

MANUAL PSICOEDUCATIVO ORIENTADO PARA PESSOAS COM TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE SEUS FAMILIARES E ACHEGADOS



TRADUÇÃO:

VINICIUS GUIMARÃES DORNELLES

REVISÃO DA TRADUÇÃO:

ANA CLÁUDIA MATTOS PIAZZA

SEDE MOINHOS:
Rua Dona Laura, 414/608;
Tel: (051) 3398-8623
SEDE MENINO DEUS:
End: Av. Getúlio Vargas, 1157
Tel (051) 3398-8623

Desenvolvido por:



Autores: Gagliesi, Pablo; Pechon, Carola;
Boggiano, Juan Pablo; Stoewsand,
Corrine; Teitelbaum, Julia; Fabris, Victor
Hugo; Apfelbaum, Sergio & Herman,
Laura

SUMÁRIO

1	Introdução	4
2	O Que chamamos Transtorno de Personalidade em geral?	4
3	O que entendemos por Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)?	4
3.1	Esforços Frenéticos por Evitar o Abandono Real ou Imaginário.	6
3.2	Instabilidade e Excessiva Intensidade nas Relações Interpessoais	7
3.3	Instabilidade na Imagem de Si Mesmo e Sua Efetividade	7
3.4	Impulsividade e Condutas ou Ideação Suicida	8
3.5	Sentimento Crônico de Vazio	9
3.6	Instabilidade Afetiva Devida a Uma Intensa Reatividade do Estado de Ânimo e da Intensidade Emocional	10
3.7	Ideação Paranóide Transitória.	10
3.8	Sintomas e Episódios Dissociativos	10
4	Quem apresenta Transtorno da Regulação das Emoções (TRE)?	11
5	Gênese e explicação causal do Transtorno da Regulação das Emoções (TRE)	12
5.1	Teorias Neurobiológicas.....	12
5.2	Teorias Traumáticas.....	12
5.3	Teorias Sociológicas	13
5.4	Teoria Biossocial	14
6	O Que chamamos de desregulação emocional?	14
6.1	Vulnerabilidade Emocional:	14
6.2	Inabilidade para Regular as Emoções:	15
7	Que chamamos de ambiente invalidante?	16
7.1	A Desregulação Emocional e a Instabilidade Comportamental	20
7.2	A Desregulação Emocional e a Instabilidade Interpessoal	20
7.3	A Desregulação Emocional e a Instabilidade Cognitiva	21
7.4	A Desregulação Emocional e a Instabilidade da Identidade	21
8	Características das pessoas com Transtorno da Regulação das Emoções (TRE)	22
9	Qual é a experiência interior das pessoas com Transtorno da Regulação das Emoções (TRE)?.....	25
10	Que acontece com familiares e achegados?	27
10.1	Como o comportamento das pessoas com TRE afeta a quem as rodeia?	

10.1.1	Algumas reações habituais das pessoas com TRE são:.....	28
10.1.2	Quais são os pensamentos habituais dos familiares e achegados?	28
10.1.3	Como reagem familiares e achegados?	29
11	Quando e por quê se busca consultar um profissional?	29
12	Como se realiza o diagnóstico de Transtorno da Regulação das Emoções? .	30
13	Prognóstico e tratamento	30
13.1	Psicoterapia Individual	30
13.2	Grupos de Treinamento em Habilidades	31
13.3	Modalidades Grupais de Ajuda Mútua	31
13.4	Grupos de Psicoeducação e Treinamento em Habilidades para Familiares e Achegados.....	31
13.5	Tratamento farmacológico.....	41
14	Sintetizando e o modo de reflexão.....	43
15	Bibliografia	44
16	ANEXO I	46

1 INTRODUÇÃO

O objetivo do presente texto é oferecer informação com rigor científico, de uma forma clara e simples sobre um transtorno que afeta muitas pessoas e por extensão muitas famílias e achegados, chamados mais frequentemente como Transtorno Limítrofe ou Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).

As informações que se apresentam a seguir são gerais e podem gerar mais perguntas sobre questões específicas. A finalidade é, no entanto, complementar informações que o profissional da saúde mental possa oferecer e incentivar um diálogo que ajude a despertar perguntas e ajudar a aprofundar o conhecimento.

Em determinados casos consideramos oportuno, como forma de exemplificar, introduzir uma transcrição de relatos e citações de pacientes cuja identidade tem sido desde já, devidamente mantida em sigilo.

Deve ter-se em conta que o presente manual de nenhuma forma substitui as orientações do seu psiquiatra e/ou psicólogo/a.

2 O QUE CHAMAMOS TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EM GERAL?

De acordo com a concepção científica atual, chamamos Transtorno de Personalidade a *um padrão persistente de experiência interior ou conduta*, que usualmente produz mal-estar e se manifesta em algumas das seguintes áreas:

- ✓ Cognição (na forma de perceber ou interpretar-se a si mesmo, ou a outras pessoas ou em determinados eventos)
- ✓ Afetividade (na amplitude, intensidade, labilidade da resposta emocional)
- ✓ Funcionamento interpessoal (relação com outras pessoas)
- ✓ Condutas (dificuldade na regulação das ações)

Este padrão de experiência interior ou conduta, o qual é chamado de Transtorno de Personalidade, costuma também satisfazer algumas das seguintes características:

- ✓ ser inflexível em uma importante variedade de situações sociais e/ou pessoais
- ✓ gerar mal-estar significativo e eventual repercussão no funcionamento social/profissional
- ✓ estas características são mais ou menos estáveis ao longo da vida, e podem começar durante a adolescência ou na idade adulta.

3 O QUE ENTENDEMOS POR TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (TPB)?

O Transtorno da Personalidade Borderline é um dos onze transtornos de Personalidade descritos nos manuais de diagnóstico utilizados por profissionais da saúde mental

(DSM IV y CIE-10). É um dos transtornos mais estudados na literatura científica da atualidade.

Estima-se que do total de pacientes em tratamento psiquiátrico/psicológico ambulatorial, 11% preenchem critérios para este transtorno. Por sua vez, representam 19% dos pacientes internados em clínicas psiquiátricas de agudos.

Termos como *Limite*, *Limítrofe* ou *Borderline* provêm de uma antiga denominação que lamentavelmente continua empregando-se atualmente. Por causa da confusão que estes termos geram na comunidade e entre os profissionais, uma revisão se encontra em andamento a favor da utilização de outros termos como Transtorno da Regulação das Emoções (TRE).

Os autores do presente texto e os profissionais com quem trabalhamos, nos sentimos mais à vontade e consideramos esta nova denominação mais de acordo com o que percebemos na nossa prática diária. Muitos pacientes acham igualmente que esta denominação condiz em maior medida com alguns dos aspectos do seu padecimento.

Na prática psiquiátrica e psicológica está amplamente difundida a utilização dos *Manuais Diagnósticos*. Estes manuais fornecem uma descrição dos distintos transtornos enumerando uma série de critérios diagnósticos que buscam descrever características gerais comuns de diferentes padecimentos.

A discussão sobre as vantagens e desvantagens desta classificação categorial excede o presente texto. E, até o momento, representam o melhor sistema classificatório disponível.

Os critérios diagnósticos que enumeramos podem frequentemente diferir entre especialistas de diferentes correntes psicoterápicas. Isto é importante no momento de considerar que a informação que você possa receber pode ser diferente dependendo do especialista ou fonte consultada.

No caso particular deste texto, consideraremos o manual diagnóstico reconhecido pela Associação Norte-americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, A.P.A) chamado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), em sua versão mais recente (IV- TR) do ano 2002.

Segundo este manual o Transtorno de Personalidade Borderline se caracteriza por um padrão geral de instabilidade nas relações interpessoais, a autoimagem e a efetividade, e uma notável impulsividade, que começam no início da idade adulta e se produzem em diversos contextos, como o demonstram cinco (ou mais) dos seguintes itens:

- Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado. Nota: Não incluir os comportamentos suicidas ou de automutilação que se encontram no Critério 5
- Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas caracterizado pela alternância entre os extremos de idealização e depreciação.
- Alteração da identidade: autoimagem ou sentido de si mesmo apurado e persistentemente instável.
- Impulsividade em ao menos duas áreas, que é potencialmente prejudicial para si mesmo (p. ex. gastos, sexo, abuso de substâncias, condução imprudente, compulsão

alimentar). Nota: Não incluir os comportamentos suicidas ou de automutilação que se encontram no Critério 5

- Comportamentos, tentativas ou ameaças suicidas recorrentes, ou comportamento de automutilação.
- Instabilidade afetiva devida a uma notável reatividade do estado anímico (p. ex. episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, que costumam durar algumas horas e raramente dias)
- Sentimentos crônicos de vazio
- Ira inapropriada e intensa ou dificuldade para controlar a ira (p. ex., amostras frequentes de mau-humor, aborrecimento constante, brigas físicas recorrentes)
- Ideação paranóide transitória relacionada com o estresse ou sintomas dissociativos graves

Na tentativa de sistematizar e esclarecer estes critérios diagnósticos desenvolvemos a seguir um lista das suas características mais relevantes.

3.1 Esforços Frenéticos para Evitar o Abandono Real ou Imaginário.

Costuma ser frequente, ante a possibilidade de uma separação de um ente querido por um tempo prolongado ou breve, que as pessoas com Transtorno da Regulação das Emoções (TRE de agora em diante) experimentem medo intenso de serem abandonadas. Fazem enormes esforços para tolerar o mal-estar gerado por isto. Às vezes é tão difícil que só uma conduta impulsiva (cortar-se, ingerir medicação demais) pode acalmá-las. Outras vezes se apela a modificar o contexto tendo episódios de violência verbal ou física.

Estes esforços podem fazer os outros interpretarem estas condutas como excessivamente demandantes, exageradas ou com intenções de manipular.

“Meu namorado ainda não tinha voltado do trabalho. Tinha se atrasado. Eu já estava em casa, mas no lugar de começar a fazer a janta, ou escutar música, ou fazer outra coisa, comecei a sentir um buraco no peito e uma sensação de medo horrível. Comecei a pensar que ele tinha me abandonado, que queria me deixar ou que me estava traindo com outra mulher, inclusive liguei para a mãe dele para pergunta se ela sabia onde estava o seu filho ou se ele estava me traindo com outra. Liguei pro celular do meu namorado uma vez e como estava desligado me angustiei ainda mais e liguei pra ele umas 15 vezes em 10 minutos. Finalmente ele chegou. Eu estava chorando desesperadamente, meio bêbada pelas 3 taças de vinho que tinha bebido para tentar baixar um pouco. Tinha inclusive quebrado alguns pratos pela raiva que sentia”

Betina, 32 anos

“Não aguento que me abandonem, tenho medo o tempo todo que meu companheiro me abandone. Às vezes fico tão mal que acabo fazendo coisas para confirmar que é melhor ele me deixar do que ficar do meu lado. É nestes momentos em que costumo ter uma crise”

Susana, 41 anos

3.2 Instabilidade e Excessiva Intensidade nas Relações Interpessoais

Quem padece de TRE é propenso a mudanças drásticas em sua opinião sobre as outras pessoas. Por este motivo, em certos momentos podem perceber alguém próximo como protetor e sentir-se incondicionalmente apoiado, porém, podem perceber a essa pessoa em outro momento qualquer como cruel, autoritária ou pouco empática.

Não surpreende então que quando a sua percepção sobre outra pessoa é de cuidador fiel e leal, sejam propensos a idealizá-la, considerando-a perfeita. Da mesma maneira, ao perceber rejeição, abandono, ou ao sentir-se incompreendidos, aquela mesma pessoa é percebida como depreciada.

Esta alternância entre os polos de idealização e depreciação é um exemplo do que mais adiante será explicado sobre o pensamento dicotômico ou branco/ preto, quer dizer: não dialético.

“Acontece-me com frequência com as minhas amigas, que por períodos de tempo me sinto mais próxima de alguma delas. Sinto que ela pode entender o que acontece comigo, que é mais fácil explicar a ela o que me angustia e o que me faz feliz, e que ela está sempre disposta a ouvir-me e falar pra mim alguma coisa que sirva. Mas por algum motivo isso nunca dura muito. Depois chega o momento em que vejo alguma coisa nela que eu não gosto. No dia em que percebo que ela não está inteiramente disponível para ouvir-me, ou que está com a cabeça em outra parte e não está prestando real atenção no que está me acontecendo. É nestes momentos em que sinto como que alguma coisa se quebrasse, eu não consigo tolerar isso, e me afasto. Me sinto decepcionada”

Verónica, 35 anos

“Minha mamãe não pode entender que eu um dia a odeie e no dia seguinte a adore, mas realmente isso acontece comigo. Depois sinto uma culpa horrível, e a relação me parece irremediável e outra vez, estou em um círculo de mal-estar”

Rafaela, 21 anos

“Sou feia e horrível e sempre abandono tudo. Quem vai me querer assim?”

Mariana, 19 anos

3.3 Instabilidade na Imagem de Si Mesmo e Sua Efetividade

Assim como acontece com as outras pessoas, quem padece de TRE costuma ser muito exigente consigo mesmo. A imagem que tem de si mesmos e da sua efetividade em vários aspectos das suas vidas costuma ser variável, o que pode provocar uma compreensível sensação de instabilidade e insegurança.

A instabilidade da autoimagem com frequência produz mudanças em vários aspectos da sua vida como aspirações profissionais, objetivos, valores morais, projetos futuros, amizades, entre outras. Não são pouco frequentes as perdas repetidas de empregos, as interrupções nos estudos ou tratamentos e as rupturas das relações afetivas.

Igualmente a preocupação extrema pelo peso e a aparência física é intensa, e o desejo de perfeição pode estar acompanhado inclusive de problemas alimentares.

“Às vezes fico surpresa com a habilidade que eu tenho de me parecer com as pessoas com quem estou no momento. Sou camaleônica. Na verdade, acho que eu faço mais para enganar a mim mesma do que para enganá-los. Quando eu me transformo em outra pessoa me parecendo aos que me rodeiam não é como se vestisse um disfarce: eu realmente passo a ser outra. A outra que eu gostaria de ser. Eu quase não me dou conta do processo, de tão incorporado que ele está. Mas, por outro lado passei tanto tempo assim que as vezes já não sei quem sou eu realmente. Eu me sinto como irreal, falsa”.

Felicitas, 32 anos

“Agora estou concluindo os meus estudos de economia. Até o ano passado estava feliz com isso. Depois eu briguei com meu noivo e comecei a sair com Hugo. Hugo é completamente diferente do meu ex, mais risonho, mais intelectual, ele gosta de ler, ir ao cinema... Comecei a me interessar por estas coisas e de uma hora para outra senti que a economia não tinha nada a ver com a Sofia “de agora”. Meus pais estão receosos que eu acabe deixando tudo. Já aconteceu comigo uma vez no CBC. Troquei da Arquitetura para Economia. Mas agora tenho realmente certeza de que isto não é para mim. Eu acho que vou concluir, já que falta tão pouco, mas não quero trabalhar nisto. Estou com vontade de estudar outra coisa quando terminar. Ou começar a trabalhar. Tive tantos psicoterapeutas que não me ajudaram, eu acho que eu posso ter muitas profissões também, né?”

Sofia, 24 anos

3.4 Impulsividade e Condutas ou Ideação Suicida

As condutas impulsivas (por exemplo, abuso de substâncias, ingestão de medicamentos sem prescrição, compulsão alimentar, condução imprudente de veículos e gastos excessivos), e outras condutas auto agressivas (Ex.: cortes autoprovocados, golpes) podem com frequência ser perigosos.

Não são raros os comportamentos, tentativas ou ameaças suicidas recorrentes e os desejos de sumir ou não acordar pela manhã. Estes tipos de condutas costumam aparecer quando o mal-estar emocional parece intolerável, e funcionam então como calmantes. São efetivas neste sentido, mas o preço é muito alto colocando em risco a integridade da pessoa ou a dos outros, ou dos bens ou ter efeitos permanentes no corpo.

“Ontem passei com o carro pela frente da clínica onde estive internado faz mais de um ano. Ia dirigindo e pensando nos problemas do trabalho, por isso não me dei conta que passava por essa região. De repente, parei na sinaleira e vi que estava bem na frente da clínica. Veio na minha cabeça milhares de imagens daquela época. Nenhuma feliz ou reconfortante. Me invadiu uma onda de pensamentos tristes. Não consegui evitar ao chegar em casa comer tudo o que tinha na geladeira. Depois abri o freezer e até comi alguns legumes congelados. Não sei porque mas de alguma maneira isso acalmou um pouco o mal-estar que sentia”.

Esteban, 22 anos

“Na semana passada foi à despedida de solteira da minha irmã. Eu estava um pouco medrosa porque a maioria das meninas seguramente ia beber álcool e eu mal consigo evitar consumi-lo. Decidi tentar e na verdade me surpreendi quando consegui beber somente refrigerantes. Quando voltava para casa caminhando cruzei com meu ex que ia de mãos dadas com uma menina. Eles não me viram, mas a dor que senti foi quase física. Cheguei em casa e comprei no quiosque da esquina 3 latas de cerveja que bebi assim que atravessasse a porta de casa. Necessitava alguma coisa que me anestesiasse. Era uma dor insuportável. Tinha quase um ano que eu não consumia álcool”.

Yanina, 29 anos

“Avisaram-me no trabalho que por redução dos funcionários no final do mês eles rescindiriam o meu contrato. Meu chefe falava comigo e eu travei. Estava como dentro de uma bolha, não sentia nada, fiquei congelada. Não conseguia nem chorar pelo que estava acontecendo. Me tranquei no banheiro do escritório, sentei no vaso e me fiz um corte no braço como querendo “me acordar” de novo, a dor que senti me fez sentir alguma coisa, dor já sei, mas consegui sentir alguma coisa”.

Carolina, 25 anos

3.5 Sentimento Crônico de Vazio

É difícil descrever esta sensação que costuma ser tão bem conhecida por aquelas pessoas que padecem de TRE.

Geralmente, se descreve como extremadamente dolorosa, desesperança, ausência de sentido da vida e tédio. Outras vezes, se define metaforicamente como obscuridade, vertigem interna ou buracos negros.

As pessoas com TRE expressam uma sensação de busca permanente, procuram coisas diferentes para fazer, objetos diferentes para comprar, pessoas novas para conhecer, lugares novos para frequentar. Não obstante a sensação de insatisfação e vazio persiste.

“Muitas vezes ocorre comigo quando o meu namorado sai com os seus amigos e eu fico com casa sozinha, me invade uma sensação que agora eu chamo de meu buraco negro. Não consigo fazer nada. Nada parece acalmar isto que não sei nem como descrever. Tento ver filmes, ler livros, inclusive fazer coisas do trabalho. Nada serve. O buraco segue aí.”

Estefânia, 28 anos

“Eu passo muito tempo desanimado, deprimido. Já fiz vários tratamentos, mas nenhum deles ajudou muito. Quando estou assim todo mundo me pede para fazer coisas. Como se fosse assim tão fácil! Optei por não ter contato com as pessoas quando me sinto assim. Não quero me sentir pressionado. A semana passada eu passei por uma loja de celulares e comprei um novo, ultimo modelo, estava convencido de que era isso que eu precisava. Depois me dei conta que quase não uso ele, não tinha sentido comprar um como o que comprei. Agora não uso nem um nem outro”.

Tomás, 21 anos.

3.6 Instabilidade Afetiva Devida a Uma Intensa Reatividade do Estado de Ânimo e da Intensidade Emocional

Pessoas com TRE têm um estado de espírito muito variável. Isto é assim tanto no que se refere à rapidez da mudança como em relação à intensidade dos estados de humor que originam.

Muitos familiares ou achegados expressam que as emoções ou os estados de humor são muito intensos, exagerados ou inadequados em relação ao evento desencadeante. Às vezes, inclusive, é difícil identificar o evento desencadeante.

Como o restante das emoções, as explosões de raiva são frequentes. Podem acontecer quando tem a sensação de serem abandonados ou de não serem cuidados de acordo com as suas necessidades. O certo é que estes episódios de raiva ou aborrecimento costumam ser seguidos pela sensação de culpa, vergonha ou humilhação que contribui com a sensação interior de ter um defeito, de não ser como o restante das pessoas, perpetuando o circuito.

“Quando sinto que não posso controlar tudo, fico nervoso e começo a sentir a raiva aumentando. Sinto uma sensação de calor que sobe pelas minhas costas até a nuca e tenho um ataque. Poderia inclusive quebrar os ossos de alguém. Geralmente as pessoas que me deixam assim merecem isso. Sinto que me feriram e que eu tenho a necessidade de fazer neles o mesmo dano. Muitas vezes me aconteceu de ter brigas na rua quando fico assim. Fico agitado, volto para minha casa e aí aparece a culpa. Às vezes eu preciso beber algo de álcool para relaxar. Depois, por dias sinto que me falta energia para levantar da cama”.

Nicolás, 36 anos

3.7 Ideação Paranóide Transitória.

Durante períodos de muito estresse ou sofrimento emocional não é estranho a sensação de que alguém quer fazer-lhes dano ou prejudicá-los. Isto se explica na sensação de uma extrema fragilidade emocional.

“Há algumas semanas tentei durante 5 dias entrar em contato com uma colega da Faculdade com quem sempre me reúno para estudar. Chamei-a umas 3 vezes e deixei mensagens pedindo-lhe que me ligasse. Depois da segunda ligação sem resposta comecei a pensar que Maria estava aborrecida comigo por algum motivo, que seguramente eu tinha dito alguma coisa que a aborreceu e que por este motivo não me ligava. Não consegui parar de pensar no que eu tinha feito de tão grave para que nem sequer me retornasse uma ligação. Depois de passados alguns dias ela me ligou e me contou que tinha viajado com seu namorado para a praia e tinha esquecido seu celular em casa. Estava feliz com a ideia de preparar as provas finais comigo”

Mariana, 19 anos

3.8 Sintomas e Episódios Dissociativos

A dissociação é um de muitos mecanismos que temos para tolerar o mal-estar quando é muito intenso. Nossa mente apela para proteger-se em dividir nossa atenção em mais

de uma. O que isso significa? Que uma parte nossa esquece os acontecimentos, por exemplo, nem que fiquem em outra parte menos acessível para nossa atenção. Faz com que possamos continuar andando sem nos conectar com a emoção que seria a adequada a uma situação, dando uma sensação de desconexão.

“Eu lembro o dia em que minha mamãe morreu. A minha irmã mais velha não parou de chorar desde o momento em que o médico nos avisou até final do enterro. Eu não derramei nenhuma lágrima. Lembro-me de tudo, mas vejo tudo como se fosse um filme. Como se eu me visse de fora. Como se se tratasse de um robô. Lembro que não tirei nem um dia no trabalho. Meu chefe insistia em que aguardasse até me sentir melhor para voltar ao escritório, mas não fez falta. Na segunda estava trabalhando como se nada tivesse acontecido”.

Guillermo, 27 anos

“No dia em que meu namorado me disse que queria separar-se comecei a caminhar para casa para arejar as ideias, de repente estava em um bairro que não conhecia. Tive que pegar um taxi para voltar. Não lembro como cheguei até lá. Estava totalmente perdida”.

Camila, 25 anos

4 QUEM APRESENTA TRANSTORNO DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES (TRE)?

Lamentavelmente, a falta de sistematização de dados médicos no nosso país não permite definir exatamente a porcentagem de nossa população que é diagnosticada com TRE.

Estudos em outros lugares como os Estados Unidos e a Europa relatam percentagens que variam entre um 1 e 2% da população em geral.

Apresenta-se mais frequentemente na população feminina e o começo dos sintomas pode ser durante a adolescência ou no começo da idade adulta.

A frequência com que se apresenta o TRE não é afetada pela religião, orientação sexual, classe econômica, raça ou nível de escolaridade.

Em relação à herança (como veremos mais diante), existe evidência científica sobre a influência genética em seu desenvolvimento. Isto não quer dizer, contudo, que todo filho ou filha, familiar, de uma pessoa com TRE desenvolva o mesmo transtorno.

Os seres humanos herdamos dos pais um kit genético que pode entender-se em termos simples como um fator que predispõe ao desenvolvimento deste transtorno, e outras características que vão desde o TRE ao talento para, por exemplo, escrever poesia.

Sendo assim a herança do TRE não depende unicamente dos genes transmitidos de uma geração a outra.

5 GÊNESE E EXPLICAÇÃO CAUSAL DO TRANSTORNO DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES (TRE)

As teorias causais desta ordem não são ainda claras e é provável que assim seja porque não se trata unicamente de um fator causal, e sim da interação de vários.

Por exemplo, não todas as pessoas com suscetibilidade biológica – histórico familiar – para o desenvolvimento deste transtorno efetivamente o desenvolvem. Nem é assim para todas as pessoas criadas em ambientes invalidantes (ver mais adiante).

Dentro de cada uma das teorias que tentam dar conta de uma causalidade podemos identificar vários fatores que interagem. Isto é chamado de *teoria causal multifatorial*.

Desejamos nos deter por um instante em um aspecto fundamental dos tantos que desejamos transmitir neste manual. Frequentemente, a procura de causalidades de transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos pode gerar novos conflitos como sensações de culpa ou procura de culpáveis. O certo, é que processos deste tipo costumam piorar a situação e obstaculizar a procura de soluções. É um dos nossos objetivos transmitir conhecimentos que ajudem a conseguir uma atitude orientada para a aceitação e a mudança.

A seguir enumeraremos brevemente algumas das teorias referidas e logo depois, desenvolveremos em maior medida e profundidade a explorada por Marsha Linehan no começo, e por vários profissionais depois, sobre a Desregulação Emocional e a Teoria Biossocial.

5.1 Teorias Neurobiológicas

Os mecanismos subjacentes a desregulação das emoções não são do todo claros mas envolvem disfunções em áreas específicas do cérebro. (Por exemplo, o Sistema Límbico localizado no Lóbulo Temporal). O sistema de regulação emocional é complexo e envolve alterações de origem genética e fisiológica da qual a complexidade excede o alcance deste manual.

Por outra parte, complicações durante a vida intra-uterina e eventos durante a primeira infância podem influenciar no desenvolvimento do sistema nervoso central e, por conseguinte produzir alterações funcionais tardias. Mais uma vez, este interjogo excede pela sua complexidade o alcance deste manual.

5.2 Teorias Traumáticas

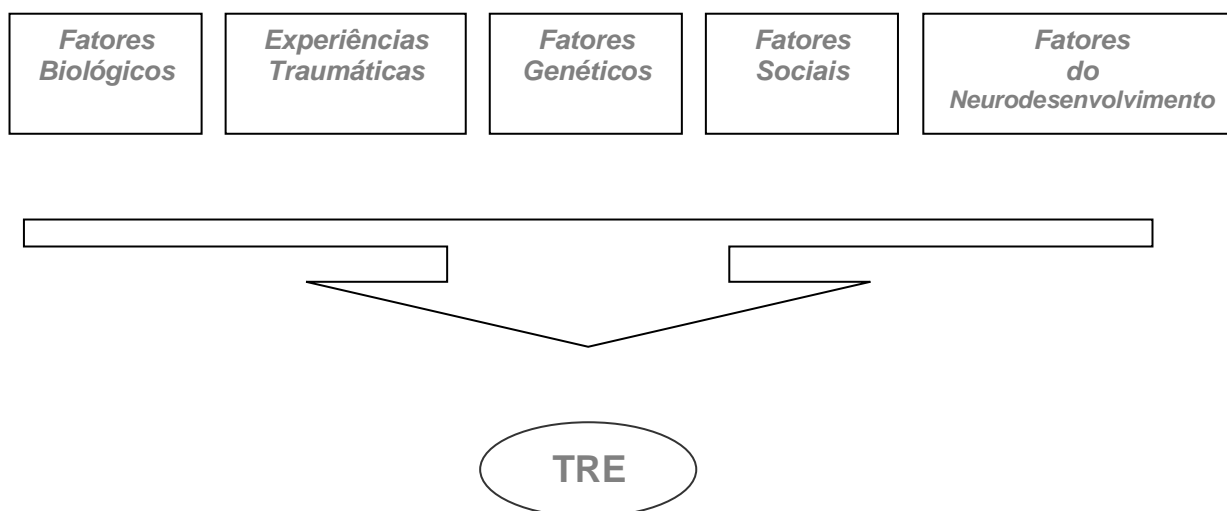
Observa-se clinicamente marcante a alta prevalência de experiências traumáticas devido a episódios de violência física, sexual ou psicológica, assim como lutos ou perdas importantes de entes queridos durante a infância e adolescência. Alguns autores relacionam estes episódios com o desenvolvimento deste transtorno.

5.3 Teorias Sociológicas

De acordo com este enfoque, as pessoas com TRE padecem os efeitos de um contexto caracterizado pelo machismo, as normas sociais rígidas, o consumismo e a competitividade indiscriminada.

Em concordância, as pessoas que padecem TRE não teriam conseguido adaptarem-se as injustiças sociais e seriam discriminadas pelo seu estilo particular.

Poderíamos resumir o exposto anteriormente no seguinte esquema:

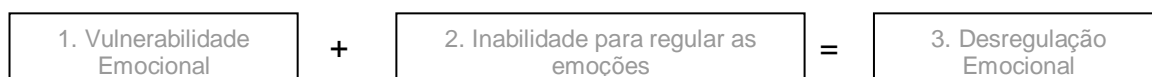


5.4 Teoria Biossocial

Segundo a Doutora Marsha Linehan (PhD ABPP) – uma das autoras mais eminentes no que diz respeito ao TCE – a alteração básica neste transtorno fica precisamente no sistema de regulação das emoções. Este, por sua vez, é consequência tanto das alterações eminentemente biológicas e outras eminentemente ambientais e sua interação ao longo do tempo.

6 O QUE CHAMAMOS DE DESREGULAÇÃO EMOCIONAL?

A desregulação emocional é o resultado da vulnerabilidade emocional e da inability para regular as emoções.



6.1 Vulnerabilidade Emocional:

Todas as pessoas são vulneráveis às emoções. As emoções nos ajudam a nos proteger do perigo, a reagir frente a ele, ajudam na forma de organizar nossa experiência como seres humanos, é um sistema importante no nosso cérebro para classificar e organizar a memória e, são fundamentais para transmitir nossos estados interiores às outras pessoas que nos rodeiam e a nós mesmos com as suas manifestações corporais ou com as condutas.

As emoções são o resultado da evolução da humanidade e nos tem acompanhado na nossa história como espécie sobre a terra.

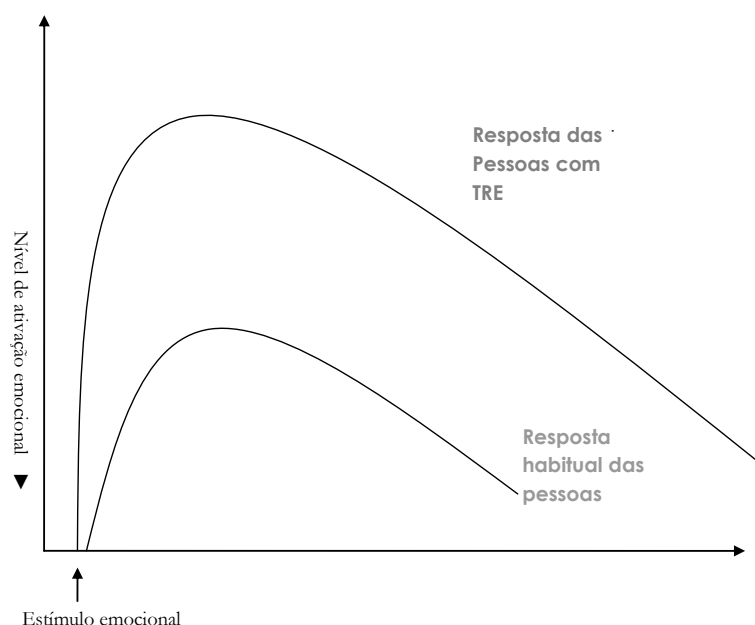
Mas nem todos tem a mesma tonalidade, intensidade ou volume. Somos diferentes e inclusive, não respondemos com a mesma emoção quando nos encontramos em situações similares.

Porém, algumas pessoas são especialmente sensíveis – e esta característica temperamental é biológica – e tem uma aumentada sensibilidade a estímulos, aumentada intensidade na resposta e dificuldade no retorno ao estado inicial.

Vejamos com maiores detalhes:

1. *Aumentada sensibilidade aos estímulos emocionais*: reagem rapidamente a estímulos – situações do contexto ou estados interiores, ou inclusive pensamentos - Possuem ainda um baixo limiar – se dispara a emoção mais facilmente como se fosse um alarme muito sensível de um carro.
2. *Aumentada intensidade das emoções*: as reações são extremas e intensas.
3. *Lento retorno ao estado de calma*: Todas as emoções são como uma curva que acaba descendo – por exemplo, a vergonha, que fica por um momento e logo diminui. Usualmente passamos de uma emoção para outra o tempo todo, mas para algumas pessoas isto não é assim, elas tem dificuldade e ficam um tempo mais prolongado com alguma emoção que o restante das pessoas, no caso desta emoção ser negativa a situação não é agradável. Também podem acontecer picos que se perpetuam.

No seguinte esquema mostramos uma curva que representa uma emoção negativa – poderíamos representar aqui a resposta de medo à determinada situação. Somente a modo de esquematizar as ideias anteriormente mencionadas, podemos observar que a maioria da população está representada na curva inferior e as pessoas com TRE estão representadas na curva superior. Um dos eixos diz respeito ao nível de atividade físico emocional – taquicardia, sudorese, tremor – e o eixo horizontal representa o transcurso do tempo.



6.2 Inabilidade para Regular as Emoções:

O ser humano aprendeu a regular as emoções. Parte da nossa socialização tem a ver com essa capacidade que treinamos com os outros. Supõe ao menos dois processos:

Em primeiro lugar é necessário o *reconhecimento* da emoção que se está experimentando, depois é necessário diminuir os *estímulos emocionais relevantes* que possam reativar e exacerbar a emoção em andamento ou, originar respostas emocionais secundárias, como uma cadeia de emoções.

Descreveram-se quatro importantes habilidades para modular emoções: Inibir condutas inapropriadas vinculadas a emoções intensas (positivas ou negativas), regular a ativação fisiológica presente em toda vivência emocional, focalizar a atenção novamente ainda em presença de emoções intensas e realizar ações coordenadas orientadas para uma meta independente da emoção experimentada.

Às vezes, as dificuldades vem desde o seu contexto de criação ou educação em aprender estas habilidades. Alguns autores inclusive a vinculam com os problemas para prestar atenção, ou a dificuldades culturais. Reconhecemos aqui que vivemos em uma sociedade onde a emocionalidade é vista como uma debilidade do caráter e esta vulnerabilidade não esta precisamente valorizada.

7 QUE CHAMAMOS DE AMBIENTE INVALIDANTE?

A validação é um aspecto da comunicação entre as pessoas. Diz respeito a reciprocidade com a qual se transmite que a opinião dos outros é escutada, legitimada, respeitada, atendida e tida em consideração, independentemente do acordo ou valoração pessoal.

Nos referimos a um ambiente como invalidante quando uma pessoa comunica ou transmite emoções, sentimentos – experiências interiores -, e recebe desse ambiente respostas erráticas, inapropriadas ou extremas.

Invalidação é rejeitar, ignorar, zombar, julgar, ou diminuir os sentimentos ou ideias de alguém. Costuma ser uma maneira de controlar como alguém se sente ou a duração dessa emoção.

A experiência de emoções dolorosas, assim como fatores considerados causais por quem as padece, é desconsiderada. Além disso, as reações podem ser penalizadas ou trivializadas.

Vejamos alguns conceitos anteriores expostos em exemplos:

O ambiente invalidante tem 2 características:

- I. Transmite ao individuo com TRE que está errado em relação a descrição e o analise da sua própria experiência emocional (em particular em relação as causas que subjazem a suas emoções, crenças, e/ou ações).

Pedro, de 30 anos de idade, se sente realmente triste. Terminou uma relação amorosa de 2 meses de duração. De fato, Pedro experimenta intensa emoção de tristeza e isso tem impedido ele nos últimos dias de ir trabalhar. Acha o fato de ter que levantar pela manhã extremamente difícil e desgastante. Não pode, dentre outras coisas, ter o desempenho laboral como de costume.

Durante um diálogo pelo telefone com o seu irmão, Pedro conta o que está lhe acontecendo. Seu irmão, depois de escutá-lo pacientemente, diz: *“Pedro você não pode se sentir assim tão triste por uma relação que durou apenas 2 meses, é ridículo. Uma loucura. Nem estavam casados. E para piorar esta afetando o teu trabalho. Você não pode se sentir assim. Vê se coloca um pouco de vontade, dois relógios para despertar pela manhã, pensa em alguma coisa boa e vai trabalhar. É bem simples: coloca um pouco de boa vontade e você vai ver que tudo se soluciona. Se você não fizer assim, você não vai chegar a lugar nenhum”*.

Evidentemente a intenção do irmão é boa e pretende que Pedro resolva o seu mal-estar. Mas este estilo de comunicação faz Pedro se sentir ainda mais inseguro, cometendo erros, não fazendo o suficiente para mudar e provavelmente o seu mal-estar vai aumentar.

II. A segunda é atribuir-lhe as experiências emocionais a padrões emocionais e/ou traços de personalidade socialmente inaceitáveis.

Neste contexto, a expressão das emoções negativas pode ser atribuída a traços de personalidade como alta reatividade, sentir-se perseguido, ter uma visão distorcida dos eventos ou não ter uma atitude positiva.

Alicia, de 40 anos, teve desde o divórcio de seus pais uma relação complexa com a sua mãe. Durante algum tempo podem manter diálogos extensos e de profunda conexão, mas em outros momentos a relação é muito tensa.

Depois de uma das tantas discussões com a sua mãe, sentindo-se triste, envergonhada e culpada, Alicia se comunica com a sua amiga e, chorando relata o acontecido: *“Não aguento mais, me sinto fisicamente esgotada, a cabeça parece que vai explodir. Sempre o mesmo. A mãe me cansa”*.

A sua amiga responde: *“Você quer saber Alicia? Não posso acreditar que no lugar de estar aborrecida e indignada com a tua mãe que faz a mesma coisa e diz as mesmas coisas, você se sente triste, ou envergonhada, ou o que seja...realmente não te entendo. Sempre o mesmo, e o pior de tudo é que você segue nesse círculo. Você tem 40 anos. Você acha que um dia de uma hora para outra a tua mãe vai mudar e tudo vai ser felicidade e harmonia entre vocês duas. Você é muito inocente. Você é uma mulher adulta. Você já deveria saber como funcionam algumas coisas a esta altura da vida. Ela não vai mudar. Então, chega de vergonha, ou o que seja que você esta sentindo agora. Tenta olhar desde outro ponto de vista, ou melhor ainda, esquece esse assunto. Desengata e ponto final”*.

A amiga da Alicia deseja ajudá-la a recuperar-se, porém é provável que ela não consiga abandonar esta preocupação tão facilmente.

Como podemos ver, os ambientes invalidantes negam ou rejeitam as condutas e as emoções. Rejeitam a descrição da emoção que o individuo faz dela. Rejeitam as respostas ou eventos como incorretos ou ineficazes. Descartam e ignoram, em lugar de ver o grão de verdade e autenticidade na mensagem dos outros.

Quais são então as consequências de um ambiente invalidante?

- I. Ao não validar a expressão emocional, o ambiente não ensina cedo na infância a nomear experiências interiores – incluindo suas emoções. Nem consegue ensinar a modular a reatividade emocional. Os meninos e meninas são instruídos para controlar as suas emoções, em vez de explicar pra eles como consegui-lo.
- II. Ao simplificar a facilidade para a resolução de problemas da vida diária, o ambiente não ensina a tolerar o mal-estar, nem a fixar metas e expectativas realistas. Para algumas pessoas resolver certos problemas pode parecer mais fácil do que para outras.

Imaginemos uma criança tímida, nascida no seio de uma família extrovertida, que desfruta do contato social e das expressões públicas de afeto. Neste cenário, é provável que a criança expresse – de alguma maneira – suas preferências em relação a como estabelecer contato com seus familiares e achegados.

Em um contexto familiar invalidante, é provável que tentem explicar-lhe que suas preferências não são adequadas ou normais, ou que as minimizem.

Por exemplo: *“Somos a tua família, você não pode ter vergonha de falar com a gente ou não querer ver os teus tios, ou não querer jogar cartas todos juntos aos sábados à noite ou não compartilhar o que você está escrevendo nas suas aulas de literatura. É ridículo”.*

Dada essa circunstância, a criança pode reagir de duas formas possíveis: tentando controlar as suas emoções (de vergonha, medo), ou discutir, gritar, bater com a porta, ou decidir trancar-se no seu quarto até perceber a tranquilidade e privacidade que prefere.

Ante qualquer uma destas opções, a família da criança provavelmente deixará de insistir, seja porque conseguiu que ele se integre nas atividades familiares – à custa de controlar suas emoções ou, porque as discussões, bater de portas, e o isolamento conseguiram cansar todo mundo.

Neste caso veremos como a família perdeu a possibilidade de aceitar as emoções da criança e tentar ensinar-lhe como conduzir-se com elas e como modulá-las.

Por definição toda emoção *é válida*. Não tem emoções corretas e normais ou incorretas e anormais de se esperar em determinadas situações. Tem emoções.

Então devemos ressaltar que o primeiro passo para modulá-las é validá-las.

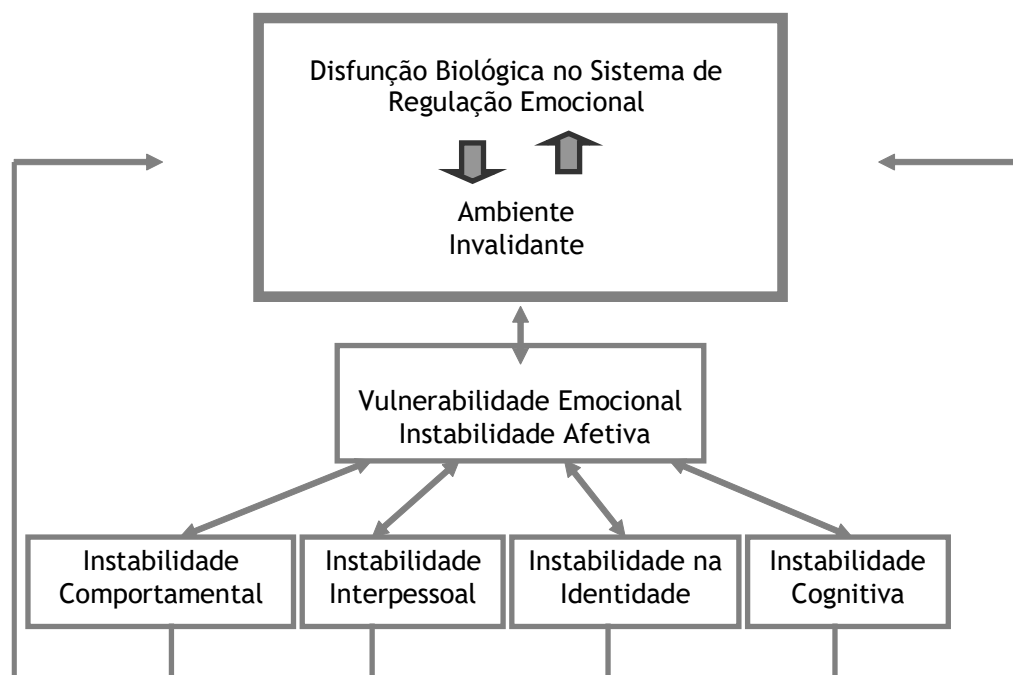
No caso que nos ocupa, se a criança sente vergonha de ler em voz alta a sua produção literária Poderia sentir-se de outra maneira? Não é adequado que ele sinta vergonha?

Uma resposta validante perante a vergonha ou o medo da criança poderia ser a seguinte: *“É verdade, às vezes acontece que frente a muitas pessoas podemos sentir medo perante a possibilidade do ridículo, com vergonha, e a verdade é que muito provavelmente você tenha vontade de se isolar ou evitar o contato com a gente mesmo sendo os teus familiares, mesmo sabendo que te amamos”.*

Como podemos ver, a resposta invalidante é uma resposta frequente e culturalmente aceita. Uma anedota que uma colega contou pode ilustrar melhor esta ideia:

“Há algum tempo estava me despedindo de um grupo de pessoas na porta da minha casa. Pela calçada vinha uma mulher caminhando muito devagar com o seu filho de uns 3 anos. De repente, a criança num momento de instabilidade, caiu sentada no chão. Primeiro a sua mãe se aproximou carinhosamente e sem se alarmar, sorrindo e falando que não era nada grave, enquanto fazia um carinho na frente. Mas depois de alguns segundos Franco – assim se chamava ele – começou a chorar desoladamente. Todos nos olhamos e dizíamos para nos mesmos, “coitado do Franco”, e observávamos a cena com certo carinho. Depois de mais alguns segundos, Franco não parava de chorar. A mãe, que estava debruçada sobre ele, ficou ereta e lhe disse “Franco, chega!”, mas ele aumentou o tom do seu choro. Começamos a deixar de arquear as sobrancelhas com carinho e passamos a olhar com um pouco de espanto. Depois alguém pensou – como nós falamos depois: “que tom!”, “porque será?”, e alguém colocou em discussão a habilidade da mãe. A mãe do Franco claramente começou a ter vergonha. Pegou ele pelo braço e o obrigou a ficar em pé. Ele não deixou de choramingar. Parece que todos têm uma medida, um controle sobre quanto deve durar um choro. Parece que compartilhamos um código sobre as intensidades, o volume, a duração, e as características de como e onde se deve sofrer. E parece que estes códigos são culturais e socializados”.

No seguinte esquema podemos fazer um resumo do que vimos anteriormente até o momento:



Adaptado e traduzido de Linehan, M.: Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders. Guilford Press, New York, NY, 1993.

Vejamos agora em detalhe estas relações:

Desregulação emocional, cognitiva, comportamental e da identidade.

A tese apresentada pelo modelo biossocial diz que as maiorias das condutas são tentativas para regular as emoções intensas ou os resultados das mesmas. Estas tentativas costumam ser exitosas, conseguindo regular a emoção em curto prazo, mas são também desadaptativas pelas consequências e resultados que tem a sua conduta sobre si mesmo (emoções de culpa, vergonha, pena, raiva pelo acontecido) e sobre o ambiente (quem rotula essa conduta como, desagradável, de um/a louco/a, entre outras coisas).

A desregulação emocional e o déficit para regulá-la se caracterizam por:

- Dificuldade para regular a ativação fisiológica quando é necessário.
- Dificuldade para desviar a atenção do estímulo emocional que iniciou esta ativação.
- Distorção no processamento da informação.
- Limitações para organizar e coordenar atividades independentes do estado de ânimo.
- Dificuldade para controlar condutas impulsivas relacionadas com fortes emoções negativas.
- Dificuldade para começar a ação.

7.1 A Desregulação Emocional e a Instabilidade Comportamental

As condutas impulsivas suicidas ou de autolesão são soluções desadaptativas para resolver problemas, como sentir-se sobrecarregado/a, fora de controle ou sentir emoções negativas. O suicídio é, evidentemente, a conduta mais extrema para mudar o estado afetivo e emocional.

Outros comportamentos que não são tão letais podem ser efetivos reguladores emocionais: ingerir certa quantidade de psicofármacos pode induzir o sono, o que por sua vez permite desconectar-se das emoções negativas; cortar ou queimar o corpo parecem ter efeitos reguladores similares.

Assim mesmo, comportamentos desta natureza, podem ser efetivos na hora de conseguir ajuda do ambiente para regular o seu estado emocional.

Em resumo:

- Incluem condutas impulsivas, intenção de suicídio, cortes e queimaduras auto infringidas, abuso de substâncias, dentre outras.
- Estas condutas por sua vez se vêem reforçadas por efeitos como:
 - Diminuição na intensidade das emoções negativas,
 - Receber ajuda, apoio e atenção por parte do entorno,
 - Sensação de descarga ou liberação da tensão.

7.2 A Desregulação Emocional e a Instabilidade Interpessoal

As relações interpessoais efetivas se vêem beneficiadas pela percepção estável de si mesmo e uma capacidade para expressar espontaneamente as emoções. Requer também da capacidade para auto regulá-las, controlar as condutas impulsivas e tolerar os estímulos que produzem dor.

Sem estas habilidades, é compreensível que pessoas com TRE desenvolvam relações caóticas. Em contextos invalidantes usualmente a expressão das emoções negativas e intensas, ou os pedidos de ajuda, são reforçados esporadicamente. Isto gera dificuldade para estabelecer pedidos assertivos, apelando então à inibição da expressão emocional ou a expressão intensa.

Quando o ambiente responde de forma invalidante, as emoções negativas se instalam de forma intensa e persistente.

7.3 A Desregulação Emocional e a Instabilidade Cognitiva

A habilidade para planejar requer um equilíbrio entre razão e emoção.

Este equilíbrio permite planejar e executar projetos, alcançar objetivos. Assim como a emoção nos motiva, nos movimenta na procura dos objetivos, a razão permite planejar como chegar lá.

As pessoas com TRE apresentam dificuldade no processamento da informação. Os comportamentos-problema costumam ajudar-lhes a regular a emoção intensa, ao menos a curto prazo. Porém este gera uma incongruência com os resultados a médio e longo prazo, porque os comportamentos-problema dificultam a adaptação ao meio social no que se desenvolvem. Muitas pessoas com TRE têm problemas para completar ou finalizar coisas, atividades ou tarefas.

A instabilidade cognitiva:

- Dificulta a atenção do estímulo emocional.
- Distorce o processamento da informação.
- Limita a organização e coordenação das atividades orientadas para metas independentes do estado de ânimo.

7.4 A Desregulação Emocional e a Instabilidade da Identidade

O sentido de identidade se desenvolve através da observação de si mesmo e de como os outros se dirigem a nós.

Os ambientes invalidantes operam neste sentido reforçando inconsistentemente as respostas emocionais de meninos e meninas. Se a própria percepção dos eventos é imprevisivelmente certa, é natural que as pessoas se tornem duvidosas e dependam do entorno para saber o que querem, o que desejam ou o que sentem.

Esta dependência, especialmente quando diz respeito às preferências, ideias ou opiniões, exacerba as dificuldades de decisão e, por conseguinte a identidade.

É difícil imaginar que alguém possa tornar-se consistente ou possa prever ou antecipar o que vai fazer com esta desregulação. Por isso, geralmente as pessoas com TRE são descritas como infantis, imprevisíveis ou imaturas. Na verdade é muito difícil crescer com esta limitação.

Por exemplo, uma pessoa que tem facilidade para o desenho, que se emociona ao ver uma obra de arte pode interagir com colegas ou pares com gostos similares e ir construindo, talvez, seu sentido de identidade artístico. Por outro lado, uma pessoa cuja dificuldade passa por não poder discernir o que ele gosta ou não gosta, não pode gerar comportamentos consistentes ao longo do tempo. Por conseguinte as interações sociais e as dúvidas persistentes sobre quem é, do que gosta ou quais são os seus ideais, se mantêm e se perpetuam.

8 CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES (TRE)

Dentre os princípios teóricos de Marsha Linehan são explicados 6 características fundamentais em pessoas que padecem de TRE.

É importante esclarecer, porém, que mesmo cada uma delas sendo frequente, não são universais: sua presença não deve ser assumida a priori.

Estas características podem ser compreendidas com maior facilidade se as considerarmos formando parte de 3 dimensões definidas pelos seus pontos extremos ou polos. O gráfico a seguir tem por objetivo facilitar a compreensão e acompanhar ao leitor no transcurso da presente seção.



Assim podemos identificar 3 dimensões definidas pelos seus polos

1. *Vulnerabilidade emocional / Auto invalidação.*
2. *Crise implacável / Luto inibido.*
3. *Passividade ativa / Competência aparente- intermitente.*

Cada uma destas 3 dimensões encontra um ponto médio localizado naquele equidistante entre ambos polos.

Vejamos que no gráfico acima este ponto médio é cruzado por uma linha horizontal. Assim, as características localizadas acima desta linha correspondem aquelas que têm sido influenciadas durante o seu desenvolvimento pelos aspectos biológicos da regulação emocional, enquanto as localizadas abaixo têm sido influenciadas em maior medida pelos aspectos sociais e ambientais.

É importante notar o *mal-estar emocional* que qualquer um dos polos destas 3 dimensões produz. Existe um deslocamento pendular entre cada polo.

1.a) Vulnerabilidade emocional

b) Auto invalidação. Diz respeito à tendência que descrevemos anteriormente em adotar as características do ambiente invalidante, ou seja, a invalidar suas próprias experiências emocionais, procurar em outras pessoas apreciações mais corretas sobre a realidade e sobre a simplificação da resolução de problemas na vida diária.

Esta tendência a invalidar suas próprias respostas emocionais, pensamentos, crenças e condutas, em conjunto com as expectativas desmedidas sobre o próprio desempenho frequentemente resulta em emoções de extrema vergonha, ódio ou raiva de si mesmo.

“As vezes tenho tanta vergonha por algumas coisas ou me sinto tão culpado por outras que deixo de ligar para meus amigos e me iso. Quando retomo contato com eles me dou conta que nenhum deles compreendeu a minha forma de reagir. Eu sou o meu pior crítico”.

Juan, 31 anos

2.a) Crises implacáveis. Descreve um padrão de crises contínuas que podem resultar de estilos individuais disfuncionais, situações sociais ou inclusive ser espontâneas. Isto é consistente com o histórico de episódios de crises sucessivas a repetição.

“Sinto que vivo na beirada. Não sei o que significa borderline, mas acho que se refere a viver na beirada, eu sinto isso. Às vezes, quando estou bem e recobro certa tranquilidade vejo que vivo nas crises como se fosse um maremoto e eu, um barquinho tentando surfar desesperadamente as ondas. Sinto que entra água, que por cima o vento assopra, que chove e tudo se mexe, que não existem referências de abaixo e em cima, que me afogo”.

Laura, 21 anos

b) Luto inibido. As pessoas com TRE tem tido muitas experiências de perdas.

Para viver necessitamos uma forma para lidar com estas situações. Podemos perder entes queridos, o amor ou o carinho de algumas pessoas, objetos materiais ou dinheiro, ou perder em situações como o emprego ou os estudos. Outras vezes podemos perder o respeito ou a independência. Outras, a saúde inclusive a mental. Vivemos aprendendo a sobreviver a essas perdas.

Muitas pessoas com TRE têm perdido demasiadas coisas e muito cedo. Às vezes é melhor não conectar-se, não estar aí quando acontece, evitar sentir, fugir. Mas tudo volta, e a vida nos pede que afrontemos essas perdas.

Podemos evitar tudo e de fato, tornar-nos “fóbicos às emoções”.

“Quando Pedro me disse que não queria continuar com o relacionamento, fiquei desesperada. Nesse dia discuti com ele por seis horas, estava desesperada, sentia que não podia estar sem ele e que eu ia enlouquecer. Estive discutindo com o Pedro e depois com os pais dele que me diziam que compreendiam. No final acabaram por ligar para a policia para me tirar da casa deles porque eu não queria ir embora e ameaçava quebrar a porta do quarto onde ele tinha se trancado. No dia seguinte continuei com a minha vida como sempre. Parecia que não tinha acontecido nada e que tinha esquecido o Pedro completamente. E foi assim desde então. Nunca mais passei pelo bairro onde ele mora e quando tenho que passar por ali perto dou uma volta enorme para evitar qualquer situação que me lembre do assunto”.

Lucia, 26 anos

“O único jeito de ficar estável é me enfiar na cama, evitar o contato, sair do mundo. Ai sim que nada acontece”.

Ema, 23 anos

3.a) Competência intermitente ou aparente. Este conceito descreve a tendência, por períodos, a se conduzir em forma eficaz, hábil e assertiva em relação a problemas ou situações que surgem na vida diária; enquanto que em outros períodos – e para perplexidade de quem os rodeia – esta eficácia, assertividade e habilidade pareceria ter-se dissipado.

Semanas ou meses de desempenho eficaz, em vários aspectos podem ser interrompidos logo depois de uma crise e originar períodos de retraimento e aparente ineficácia e incompetência. Isto pode compreensivelmente gerar confusão em seus achegados que com frequência não estão por dentro de qual é a emoção que interfere neste desempenho.

“Tem dias no emprego em que posso estar numa conversa traduzindo simultaneamente do inglês e do português para o espanhol para o meu chefe. Ele fica orgulhoso de mim nesses momentos, os outros empresários lhe fazem notar o quão eficiente que eu sou. Viajamos muito e sempre sou voluntariosa. Mas faz alguns dias comecei a me sentir mal, como tantas outras vezes. Tinha que enviar um e-mail e não conseguia. Sentei no computador e não sabia como continuar. Uma coisa estúpida. Ele ficou muito bravo comigo. Eu só chorava. Estava perdida. No começo ele tinha paciência e falava para mim: Como isso é possível? Ontem mesmo você fez isso. Como que agora você não pode fazer? Agora ele esta ficando cansado de mim e isso

me deprime mais ainda. Às vezes parece que eu consigo, depois, a mesma coisa, me parece impossível e estou absorvida pela angústia”.

Anabella, 31 anos

- b) Passividade ativa. A noção mais notória desta característica é a tendência a afrontar os problemas de forma passiva e uma tendência a demandar ativamente do ambiente uma solução para as dificuldades.

“Me sentia muito mal porque fazia muito tempo que estava sem emprego, estava muito angustiada. Sentia que ninguém fazia nada para me ajudar. Comecei a brigar com o meu namorado porque ele não se preocupava por conseguir um emprego pra mim, sabendo muito bem como eu estava precisando”.

Natalia, 20 anos

9 QUAL É A EXPERIÊNCIA INTERIOR DAS PESSOAS COM TRANSTORNO DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES (TRE)?

Anteriormente explicamos as condutas e reações características das pessoas com este transtorno, e muito brevemente algumas experiências interiores.

Denominamos *experiência interior* a forma que nós, seres humanos, temos de sentir e pensar a nós mesmos e ao mundo que nos rodeia. Neste caso em particular, e para compreender as condutas, é fundamental compreender o que acontece com as emoções e pensamentos mais frequentes.

A experiência interior parece estar representada por sentimentos de estranheza, inadequação e desespero.

Segundo expressam aqueles com TRE, o sentimento de estranheza parece ser uma constante, um sentimento quase contínuo de ser um estrangeiro ou sentir-se um estranho. Percebem-se diferentes ao restante. Sem poder sentir-se realmente integrados a um grupo ou relação. Podem inclusive se dar conta que este sentimento remete à infância.

As seguintes são algumas expressões frequentemente ditas por pessoas com TRE. Trata-se de um sentimento e sensações relativas a eles mesmos e aos demais.

“Lembro que desde pequeno, quando ia à creche, não me sentia parte das pessoas ao viajar no ônibus nem estando com os meus colegas”

“Sou estranha, não me encaixo”.

“Me sinto diferente aos demais, por isso acho que devo afastar-me dos outros de alguma maneira”

“Me sinto afastado das outras pessoas, como não estando aí onde as outras pessoas estão”.

Outra experiência interior é a *inadequação*. Sentir-se como inadequados em relação às normas sociais. Costumam distinguir momentos em que se sentem como eles mesmos

e outros momentos nos quais se percebem tentando ser diferentes ou representando um papel para os demais.

“Minha auto estima é tão baixa... Estou constantemente comparando. Sinto que todos são superiores a mim, e que eu não valho nada”

“Sinto que não cumpro com o que é o restante da sociedade. Sempre é como se faltasse alguma coisa em mim”

“Não posso explicar, só sinto que sou um inútil, que não sirvo para nada”

“Sinto que todos são melhores que eu. Não é que eu tenha feito nada errado, é simplesmente que eu nasci assim”

“Me comparo com outras pessoas. Tem constantemente uma guerra civil em minha cabeça, entre o que eu queria ser e o que eu sou”

Por último, outra experiência relatada é o *desespero*. Expressam que o sentimento de desespero é quase constante, pelo qual eles têm ensaiado diferentes estratégias de alívio. Estas estratégias algumas vezes podem parecer impulsivas.

São os repetidos ensaios na procura de alívio o que pode dar a um observador externo a impressão de que possuem uma identidade difusa. Costumam produzir mudanças em sua aparência, estilo de vida.

“O principal é que queremos morrer, estar fora desta vida, fora da dor. Não penso que nada nem ninguém possam fazer alguma coisa para que eu me sinta de uma forma diferente”

“Não sei se teria o valor para me matar, mas penso muito nisso, ao menos uma vez na semana”

“Não desejaria isto para ninguém. Se alguém me falasse que posso me desfazer desta dor entregando-a a outra pessoa acho que não o faria, sabendo tudo pelo que eu tenho passado”

“Muitos pensam que estou sempre de mau humor, mas ninguém conhece a minha agonia interior. Minha fúria foi mudando para sentimentos suicidas e minha vida se transformou numa batalha para continuar viva. Ainda é assim hoje”.

A experiência interior de uma pessoa está estreitamente vinculada com as crenças que essa pessoa tem sobre si mesma e do mundo. Estas crenças influenciam nas emoções, condutas e atitudes em relação aos outros. Como temos falado, predomina a visão de si mesmas como *defeituosas, vazias, vulneráveis*.

Algumas crenças fortemente arraigadas são:

- *“Eu não valho nada, estou vazio/a e não sou uma pessoa que amem”*
- *“Sou um desastre e devo ser punido/a por isso”*
- *“Se alguém me ama deve ter alguma coisa errada”*
- *“O que eu sinto é a verdade”*
- *“Tudo é branco ou preto. Os cinzas e as sombras não existem”*

- *“Eu sou uma vítima das condutas dos outros”*
- *“Se consigo controlar alguém, então ele me amará”*
- *“Preciso imperiosamente dos outros para ser feliz. Mas o imperativo da minha necessidade me apavora tanto que às vezes expulso eles ou os espanto”*
- *“Se alguém realmente me conhecesse, automaticamente me odiaria”*
- *“O mundo é perigoso”*
- *“Não posso com nada”*

10 QUE ACONTECE COM FAMILIARES E ACHEGADOS?

Como temos tentado transmitir, os sentimentos e as ideias podem com frequência ser contraditórios e incongruentes. Quase inevitavelmente isto pode produzir situações durante as quais seja difícil para familiares e achegados predizerem uma conduta.

Vejamos por exemplo: ao perceber o mundo como um lugar perigoso as pessoas desenvolvem um estado de alerta e defesa quase permanente. Em contraposição, também se percebem eles como vulneráveis e impotentes.

Consequentemente ambas as crenças geram um estado de oscilação entre a autonomia e a dependência. Vemos aqui um dilema entre a rejeição e a necessidade imperativa do outro.

Não é difícil compreender então a urgência, e angústia que expressam familiares e achegados no momento da consulta, urgência e angústia que muitas vezes dificultam a orientação de um tratamento determinado. A procura de conselho, de orientação e de uma explicação que consiga tornar compreensível o inexplicável, se depara muitas vezes com a confusão que existe no âmbito da saúde mental.

Com frequência os familiares, achegados e inclusive os profissionais se sentem enganados ou manipulados. Esta sensação merece que nos detenhamos por um momento porque isso influencia negativamente no relacionamento.

Devemos distinguir entre a Função e a Intenção de uma conduta.

Uma pessoa depois de uma discussão muito forte, poderia trancar-se no seu quarto e fazer cortes no braço. A outra pessoa na discussão, ao advertir o acontecido poderia supor que está sendo manipulada, que não pode dizer muito sem que a outra pessoa “lhe faça isto”.

A verdade é que muitas vezes a intenção da conduta de cortar-se está vinculada com uma forma de regular o intenso mal-estar. Não tem tido talvez a intenção de gerar mudanças no contexto. Sentir-se manipulado é mais uma Função da conduta e está vinculada com o mundo emocional de quem sente isso. Por este motivo, não podemos inferir intenção na função que essa conduta tem.

Às vezes a conduta tem sim intenções de modificar o contexto, e a tarefa de todos os envolvidos, inclusive da terapia, é conseguir estimular pedidos de modos menos arriscados.

“Eu acredito que a única coisa que realmente me preocupa é perder a afeição de alguém, que não me queiram mais. Quando alguém ameaça deixar-me eu me apavoro tanto que em seguida fico furiosa. O aborrecimento é mais fácil de mostrar do que o medo, me faz sentir menos vulnerável. No outro dia meu namorado, quando tive uma discussão com ele, me falou que sabia que eu tinha medo. No lugar de brigar feio com ele, a fúria se desfez, eu falei pra ele que tinha toda razão”.

Leila, 22 anos

10.1 Como o comportamento das pessoas com TRE afeta a quem as rodeia?

Este transtorno envolve relações emocionais e afetivas. Porque em definitivo é um transtorno vincular.

Familiares e achegados frequentemente interpretam certas condutas como pessoais e podem sentir-se presos pela culpa, a depressão, a fúria, a negação, o isolamento e a confusão. É então quando, com as melhores intenções, tentam encarar certa problemática empregando frequentemente estratégias que não funcionam a longo prazo e pioram a situação.

Assim, o comportamento das pessoas com TRE se vê reforçado porque o seu círculo mais próximo aceita a responsabilidade por sentimentos e condutas que certamente não lhes corresponde.

10.1.1 Algumas reações habituais das pessoas com TRE são:

- Tentar esconder sentimentos ou pensamentos por medo da reação do outro
- Ter medo que o que seja dito possa ser invertido e usado contra si
- Sentir que se é criticado por tudo aquilo que não funciona no relacionamento, mesmo quando isto parece não fazer sentido.
- Ser o foco de intensas, violentas e irracionais brigas, alternadas com períodos de normalidade ou muito carinho.
- Sentir-se manipulado, controlado ou vítima de uma chantagem emocional.
- Perceber a flutuação entre a idealização e a denegrição sem poder isolar motivos racionais para a mudança
- Ter medo de pedir coisas no âmbito de uma relação e ser interpretado como demandantes. Isto, com o tempo reforça o sentimento sobre que as próprias necessidades não são importantes ou podem ser postergadas.
- Sentir que o próprio ponto de vista é denegrido, e que as expectativas mudam constantemente.
- Sentir-se incompreendido
- Perante a possibilidade de um abandono a pessoa com TRE promete que vai mudar; pode fazer declarações de amor ou tornar-se ameaçante.
- Dificuldade em fazer planos pela imprevisibilidade das mudanças no estado de humor e a impulsividade.

10.1.2 Quais são os pensamentos habituais dos familiares e achegados?

- Sou responsável de todos os problemas desta relação
- Todas as ações da outra pessoa se relacionam comigo

- É minha responsabilidade resolver todos os problemas da outra pessoa, e se eu não posso fazê-lo, então ninguém poderá.
- Se conseguir convencê-lo/a que eu tenho razão, estes problemas vão sumir.
- Se conseguir provar que suas acusações são falsas, voltará a confiar em mim.
- Querer realmente a alguém implica aceitar abuso físico ou emocional
- Esta pessoa não pode fazer nada com o seu comportamento, desta maneira não deveria responsabilizá-lo pela sua conduta.
- Estabelecer limites pessoais fere aos outros e, por conseguinte é um erro.
- Se tentar melhorar a situação e não funcionar, devo continuar tentando até fazer funcionar.

10.1.3 Como reagem familiares e achegados?

A seguir, algumas das reações mais frequentes:

- Negação
- Aborrecimento
- Depressão
- Atordoamento
- Culpa e vergonha
- Perda da autoestima
- Codependência
- Sensação de estar preso
- Desesperança
- Isolamento
- Adotar hábitos pouco saudáveis
- Atenção excessiva a sintomas e doenças físicas
- Adotar pensamentos e sentimentos característicos do transtorno

11 QUANDO E POR QUÊ SE BUSCA CONSULTAR UM PROFISSIONAL?

É frequente a consulta por um *continuum* que vai da vontade de sumir, as ideias suicidas e as tentativas, sendo que 10% das pessoas com TRE tem esse risco.

A intensidade do mal-estar emocional é tão forte, que às vezes estas condutas são uma forma de regulá-lo. É uma forma, talvez não a melhor ou mais adaptativa, de resolver um problema.

Muitas vezes isto é imprevisível, o que agrega medo aos profissionais da saúde mental, as famílias e achegados.

Esta situação é complexa e grave, suscitando debates entre diferentes âmbitos acadêmicos e legais.

Outra conduta que motiva o início de um tratamento são as Condutas Auto lesivas sem Intencionalidade Suicida. Os exemplos são vários: cortes, queimar-se, espetar-se, ingestão excessiva de medicamentos prescritos ou não, direção imprudente de veículos. Os/as pacientes relatam que não tinham intenção de se matar, e sim, reduzir

o nível de mal-estar, ou mudar uma emoção que parecia intolerável, ou simplesmente dormir para evitá-la. Pode acontecer também um episódio dissociativo.

Um conjunto de condutas problemáticas também é frequente, tais como: roubos dentro e fora do círculo familiar, consumo de substâncias, vômitos e quadros bulímicos e mentiras reiteradas.

A evolução em crise e as situações interpessoais com discussões, brigas, abandonos, isolamento também podem aparecer como motivo de consulta. Assim como problemas de depressão e ansiedade.

12 COMO SE REALIZA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES?

O diagnóstico de TRE deve ser realizado por um médico/a especialista em psiquiatria ou um psicólogo/a clínico/a. Para alcançar isto, geralmente é necessário realizar várias entrevistas.

Não existem técnicas nem estudos médicos específicos para realizá-lo. Porém, a exploração junto com o paciente por meio de entrevistas, testes e em certos momentos relatos coletados de familiares e chegados – com prévio consentimento do paciente e em cumprimento do sigilo profissional – são de extrema utilidade.

Nota-se que em certas ocasiões é necessário realizar exames de laboratório ou estudos médicos um pouco mais complexos para descartar outras condições médicas e checar aspectos médicos mais gerais do paciente.

Em última instância é o nosso desejo transmitir que com a finalidade de chegar a um diagnóstico correto é necessária a colaboração mútua entre paciente e profissional da Saúde Mental.

13 PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

Até agora, nem a Medicina nem a Psicologia tem conseguido soluções definitivas. Porém, os tratamentos melhoram notavelmente a qualidade de vida dos pacientes, de seus familiares e chegados, e depois de um tratamento os pacientes podem deixar de reunir os critérios diagnósticos.

13.1 Psicoterapia Individual

Tem eficiência científica neste transtorno. Porém, a maioria dos pacientes tem realizado não um – senão vários – tratamentos prévios sem muitos resultados. Nem é raro que tenham tido dificuldades na sua relação com terapeutas anteriores e/ou equipes terapêuticas. Tudo isso contribui para a sensação de desesperança e desânimo com que habitualmente buscam consultar e com a dificuldade que se evidencia para pedir ajuda.

Mesmo considerando que os pacientes que realizam algum tipo de tratamento tem melhor prognóstico que aqueles que não o realizam, somente dois modelos de

psicoterapia tem demonstrado ser mais eficientes que os tratamentos habituais a longo prazo:

O tratamento com mais evidência, trajetória e difusão, se denomina Terapia Comportamental Dialética (DBT). Tem sido desenhada pela Dra. Marsha Linehan.

O segundo tratamento disponível se chama Mentalização e foi criado pelos Drs. Peter Fonagy e Anthony Bateman.

É bom lembrar aqui, de qualquer forma, que uma boa aliança terapêutica – mais que a linha teórica – é o melhor preditor de que uma terapia funcione.

Hoje, estes tratamentos integram vários modos simultaneamente, ou seja, que se somam indicações de psicoterapia, grupos, treinamentos em habilidades para pacientes e outros para as suas famílias e achegados, prescrições psicofarmacológicas, dentre outras intervenções.

13.2 Grupos de Treinamento em Habilidades

Como vimos até o momento, as pessoas tem que aprender novas habilidades para regular as emoções, melhorar suas relações interpessoais, flexibilizar a forma de pensar e lidar com as situações de crise. Para isso, quase todos os centros de tratamento e inclusive os diferentes modelos, tem desenvolvido oficinas no formato de grupos. Estes grupos, mais parecidos a aulas de terapia grupal, são muito úteis.

Esta ferramenta ainda permite compartilhar informação e desse modo compreender melhor o sofrimento e responsabilizar-se pelas mudanças.

Na atualidade a Terapia Comportamental Dialética e um modelo muito similar chamado STEPPS desenhado pela Dra. Blum, são os que têm maior difusão.

13.3 Modalidades Grupais de Ajuda Mutua

Existem grupos de ajuda mutua como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) – especialmente recomendados se coexistem o alcoolismo ou abuso de substâncias – que tem demonstrado ser muito úteis.

Estes programas costumam denominar-se de “12 passos”, e tem para diversos tipos de problemas como o sexo ou os adictos ao jogo. Estes tipos de grupos estão muito difundidos na comunidade, sempre tem um perto da casa dos pacientes, são gratuitos e tem horários convenientes e inclusive se pode realizar pela internet.

13.4 Grupos de Psicoeducação e Treinamento em Habilidades para Familiares e Achegados

O objetivo é que os familiares e pessoas próximas conheçam as características deste problema para poder assim ter uma maior compreensão do que lhes acontece. Basicamente se sugere aprofundar os assuntos que são motivos deste manual. Em vários países existem associações de familiares e achegados que lutam pelo

desenvolvimento de novas tecnologias para o tratamento e formam grupos de auto-ajuda e divulgação.

Nos grupos se aprendem habilidades que levam a melhorar o vínculo e a uma diminuição na intensidade e frequência das crises, em suma, é uma melhora na qualidade de vida. Os assuntos principais são: habilidades de comunicação interpessoal, validação, limites pessoais, aceitação radical e resolução de problemas.

Compartilhar esta atividade com pessoas que passam por situações similares é uma experiência que dá alívio, apoio mútuo, compreensão e esperança.

“Desde os 16 anos de Belén, caminhamos às escuras e quando recém este ano nos deram o diagnostico de TRE nem nos falaram o que tínhamos que fazer, de fato não tinha a menor ideia do que era que estávamos fazendo de errado. Muito menos nos falaram que tínhamos que fazer para melhorar as coisas. Por isso, quando fomos à reunião e nos deram uma esperança concreta nos sentimos muito melhor, temos por onde começar a trabalhar. Porque, sem dúvida nenhuma, o pior de tudo é não saber com que ferramentas começar a trabalhar. Agora nos damos conta que temos muito por fazer”

María 53 anos

“... nós andamos de um lado para outro procurando um profissional que tratasse pessoas com TRE, ao paciente e ao entorno familiar. Um desgaste muito grande. Mas agora com a medicação, a equipe que o trata e as reuniões do grupo, as coisas mudaram muito. Sabemos que o TRE não se soluciona só com um comprimido, mas que tem coisas que podemos fazer para melhorar a qualidade de vida de nosso filho e a nossa”

Rosario, 59 anos

“Quando mais você aprende, mais você quer saber para melhorar, só a gente sabendo podemos ajudar e ajudar-nos”

Héctor, 57 anos

Não existem muitas evidências de que a terapia familiar funcione com pacientes, muitas pessoas relatam pelo contrário que as crises costumam piorar. De qualquer forma as entrevistas familiares com objetivos pontuais, como acordos básicos da vida diária, entrevistas de avaliação, dentre outras, costumam ser necessárias.

13.5 Terapia Comportamental Dialética (DBT)

13.5.1 O que é a DBT?

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é um tratamento que atualmente apresenta evidências para pessoas que apresentam condutas auto lesivas sem intencionalidade suicida (CASIS), pensamentos, desejos e/ou tentativas de suicídio, transtorno da personalidade borderline (TPB), transtornos alimentares, transtornos do humor (principalmente transtornos do humor bipolar e depressão crônica), transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtorno desafiador opositor e TDAH. Além disso, a DBT ampliou o espectro de atuação dela

nos últimos anos para o trabalho com diferentes faixas etárias, (principalmente na sua aplicação com adolescentes), assim como, com outras problemáticas diversas do cotidiano.

A DBT é o resultado de uma adaptação da Terapia Comportamental para trabalhar com pacientes que possuíam CASIS e suicidas. Marsha Linehan Ph.D. (1993a), iniciou o seu trabalho tentando aplicar a TC standard em pessoas com CASIS, tentativas de suicídio e desregulação emocional. Quando a TC não funcionou do modo esperado, a Dra. Linehan e sua equipe de investigação foram incorporando outras técnicas ao tratamento até que desenvolveram um tratamento que obteve melhores resultados.

Mais adiante se fornecerá detalhes sobre as técnicas, mas no momento é importante ressaltar que DBT é um “tratamento validado empiricamente”. Isto quer dizer que tem sido avaliado em ensaios clínicos da mesma forma que os novos medicamentos são avaliados para determinar se são ou não mais eficazes que um placebo (comprimido de açúcar). A investigação em DBT esteve inicialmente restringida a mulheres diagnosticadas com TPB, mas na atualidade, é utilizada em mulheres e homens com transtornos alimentares, transtornos do humor, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade, TDAH e problemas cotidianos que não configurem uma psicopatologia.

13.5.2 Por que as pessoas se envolvem em comportamentos autodestrutivos ?

Um pressuposto chave na DBT é que os comportamentos autodestrutivos são formas aprendidas que as pessoas têm para regular as suas emoções negativas intensas e intoleráveis. As emoções negativas como vergonha, tristeza, medo e a raiva são uma parte normal da vida. Porém, algumas pessoas parecem ter uma tendência particular de apresentar emoções negativas muito intensas e frequentes. Às vezes o cérebro humano simplesmente está “conectado” para sentir emoções intensas como um aparelho de som caro está “conectado” para produzir uma série complexa de sons. Ou pode acontecer que traumas emocionais graves ou físicos provoquem mudanças no cérebro até fazê-lo mais vulnerável aos estados emocionais intensos. Além disso, os pacientes podem apresentar transtornos do humor ou transtornos de ansiedade que caso não respondam ao tratamento medicamentoso padrão, acabam por resultar em um maior sofrimento emocional. Qualquer um destes fatores ou qualquer combinação deles pode levar a uma vulnerabilidade emocional. Uma pessoa emocionalmente vulnerável tende a ter reações emocionais rápidas, intensas e difíceis de controlar o que faz que a sua vida pareça uma montanha russa.

13.5.3 Que tipo de terapia recebem os pacientes na DBT ?

Os pacientes em DBT recebem três modalidades básicas de tratamento: terapia individual, grupo de habilidades e assistência telefônica.

Assistem ao menos a uma sessão semanal de terapia individual de aproximadamente uma hora de duração e devem participar do grupo de habilidades de duas horas semanais ao menos durante um mês. Muito embora em alguns casos isso possa ser conversado com o terapeuta.

A diferença do grupo de habilidades da DBT com a terapia de grupo tradicional é que estes grupos de treinamento se parecem mais com aulas nas quais se aprendem habilidades – Mindfulness, Efetividade Interpessoal, Regulação Emocional, e Tolerância ao Mal-estar, do que propriamente um ambiente aonde o paciente chegue e fale livremente de suas problemáticas pessoais.

Aos pacientes também é solicitado que liguem para os seus terapeutas individuais antes de se envolverem em algum comportamento problema, como por exemplo: cortar-se, consumir substâncias, vomitar ou fazer uma tentativa de suicídio. O terapeuta e o paciente procuram então alternativas a essa conduta treinando habilidades específicas para cada situação.

13.5.4 Quais são os objetivos e metas mais importantes no tratamento da DBT ?

A meta mais importante de todas da DBT é ajudar as pessoas a criar uma vida que “valha a pena ser vivida”. Contudo, o que faz que a vida “valha a pena ser vivida” varia de pessoa a pessoa. Para alguns é casar-se e ter filhos, para outros terminarem o colégio, achar um companheiro ou companheira, ter sucesso no seu trabalho, achar uma vida espiritual ou inclusive comprar uma casa.

Mesmo todos estes objetivos sendo diferentes todos os pacientes têm a tarefa de manter os seus comportamentos problemas, em especial aqueles que podem colocar em risco sua vida, sobre controle.

Por esse motivo a DBT organiza o tratamento em quatro etapas com os seus próprios objetivos. O objetivo de cada etapa é um tipo de problema em particular por isso pode ser necessário voltar a eles em diferentes momentos da terapia. Estes são as quatro etapas e os comportamentos problemas associados a cada uma:

Estágio I

Passar de ter comportamentos fora de controle a estar no controle

Objetivo 1: Reduzir e depois eliminar comportamentos letais (ex: tentativas de suicídio, pensamentos suicidas, CASIS).

Objetivo 2: Reduzir e depois eliminar comportamentos que interferem no tratamento (ex.: comportamentos que desgastam as pessoas que tentam ajudar, cumprimento esporádico de tarefas, ausências nas seções, não colaborar com os terapeutas, entre outros). Este objetivo inclui reduzir e depois eliminar a utilização de hospitalizações como método para gerenciar as crises.

Objetivo 3: Diminuir comportamentos que afetam a qualidade de vida (ex.: depressão, fobias, transtornos alimentares, ausências no trabalho ou na escola, não cuidar devidamente de problemas médicos, falta de dinheiro, más condições de moradia, falta de amizades, e aumentar os comportamentos que conduzem a uma vida mais plena (ex.: ir a escola ou ter um trabalho gratificante, ter amigos, ter dinheiro suficiente para sustentar-se, viver em um apartamento ou casa decente, não sentir-se deprimido e ansioso o tempo todo.)

Objetivo 4: Aprender habilidades que ajudem as pessoas a fazer o seguinte:

- a) Controlar a atenção de forma que deixem de se preocupar sobre o futuro ou de obcecar-se com o passado. Aumentar a consciência do “presente” assim aprenderem o que é que os faz terem emoções agradáveis de sentir e o que é que os faz terem emoções desagradáveis de sentir.
- b) Começar novos relacionamentos, melhorar os atuais e terminar aqueles que sejam problemáticos.
- c) Compreender o que são as emoções, como funcionam e como experimentá-las de forma que não resultem em crises avassaladoras.
- d) Tolerar a dor emocional sem recorrer a CASIS ou outros comportamentos autodestrutivos.

Estágio II

Da inibição emocional a experimentar as emoções plenamente

O objetivo principal desta fase é ajudar o paciente a experimentar as emoções sem necessidade de evitar a vida ou desenvolver sintomas dissociativos ou de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Esse último relacionado com momentos muito traumatizantes das vidas das pessoas que ainda hoje são vividos dolorosamente e causam intenso mal-estar e/ou prejuízo significativo no funcionamento psicossocial.

Nesse estágio, o terapeuta trabalha com o paciente para tratar o TEPT e lhe ensina a experimentar todas as emoções sem evitá-las permitindo que elas se façam presente na orientação para objetivos pessoais. Caso o paciente não possua TEPT, esse estágio também relaciona-se ao trabalho de exposição ao processamento emocional do paciente, assim como de fatos realmente dolorosos da história de vida deles.

Estágio III

Construir uma vida digna de ser vivida, resolver problemas da vida cotidiana.

Nesta fase os pacientes trabalham com problemas cotidianos como conflitos de casal, insatisfação laboral, aspirações profissionais, entre outras. Alguns pacientes optam por continuar com o mesmo terapeuta para alcançar esses objetivos. Outros interrompem a terapia por um tempo e trabalham nessas metas sem terapeuta. Alguns decidem tirar um tempo e voltar depois para continuar trabalhando com um terapeuta diferente em outra aula de terapia.

Estágio IV

Da sensação de falta de sentido a sensação de plenitude / conexão

Várias pessoas provavelmente enfrentem problemas “existenciais” mesmo tendo completado a terapia até a fase III. Mais do que ter conseguido o que procuravam na vida, pode ser que ainda se sintam vazios ou incompletos. Alguns chamam isto de “vazio intelectual” ou como “um sentimento de vazio”. Apesar da falta de investigação nesta fase, Marsha Linehan a incluiu ao perceber que muitos acham um novo sentido através de caminhos espirituais. Os pacientes, além disso, mudam de rumo nas suas carreiras ou relações.

Mesmo que as fases e metas principais do tratamento sejam apresentadas por ordem de importância, acreditamos que elas estão interconectadas. Se alguém se suicida não obterá a ajuda que procurava para melhorar a sua qualidade de vida. Desta forma, a DBT se concentra primeiro em comportamentos de risco imediato de vida.

Porém, se o paciente se mantém com vida, mas nunca assiste a terapia, nem faz nenhuma das tarefas, não conseguirá ajuda para solucionar os problemas que ameaçam a vida, como a depressão ou o abuso de substâncias. Por este motivo, problemas que interfiram com o tratamento são a segunda prioridade na fase II. Mas, assistir a terapia com certeza não é o suficiente. Um paciente se mantém vivo e assiste a terapia para resolver os problemas que o fazem se sentir miserável. Para ter uma vida plena às pessoas devem aprender novas habilidades, aprender a experimentar emoções e alcançar metas da vida. A terapia não termina até que todas estas metas sejam alcançadas.

13.5.5 Em que se diferencia a DBT da TC standard?

A DBT é uma modificação do tratamento cognitivo-comportamental standard. Como explicamos anteriormente, Marsha Linehan e a sua equipe de terapeutas utilizaram técnicas de TC standard como treinamento de habilidades, atribuição de tarefas, escala de avaliação de tarefas e análise comportamental e de resolução dos problemas do paciente. Estas técnicas funcionaram para algumas pessoas e deixaram outras de fora por encontrarem-se constantemente concentradas na mudança.

Os pacientes sentiam que o seu sofrimento era subestimado pelos terapeutas e ao mesmo tempo os terapeutas sobrestimavam quanto úteis estavam sendo para eles. Como

resultado os pacientes abandonavam o tratamento, se sentiam muito frustrados, ou se isolavam.

A equipe de investigação de Linehan filmou todas as suas sessões com pacientes e começou a perceber novas estratégias que ajudavam a tolerar a dor e funcionavam para alcançar uma vida *“que valia a pena ser vivida”*.

A medida que as estratégias de aceitação foram acrescentadas as estratégias de mudança, os pacientes sentiram que os seus terapeutas os compreendiam muito melhor. Permaneceram em terapia, em vez de abandonar, se sentiram melhor em relação com seus terapeutas e melhoraram rapidamente.

O equilíbrio entre estratégias de mudança e de aceitação formam a dialética fundamental que dá o nome ao tratamento. Dialética significa “avaliar e integrar ideias e fatos contraditórios numa visão que resolve as contradições aparentes”. Na DBT, terapeutas e pacientes trabalham duramente para equilibrar mudança e aceitação, duas forças ou estratégias aparentemente contraditórias.

Assim como na vida cotidiana fora da terapia, as pessoas lutam para conseguir um equilíbrio nas suas ações, sentimentos e pensamentos, na DBT trabalhamos para integrar ambos, sentimentos passionais e pensamentos lógicos. Nos esforçamos para alcançar nossas necessidades e desejos enquanto alcançamos as necessidades e desejos dos outros. Nos esforçamos para conseguir a melhor combinação entre trabalho e prazer.

13.5.6 OS TRES FUNDAMENTOS DE DBT: TC (terapia comportamental), ACEITAÇÃO E DIALÉTICA

13.5.6.1 Terapia comportamental.

Os terapeutas TC e DBT não pensam que os pacientes possam ser ajudados com a tomada de consciência, mesmo que às vezes a compreensão possa ser útil. **Aprender** novos comportamentos é fundamental na DBT e se dedica toda atenção em **toda** seção individual, grupo de habilidades e ligações telefônicas. Chamamos **comportamento** a qualquer pensamento, sentimento ou comportamento de uma pessoa. A terapia comportamental utiliza uma ampla variedade de técnicas para ajudar as pessoas a mudar comportamentos que impeçam viver *uma vida que valha a pena ser vivida*.

Na DBT, ao igual que na TC, se pede os pacientes que mudem. Os pacientes indagam e registram seus problemas comportamentais num cartão semanal diário. Além disso, assistem a grupos de habilidades, cumprem tarefas atribuídas e realizam role playing de novas formas de interagir durante a sessão com a presença do seu terapeuta. Os pacientes trabalham com o seu terapeuta em identificar quando são reforçados por comportamentos mal adaptativos, ou punidos por comportamentos adaptativos.

Expõem-se a sentimentos, pensamentos ou situações que temem ou evitam e modificam formas autodestrutivas de pensar. Acabamos de descrever, segundo Layman, as quatro estratégias principais da mudança:

Treinamento de Habilidades, Terapia por exposição, Modificação Cognitiva (gerenciamento de regras e auto-regras) e Manejo de Contingências.

13.5.6.2 Validação e Aceitação.

Como vimos nos parágrafos anteriores as técnicas de TCC standards não foram suficientes para ajudar a lidar com os comportamentos suicidas e CASIS no contexto do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB).

O problema não reside em que as técnicas tenham sido ineficientes e sim que como intervenções isoladas causaram mal-estar nos pacientes, que sentiram a insistência na mudança como **invalidante**. Era como se o terapeuta dissesse a alguém com queimaduras graves nos pés “continua caminhando e teus pés se fortaleceram, tenta não pensar na dor”. Cada passo que o paciente dava era penoso, ele acabava se sentindo deprimido e não conseguia ter a experiência de manter a sua mente apartada da dor.

Linehan e a sua equipe de investigação descobriram que quando o terapeuta dá igual importância à validação, assim como à mudança, as pessoas se mostram mais colaborativas e menos propensas a abandonar o tratamento.

Então, o que é a validação? A palavra possui muitos significados. Uma das coisas que não significa é concordância total com o que está sendo trabalhado. Um terapeuta, por exemplo, pode compreender que um paciente abuse de álcool para superar sua ansiedade social e mesmo assim saber que quando ele está bêbado toma decisões impulsivas que podem levá-lo a auto machucar-se. O terapeuta poderia validar que: a) sua conduta tem sentido já que foi o único método que sempre dispôs para acalmar a sua ansiedade; b) que seus pais sempre se embriagaram nas festas; c) que as vezes quando ele ou ela está bêbado/a e faz alguma coisa impulsiva, o comportamento impulsivo pode ser “divertido”.

Neste caso o terapeuta pode validar que o abuso de substâncias tem sentido dada a sua história e desde seu ponto de vista. Mas, o terapeuta não tem porque concordar que o consumo abusivo de álcool é a melhor forma de solucionar a ansiedade do paciente.

Na DBT existem distintos níveis e tipos de validação. O nível mais básico é prestar atenção a outra pessoa. Significa manter o respeito pelo que ela diz, sente e faz.

Outros níveis de validação implicam ajuda para recuperar a confiança afirmando que sua conduta tem perfeito sentido (ex.: É claro que você está chateado/a com o dono do negócio porque tentou te cobrar mais e depois ainda mentiu sobre isso), tratando-o/a como semelhante (ex.: em oposição ao tratar o paciente como um débil mental).

Na DBT, da mesma forma em que os pacientes são treinados na utilização de estratégias comportamentais, também são educados e motivados a utilizar a validação.

Tanto no tratamento quanto na vida, é importante saber que coisas nossas podemos mudar e que coisas devemos aceitar (seja no curto ou longo prazo). Por esta razão, as habilidades de aceitação e validação foram incluídas nos módulos de habilidades.

Tem quatro módulos de habilidades no total, - dois enfatizam mudança e dois aceitação -. Por exemplo, é extremamente importante que os pacientes que se auto machucam aprendam a aceitar a experiência da dor no lugar de recorrer aos comportamentos destrutivos para solucionar seus problemas. De forma que quando eles se cortam, se empanturram e se purgam, abusam de álcool e drogas, dissociam etc., devem aprender a simplesmente “a estar” na realidade, por mais doloroso que possa ser em determinado momento, de forma que aprendam que “podem suportá-lo”. DBT ensina um conjunto de habilidades para que os pacientes possam aprender a permanecer com calma no lugar de fugir.

Além disso, a DBT ensina como trabalhar como compreender por que as suas vidas são tão difíceis.

13.5.6.3 Dialética.

A **dialética** é um conceito complexo que tem as suas raízes na filosofia e na ciência. Não aprofundaremos muito no seu significado, mas tentaremos explicar o que chamamos dialética e daremos exemplos de pensamento dialético. A **Dialética** envolve vários supostos sobre a natureza da realidade:

- 1) As coisas estão conectadas entre si;
- 2) A mudança é constante e inevitável; e
- 3) Os opostos podem ser integrados para formar uma aproximação mais próxima a verdade (que sempre é incompleta).

Este é um breve exemplo sobre como estes supostos intervêm num programa de DBT. Suponhamos que você é calado/a. Os integrantes do grupo ficam incomodados e tentam te fazer falar. Você influi no grupo e o grupo influi em você. Talvez o grupo insista tanto que te dê menos vontade ainda de falar e mais vontade de te retrair. Talvez então os outros membros do grupo se cansem de insistir e não foquem mais a sua atenção em ti. Paradoxalmente, isto te faz sentir melhor e você fala um pouco mais. Na medida em que te convertes num membro do grupo, os líderes mudam a forma de conduzir o grupo para balancear a tensão entre você e o restante dos membros. Em outras palavras, estão todos interconectados, influenciados mutuamente a cada momento.

Na medida em que o tempo passa acontece mudanças inevitáveis. Talvez os membros do grupo se tornem mais hábeis em te fazer falar. Ou talvez te tornes mais ousado/a, e comeces a falar. Talvez um novo membro se una ao grupo ao mesmo tempo um velho integrante saia e o grupo se esforce para adaptar-se a nova composição. Talvez notes que teus pensamentos e sentimentos para com cada membro do grupo mudam ao igual que mudam os pensamentos e sentimentos dos outros integrantes. Talvez você perceba que o grupo evoluciona constantemente, se auto regula constantemente. Pensar dialeticamente significa reconhecer que todos os pontos de vista – o teu, o dos outros membros -, tem validade e que não obstante todos podem estar errados ao mesmo tempo. Se o grupo trabalha em conjunto dialeticamente, os líderes do grupo e seus membros estão em constante fluxo, observando como os pontos de vista opostos podem coexistir e sintetizar-se. Em poucas palavras, o grupo está constantemente equilibrando mudança e aceitação. Os líderes e os outros membros tentaram manter a ideia de que cada um faz o melhor que pode e que cada um tem que melhorar.

A DBT também envolve estratégias dialéticas para ajudar aos pacientes a destravar suas formas rígidas de pensamento ou de ver o mundo. Algumas destas são intervenções tradicionais de Ocidente e outras baseadas em formas Orientais de ver a vida. Se ler o texto de Linehan (1993a), podes ficar sabendo de outras estratégias no capítulo sete e revisar os exemplos que ela descreve, mas aqui oferecemos dois exemplos.

Suponhamos que uma pessoa se compromete inicialmente a realizar um ano de DBT. No lugar de expressar “Isto é fantástico!” O terapeuta pode dar a volta amavelmente no tabuleiro perguntando ao paciente, “Você tem certeza de que é isso que você quer? Vai ser um trabalho difícil”. Esta estratégia, chamada de “advogado do diabo”, produz que o consultante argumente a favor e explique por que e como completará a terapia sem abandonar.

Neste caso, o terapeuta guia o paciente para que fortaleça seus argumentos para ser aceitado em tratamento, no lugar de ser o terapeuta que tenta convence-la de que permaneça no tratamento. “Fazer uma limonada com os limões”, é outra das estratégias, que ajuda ao profissional a gerenciar situações difíceis. Uma pessoa pode, por exemplo, queixar-se e rejeitar terminantemente ao seu terapeuta grupal e expressar que deseja mudar de grupo de habilidades. O terapeuta pode responder com uma sugestão oposta: O problema pode ser visto como uma oportunidade de aprendizado no controle de emoções negativas intensas para com pessoas com autoridade.

O terapeuta poderia então marcar a similitude entre o terapeuta grupal e outras pessoas com autoridade (professores, chefes, supervisores) na vida do paciente e apresentar como uma oportunidade para tolerar a uma pessoa que não suportamos mas com quem temos que trabalhar.

Estes exemplos ilustram como as estratégias dialéticas tentam promover o movimento, a velocidade e a fluidez para que o paciente e o terapeuta não fiquem estancados no “ Não posso fazer isto” vs “Sim, você pode.”

Tomara tenhamos conseguido responder algumas perguntas, e feito você pensar em novas perguntas... Caso tenhas mais perguntas ou sugestões sobre este texto, podes nos enviar ou pergunta-la a algum terapeuta.

13.6 Tratamento farmacológico

Não existe até o momento um tratamento específico psicofarmacológico para o TRE.

A psicoterapia continua sendo o tratamento fundamental em todos os transtornos da personalidade, apesar disto a medicação pode desempenhar sem dúvida uma função muito útil, ao menos nos períodos de descompensação, as crises, o controle a longo prazo de alguns sintomas específicos que respondem farmacologicamente e a presença de outros problemas médicos como os transtornos de ansiedade ou os transtornos de humor.

A combinação de psicoterapia e tratamento com medicamentos propõe que a farmacoterapia aborde os rasgos fundamentais de vulnerabilidade que se manifestam em forma de conjunto de sintomas.

Estes conjuntos de sintomas formam quatro dimensões que são a cognitivo-perceptual (sua forma de pensar), a impulsividade-agressividade (o manejo da emoção), a instabilidade-labilidade do estado de humor (sensação de tristeza e vazio) e a inibição condutual com ansiedade (a sensação de descaso acompanhado de ansiedade). A desregulação emocional e/ou afetiva e a dificuldade de controlar os impulsos se consideram de forma genérica como os sintomas chaves.

Em algumas ocasiões é necessário recorrer a vários fármacos simultaneamente, sempre defendendo o melhor plano terapêutico com a mínima quantidade de efeitos indesejáveis.

Resumindo, o tratamento farmacológico estaria dirigido ao tratamento de alguns sintomas no período da crise e a modificar a vulnerabilidade ou susceptibilidade a padecê-las.

Na atualidade existe um crescente movimento de reconhecidos psiquiatras que sustentam que este transtorno é uma forma de Transtorno Bipolar (observe-se no anexo Bibliografia e literatura disponível). Dentre eles se encontram os Drs. Hagop S. Akiskal y Nassir Ghaemi. Esta opinião de especialistas tem difundido a utilização de Estabilizadores de Humor entre as indicações mais utilizadas com relativo êxito. Por este motivo que muitos pacientes podem ter recebido este diagnóstico conjuntamente com o de Transtorno da Personalidade Borderline.

Também é importante notar aqui que as pessoas com TRE costumam preencher critérios para outros diagnósticos em saúde mental. Aproximadamente 90% tem outros diagnósticos associados. Esta associação se denomina *comorbidade* (a existência de mais de um transtorno que ocorre simultaneamente). Esta vulnerabilidade se evidencia porque os pacientes podem ter diferentes motivos de consulta.

A experiência pessoal de muitos pacientes e suas famílias são a rotatividade e mudança das indicações médicas ao longo do tempo, o uso de vários medicamentos, os sintomas adversos e a desesperança em relação aos transtornos em geral.

Alguns dos medicamentos indicados para este transtorno são:

1 - Antidepressivos: (*fluoxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram, citalopram, bupropiona, venlafaxina*, dentre outros) Tem utilidade na redução de sintomas depressivos, para acalmar a angústia, a ansiedade, o pânico e a agressividade.

2 - Estabilizadores de humor: (*carbonato de lítio, valproato de sódio, topiramato, carbamazepina, oxcarbamazepina, lamotrigina*). São utilizados com a intenção de criar estabilidade a longo prazo e reduzir a impulsividade.

3 - Antipsicóticos atípicos: (*risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, ziprasidona*) podem empregar-se para diminuir a intensidade emocional ou a aparição de ideias estranhas ou as sensações de perseguição. Alguns também são estabilizadores do humor, oferecem alguma eficácia antidepressiva ou cumprem uma função sedativa ou melhoram o sono.

4 - Tranquilizantes ou sedativos: como as *benzodiazepinas* (*clonazepam, alprazolam, entre vários outros*). Embora estes últimos são desaconselhados em seu uso crônico pela característica aditiva – costumam ser difíceis de abandonar, se requer doses maiores para obter os mesmos resultados – e efeitos contrários aos esperados chamados de paradoxais, costumam ainda ser utilizados na clínica.

5 - Outros medicamentos:

Naltrexona:

Existem publicações que apóiam a sua eficácia no tratamento dos comportamentos aditivos impulsivos, como o alcoolismo e o jogo patológico. Assim mesmo tem uma modesta evidência que demonstra uma redução significativa dos sintomas dissociativos (quando se separam alguns pensamentos e sentimentos do restante da atividade mental), de revivências (ideias ou imagens traumáticas que irrompem na consciência de forma involuntária), e nas condutas auto agressivas.

Indutores do Sono: (*zolpidem, zopiclona, zaleplon*)

A ideia geral é conseguir dormir sem recorrer à medicação. Atualmente existem manuais que ajudam a conciliar e manter o sono de forma natural. De qualquer forma esta perturbação é muito generalizada e às vezes requer estes indutores.

Ácidos graxos Ômega 3 e 6:

Estes ácidos graxos ricos em ômega 3 e 6 se tem sugerido como estabilizadores do humor.

Internação

Somente em algumas ocasiões se faz necessária à internação, se possível somente por um breve período de tempo (por exemplo, durante crises importantes que possam

colocar em risco a vida de alguém). É necessário avaliar caso a caso sobre esta intervenção avaliando se serve como uma forma de cuidado com a pessoa. Às vezes, as comunidades podem ser uma boa opção se estes problemas se tornam incontroláveis para as pessoas com TRE, suas famílias ou seus terapeutas.

14 SINTETIZANDO E O MODO DE REFLEXÃO

Este transtorno costuma aparecer na adolescência e perdura durante a vida adulta, muitas vezes com períodos de melhora evidente e outros de crise, geralmente desencadeadas por algum acontecimento vital como: separações, divórcios, perda do emprego, dentre outras.

Muitas pessoas que sofrem de TRE relatam estabilizar-se perto da quinta década, especialmente quando tiveram tratamentos psicológicos e psiquiátricos, o que é muito habitual. De fato, os estudos estatísticos mostram que em geral tentam vários tratamentos ao longo das suas vidas. O nível de satisfação com os mesmos não é sempre bom, e as mudanças de médicos e psicoterapeutas são muito frequentes, às vezes motivados pela pessoa com o transtorno ou pelos familiares.

De qualquer forma, existem no momento promissoras investigações na procura de recursos para aliviar o sofrimento destas pessoas e de seus achegados.

Não tenha dúvida de falar franca e abertamente com a/o profissional responsável pelo tratamento no caso de ter dúvidas ou mais perguntas. Seja precavido na seleção do material a ler, utilizando aquele dirigido a médicos ou psicólogos com a assistência deles.

É importante, parafraseando uma antiga oração, ter a paciência para aceitar as coisas que não se podem mudar, coragem e motivação para mudar aquilo que sim podemos mudar e sabedoria para perceber a diferença entre elas.

15 BIBLIOGRAFIA

(Algumas citações se acompanham de comentários em itálica)

1. Beck, A.; Freeman, A.: Cognitive Therapy of Personality Disorders. Guilford Press, New York, NY, 1990. *Disponível em espanhol*
2. Beck, J.: Cognitive Therapy: Basics and Beyond. 1995. *Disponível em espanhol*
3. Clarkin, J.: Major Theories of Personality Disorder. Guilford Press, New York, NY, 2001.
4. DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, APA Press, Washington, DC, 1994. *Disponível em espanhol*
5. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (c) Ginebra, OMS, 1992. *Disponível em espanhol*
6. Derksen, J.: Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives. John Wiley & Sons, 1995.
7. Gunderson, J. Gabbard, G (ed.): Psychotherapy of Personality Disorders, vol. 19. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2000.
8. Gunderson, J.: Borderline Personality Disorder: A clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2001.
9. Linehan, M.: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders. Guilford Press, New York, NY, 1993. *Este tratamento tem sido validado e demonstrado eficácia empírica.*
10. Linehan, M.: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders. Guilford, New York, NY, 1993. *Este tratamento tem sido validado e demonstrado eficácia empírica*
11. Sperry, L.: Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM IV Personality Disorders. Brunner Mazel Publications, Inc., 1995.
12. Young, J.; Klosko, J.: Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach. Resource Exchange Inc. 1999.
13. Young, J.; Klosko, J.: Reinventing Your Life. A Plum Book, 1994. *Disponível em espanhol. Acostuma ser muito útil como material de auto ajuda.*
14. Kraisman, J.: I hate you, don't leave me. Understanding the borderline personality disorder. Avon Psychology, New York, NY, 1998.
15. Mason P.; Kreger R: Stop Walking on Eggshells. Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder, New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 1998.
16. Kreger R; Shirley JP: The Stop Walking on Eggshells Workbook. Practical Strategies For Living With Someone Who has Borderline Personality Disorder, New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 2002.
17. Bateman A; Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality, mentalization-based treatment, Oxford, New York, NY, 2004. *Este tratamento tem sido validado e demonstrado eficácia empírica.*
18. Akiskal H; Vázquez G Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: Validación del Concepto de Espectro. VERTEX; Rev. Arg. De Psiquiat. 2006, vol. XVII: 340-346. *Uma boa aproximação ao problema da diferença de diagnóstico entre transtorno bipolar e transtorno de personalidade Borderline em espanhol.*
19. Manual de Psicoeducativo de Psicofarmacología para DRE. Autores: Pablo Gagliesi, Rosado Andrés y María Marletta. Buenos Aires 2008. *Dispõe de versão digital no site da Fundación Foro.*
20. Manual Psicoeducativo de Bipolaridad. Autores: Diego Martino, Pablo Gagliesi, Alejandro Bottini y Ana Igoa. Buenos Aires 2008. *Dispõe de versão digital no site da Fundación Foro.*
21. Blum N, Black DW: The STEPPS group treatment for borderline personality disorder, in Borderline Personality Disorder: Meeting the Challenges to Successful Treatment. Edited by Hoffman PD and Steiner-Grossman P. Binghamton, NY: The Haworth Press, Inc, 2008, pp 171-186.
22. Linehan, M.M. (1993a). Cognitive behavioral therapy for Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. Este é o manual de tratamento para o tratamento inteiro. Algumas pessoas falam que este é um livro de leitura difícil, mas muito útil. Por esta razão muitos começam lendo o manual de habilidades listado a continuação.
23. Linehan, M.M. (1993b). Skills Training Manual for Treating Broderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. Este manual oferece uma excelente síntese de DBT e o treinamento em habilidades no programa. Ele está traduzido ao espanhol e se você fizer o treinamento em habilidades será entregue este manual.
24. Prior, K. (1993). "Não mates o cachorro" (Don't Shoot the Dog!) New York: Bantam Doubleday Dell Pub. Esta é uma genial introdução aos princípios de aprendizagem e comportamento por uma treinadora de golfinhos.

Para obter maior informação:

Fundación Foro, Foro Argentino de DBT

- www.trastornoborderline.com.ar
- www.fundacionforo.com

Outras sites de Internet recomendados:

- usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm
- www.sin-limite.net
- www.acaip-tlp.com
- www.nimh.nih.gov
- www.tara4bpd.org
- www.dbtselfhelp.com
- www.borderlinepersonalitytoday.com

Outros dados úteis:

Alcohólicos Anônimos (AA): 4325-1813 www.aa.org.ar

ALANON - Ajuda al Familiar doAlcoólico: 4382-9229/4382-9311 ó
0800-333-0784 www.alanon.org.ar

Narcóticos Anônimos (NA): 4342-6659 ó 4345-7445 www.na.org.ar

Jogadores Anônimos (JA): 15-4412-6745 www.jugadoresanonimos.org.ar

Centro de Atención al Suicida: Teléfono gratuito 135

FUBIPA - Fundación de Bipolares de Argentina: 5218-1638 www.fubipa.org.ar

Sugestões:

A folha em anexo é para que você escreva informação vital para dirigir as crises. Utilize-a, preencha e coloque em um lugar acessível. Pode separá-la do manual e colocá-la na porta da geladeira ou no seu quarto.

Sugerimos que escreva a sua própria Historia Clínica completa, sistematizada e atualizada (história de tratamentos prévios, medicação, quantidade, efeitos positivos e secundários, duração, dentre outros dados). Os/as profissionais que lhe tratam podem mudar por muitas razões, mas se conservar estas informações economizará tempo e facilitará as consultas.

Se os dados deste manual não correspondem ou mudaram, ligue para o serviço de assistência telefônica, não deixe de tentar. Avise-nos das mudanças. Para outros comentários e sugestões contate conosco.

16 ANEXO I

Informações úteis.

Dados do meu psiquiatra e/ou psicólogo/a responsável:

Sobrenome e nome:

Telefone:

Sobrenome e nome:

Telefone:

Dados do meu convenio médico:

Telefone:

Telefone de emergência:

Número de afiliado:

Laboratório de exames clínicos:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Dados sobre o sistema de saúde público ou de emergências da minha cidade ou região:

Nome:

Endereço:

Telefones:

Em caso de emergência ligar para:

Nome:

Telefone:

Nome:

Telefone:

Nome:

Telefone:

Esquema farmacológico atual

Nome

Dose diária

Nome

Dose diária

Nome

Dose diária

Nome

Dose diária