saúde.

O comportamento da pessoa com Perturbação Borderline é de natureza crítica, acusatória e exigente, com tentativas insistentes para que os outros prestem atenção à enormidade da sua dor emocional. Estes apelos pungentes e desesperados podem também tomar a forma de súplica ou então de protesto.

Este temperamento, como acontece com outros tipos de temperamento, é de natureza sobretudo constitucional, quer dizer, já nasce com a pessoa, e é determinado por fatores hereditários e genéticos, ainda que sempre em interação e com influências mútuas das experiências de vida. A pessoa que teve, digamos assim, o azar de ter este tipo de temperamento, pode herdar características como a impulsividade, a depressividade e a ansiedade, e esta herança, conjugada com uma particular (e única para cada pessoa) expressão dos genes predisponentes, acaba por construir este temperamento.

Em relação aos *eventos desencadeantes*, os mais determinantes e com mais peso no processo são as experiências traumáticas. A investigação tem mostrado que os acontecimentos que maior carga traumática provocam para estas pessoas são as separações precoces e prolongadas e as perdas; a falta de envolvimento afetivo por parte dos pais; o abuso verbal e emocional; o abuso físico e sexual e a negligência física e emocional.

Mas, além das experiências traumáticas, podem funcionar como eventos desencadeantes todas as situações que firam a autoestima, que maltratem a sensibilidade e, no geral, quaisquer acontecimentos, circunstâncias ou atitudes dos outros que sejam desorganizadores ou dolorosos. E devemos considerar ainda os eventos denominados normativos, como sejam os processos de fazer novos amigos, a primeira relação amorosa e o primeiro emprego.

Todas estas experiências que atuam como eventos desencadeantes podem acontecer em qualquer idade, de modo que o início da Perturbação Borderline pode dar-se na infância, na adolescência ou mesmo na idade adulta. É também importante ter em conta que a gravidade da doença é determinada pela gravidade de cada um dos dois tipos de fatores (o temperamento e os eventos desencadeantes).

No caso concreto da Maria, a sua história de vida e a história clínica mostram, sem dúvidas, que tem um temperamento hiperbólico, embora a hipersensibilidade predomine sobre a componente comportamental associada. Por outras palavras, ela sempre guardou para si os seus sentimentos mais profundos e as mágoas, tendo vivido sempre em privado e em segredo o seu sofrimento e as experiências dolorosas que a afetaram. Ninguém faz ideia do sofrimento que tem constituído a maior parte da sua vida!

Em relação aos eventos desencadeantes, houve experiências ao longo da sua vida, desde a infância, que foram determinantes para o aparecimento da Perturbação Borderline. A sua profunda carência de afeto e carinho e a necessidade de sentir-se compreendida na sua hipersensibilidade não foram suficientemente reconhecidas e satisfeitas, deixando um vazio muito difícil de preencher.

Foi vítima de *bullying* na escola. Sofreu, desde os 10 anos, perdas irreparáveis de familiares muito significativos do ponto de vista afetivo. Foi vítima de uma brutal e devastadora experiência traumática aos 14 anos, cujas sequelas ainda perduram. E aos 26 anos perdeu uma das suas melhores amigas, naquela que foi uma das experiências mais devastadoras e desorganizadoras que sofreu.

Todas estas condições e experiências acabaram por determinar uma fragilidade e um sofrimento quase constantes que a deixaram muito vulnerável às vicissitudes da vida e à maioria dos acontecimentos que, sendo difíceis para a maioria das pessoas, para a Maria têm sido insuportáveis.

Estas que referi são as características Borderline da Maria, observadas de um ponto de vista externo. De um ponto de vista interno,

subjetivo, as palavras da própria permitem que consigamos ter acesso ao que acontece dentro dela de uma forma muito clara e realista:

Só há poucos anos (em 2021) é que ouvi falar pela primeira vez da Perturbação Borderline, quando me disseram que era isso que eu tinha.

Até essa altura não sabia. Sabia apenas que me sentia diferente das outras meninas, mais sensível; as coisas que as pessoas me diziam magoavam-me mais e isso tornou-se pior quando fui vítima de *bullying* na escola e pior ainda quando sofri uma horrível experiência traumática.

Depois perdi pessoas importantes da minha família e acho que isso também me afetou muito. Mas o que mais me afetou foi a morte de uma grande amiga minha.

Quando comecei a perceber que tinha esta doença, parece que houve qualquer coisa que fez sentido, e quando comecei a conhecer melhor a doença, então comecei a compreender melhor o que é que se passava comigo: não era estranha, não era má, não era louca – o que tinha era uma doença.

Tenho um sofrimento dentro de mim que me faz sentir que nunca me irei libertar dele. Há dias melhores, há dias piores, mas o sofrimento está sempre cá. Não sei como o hei de explicar. Parece uma dor física, um vazio, um sofrimento enorme, que ninguém faz ideia. A única forma de me livrar dele seria sair de dentro de mim, mas isso é impossível. É como se estivesse sempre em ferida, em carne viva. Tudo me magoa.

Este sofrimento é tão insuportável que, em algumas alturas, a única forma de parar com ele foi fazer mal a mim própria: cortar-me, queimar-me com água a ferver ou com cigarros ou até bater em mim própria com um cinto.

As relações com as outras pessoas são muito difíceis porque tenho sempre medo de que deixem de gostar de mim ou que me abandonem.

Às vezes sinto uma raiva enorme, só que não mostro, ela fica dentro de mim, parece que fica a corroer-me. Tenho muito medo de mostrar aos outros o que sinto.

Outras vezes não consigo distinguir o que é real e o que não é.

Na maior parte do tempo não tenho energia para nada, nem sequer para viver. Então fico na cama. Passo muito tempo na cama. Pensam que é preguiça ou não querer trabalhar, mas não é: é simplesmente não ter energia sequer para existir.

A minha vida é dominada pelo medo, medo de que me critiquem, me ralhem, que deixem de gostar de mim, que me abandonem, que morram. Não tenho descanso. Vivo num sofrimento permanente.

Muitas vezes tenho de fingir que estou bem, mas por dentro estou morta, sem vida, sem alegria, sem nada, num vazio insuportável.

A PSICOTERAPIA

Estávamos perante uma doença grave: a Perturbação Borderline consiste num enorme, prolongado e, muitas vezes, atroz sofrimento, afeta mais de 200 000 pessoas em Portugal desde uma idade muito jovem, leva a que 75% das pessoas cometam tentativas de suicídio (que não são chamadas de atenção) e leva em muitos casos à deterioração da vida de quem é vítima da doença e de quem com essa pessoa convive e se relaciona. Constitui um grave problema de saúde pública. E é uma doença que mata: 10% das pessoas acabam por morrer ainda jovens – por suicídio, *overdoses* de drogas ou comportamentos parassuicidários.

A Maria precisava de ajuda, disso não havia dúvidas. É certo que havia, como fiz referência atrás, o problema das mentiras, mas o facto é que, como também disse, esse problema, pelo menos na minha cabeça, estava em segundo plano. E eu assim quis que continuasse. Porque ela precisava de ajuda, merecia ajuda e tinha direito a ser ajudada. E eu queria continuar a ajudá-la.

Em nenhum momento, a sua vontade e motivação, o seu empenho, a sua determinação e tenacidade para continuar a psicoterapia esmoreceram. Com o tempo até se iam reforçando mais. E isto, com doença ou sem doença, com mentiras ou sem mentiras, não deixa

dúvidas. Nisto ela nunca, nunca mentiu. Esta foi, e continuou a ser até agora, uma das suas maiores verdades.

Mesmo em alguns dos momentos mais difíceis do processo psicoterapêutico, ambos investimos e continuámos a investir muito na psicoterapia. Desde o princípio. E enquanto for preciso.

Entretanto, à medida que o tempo ia passando, foi ficando mais claro que os problemas, sintomas e dificuldades que a Maria evidenciou desde o início não eram mais do que uma pequena parcela dos outros problemas – de outras doenças até – ainda mais graves. O que estava à vista nessa altura era apenas a ponta do icebergue.

Felizmente, houve outros fatores (que, a seu tempo, serão revelados) que foram da maior importância para a sua recuperação, mas estou convicto de que a psicoterapia foi determinante para a salvar.

Uma psicoterapia, podemos defini-la assim, é uma forma de tratamento psicológico que usa a palavra no contexto de uma relação interpessoal. Existem muitos tipos de psicoterapia, e cada uma tem as suas indicações e os seus méritos, mas aquela que começámos por empreender foi uma *psicoterapia de inspiração analítica*, por considerar que era essa a modalidade indicada, ainda que com variantes da técnica clássica por ser o que mais se lhe adequava.

A Psicoterapia Analítica baseia-se nos pressupostos teóricos e técnicos da Psicanálise e considera as representações inconscientes e as experiências vividas na infância como fatores da maior importância no modo como a personalidade e os padrões de relacionamento se estruturam. Além dos procedimentos técnicos próprios, a própria relação constitui em si mesma um fator terapêutico.

A motivação para empreender uma psicoterapia é, provavelmente, uma das mais fortes garantias para que seja bem-sucedida e, no caso da Maria, este foi desde o início – e continua a ser – o seu pilar mais sólido, assente numa determinação que, como psicoterapeuta, muito raramente tenho visto.

O que se pretende sempre é que o paciente venha a conseguir mudanças duráveis nas formas de pensar, sentir, agir e relacionar-se consigo próprio e com os outros.

E qual é a fonte dessa motivação? O que a realidade tem mostrado é que a principal é o sofrimento. Mas há outras: as dificuldades relacionais, o sentimento de infelicidade, a insatisfação, a falta de prazer e a dificuldade de desfrutar das variadas situações da vida, bem como sintomas, muitas vezes daí derivados, como a ansiedade, a tristeza e a angústia. Tudo isso acontecia com a Maria, mas o desespero, uma quase irreversível desesperança e um profundo sofrimento, mas também uma notável tenacidade, foram os motores que a mantiveram sempre agarrada à relação psicoterapêutica.

Nessa altura ela já não tinha nada a perder. Mas as coisas não são assim tão simples, pois o desejo e a necessidade de mudar revestem-se de ambivalência porque as pessoas também têm medo de mudar. Essa é uma das principais razões pelas quais muitas pessoas têm medo de fazer uma psicoterapia. De variadas formas, as pessoas tendem a construir equilíbrios para lidar com emoções e conflitos internos desagradáveis, e o que uma psicoterapia pode fazer é ameaçar esse equilíbrio. Daí o tal medo. Mesmo assim, o desejo de mudar constitui um fator da maior importância quando se empreende uma psicoterapia.

Da parte do terapeuta existem também condições que, quando reunidas, funcionam como agentes terapêuticos da maior importância: são fundamentais a motivação, o interesse e o empenho para ajudar o paciente, assim como o desejo genuíno de contribuir para diminuir o seu sofrimento e para melhorar a qualidade psicológica da sua vida. Mas tão ou mais importante é a capacidade do terapeuta de aceitar o paciente tal como ele é, sem pretensões a mudá-lo ou a ajustá-lo a quaisquer ideias preconcebidas, a teorias ou às suas próprias necessidades.

Uma atitude empática e o desejo genuíno de ajudar e de apostar no paciente são também importantes agentes promotores de mudança.