

Como lidar com o transtorno de personalidade limítrofe – *Borderline*

Autores

Martin Bohus (1956-) é médico, professor titular de Medicina Psicossomática e de Psicoterapia na Universidade de Heidelberg desde 2003, e também diretor da Clínica de Medicina Psicossomática e Psicoterapia do Instituto Central de Saúde Mental, em Mannheim, Alemanha.

Markus Reicherzer (1966-) é médico e diretor da Clínica Dr. Schlemmer (Centro de Medicina Psicossomática), em Bad Tölz, Alemanha, desde 2008.

Editores da coleção **Guia Prático**:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Fundadores da coleção:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Martin Bohus
Markus Reicherzer

Como lidar com o transtorno de personalidade **limítrofe – *Borderline***

Guia prático para familiares
e pacientes

Tradução de Klaus Brüschke
Revisão técnica de Dr. Thomas Haunold

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



Copyright versão original © 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

Título original: *Ratgeber Borderline-Störung - Informationen für Betroffene und Angehörige*,

Martin Bohus e Markus Reicherzer

Copyright da tradução: © 2017 Editora Hogrefe CETEPP , São Paulo

Editora: Cristiana Negrão

Tradução do texto e das legendas das ilustrações: Klaus Brüschke

Ilustração: Renate Alf (www.renatealf.de)

Capa e diagramação: Claudio Braghini Junior

Revisão técnica: Dr. Thomas Haunold

Preparação: Eloiza Mendes Lopes

Revisão: Joana Figueiredo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

B667c

Bohus, Martin, 1956-

Como lidar com o transtorno de personalidade limítrofe – *Borderline* / Martin Bohus, Markus Reicherzer ; tradução Klaus Brüschke. – 1. ed. – São Paulo : Hogrefe, 2017.

152 p. : il.

Tradução de: Ratgeber Borderline-Störung

ISBN: 978-85-85439-52-1

1. Distúrbios da personalidade. 2. Distúrbios da personalidade *borderline*.

I. Reicherzer, Markus. II. Brüschke, Klaus. III. Título.

CDD: 616.8581

17-41554

CDU: 616.89-008.485

Índices para catálogo sistemático:

1. Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade:

Neuropsiquiatria infantil: Pediatria: Medicina 618.928589

Este livro segue as regras da Nova Ortografia da Língua Portuguesa.

Todos os diretos desta edição reservados à

Editora Hogrefe CETEPP

R. Comendador Norberto Jorge, 30

Brooklin, São Paulo – SP, Brasil

CEP: 04602-020

Tel.: +55 11 5543-4592

www.hogrefe.com.br

Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer forma ou quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo photocópias e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão por escrito.

ISBN: 978-85-85439-52-1

Impresso no Brasil

Sumário

Prefácio	9
1 O que é transtorno de personalidade <i>borderline</i> (limítrofe)?.....	11
1.1 Quais padrões de comportamento e de experiência caracterizam o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?.....	11
1.2 Com que frequência e como surge o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?	14
1.3 Como se manifesta o transtorno de personalidade <i>borderline</i> ?.....	15
1.3.1 Problemas com sentimentos (regulação emocional)	16
1.3.2 Problemas com os “outros”	20
1.3.3 Problemas consigo mesmo e com o próprio corpo	23
1.3.4 Outros sintomas importantes.....	24
1.3.5 Padrões problemáticos de comportamento	26
1.4 Transtornos adicionais frequentes	29
2 Como surge o transtorno de personalidade <i>borderline</i>?....	35
3 Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno <i>borderline</i>?	41
3.1 Fundamentos	41
3.2 Métodos terapêuticos	43
3.3 Condições de tratamento.....	46
3.4 Tratamento medicamentoso.....	51

4	A terapia comportamental dialética (TCD).....	53
4.1	O que se entende por terapia comportamental dialética?	53
4.2	Um planejamento cuidadoso prepara o sucesso na terapia	57
4.2.1	Quais sintomas do transtorno de personalidade <i>borderline</i> são os mais evidentes em você?.....	57
4.2.2	Qual é sua atual condição de vida?	59
4.2.3	Como o transtorno evoluiu até agora?	61
4.2.4	O contrato de não suicídio	61
4.2.5	Terapias anteriores foram interrompidas?.....	66
4.2.6	O que eu preciso controlar primeiro (controle do comportamento)?	68
4.2.7	O que quero atingir (metas da terapia)?.....	69
4.2.8	A que devo me ater (acordo sobre as regras da terapia)?.....	71
4.2.9	Auxilia por telefone ou e-mail?.....	71
4.3	O que acontece durante a TCD?.....	73
4.3.1	O trabalho com o terapeuta	73
4.3.2	A estrutura da TCD.....	81
4.3.3	Treinamento de habilidades	84
4.3.3.1	Como as habilidades são aprendidas?	85
4.3.3.2	Módulo de habilidades 1: Atenção plena interna	89
4.3.3.3	Módulo de habilidades 2: Tolerância ao estresse	92
4.3.3.4	Módulo de habilidades 3: Regulação emocional.....	102
4.3.3.5	Módulo de habilidades 4: Habilidades interpessoais (como lidar com os outros).....	115
4.3.3.6	Módulo de habilidades 5: Melhora da autoestima	116
4.4	TCD na internação	118
4.4.1	Intervenção emergencial na internação	118
4.4.2	Tratamento intensivo na internação	122

5	Outras questões importantes	127
5.1	Mães <i>borderlines</i>	127
5.2	Como familiar, o que posso fazer?.....	128
5.3	Relato de uma paciente: Viagem de ida e volta para o inferno	133
Posfácio à edição brasileira		139
Endereços úteis		141
	Folha de exercício 1: Ficha diária	143
	Folha de exercício 2: Análise de comportamento	144
	Folha de exercício 3: Registro de tensão	147
	Folha de exercício 4: Alcançar metas sociais.....	148
	Folha de exercício 5: Treinar o "olhar justo"	150

Prefácio

O presente guia traz informações sobre o transtorno de personalidade *borderline*, ou transtorno de personalidade limítrofe (TPB). O que se entende por isso? Como surge e o que se pode fazer para tratar esse transtorno? Ou melhor, como podemos aprender a lidar com ele?

Antes de tudo, nos dirigimos a quem sofre do transtorno, mas também a seus familiares, professores e educadores.

Primeiro, o mais importante: o transtorno de personalidade *borderline* é de fato um distúrbio grave e muitas vezes um fardo, mas não precisa ser por toda a vida. A maioria dos pacientes consegue aprender a lidar com o problema e levar uma vida digna. Às vezes, quando tudo vai bem, isso acaba acontecendo naturalmente. Contudo, é bem melhor quando se encontra a ajuda de especialistas. Este livro deseja facilitar a conquista desse caminho.

Algumas pessoas com transtorno de personalidade *borderline* ganham este livro dos familiares e, num primeiro momento, ficam céticos. Outras tiveram péssimas experiências com terapeutas ou em clínicas. Algumas acreditam não merecer uma vida melhor. E elas não estão sozinhas. Muitas pessoas com personalidade *borderline* também pensam assim.

Esperamos, porém, que você continue a ler este livro. Dê uma chance a si mesmo! Você merece.

Este livro é um guia. Ele não pode nem deve substituir uma psicoterapia. Queremos informar, encorajar e motivá-lo a empreender um novo caminho.

O transtorno de personalidade *borderline*, na maioria dos casos, começa na idade juvenil, mas não é um diagnóstico definitivo. Quanto mais cedo o tratamento começar, maiores serão as chances de sua

eficácia. Portanto, é decisivo que o transtorno seja diagnosticado logo e tratado por especialistas que dominem o assunto.

Pessoas com transtorno de personalidade *borderline* elaboram seus sentimentos de modo singular. Elas são muito sensíveis ao que ocorre em seu entorno e reagem de maneira muito delicada a dificuldades. Os sentimentos tornam-se muito fortes, às vezes avassaladores. Por isso, essas pessoas procuram maneiras de reprimir esses sentimentos. Às vezes isso dá certo, às vezes não. Autolesões, drogas, ataques de raiva, álcool ou até mesmo episódio de vômito ajudam momentaneamente a atenuar os sentimentos ruins, mas o

alívio é apenas momentâneo. A longo prazo, a pessoa se torna mais vulnerável a essas práticas, e os amigos se retraem, estabelecendo-se um círculo vicioso. Você já passou por isso? Este guia ajudará você a encontrar a porta de saída.



Mannheim e Bad Tölz, fevereiro de 2012.

Martin Bohus

Markus Reicherzer

1 O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

1.1 Quais padrões de comportamento e de experiência caracterizam o transtorno de personalidade *borderline*?

Você já passou por isso?

- Você tem a sensação de ser diferente dos outros? Que não faz parte de nenhum grupo?
- Você às vezes se sente um(a) alienígena?
- Você é mais sensível e delicado(a) do que a maioria das pessoas que conhece?
- Seus sentimentos já provocaram dor física e a tensão interior ficou insuportável?
- Pequenas coisas conseguem desencadear variações de humor intensas e pensamentos negativos?
- Você tem tendência a se recriminar? A se detestar e a detestar muito tudo o que lhe diz respeito?
- Para você, é difícil ficar sozinho(a) mesmo quando você não se dá com as outras pessoas?
- Como você lida com as situações de crise? Tenta resolvê-las com álcool, drogas, autolesões, bulimia ou fazendo jejum? Você sabe, no fim das contas que, com o tempo, tudo isso leva ao caos, mas...
- Você já passou por tudo isso? Ou por algumas dessas coisas?

Se o texto mencionado anteriormente lhe diz alguma coisa, pode ser que você tenha transtorno de personalidade limítrofe – *borderline*.

De onde vem o conceito?

De fato, o conceito de “limítrofe” (*borderline*) soa um tanto estranho. Remete a fronteira, área de conflito e zona de combate. Na verdade, esse conceito vem de uma época na qual ainda secreditava que pacientes com fortes oscilações de humor, que ouviam vozes e tinham sensações passageiras de irrealidade, sofressem de uma forma limítrofe da esquizofrenia. Assim, o termo “limítrofe” descrevia esse suposto limiar da esquizofrenia. Hoje, sabe-se que os dois transtornos não têm nada a ver um com o outro. Mesmo assim, o termo permaneceu e muitas pessoas que têm o transtorno gostam dele.

Como se diagnostica o transtorno de personalidade borderline (limítrofe)?

Hoje, quando cientistas e terapeutas diagnosticam transtornos psíquicos, eles se referem às diretrizes da Associação Americana de Psicologia (American Psychiatric Association – APA). Tais diretrizes procuram classificar os transtornos mediante sintomas observáveis, ou seja, mediante comportamentos ou vivências interiores. Esse procedimento varia e nem sempre está bem fundamentado cientificamente. É uma tentativa mais ou menos bem-sucedida de organizar um pouco o mundo das doenças psíquicas.

Nos últimos anos, ficou evidente que os padrões de vivência e comportamento listados no quadro a seguir descrevem muito bem, em seu conjunto, o transtorno de personalidade *borderline*.

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

Critérios diagnósticos do transtorno de personalidade <i>borderline</i>
<p>Pessoas com transtorno de personalidade <i>borderline</i> frequentemente demonstram as seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Esforço desesperado de fazer de tudo para evitar a sensação de ser abandonado.2. Relacionamentos muito estreitos, mas também difíceis.3. Insegurança e oscilações da autoimagem ou da percepção de si mesmo.4. Dificuldades de controlar comportamentos prejudiciais, por exemplo, gasto descontrolado com dinheiro, sexo inseguro, abuso de droga ou álcool, direção irresponsável, compulsão alimentar etc.5. Frequentes pensamentos suicidas, tentativas de suicídio ou automutilações.6. Oscilações intensas de humor, por exemplo, períodos de desânimo significativo, elevada irritabilidade ou, ainda, ansiedade intensa.7. Sentimento crônico de vazio.8. Raiva inapropriada ou dificuldade de controlar a raiva ou a irritação, como frequentes ataques de raiva, irritação constante, agressões físicas repetidas.9. Sintomas pseudopsicóticos passageiros decorrentes do estresse ou de sintomas dissociativos decorrentes do estresse (esses conceitos serão explicados nas p. 24-26).

A maioria das pessoas não experimenta todos esses nove critérios. Chegou-se a um consenso de que bastam cinco deles para que se possa falar, com segurança, em transtorno de personalidade *borderline*. Mas, como dissemos, trata-se apenas de pontos de referência; o diagnóstico precisa ser feito por um especialista competente.

1.2 Com que frequência e como surge o transtorno de personalidade *borderline*?

Trata-se de um transtorno relativamente frequente. Cerca de três em cada cem adultos experimentam uma vez na vida um episódio *borderline* mais longo. Homens e mulheres são acometidos com a mesma frequência. Mas os que procuram ajuda são, em sua maioria, mulheres. Já os homens com o transtorno têm mais problemas com a lei, pois frequentemente extravasam seu estado de tensão ou sua sensação de impotência de maneira agressiva.

O transtorno, ou ao menos algumas de suas características, na maioria dos casos, começa na puberdade. Entre os 13 e os 18 anos, ele afeta uma em cada 20 meninas. Cerca de um terço dos pacientes *borderlines* relata que seu comportamento automutilatório (como, por exemplo, o de provocar ferimentos intencionalmente) começou ainda antes dos 12 anos de idade. Um amplo estudo em escolas alemãs mostrou que uma em cada 20 meninas de 15 anos se machuca regularmente e já passou por mais de duas tentativas de suicídio. Também sabemos, no entanto, que os problemas e os sintomas do transtorno de personalidade *borderline* podem melhorar significativamente com o passar do tempo. Na Alemanha, somente uma em cada 200 pessoas com mais de 45 anos de idade é acometida por ele.

Ainda não foi completamente esclarecido o que contribui para a melhoria ou a estabilização do transtorno. O certo é que o uso de drogas (inclusive maconha) e álcool desempenha um papel negativo importante. A proporção de traumas eventuais e o apoio social também influenciam enormemente. Vemos, então, que o transtorno de personalidade *borderline* está longe de ser “raro”; há pessoas famosas para quem seus sintomas não eram desconhecidos. É bem provável

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

que a princesa Diana, Jim Morrison, Kurt Cobain e Amy Winehouse tivessem o transtorno. Mas não se preocupe: nem todos os *borders* acabam na droga ou no álcool, ou ainda no palco; a maioria deles leva uma vida relativamente “normal”.

Um dos maiores perigos do transtorno é, contudo, o suicídio. Para muitos que sofrem da personalidade *borderline*, o suicídio parece exercer um forte fascínio como última opção. Cerca de 5% das pessoas afetadas (ou seja, uma em cada 20) acabam se matando. Mas o número de *tentativas de suicídio* é bem maior (cerca de 60%). Outro grande problema é a inserção social dos pacientes *borderlines*. Muitos ainda conseguem concluir os estudos. Os problemas, porém, começam, no mais tardar, quando têm de enfrentar um curso profissionalizante ou universitário, ou ainda sair de casa. O número de jovens adultos *borderlines* que concluíram sua formação profissional é, infelizmente, bem menor do que o dos outros jovens da mesma faixa etária. Cabe ainda observar que, na evolução do transtorno, mesmo após longas fases de estabilidade, sempre pode haver recaídas. Na maioria das vezes, isso se deve a episódios de estresse momentâneos; nesses casos, uma breve terapia devolve a estabilidade.

1.3 Como se manifesta o transtorno de personalidade *borderline*?

Atenção!

Podemos organizar os problemas do transtorno de personalidade *borderline* em três áreas:

1. Problemas com sentimentos (regulação emocional).
2. Problemas com outras pessoas.
3. Problemas consigo próprio e com a imagem corporal.

1.3.1 Problemas com sentimentos (regulação emocional)

Pessoas com transtorno *borderline* experimentam sentimentos mais intensamente e por um tempo maior do que os outros. Isso significa que, muitas vezes, bastam desencadeadores mínimos para evocar sentimentos fortes. Estes acabam definindo toda a vivência da pessoa. As emoções têm a “função” de levar os seres humanos a certos comportamentos e ações. Por isso, é frequente que os pacientes *borderlines* se sintam vítimas de seus sentimentos e se sintam obrigados por um forte impulso a seguir seus impulsos.

Quando, por exemplo, experimentamos um medo muito forte, surgem em nós pensamentos de fuga, procura de ajuda ou, se preciso, mobilização de todas as forças para atacar. Todo nosso pensamento volta-se unicamente à função de reconhecermos o mais rápido possível uma nova ameaça e a de nos defendermos. Esse padrão vale para todas as nossas emoções. Toda vez que um sentimento é muito forte, ele determina nosso pensamento e nossa ação. Não surpreende, portanto, que pessoas com sentimentos muito fortes, como os pacientes *borderlines*, ajam muitas vezes de modo “estranho”, ou seja, faz com que aqueles que estão ao redor do paciente não consigam compreender o que motivou determinado comportamento. Quando os sentimentos perdem novamente sua intensidade, tal comportamento muitas vezes parece incompreensível e vergonhoso para o próprio paciente.

Quando os sentimentos se tornam muito fortes, muitas vezes é difícil identificá-los com precisão. As pessoas afetadas os experimentam como uma tensão praticamente insuportável. Essa tensão é tão forte que eles tentam de tudo para que esses sentimentos desapareçam o mais rápido possível. A Figura 1 mostra o “perfil” típico, ou seja, a evolução da tensão de uma paciente *borderline* comparada à de uma jovem hígida. Com a ajuda de um computador de bolso, pergunta-

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

va-se de hora em hora qual a intensidade da tensão naquele instante (entre 0 e 9). O valor 7 foi determinado previamente: a partir desse valor, a tensão interna é tão alta que todo pensamento se fixa unicamente em acabar com a tensão imediatamente e com todos os meios.

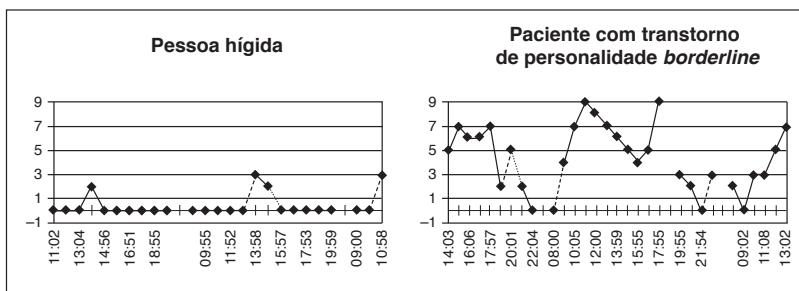


Figura 1. Estados de tensão em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* e pessoas hígidas ao longo de 24 horas. O eixo vertical retrata a extensão da tensão experimentada; o eixo horizontal, a hora da medição.

Observamos claramente os aumentos rápidos e acentuados até valores muito elevados de tensão, e o tempo necessário para que os sentimentos voltem a se normalizar.

Tais estados de tensão são muitas vezes percebidos como praticamente insuportáveis. Assim, não surpreende que muitas pessoas com o transtorno se agarrem às possibilidades de amenizar momentaneamente essas tensões, por meio de automutilação, consumo de drogas ou álcool, esforço físico extremo, compulsão alimentar, vômitos, impulsos agressivos, entre



muitos outros. Todos esses “métodos” têm em comum o fato de ajudarem em curto prazo, mas serem prejudiciais em longo prazo, ou ao menos de não contribuírem para uma melhora prolongada da situação. Aliás, o cérebro aprende logo e registra bem as consequências de curto prazo; portanto, ele sempre lançará novamente mão dessas “tentativas de solução rápida”. Assim, pode surgir um desejo compulsivo de automutilação.

Como explicar esses distúrbios da regulação emocional?

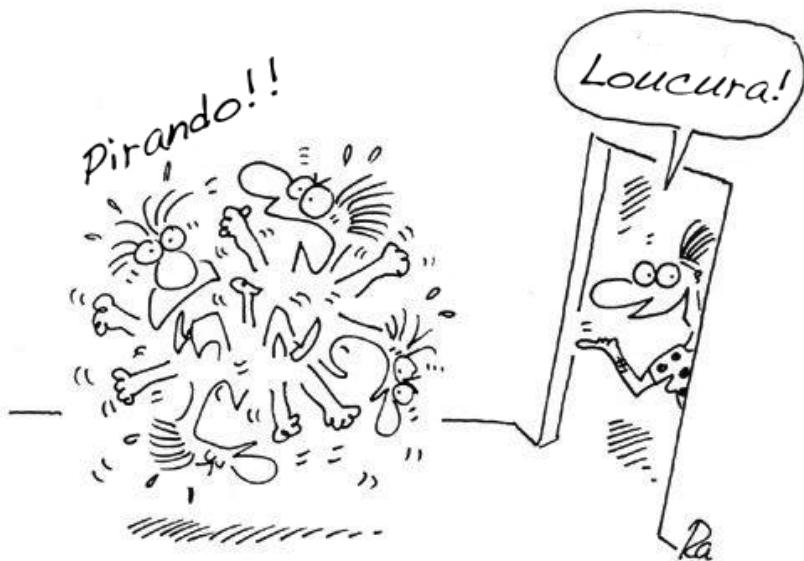
As causas exatas e os mecanismos de ação ainda não são conhecidos. É provável que alguns mecanismos básicos de interação entre a biologia de nosso sistema nervoso e a regulação pelo pensamento no cérebro estejam alterados. Em condições normais, o cérebro dispõe da capacidade de atenuar automaticamente as emoções. Isso acontece em várias etapas (ciclos de regulação). Além dessa repressão neurobiológica, os seres humanos conseguem controlar e atenuar suas emoções mediante pensamentos e ações conscientes. Ambas as possibilidades (ou seja, os processos automáticos e aqueles conscientes) parecem agir em pacientes *borderlines* tardivamente.

Pensamentos como “a situação não é realmente ameaçadora; já superei coisas assim” ou “embora esse desafio seja novo, não vou morrer, ainda que eu não seja o melhor...” muitas vezes ajudam a reduzir o medo ou o estresse. Os pacientes *borderlines*, porém, desenvolvem pensamentos automáticos típicos como “se eu errar agora, os outros vão perceber como sou besta e vão zombar de mim”, ou “se eu der vexame, não vou sobreviver”, ou ainda, “se meu namorado ficar bravo, ele vai me abandonar, e não vou suportar isso” etc. São todos pensamentos que não ajudam a diminuir a ansiedade, não é verdade?

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

Como afirmado, há dois problemas: de um lado, os sentimentos são muito fortes pelo fato de a autorregulação neurobiológica não funcionar de maneira suficiente; de outro, os pensamentos tranquilizadores frequentemente não ajudam muito. Uma paciente descreveu muito bem essa relação: “Pacientes *borderlines* têm um motor muito potente, como o de um Porsche, mas infelizmente possuem freios como de um Gol; assim, não é de se surpreender que de vez em quando ele derrape na curva”.

A boa notícia: para ficar nessa analogia, é possível reforçar os “freios fracos”. Habilidades adicionais para atenuar os sentimentos podem ser aprendidas. Isso não é algo muito difícil e foi comprovado em muitos estudos científicos. Algo fundamental numa terapia bem-sucedida do transtorno de personalidade *borderline* sempre é o aprendizado de habilidades para atenuar os sentimentos e, por conseguinte, das “regulações emocionais”.



Uma parte importante da regulação emocional é o controle dos impulsos, ou seja, a regulação de ideias ou estímulos impulsivos de ação. Também nesse campo os pacientes *borderlines* têm normalmente dificuldade. Eles se distraem com facilidade e às vezes têm pouca concentração. Às vezes reagem com violência, raiva ou agressividade a supostas ofensas ou rejeições. Com o tempo, arrependem-se. Muitos se envergonham e se retraem ainda mais. Não é exatamente uma receita de sucesso para cultivar a inserção social. No entanto – também aqui a boa notícia – o controle dos impulsos pode ser melhorado com um treinamento específico.

1.3.2 Problemas com os “outros”

Para a maioria dos pacientes *borderlines* é difícil ficar sozinho. Contudo, a relação com o companheiro ou com a melhor amiga, por exemplo, também não é fácil. Nos grupos sociais, sentem-se excluídos e isolados. Somam-se os mal-entendidos quando eles tentam interpretar as intenções dos outros. Também os outros têm dificuldade para compreender o comportamento dos pacientes *borderlines*. Todos esses medos concentram-se naturalmente mais nos relacionamentos, em que predomina um pavor intenso de ficar sozinho e um grande medo de que os companheiros sumam realmente quando estão ausentes. Assim, as pessoas com esse transtorno frequentemente confundem “estar sozinho” com ser abandonado. Portanto, tentam se ligar às pessoas importantes do seu círculo de relações o mais intensamente possível. Por outro lado, a sensação de proximidade e a proteção desencadeiam com frequência muitas emoções de medo, culpa, vergonha ou mal-estar físico. A consequência disso são: relacionamentos complicados e difíceis, com frequentes separações e reaproximações (“Eu odeio você, não me deixe...”). Para os observadores, esse comportamento interpessoal parece muitas vezes inexplicável ou “manipulador”. De fato, existe o perigo de parceiros benévolos não supor-

tarem muito tempo essa mudança rápida do estado de doação intensa para o de rejeição. No entanto, prender-se a companheiros que não fazem bem por medo de ser abandonado também não é uma solução.

Como podemos explicar esses transtornos no campo interpessoal?

Atenção!

Uma vida sem atritos com companheiros, amigos, pais ou colegas requer substancialmente um grande número de habilidades, das quais, muitas vezes, não temos consciência:

- Precisamos confiar no outro, mas também da certeza de que, em caso de necessidade, conseguiremos sobreviver um tempo sozinhos.
- Portanto, precisamos aprender a avaliar em quem podemos confiar e como fazer com que os outros tenham confiança em nós.
- Precisamos aprender a compreender corretamente os sentimentos e as intenções dos outros e a reagir a eles “instintivamente”.
- Precisamos aprender a avaliar como nossa presença e nosso comportamento se refletem nos outros.
- Finalmente, precisamos aprender a exigir coisas e a nos afirmarmos sem que isso ameace os relacionamentos.
- No entanto, às vezes, precisamos também nos fazer valer e assumir o risco de uma perturbação passageira da relação.
- Enfim, precisamos aprender que opiniões e visões diferentes e, às vezes, também conflitos são normais e precisam ser tolerados.

Pacientes *borderlines* apresentam dificuldades em muitos desses campos. Normalmente eles têm extrema sensibilidade ao estado dos outros, mas tendem a avaliar expressões faciais ou posturas corporais neutras como hostis ou agressivas. É natural, então, que reajam de forma impulsiva ou contrariada mais do que o necessário.

Desenvolver ou gerar confiança é igualmente difícil. A maioria dos pacientes *borderlines* reage a rejeições imaginárias ou insignificantes de modo violento e às vezes de modo raivos. Justamente por não conseguir confiar muito no próprio juízo, com frequência ficam desconfiados e cautelosos por muito tempo. Às vezes é difícil estimar se as expectativas com relação aos outros são de fato adequadas. Esperar que a mãe reaja de forma carinhosa e calma quando um jovem de 16 anos chega bêbado em casa às 4 horas da manhã não é propriamente razoável. Nem todo amigo se comporta de maneira atenciosa e amável quando se grita com ele. Com frequência exige-se do outro, sem exprimir o que é exigido, que ele deveria “sentir” como a pessoa está, avaliar suas intenções, e não o comportamento (“Por que você berra de volta quando eu brigo com você? Na verdade, eu só queria deixar você mais tranquilo!...”).



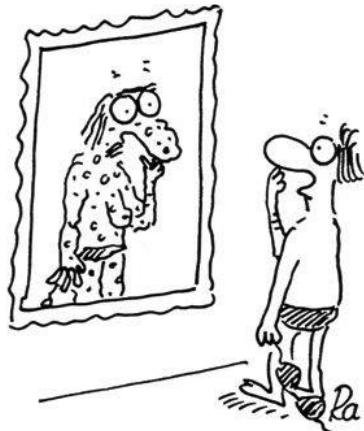
Contudo, o mais difícil é avaliar como nosso comportamento repercutre nos outros. Nem sempre a “intenção” coincide com o efeito. A tentativa de ser gentil ou de se distanciar acaba dando errado. Muitos dos padrões de comportamento parecem, à primeira vista, incompreensíveis. Talvez ajude saber que a maioria dos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* se vê sempre em perigo, abandonada pelos outros, ridicularizada ou rejeitada. Justamente quando temos muito medo de sermos rejeitados, reagimos de maneira insintiva, com raiva e agressão ou de modo submisso, renegando nossas próprias necessidades. Esses padrões de comportamento causam nos outros justamente repulsa, de modo que aquilo que mais tememos acaba se tornando bastante provável: pacientes com transtorno de personalidade *borderline* tornam-se excluídos. Nesse contexto, é compreensível que se sintam particularmente inseguros nas relações sociais quando se espera que ele interaja, ou seja, nos intervalos ou depois de praticar esportes, por exemplo. É natural que evitem o máximo possível situações desse tipo. Na maioria das vezes, os “grandes amigos” também costumam ser pessoas com transtorno de personalidade *borderline*, por terem extrema sensibilidade quanto ao humor e às necessidades dos outros.

1.3.3 Problemas consigo mesmo e com o próprio corpo

A maioria das pessoas que sofrem do transtorno de personalidade *borderline* relata uma profunda sensação de insegurança quanto a quem eles realmente são. Muitos se percebem como “separados de si mesmos”, “distantes de si mesmos”, ou vivenciam o fato de “estarem entregues a si mesmos” como algo extremamente desconfortável. A solidão aumenta, assim como a terrível sensação de ser insuficiente e não valer nada. Muitas pessoas com o transtorno também se consi-

deram moralmente más, incompetentes, feias e dignas de desprezo. Aumentos momentâneos da autoestima são muitas vezes seguidos de desânimo e menosprezo por si mesmos. Algumas vezes esses pacientes ouvem vozes na cabeça dizendo-lhes que não têm valor e que não faz sentido se esforçarem, pois não merecem o sucesso. É frequente que tais pensamentos, que se cada vez mais audíveis, lembrem fatalmente o que pessoas importantes de seu círculo de relações lhes disseram em outras ocasiões.

A atitude diante do próprio corpo e a avaliação da própria imagem não costumam ser benevolentes e carinhosas. Não são poucas as pessoas com o transtorno que se sentem como que separadas de seu corpo, experimentando-o como feio e repugnante; evitam, naturalmente, olhar-se no espelho. Companheiros que achem o corpo delas atrativo são acusados de propensos à perversão (“Como posso ter consideração por uma pessoa que me acha atraente?!?”).



1.3.4 Outros sintomas importantes

Outro sintoma importante da regulação emocional alterada em mulheres pacientes *borderlines* são os *fenômenos dissociativos* acentuados. Por esses fenômenos, entendem-se transtornos passageiros de nossa percepção de espaço, tempo e corpo. É preciso observar que nosso cérebro gasta muita energia para nos transmitir a sensação de que o tempo transcorre em determinada velocidade, de que nos sentimos ligados ao ambiente ao nosso redor e de que “habitamos” nosso

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?



corpo. Na dissociação, essas percepções, geralmente óbvias, estão alteradas. Quando estamos sob grande tensão ou quando esta é desencadeada por fatores concretos, desenvolve-se repentinamente uma sensação profunda de “irrealidade”. A imagem que temos do mundo muda. As cores tornam-se pálidas, os sons parecem vir de longe e nosso corpo é percebido como se tivéssemos tomado uma anestesia no dentista. Por vezes, apresenta-se a sensação de “abandonarmos” o corpo e olharmos para ele “de fora” de um modo um tanto desapegado. Todas as emoções ficam adormecidas e perdem sua força impulsiva; portanto, as dissociações também têm suas vantagens. Fica, no entanto, a sensação de perda de controle. Nessas situações, como a própria memória pode deixar de funcionar, muitas vezes as pessoas afetadas se esquecem de períodos longos, o que as deixa extremamente inseguras.

Como já descrito, os *borderliners* experimentam frequentemente os chamados *fenômenos pseudopsicóticos*. Ou seja, eles veem ou ouvem pessoas, espíritos ou vozes que são percebidos como absolutamente reais, embora tenham ciência de, na verdade, isso ser impossível e não corresponder à realidade. Uma paciente contou, por exemplo,

que telefonou para uma amiga pedindo que ela viesse verificar se a falecida mãe dela estava de fato na banheira. Ela sabia que a mãe já falecera havia tempo, mas estava vendo-a na banheira.

Não sabemos como o cérebro produz essas ilusões, mas sabemos que as pessoas com o transtorno falam raramente a respeito, pois temem ser declaradas “loucas”, o que faria com que elas tivessem que novamente vivenciar experiências negativas no sistema de saúde. Parece certo que esses fenômenos são ativados especialmente sob estresse, ou seja, muitas vezes eles desaparecem sozinhos. Também a percepção de ouvir os próprios pensamentos é frequente. Infelizmente, em geral, tais vozes são humilhantes e desagradáveis.

1.3.5 Padrões problemáticos de comportamento

Muitas pacientes com transtorno de personalidade *borderline* desenvolveram métodos para diminuir sua sensibilidade emocional ou interromper sentimentos desagradáveis intensos ou estados dissociativos. Alguns desses métodos são extremamente úteis. Assim, por exemplo, boa qualidade de sono, esporte e alimentação saudável melhoram perceptivelmente a sensibilidade emocional. Outros métodos são efetivos em curto prazo (do contrário, não seriam usados), contudo, em longo prazo, infelizmente levam à piora do problema. Os mais evidentes são decerto as *mutilações por corte*. A maioria das pessoas começa com arranhões. Com o decorrer do tempo, os cortes vão ficando mais fundos e espalham-se pelo corpo todo, às vezes até nos órgãos genitais. É muito comum o *head banging*, ou seja, bater a cabeça contra uma superfície dura, ou queimar-se com cigarro ou ferro de passar, ou, ainda, com líquido quente, vapor ou ácido, além de picar-se. Cerca de um terço das pessoas acometidas começam a ter esse comportamento ainda nos primeiros anos escolares. Na grande maioria dos casos, es-

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

sas automutilações são indolores; depois de poucos minutos, geram uma sensação profunda de relaxamento, alívio, calma e proteção. A sensibilidade corporal e, com ela, a percepção da dor normalizam-se aproximadamente 20 minutos após a mutilação. O motivo mais importante da autolesão é o desejo de provocar um alívio da tensão interior. Outros motivos, bem menos frequentes, são a autopunição, retomada do controle e o desejo de “sentir novamente o corpo”. Algumas vezes, as autolesões levam também a “euforias” momentâneas, ou seja, ao bom humor intenso e à melhora da concentração e da autoestima. As pessoas afetadas que experimentam isso tendem a se cortar com muita frequência, isto é, várias vezes ao dia. Não se pode negligenciar o fato de haver fóruns na internet em que as automutilações são expostas abertamente e elogiadas. Alguns pacientes relatam verdadeiras competições para ver quem consegue fazer a automutilação mais agressiva ou fatal. Tudo isso parece exercer um fascínio e, para alguns, não é fácil desvincilar-se desse comportamento.

Fique sabendo!

Recebemos frequentemente perguntas de pais ou professores desorientados e em dúvida se toda forma de automutilação é indício claro de transtorno de personalidade *borderline*. Justamente pelo fato de em alguns grupos de jovens às vezes ser “legal” provocar cicatrizes para provar coragem, devemos prestar atenção no seguinte: se um adolescente se corta ou se “arranha” uma única vez, isso não deve ser necessariamente interpretado como sinal de alerta. O que é decisivo é se essas autolesões são percebidas como “agradáveis” e relaxantes, e se são repetidas. Um jovem que se machuca várias vezes e sente nisso somente dores mínimas e um claro relaxamento deveria, de todo jeito, procurar um terapeuta: é quase certo que ele tenha problemas com sua regulação emocional.

Outro padrão de comportamento que chama a atenção e muitas vezes é muito perigoso é o *comportamento de alto risco*. Entende-se por isso o malabarismo no topo de gruas, telhados de edifícios ou parapeitos de pontes. Também se enquadram nisso “correr” em rodovias ou sentar-se nos trilhos do trem até sentir as vibrações etc. Aprendemos que muitas pessoas adotam tais comportamentos arriscados para dominar sentimentos de impotência; algumas relatam também que dessa forma se sentem “realmente vivas”. Isso também é fácil de explicar: quando se leva o corpo a uma situação objetivamente muito perigosa, nosso cérebro descarrega rapidamente elevadas doses de substâncias chamadas neurotransmissores: adrenalina, dopamina e outras, que produzem uma sensação de vigília, vitalidade e “deixam esperto”, o que pode até provocar dependência. Não é preciso mencionar que tais métodos para se sentir vivo ocasionalmente terminam em morte.

Também os *distúrbios alimentares*, como compulsão para comer (chamada de *binge eating*), crises de vômito (ataques bulímicos) ou jejum radical (anorexia), podem ser usados para aumentar a insensibilidade ante os próprios sentimentos. Alguns relatam um sentimento de orgulho por terem um controle aparente sobre o próprio corpo. Na verdade, faz muito tempo que quem assumiu o controle foi o distúrbio alimentar.

Infelizmente, esses distúrbios levam justamente a grandes oscilações de humor e a perturbações do pensamento. Também é importante salientar as consequências da *desidratação*. Alguns pacientes *borderlines* limitam-se a tomar 250 ml de líquidos por dia (o normal seria 2,5 l). As consequências são distúrbios do sono, piora da dissociação e o aparecimento de vozes. Por que não bebem? Porque ter a sensação de estar “fora de seu próprio corpo” parece ser mais agradável do que ter de suportar sentimentos desagradáveis.

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

Também vale citar, entre os padrões de comportamento problemático, o abuso de álcool e drogas, sexo irresponsável sem prazer duradouro, compras compulsivas, comportamentos obsessivos, como rituais de banho, ou mesmo ataques agressivos (ver seção a seguir).

1.4 Transtornos adicionais frequentes

Muitos pacientes com transtorno de personalidade *borderline* desenvolvem, ou ao mesmo tempo, ou no decorrer da vida, outros transtornos psíquicos que influenciam parcialmente na evolução do transtorno *borderline* e requerem um tratamento específico (chama-se isso de “comorbidade”, de co = junto, e morbo = doença). A Tabela 1 enumera os problemas e os transtornos psíquicos mais importantes que os pacientes *borderlines* frequentemente têm de enfrentar.

Tabela 1. Transtornos comórbidos frequentes.

Transtorno	Frequência durante toda a vida
Distúrbios do sono (pesadelos)	75%
Estresse pós-traumático	60%
Fobia social	46%
Transtornos depressivos	40%
Transtornos de atenção e hiperatividade	35%
Distúrbios alimentares e vômitos	18%

Quais são as comorbidades mais frequentes do transtorno de personalidade borderline?

Distúrbios do sono persistentes certamente figuram entre os problemas mais comprometedores. As causas são variadas: medo de adormecer, ruminação intensa, pesadelos, forte agitação interior que dificulta o sono, consumo de álcool ou drogas, sequela ou efeito colateral de tratamentos medicamentosos, prática excessivamente intensa de esportes antes de dormir etc. Para o tratamento desses distúrbios do sono, aconselha-se procurar um médico. Existem hoje medicamentos eficazes que não provocam dependência. De modo algum devem ser usados os benzodiazepínicos (Rivotril® ou outras marcas), pois corre-se o risco da dependência, que reforça significativamente a alteração da regulação emocional de pacientes *borderlines*.

O *transtorno do estresse pós-traumático* (TEPT) é uma consequência típica e frequente de experiências traumáticas. Dois em cada três pacientes *borderlines* sofrem desse transtorno. As causas, em sua maioria, estão ligadas a experiências de violência interpessoal, como abuso sexual ou violência física na infância ou na juventude. Os sinais característicos de um TEPT são os chamados *flashbacks*, ou seja, vivenciar novamente cenas dos acontecimentos traumáticos. Mesmo sabendo que, na verdade, tais cenas ocorreram no passado, elas são vivenciadas emocional ou mesmo fisicamente como reais e verdadeiras. Podem se tratar de imagens, odores, sons ou até mesmo percepções corporais. Também podem surgir dores na região genital ou a percepção de rostos de pessoas conhecidas mudarem repentinamente. Outros sinais do TEPT são pesadelos intensos, estado de forte agitação interior e evitação de fatores desencadeadores e situações que evoquem o trauma. Quando este se deu na infância ou na juventude, muitos pacientes internalizam, no decorrer do tempo, as consequências da experiência. Sentem-se sujos ou lambuzados, têm

1. O que é transtorno de personalidade *borderline* (limítrofe)?

a sensação de carregar uma culpa pelo que aconteceu com eles e envergonham-se de si mesmos e de seus pais. Pensamentos assim têm, naturalmente, consequências sérias no curso da vida. A boa notícia para isso é que existem programas terapêuticos muito bem-sucedidos que minimizam o impacto de tais experiências traumáticas. Além disso, deve-se procurar especialistas ou unidades especializadas no transtorno (ver p. 46-47).

O conceito de “fobia social” descreve o medo significativo e humilhante de transmitir uma imagem pública negativa e ser mal avaliado pelos outros. Como consequência, muitas atividades sociais são evitadas ou postergadas tanto quanto for possível. Cerca da metade de todos os pacientes *borderlines* sofre desse problema. Uma dessas pacientes, por exemplo, relata que evitava lavar seus *jeans* numa lavanderia comunitária, pois temia passar por ridícula se não conseguisse entender as instruções de uso do equipamento. Para outra, muito esperta e talentosa, a faculdade era “um inferno total”, pois precisava providenciar sempre um atestado médico quando tinha de apresentar um seminário. Já outros têm dificuldade de ir a uma reunião de pais e mestres na escola de seus filhos, ficando com um terrível peso na consciência. Para muitos, é difícil comer na companhia de outras pessoas, ir a sanitários públicos, telefonar para desconhecidos; às vezes as pessoas com o transtorno de personalidade *borderline* mal deixam a própria residência. Para esses casos, também temos uma boa notícia: com um pouco de trabalho é possível aprender muito bem a lidar com a fobia social. Esse esforço vale a pena, de todo jeito!

A maioria das pacientes *borderlines* experimenta fortes oscilações de humor e breves fases de desânimo. Não é raro chegarem inclusive a apresentar *estados depressivos* graves, uma sensação duradoura de desespero e perda de motivação. Só é possível passar a entender o conceito de “motivação” quando ela diminui repentinamente ou falta completamente. A normalidade de escovar os dentes ao levantar, de

decidir logo entre dois produtos nas compras, de fazer um breve telefonema, todas essas coisas cotidianas exigem força. Esta nós obtemos, na maioria das vezes, sem precisar de muita motivação. Numa depressão, essa motivação desaparece. Uma paciente descreve esse estado da seguinte maneira: “É como se o motor de um grande navio pifasse e o peso todo tivesse de ser empurrado por um pequeno motor de popa”. Além da falta de motivação, outro sintoma importante da depressão é a perda de qualquer vestígio de otimismo, deixando tudo sem gosto e sombrio; a pessoa acredita ser má ou inútil; ocasionalmente tem a sensação de ter enganado ou traído quase todo o mundo. Fica igualmente difícil pensar de maneira clara ou perceber as coisas. Às vezes, a situação é tão ruim, que não se consegue mais ler um livro ou se é incapaz de assistir a um filme; além do fato de tudo isso não proporcionar mais nenhum prazer. Até os alimentos perdem o sabor e não se quer mais pensar em sexo. Algumas dessas situações certamente vão parecer a muitas pacientes *borderlines* estranhamente conhecidas. Mas isso não é simplesmente depressão? A diferença de-



cisiva entre os problemas normais dessas pacientes e os de uma depressiva são a persistência e a constância dos sintomas. Os pacientes *borderlines* experimentam cada um desses sintomas por um tempo relativamente breve (um ou dois dias), e eles muitas vezes estão ligados a algum evento. O transtorno depressivo (depressão maior) normalmente se apresenta independentemente de um fator desencadeador e dura muito tempo (ao menos 14 dias). Para um diagnóstico seguro, é importante que as oscilações comuns de humor estejam aumentadas. A depressão estende seu manto pesado sobre tudo. A notícia importante é que também as depressões podem ser bem tratadas hoje. Via de regra, uma combinação de psicoterapia específica e tratamento medicamentoso é eficaz.

O *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (TDAH) em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* passa frequentemente despercebido mesmo por especialistas experientes. Por hiperatividade entende-se não apenas a dificuldade de “ficar quieto no lugar”, mas também um colapso de humor em situações de tédio e agitação física, e a procura constante por novas emoções radicais. É importante entender que, na infância, sobretudo as meninas não chamam tanto a atenção pela hiperatividade. Elas são muito mais sonhadoras, esquecidas e quietas; elas *não* chamam a atenção. Na idade mais avançada, porém, revelam uma elevada dificuldade de concentração, especialmente em tarefas que oferecem poucos estímulos e requerem atenção constante. À pressão externa, as pessoas afetadas reagem instintivamente de maneira alérgica, a maioria procrastina tudo até o último momento. Às vezes, as coisas em que mergulhamos são tão interessantes que esquecemos o mundo ao redor... e naturalmente nos atrasamos mais uma vez... Outro grande problema é o tédio, que pode aumentar tanto até que se torne insuportável. Quando ainda estão presentes esquecimento acentuado e dificuldade de lembrar e honrar compromissos, deve-se cogitar esse diagnóstico e introduzir um tratamento medicamentoso de suporte.

Assim como os transtornos aqui retratados, outros transtornos psíquicos com consequências negativas, como distúrbios alimentares, dependência e compulsões graves, requerem com frequência um tratamento específico. Para que se possa tomar de antemão uma decisão certeira e se possa introduzir passos terapêuticos adequados, as pessoas afetadas têm de procurar um médico especializado em psiquiatria ou neurologia, ou ainda um psicoterapeuta.

2 Como surge o transtorno de personalidade *borderline*?

Não é possível, infelizmente, responder de maneira inequívoca à pergunta sobre o surgimento do transtorno de personalidade *borderline*. Contudo, isso acontece com todos os transtornos psíquicos, aliás, até nas doenças normalmente consideradas puramente médicas. Em todo o caso, as pesquisas lançaram nova luz sobre o surgimento e a persistência do transtorno de personalidade *borderline*. A maioria dos cientistas parte do princípio de que na origem do transtorno agem conjuntamente aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Fala-se assim em “modelo biopsicossocial”. Quando se fala em biologia, é importante saber que não existe um “gene *borderline*”. Portanto, em sentido restrito, esse transtorno não é hereditário. A pesquisa atual, porém, permite levantar a hipótese de que determinadas características da personalidade são hereditárias; no caso do transtorno de personalidade *borderline*, a alta sensibilidade e a vulnerabilidade emocional. Às vezes somam-se distúrbios da atenção e de hiperatividade.

O modelo biopsicossocial

O resultado de tensões biológicas e psicossociais orienta-se por uma regra simples: em pessoas com elevado risco biológico bastam tensões psicossociais mínimas para que um transtorno psíquico se desenvolva. Pessoas com baixo risco biológico requerem estresses psicossociais elevados para desenvolver transtornos psíquicos. Assim, é possível que mesmo pessoas sem uma experiência traumática, se tiverem elevada vulnerabilidade por razões biológicas, desenvolvam o transtorno de personalidade *borderline*. Por outro lado, um trauma sexual crônico ou uma experiência de violência grave na infância ou na

juventude podem prejudicar uma pessoa de tal maneira que, mesmo sem ser biologicamente vulnerável, instale-se nela um quadro típico de transtorno *borderline*.

A importância do abuso no desenvolvimento do caso

Sabemos que cerca de 70% dos pacientes *borderlines* relatam abuso sexual, violência física ou descaso emocional. Também consideramos, com alguma segurança, que essas experiências desempenham um papel importante no desenvolvimento do transtorno de personalidade *borderline*. Apesar disso, é preciso deixar bem claro que há muitas pacientes *borderlines* que não tiveram uma experiência do tipo, e que simplesmente não sabemos qual foi a origem do distúrbio. Pode parecer evidente, mas nossa experiência clínica mostra que muitas pacientes (e também terapeutas) sentem uma grande necessidade de compreender a causa de seu transtorno. Algumas vezes, encontrar uma explicação para o surgimento de um distúrbio produz um efeito de alívio, ainda que essa explicação seja terrível, como no caso de abuso sexual. O alívio obtido por uma explicação plausível esconde justamente um perigo: também é possível construir lembranças de modo inconsciente. A pesquisa mostrou que nossa memória não é muito confiável e podemos “fabricar” várias recordações, nas quais acreditamos firmemente. Portanto, devemos ser cuidadosos quando estamos diante de suspeitas e lembranças incertas ou quando um terapeuta observa que “aqui poderia ter acontecido mesmo um abuso...”. Como tudo na vida, é preciso ter equilíbrio: é claro que, às vezes, pode ter ocorrido um abuso sexual grave, e este precisa ser psicologicamente tratado da maneira adequada. Por outro lado, acusações infundadas às famílias envolvidas podem, claro, provocar danos consideráveis. Justamente por ser extremamente pesado para pais zelosos

lidar com jovens *borderlines*, devem-se evitar pré-julgamentos e condenações apressadas. Também os familiares desses pacientes precisam bastante de apoio. O trabalho conjunto é muito valioso para o progresso do tratamento.

O que se sabe sobre famílias de pacientes borderlines?

Admitimos que essa pergunta é ainda mais difícil de responder do que aquelas sobre as causas genéticas ou biológicas. A maioria das informações provém das pessoas que sofrem desse transtorno. Não há, até hoje, “observações objetivas” cientificamente garantidas. Os que sofrem do transtorno relatam, em sua maioria, que há frequentemente uma forte discrepância entre as necessidades dos filhos que requerem uma atenção e uma validação intensiva pelos pais, de um lado, e a capacidade ou a disposição dos pais de atender a essas necessidades, de outro.



Tal padrão de comportamento é chamado tecnicamente de “invalidação”. É o oposto de “validação”, o que quer dizer o mesmo que “estima”. As crianças *borderlines* não se veem aceitas nem estimadas em sua vulnerabilidade emocional. Como sempre, isso pode fundamentar-se tanto na sensibilidade exagerada e na expectativa das crianças quanto na falta de capacidade dos pais ou, ainda, nos dois. Em todo caso, é frequente os pacientes relatarem que não se sentiam “aceitos como pessoas” pelos pais, e os pais referirem que simplesmente não perceberam ou não entenderam o estado real de seus filhos. Uma consequência desse chamado “ambiente invalidador” é a sensação penetrante de “não ser amado, não ser visto, não ter o mesmo valor dos outros irmãos”, o que, naturalmente, pode provocar ciúme. Em pessoas cheias de energia, como os pacientes *borderlines*, a deceção conduz frequentemente a ataques de raiva, a pais receosos, à dissolução de estruturas e regras, com as devidas implicações no clima familiar. A pessoa na fase de desenvolvimento passa a não aprender a identificar e comunicar corretamente seus sentimentos. Fica difícil regulá-los, resolver os problemas que conduzem a sentimentos dolorosos e desenvolver a própria percepção emocional e mental.

Quais são os outros problemas sociais existentes?

Além da família, também as pessoas da mesma faixa etária (chamados de *peer groups*) têm significado importante em nosso desenvolvimento. Uma boa integração num círculo de amizade estável pode muito bem compensar experiências familiares difíceis. No entanto, mesmo uma criança muito protegida pode ser tratada em sua sala de aula como excluída e sofrer bastante com isso. Crianças muito sensíveis e inseguras, que dependem demais da confirmação dos ou-

tos, comportam-se involuntariamente para se tornarem excluídas. Mas os excluídos sentem-se “diferentes”, e não queridos. Desenvolvem a percepção de que “algo neles não está certo” e se isolam cada vez mais.

Outro papel importante para o surgimento e a persistência do transtorno de personalidade *borderline* é desempenhado pelos padrões de comportamento que os pacientes adotam a fim de superar as crises emocionais agudas. Às vezes, uma solução de curto prazo torna-se um problema de longo prazo. Quando os pacientes se habituam a entorpecer emoções desagradáveis fortes com álcool ou droga (inclusive maconha), à primeira vista isso é compreensível. Mas olhando mais à frente o álcool e a droga cobrarão a conta reforçando o distúrbio da regulação emocional. O mesmo vale não só para distúrbios alimentares ou automutilações, mas também para a esfera social. Ataques de raiva, ameaças de suicídio, comportamentos ressentidos ou ainda a mera exibição frequente de uma expressão facial hostil levam ao isolamento social, e é justamente isso o que as pessoas com o transtorno de personalidade *borderline* mais temem. Muitos pacientes nossos de idade um tanto “avançada” reduziram sensivelmente seu círculo de amigos e conhecidos e limitam suas relações a médicos, terapeutas, assistentes sociais e outros pacientes *borderlines*. Um entorno realmente exaustivo!

A Figura 2 esboça o “modelo biopsicossocial” das causas do transtorno de personalidade *borderline*: a carga genética ou outros problemas neurobiológicos provocam uma elevada sensibilidade e vulnerabilidade emocionais. A interação dessas com experiências traumáticas anteriores ou com dificuldades de ser adequadamente estimado na família leva a um transtorno pronunciado da regulação das emoções. Esse transtorno é reforçado por padrões de comportamento benéficos em curto prazo, mas prejudiciais a longo prazo.

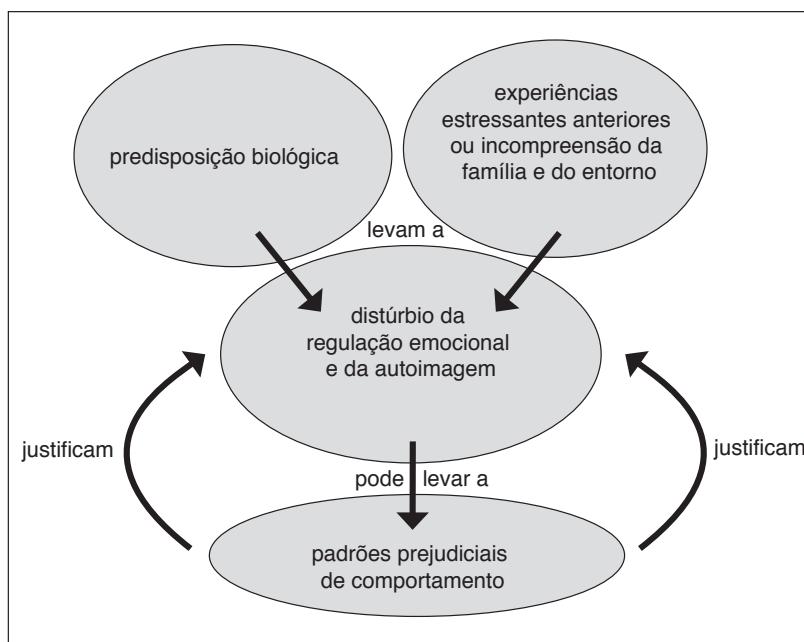


Figura 2. Modelo biopsicossocial.

3 Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

3.1 Fundamentos

A grande maioria das pessoas com transtorno de personalidade *borderline* precisa de tratamento psicoterapêutico. Às vezes revela-se útil um tratamento medicamentoso adicional ou mesmo um apoio profissional no campo social. Quanto antes e mais específico for o andamento dessas terapias, mais propícios serão seus efeitos na sequência da evolução. Contudo, nem sempre é fácil encontrar a forma de tratamento certa e adequada. Na maioria das vezes, é até bem difícil.

Condições diferentes requerem medidas diferentes. Isso significa que o tratamento deve ser orientado pelo problema central que se destaca no momento. Por exemplo, uma paciente *borderline* de 19 anos rompeu com os pais, saiu de casa, interrompeu o curso de enfermagem e vive na rua. Consome drogas e financia esse consumo com a prostituição eventual. Ela precisa de um tipo de apoio diferente daquele da educadora de 30 anos, casada, que, no confronto com comportamentos perturbados de crianças e de seus pais, lembra-se de seu passado, engaja-se demais, desenvolve distúrbios do sono, tendo pesadelos, e corre o risco de desenvolver dependência de medicações.

É de fundamental importância que os próprios pacientes planejem o tratamento da maneira mais responsável possível. Isso nem sempre é viável, pois, justamente nas condições críticas, as pessoas se agarram a qualquer tábua de salvação e se lançam na primeira

terapia psiquiátrica/psicológica que encontram. Contudo, após a crise aguda ter sido atenuada, é preciso responder a algumas perguntas básicas:

1. Sofro com emoções violentas e dúvidas, e me comporto de modo a entrar logo numa crise capaz de ameaçar minha vida?
2. Há circunstâncias externas (família, companheiro, finanças, instrução, profissão) que me afetam fortemente e me tornam emocionalmente vulnerável?
3. Preciso de apoio para enfrentar meu dia a dia (profissão, casa, educação dos filhos, finanças)?
4. Tenho a tendência de sempre interromper terapias e propostas de apoio?
5. Consigo resolver os compromissos mais importantes do dia, mas isso me deixa sobrecarregado(a) e no limite?
6. Preciso de alguém que me ajude a tomar decisões importantes ou a trabalhar meu passado pesado ou os problemas com meu(minha) companheiro(a)?

Dependendo do resultado de suas respostas, você terá de se preocupar com uma oferta de tratamento apropriado, com frequência, duração e competência adequadas.

A condição para qualquer tratamento sensato é um diagnóstico fundamentado. Se quiser ter certeza de que sofre do transtorno de personalidade *borderline*, você poderá, a qualquer momento, marcar uma consulta com um psiquiatra ou psicoterapeuta, ou num ambulatório de saúde mental. Existem entrevistas-padrão muito confiáveis, que duram cerca de uma hora. Um clínico experiente consegue chegar a um diagnóstico com base numa consulta detalhada. Como pessoa afetada, você deve insistir para saber quais são os critérios diagnós-

3. Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

ticos e as fundamentações utilizados pelo médico ou pelo psicólogo. Muitos colegas nossos não aceitam essa postura; nesse caso, procure outro terapeuta. O mesmo vale para o caso de você não se sentir compreendido(a) ou não concordar com o diagnóstico. Comunique isso de maneira tranquila para o profissional e busque uma segunda opinião. Você tem esse direito! O que faria se sofresse de alguma lesão no joelho? Aja da mesma forma! Se seu médico/psicoterapeuta não entende de pacientes *borderlines*, incentive-o a encaminhá-lo a um especialista.

No entanto, da mesma forma, devemos alertar que às vezes é difícil encontrar um psicoterapeuta que domine o transtorno de personalidade *borderline*. Isso acontece, sobretudo, longe dos grandes centros urbanos. Pode ser preciso paciência. Também pode valer a pena encarar uma viagem até o médico.

3.2 Métodos terapêuticos

Nos últimos anos, foram desenvolvidos alguns métodos e programas de tratamento para o transtorno de personalidade *borderline* cuja eficácia já foi cientificamente comprovada. Os mais importantes são:

- terapia comportamental dialética (TCD, também conhecida como *dialectical behavior therapy* – DBT), desenvolvida por Marsha Linehan;
- terapia do esquema (TE), desenvolvida por Jeffrey Young.
- terapia baseada em mentalização (TBM), desenvolvida por Anthony Bateman e Peter Fonagy;

Até o momento, o método mais bem investigado e mais difundido mundialmente é a *terapia comportamental dialética* (TCD). Essa terapia foi

desenvolvida por Marsha Linehan, em Seattle (EUA), para tratar especificamente o transtorno de personalidade *borderline*.

Em 2011, havia nove grandes estudos comparando a TCD com outros procedimentos, além de outros cinco estudos diferentes. Também há comprovação científica de eficácia para o tratamento com TCD hospitalar em regimes de internação e de hospital-dia¹. Da mesma forma, para o tratamento de pacientes *borderlines* jovens, bem como daqueles que são dependentes de droga ou álcool e daqueles que sofrem de estresse pós-traumático em consequência de abuso sexual, já há boas provas científicas de que a terapia é eficaz. Por esse motivo, e por sermos da opinião de que a TCD ser o procedimento terapêutico mais eficaz para pessoas com transtorno de personalidade *borderline*, ela será explicada adiante de modo mais detalhado e preciso.

Antes, porém, para uma visão mais completa, apresentaremos os outros dois procedimentos terapêuticos eficazes. A propósito, pergunte a seu terapeuta com que método ele trabalha. Se ele não tiver uma formação específica, pergunte-lhe que experiência tem com pacientes *borderlines* e com quem ele eventualmente se aconselha.

A chamada *terapia do esquema* foi desenvolvida por Jeffrey Young e dois colegas, Janet S. Klosko e Marjorie E. Weishaar, e ficou cada vez mais popular nos últimos anos. Como acontece com outras psicoterapias analíticas, a terapia do esquema parte do princípio de que experiências de relacionamentos do passado se fixam na forma dos chamados “esquemas”, ou seja, de padrões engessados de pen-

1 Por tratamento em hospital-dia (HD) entende-se a psicoterapia realizada durante o dia no hospital, na qual os pacientes passam a noite e os fins de semana em casa

3. Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

samento, experiência e comportamento. Esses esquemas localizam-se num plano profundo do pensamento dificilmente atingido pelo consciente, e influenciam nossos processos de avaliação e nossas ações. Acredita-se, assim, que os pacientes *borderlines* oscilem entre extremos e se sintam alternadamente como uma criança ferida ou como um torturador agressivo, comportando-se em consequência de tal maneira. A meta da terapia do esquema é o paciente desenvolver e ampliar o esquema de um “adulto sadio”. Com isso almeja-se melhorar a estabilidade emocional e o comportamento orientado para objetivos. Concretamente, a terapia do esquema ajuda o paciente a reconhecer esquemas adversos, ou seja, não coerentes, identificá-los e modificá-los. O terapeuta assume uma postura benevolente, quase materna, na esperança de as experiências passadas adversas serem corrigidas e de se desenvolver um otimismo esperançoso na credibilidade dos laços interpessoais. A terapia decorre em três fases: construção do relacionamento terapêutico; reconhecimento e modificação de esquemas importantes; desenvolvimento da autonomia. A modificação dos esquemas acontece de acordo com técnicas especiais, como o trabalho com imagens interiores e com diálogos interiores e redação de cartas para si mesmo. Como em outras abordagens terapêuticas, os terapeutas fornecem um número telefônico para contato em situações de crise, há sessões por telefone ou por e-mail inclusive fora das sessões.

No âmbito científico, foi apenas comprovado que a terapia do esquema é superior à terapia psicodinâmica desenvolvida por Otto F. Kernberg, a chamada psicoterapia focada na transferência (PFT), para a qual ainda não há provas de eficácia. A terapia do esquema não se mostrou eficaz como programa de tratamento em regime de internação hospitalar.

A *terapia baseada em mentalização* (TBM), desenvolvida por Anthony Bateman e Peter Fonagy, parte do princípio de que os pacientes *borderlines* têm dificuldade de ter empatia com as emoções, os planos e as intenções dos outros. Essa capacidade é chamada de “mentalização”. A TBM assume, assim, que os pacientes *borderlines* em geral não interpretam corretamente as necessidades dos outros e, por isso, não se comportam de maneira “sintonizada”. Esses mal-entendidos, por sua vez, conduzem a problemas persistentes no campo interpessoal. A TBM visa a uma melhora da capacidade de mentalização, pois se acredita que assim os pacientes melhoraram não só suas relações, mas também a regulação das emoções e o controle dos impulsos. Na TBM, que é frequentemente realizada em grupos, a experiência interior do paciente é trazida para o presente, e sua percepção das experiências dos outros é focalizada. Quando os sentimentos emergem, eles são examinados imediatamente em seu surgimento e, assim, mais bem entendidos.

No âmbito científico, até 2012 dois estudos puderam comprovar a eficácia dessa terapia.

3.3 Condições de tratamento

Atenção!

Distinguem-se as seguintes condições de tratamento (os chamados *settings* – contextos de tratamento):

1. tratamento ambulatorial;
2. internação emergencial na crise;
3. tratamento especial na internação;
4. tratamento especial em hospital-dia;
5. tratamento em internação domiciliar.

3. Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

Para a maioria das pessoas, a mais adequada é com certeza a *terapia ambulatorial*. Essa forma de tratamento é quase sempre indicada quando se diagnostica um transtorno de personalidade *borderline*.

Fique sabendo

O terapeuta deve, preferencialmente:

- a) Ser formado num dos procedimentos específicos para o tratamento do transtorno de personalidade limítrofe (portanto, TCD, TBM ou TE); pergunte-o a respeito!
- b) Ter um convênio com seu plano de saúde que cubra toda a terapia.
- c) Assegurar a disponibilidade pelo prazo da terapia (uma ou duas sessões semanais por um a dois anos).
- d) Combinar com você uma lista de medidas emergenciais para lidar com casos de crise. Muitos terapeutas colaboram com clínicas que dispõem de leitos por breves períodos em casos de crises graves.
- e) Combinar com você regras e contratos claros a respeito da intervenção em uma crise, entrada em contato excepcional, pagamentos em caso de desistência etc.
- f) Esclarecer as metas da terapia logo no início.
- g) Combinar com você um plano de como essas metas poderão ser alcançadas.
- h) Colocar à sua disposição material ilustrativo sobre o transtorno de personalidade *borderline*.
- i) Ser simpático com você.

Caso um ou mais pontos não forem atendidos, diga isso a ele! Os psicoterapeutas não são adivinhos; eles não conseguem intuir as expectativas e, ao contrário de certa opinião corrente, não são subtancia-

mente mais sensíveis ou mais empáticos do que os outros. Por isso, como tudo na vida, você precisa falar sobre seus desejos e suas necessidades quanto à terapia, inclusive considerando a possibilidade de esses desejos não serem atendidos.



Em complementação ao tratamento ambulatorial, é oferecido o *tratamento em internação em enfermaria* ou em hospital-dia em clínicas psiquiátricas/psicossomáticas e psicoterapêuticas. Aqui importa menos sob que denominação de especialidade essas clínicas se apresentam, mas sim se oferecem um *tratamento específico para o transtorno*. Peça folhetos que descrevam as terapias. Pergunte se há um setor específico e com que métodos de tratamento trabalham. Nas boas clínicas, a fila infelizmente é longa. Nesse caso, ajuda manter o contato com a clínica e telefonar sempre; às vezes aparece uma possibilidade súbita de tratamento.

É preciso distinguir claramente ofertas de *intervenção em crise* dos chamados *programas intensivos*. Intervenções em crise são normalmente de duração limitada, restringindo-se a, no máximo, 14 dias (ver p. 119). No foco da intervenção em crise estão o esclarecimento das causas da crise presente e seu afastamento na forma de solução ativa de problemas. Você deveria chegar o mais rápido possível à condição de prosseguir com sua terapia ambulatorial ou começar uma nova. De modo algum a intervenção em crise deve ser um “substituto” da terapia ambulatorial! Tenha consciência disso e não espere mudanças duradouras decorrentes de uma intervenção emergencial. O caminho mais seguro para chegar ao inferno, conhecido como necessidade psiquiátrica permanente, é a passagem por várias

3. Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

internações! Por favor, combine com seu terapeuta as internações de intervenção em crise com antecedência. Para muitos pacientes *borderlines*, a internação representa, independentemente das condições, uma oferta atraente e tentadora. Não é rara a permanência numa clínica fechada ser mais agradável do que ter de encarar os conflitos no ambiente de trabalho ou em casa. Tenha consciência disso e pondere bem com seu terapeuta as vantagens e desvantagens de cada internação. Muitas crises de pacientes *borderlines* podem ser explicadas como um processo emocional perturbado e, em questão de horas ou poucos dias, podem ser rebaixadas a um nível no qual outras capacidades que não necessitam de assistência numa internação podem ser ativadas.

Diferente disso existem os *programas intensivos em internação em enfermaria ou hospital-dia*. Até o momento, estes existem apenas para a TCD (ver p. 122). Tais programas de TCD abrangem um período fixo de cerca de 12 semanas, e normalmente são aplicados num setor hospitalar por uma equipe especializada no transtorno. A admissão acontece em decorrência de um diagnóstico e de consultas anteriores, e pressupõe certa motivação e vontade do paciente.² A comprovação científica da eficácia é boa: há um estudo controlado e vários estudos não controlados, todos mostrando que cerca de 65% das pessoas tratadas aproveitam muito bem e de modo duradouro uma TCD de três meses.

Outro ponto de apoio nas possibilidades de tratamento do transtorno de personalidade *borderline* são os chamados serviços complementares, nos quais estão incluídas as comunidades terapêuticas e a assistência domiciliar, medidas muitas vezes úteis e vantajosas, mas que devem ser realizadas por um acompanhante terapêutico

² Nota do revisor técnico: No Brasil, essas instituições ainda são raras.

(*home care*), comunidades de transição ou comunidades de reinserção profissional. Estas, junto do terapeuta individual que está tratando do caso. Nessas medidas, os assistentes sociais podem ajudar. Se for possível procurar esse tipo de ajuda, dê preferência a serviços com experiência específica em pacientes *borderlines* e que ofereçam, na medida do possível, grupos especializados.

Um complemento bastante útil das ofertas de tratamento descritas são os chamados *aconselhamento de pacientes e grupos de autoajuda*. O aconselhamento de pacientes é oferecido por antigos pacientes *borderlines* que, em sua maioria, têm muita experiência com as variadas formas de tratamento oferecidas que são vivenciadas por muitos pacientes, especialmente os mais jovens, de maneira autêntica e, por isso mesmo, de modo confiável. No amplo contexto dos serviços prestados, os *grupos de autoajuda* são de muita importância. Eles podem complementar a terapia na internação, acompanhar a psicoterapia ambulatorial, assim como marcar a entrada ou a saída do caminho terapêutico. A maioria dos grupos de autoajuda bem-sucedidos possui diretrizes e uma boa estrutura, com regras claras. O “grupo de referência” pode ser visto como modelo na internação em regime de TCD. Certamente favorece quando os grupos de autoajuda trabalham junto com especialistas e se organizam numa rede de tratamento. Na Alemanha, há um exemplo de uma organização de autoajuda: é a *Grenzposten* (“postos de fronteira”), uma revista de publicação regular de pacientes *borderlines* para pacientes *borderlines* que trata de todas as facetas do transtorno, suas oportunidades, seus problemas e suas possibilidades de tratamento.

Por fim, devemos chamar a atenção para as *plataformas de comunicação* na internet. Elas também podem ser úteis, se forem dirigidas e coordenadas de maneira responsável. A plataforma *Borderline-Netzwerk* (“rede *borderline*”) é um exemplo extraordinário. Mas

3. Quais são as possibilidades de tratamento eficaz do transtorno *borderline*?

devemos fazer um alerta especial em relação aos chamados *sites* “selvagens”. Neles, comunicação suicida, instruções de automutilação e suicídio, detalhes sobre abuso e fantasias mortais misturam-se com frequência à autorrepresentação exagerada de *heróis da decadência*. São muito poucos os pacientes que conseguem tirar algum proveito desses *sites*.

3.4 Tratamento medicamentoso

Atualmente não há medicamentos eficazes ou especificamente aprovados para o tratamento do transtorno de personalidade *borderline*. Contudo, o que se mostra válido é tratar alguns sintomas característicos do transtorno.

Atenção! Cuidado com medicamentos demais!

Devemos sempre contar com os efeitos colaterais dos medicamentos e com a interação entre eles. Muitos médicos temem uma piora da sintomatologia em caso de interrupção de uma medicação ineficaz. Assim, eles acabam mantendo os medicamentos prescritos e receitam remédio adicionais. Na média, os pacientes borderlines que nos são encaminhados para um tratamento em internação ingerem cinco medicamentos diferentes que poderiam ser suspensos sem maiores consequências. Estimule, então, seu médico a suspender medicamentos ineficazes; você sentirá menos efeitos colaterais. E seja franco(a) com seu médico. Fale sobre os efeitos colaterais e benéficos, e respeite as doses combinadas. O médico deveria ser seu consultor especializado. A responsabilidade de informá-lo adequadamente e de aplicar os conselhos dele é sua.

A Tabela 2 mostra um panorama de possíveis medicamentos.

Tabela 2: Medicações possíveis.

Sintomatologia	Substâncias
Depressão	Antidepressivos
Labilidade emocional	Neurolépticos, estabilizadores de humor
Impulsividade	Antidepressivos
Dissociação	Naltrexona
Distúrbios do sono	Antidepressivos sedativos, neurolépticos
Situações de forte tensão	Clonidina
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	Metilfenidato

Vale ainda alertar que o tratamento com os chamados “hipnóticos”, portanto medicamentos como o Rivotril, não deveria ter nenhum papel na terapia do transtorno de personalidade *borderline*. Não há quaisquer dados de possível melhora da sintomatologia, e o potencial de dependência é bastante alto. Pergunte a seu médico sobre o risco de dependência!

4 A terapia comportamental dialética (TCD)

4.1 O que se entende por terapia comportamental dialética?

A terapia comportamental dialética (TCD), também conhecida como *dialectical behavioral therapy* (DBT) foi desenvolvida por Marsha Linehan (da Universidade de Washington, Seattle, EUA) especificamente como terapia ambulatorial para pacientes femininas crônicas suicidas com transtorno de personalidade *borderline*. Hoje, a TCD é mundialmente a terapia de referência no tratamento desse transtorno.

Fique sabendo: desenvolvida com base em experiência própria – a origem da TCD



Quando Marsha Linehan desenvolveu a TCD, ela já tinha trilhado seu próprio caminho de sofrimento. Ela passou muitos anos em clínicas psiquiátricas fechadas e jurou para si mesma “encontrar o caminho de saída do inferno da vida *borderline*, depois de voltar e mostrar esse caminho aos outros pacientes *borderlines*”.

Ela certamente não foi a primeira paciente *borderline* a encontrar um caminho para realizar seus objetivos e encontrar uma vida digna. Ela, porém, foi a primeira a desenvolver uma terapia.

Naturalmente, não foi a primeira pessoa a desenvolver uma terapia depois de ter tido uma experiência pessoal de sofrimento, mas é certamente uma das poucas que questionou as próprias convicções de como o tratamento deveria agir até dispor de dados científicos convincentes. Um belo vídeo sobre Marsha Linehan está disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=tAz_o8G-67E.

É isto o que a TCD tem de especial: de um lado, essa terapia teve suas ideias extraídas da experiência pessoal de sofrimento de uma paciente *borderline*; de outro, cada etapa dessa terapia foi testada cientificamente. Isso é útil e necessário, pois somente assim é possível descobrir se a terapia é realmente eficaz para a maioria das pessoas com o transtorno. No cerne da TCD está sempre a profunda compreensão pelo sofrimento dos pacientes, mas também um conhecimento profundo de que o caminho de saída desse sofrimento passa unicamente pela responsabilidade desse paciente. Os terapeutas apenas apontam o caminho. Eles possuem a lanterna, são capazes de iluminar a escuridão. Quem deve caminhar é o próprio paciente.

Atenção! O que significa responsabilidade do paciente? Não tenho culpa de ter transtorno de personalidade *borderline*!

Essa frase lhe é familiar? Decerto, essa postura é compreensível. Mas ela, ajuda? O que você diria a um jovem com a garganta gravemente infeccionada, tossindo e rouco, lhe dissesse: “Não tenho culpa de ter ficado doente! Por que tenho de tomar agora um antibiótico?!” Há coisas que não fomos nós que provocamos, mas se nós mesmos não as eliminarmos, elas só piorarão. A TCD prescreve uma “atitude de aceitação” como pressuposto para um tratamento bem-sucedido. E “atitude de aceitação” quer dizer sempre duas coisas: “Preciso aceitar que sofro de transtorno de personalidade *borderline* e preciso aceitar que tenho de trabalhar nisso a fim de reduzir seus efeitos para viver uma vida digna”.

Foi dessa convicção básica que se desenvolveu também o nome da terapia. *Dialética* significa, nesse caso, o equilíbrio contínuo entre a aceitação das coisas, assim como são e foram, e o emprego de todas as forças necessárias para mudar essas coisas em vista de nossas metas.

Esse equilíbrio também diz respeito ao terapeuta. O maior objetivo do terapeuta de TCD é sempre ajudar os pacientes a se aceitarem como são e a procurarem o próprio lugar no mundo, além de dar-lhes a força para melhorar um pouco esse mesmo mundo, inclusive para os outros. O sentimento profundo de ser diferente de todos os demais pode no mínimo ser amenizado quando a pessoa se ocupa dos outros. A maioria dos pacientes *borderlines* sabe disso instintivamente; eles preferem profissões como as de enfermeiro, educador, técnico de enfermagem ou veterinário. Nem sempre é fácil distanciar-se do sofrimento alheio, mas isso pode ser aprendido. Em longo prazo, a maioria dos pacientes *borderlines* são pessoas muita empáticas e solícitas. Precisam apenas de um pouco de estímulo para acreditarem em si mesmas. A TCD lhes oferecerá um bom suporte e as ferramentas adequadas para percorrerem esse caminho.

O que torna a TCD singular? O que distingue esse conceito de outros programas terapêuticos?

Podemos mencionar as seguintes características:

1. A TCD é, antes de tudo, um programa de treinamento que ajuda os pacientes *borderlines* a alcançarem suas metas apesar, e às vezes justamente por causa, de seu transtorno.
2. Por isso, os terapeutas são, antes de tudo, treinadores. Eles têm conhecimento especializado e métodos específicos para alcançar essas metas e motivar seus pacientes.
3. Adverte-se sempre o paciente para que assuma o máximo possível a própria responsabilidade de alcançar suas metas. Os terapeutas o ajudam nisso.

4. Na TCD, os pacientes aprendem habilidades específicas (*skills*) que os ajudam a regular suas emoções, alcançar objetivos sociais e aceitar melhor a si mesmos e o próprio passado.
5. A TCD ajuda os pacientes a verificar a própria postura diante de si mesmos, de seus valores e capacidades, bem como de outras pessoas. Às vezes é necessário substituir velhas estratégias de sobrevivência por novas estratégias de vida.
6. A TCD também ajuda os parentes e o(a) companheiro(a), se o desejarem, a melhorar suas capacidades de lidar consigo mesmos e com o paciente.
7. A TCD é composta de elementos, chamados de “módulos”, que podem ser combinados entre si de acordo com a necessidade. Esses módulos são:
 - terapia individual para adultos e jovens;
 - treinamento de habilidades (*skills*) para adultos e jovens;
 - aconselhamento por telefone;
 - internação para intervenção emergencial;
 - tratamento medicamentoso;
 - áudios de autoajuda;
 - módulo de trauma;
 - módulo de dependência;
 - módulo de distúrbio alimentar;
 - módulo para família e parentes;
 - módulo para pacientes em clínicas penitenciárias.
8. Terapeutas de TCD estão interligados e pedem conselhos uns aos outros.
9. Terapeutas de TCD comprometeram-se a assumir, em seu trabalho com pacientes *borderlines*, as atitudes básicas apresentadas no quadro a seguir.

Atitudes básicas dos terapeutas de TCD
<ul style="list-style-type: none">- A vida de pacientes <i>borderlines</i> suicidas como está sendo vivida no presente é, via de regra, insuportável.- Pacientes <i>borderlines</i> tentam muitas vezes fazer o melhor que podem diante de sua situação devastadora.- Pacientes <i>borderlines</i> desejam melhorar.- Pacientes <i>borderlines</i> têm de se esforçar mais, trabalhar mais duro e ser mais intensamente motivados para mudarem, e isso é injusto.- Pacientes <i>borderlines</i> geralmente não causaram seus problemas, mas precisam resolvê-los eles mesmos.- Pacientes <i>borderlines</i> precisam aprender novos comportamentos em muitos campos.- Pacientes não podem fracassar na TCD.- Terapeutas que trabalham com pacientes <i>borderlines</i> precisam de apoio.- O contexto terapêutico deve ser tal que o comportamento sadio seja compensado e um comportamento duradouro prejudicial não seja compensado.

4.2 Um planejamento cuidadoso prepara o sucesso na terapia

4.2.1 Quais sintomas do transtorno de personalidade *borderline* são os mais evidentes em você?

A maioria dos terapeutas de TCD gasta todo o tempo necessário para, antes de tudo, estabelecer o *diagnóstico* mais exato possível. Via de regra, isso dura de quatro a cinco horas. O primeiro passo, naturalmente, é esclarecer de fato se está diante de um transtorno

de personalidade *borderline*. Na sequência, deve-se possivelmente compreender também todos os outros transtornos psíquicos e áreas problemáticas. Nisso se incluem distúrbios do sono, distúrbios alimentares e problemas com álcool (por favor, seja sincero(a); são poucos os pacientes que gostam de falar a respeito, mas seu terapeuta precisa dessas informações e ficará agradecido a você por isso!). Outros problemas frequentes são fobia social, sintomas vinculados a experiências traumáticas, consumo de drogas e álcool (também aqui, por favor, seja sincero(a)! A maconha também é uma droga e frequentemente tem consequências muito desagradáveis para pacientes *borderlines*). Mais tarde, o terapeuta lhe perguntará a por episódios depressivos e, em seguida, se você teve períodos de euforia exacerbada. Informe, por favor, se ouve vozes, vê coisas ou espíritos que não correspondem à realidade. Os pacientes em sua maioria ficam inibidos em relatar esses casos, pois temem ser considerados “loucos” pelo terapeuta. Mas esteja certo(a) de que os bons terapeutas dominam o assunto e sabem que muitos pacientes *borderlines* têm experiências do tipo. Relate os métodos que você emprega para reduzir tensões e para suportar a impotência ou a solidão. Seja franco(a), conte sobre comportamentos de alto risco, automutilações, fantasias suicidas, se ingere medicamentos ou perde sangue. Se quiser ter uma terapia bem-sucedida, fale disso abertamente logo no início do tratamento!



4.2.2 Qual é sua atual condição de vida?

Você deve relatar sua atual condição de vida. Se tiver um(a) ou mais companheiros(as): como está o relacionamento? Muitas pessoas com transtorno de personalidade *borderline* cultivam relações complicadas com parceiros, estão insatisfeitas com a vida sexual, por vezes deixam que seus parceiros façam coisas com elas que acham desagradáveis ou mesmo repugnantes por medo de serem abandonadas. Essa condição geralmente é pouco compreendida ou até mesmo rejeitada. Amigos e parentes reagem, por exemplo, emocionalmente com indignação e exigem uma separação imediata. Mediante tais experiências, os pacientes aprendem que seu comportamento é julgado inaceitável. É natural que você, no início do tratamento, se envergonhe de mencionar esses casos. Mesmo assim, deve fazê-lo! Seu terapeuta conhece esses problemas. Afinal, você não é o(a) único(a) a passar por isso. Alguns pacientes prostituem-se temporariamente ou são obrigados a fazê-lo, e seu terapeuta também precisa saber desse fato. Alguns pacientes mantêm ainda na idade adulta contato com pessoas que abusaram deles na infância ou na juventude. Caso isso ocorra também com você, tome coragem e conte.

Como está sua *situação profissional*? Provavelmente você tem dificuldades no ambiente de trabalho ou na sua formação profissional. Talvez não consiga se concentrar como os demais? Talvez esteja hipermotivado(a), tem a sensação de não merecer o salário que recebe ou de não ser tratado(a) adequadamente? É provável que não seja tão fácil com os colegas de trabalho ou da escola. É difícil para você se sentir à vontade para manter contatos, bater um papo? O que faz nos intervalos? Sente-se excluído(a)? Apresente os problemas abertamente. Descreva-os da maneira mais precisa possível. Seu terapeuta não é um vidente, e frases do tipo “Eu não aguento mais” ou “Não dou mais conta do recado” não bastam.

E como é *ficar sozinho(a)*? Você suporta isso ou fica pensando sem parar em quem você poderia contar? Gasta muitas horas na internet só para se distrair da solidão? Tortura seu(sua) companheiro(a) por causa do ciúme? Controla e-mails e celulares ou rastreia a localização destes? Apresente também isso abertamente. Todos têm dificuldade de conversar sobre o ciúme!

Atenção!

Na terapia não devem ficar lacunas por causa de seu constrangimento em contar o que se passa com você.

A lista de questões mencionadas acima com certeza não está completa, mas é importante que você tenha entendido o princípio básico: nenhuma experiência ou nenhum comportamento “inusitado” ou “vergonhoso” deve ficar escondido na fase do diagnóstico. Às vezes são as coisas aparentemente banais que criam dificuldades. Uma de nossas pacientes culpava-se por abandonar os filhos porque sabia pouco sobre a situação escolar deles. Constatou-se que estava tudo bem com as crianças, e que ela apenas não tinha coragem de ir à reunião de pais e mestres, temendo passar vexame público. Ela temia igualmente o vexame ante o terapeuta, guardando esse problema con-sigo por muito tempo.

Atenção!

Vergonha é a armadilha principal da terapia.

Nossa experiência terapêutica mostra que o que faz o paciente se calar é quase sempre a vergonha, o medo de passar vexame, de ser tido pelo terapeuta como “bobo”, ou “anormal”, ou ainda – especialmente

os homens – como fraco demais. Você deve tentar enfrentar isso de toda maneira. A terapia é sua, e você precisa lutar para que ela seja a mais bem-sucedida possível.

4.2.3 Como o transtorno evoluiu até agora?

Certamente faz parte de um diagnóstico bem-feito também a anamnese, ou seja, o relatório sobre a evolução do transtorno, do tratamento prévio e de seu êxito até agora. Talvez você já tenha passado por várias consultas desse tipo; então, chamará sua atenção que os terapeutas de TCD tratam dessas informações com brevidade. Eles se concentram mais nos problemas atuais. Alguns pontos, porém, são muito importantes para esses terapeutas (ver seções a seguir).

4.2.4 O contrato de não suicídio

Fique sabendo: Por que a TCD emprega o conceito de “suicídio”?

As expressões “tirar a própria vida deliberadamente” ou “matar-se” poderiam ser usadas, contudo, o termo “suicídio” é a forma mais neutra. As outras expressões indicam uma iniciativa que não é real (ninguém tira a própria vida deliberadamente) ou têm uma conotação moral. Uma tentativa de suicídio no sentido da TCD é a tentativa de se matar intencionalmente. Ela é diferenciada claramente da automutilação ou do comportamento de alto risco.

Caso você tenha passado por uma tentativa de suicídio, como muitas pessoas com transtorno de personalidade *borderline*, seu terapeuta vai lhe perguntar exatamente sobre as circunstâncias, os de-

sencadeadores e os métodos. É desconfortável, mas é importante. Ele perguntará a você que consequências imediatas e no longo prazo a decisão de se suicidar teve para você e que circunstâncias o(a) salvaram. Além disso, o terapeuta vai querer saber se você agiu logo após sua decisão ou se deixou passar um tempo. Alguns pacientes se dão até mesmo um tempo, despedem-se de todos os amigos e têm uma sensação profunda de calma e alívio. É justamente isso que seu terapeuta mais teme. Queremos ser muito claros neste aspecto: terapeutas da TCD levam as tentativas de suicídio passadas muito a sério e conversam sobre elas. Por quê? Por termos a certeza de que você sobreviverá à terapia. Passamos por essa experiência e sabemos que até pacientes *borderlines* gravemente sobrecarregados e sofrendo intensamente podem chegar a ter uma vida digna, com momentos de felicidade e satisfação. Porém, para tanto, é preciso que você, antes de tudo, sobreviva. Em geral, são sempre as mesmas circunstâncias que levam você ao desespero e deixam os pensamentos suicidas maturarem. Queremos entender essas circunstâncias de antemão. E queremos saber quando nós, terapeutas, precisamos ser “alertados” e podemos lhe dar aquele o suporte necessário de que poderá precisar. E mais uma coisa (talvez você já tenha imaginado):

Atenção! Contrato de não suicídio

Seu terapeuta vai pedir a você uma promessa: exigirá que, ao longo da terapia, em nenhuma circunstância você se mate.

“Como ele pode exigir isso de mim?! Como posso prometer isso? Preciso melhorar antes de conseguir prometer algo! Isso é uma chantagem evidente!” Essas reações lhe são familiares? A maioria de nossos pacientes reage inicialmente assim ou de modo parecido, e isso é compreensível. Para muitas pessoas com transtorno de personalidade

borderline, a ideia de poder pôr fim à vida tornou-se uma espécie de último consolo. Quando tiveram de passar pelas experiências mais amargas, essa ideia foi de fato útil. Muitos de nossos pacientes sentem-se, no início da terapia ou também durante ela, tão desesperados e infelizes que pensamentos suicidas são quase obrigatórios para eles. E agora o terapeuta quer que essa saída de emergência seja fechada antes mesmo de qualquer melhora!

Por que o terapeuta insiste nesse contrato?

Há várias razões: de um lado, nós, terapeutas, partimos do princípio de que os pensamentos suicidas se apresentam sempre que os problemas forem demais para o paciente. Eles não aparecem como uma febre, mas geralmente têm um desencadeador e causas no presente. Seu terapeuta está aí para ajudá-lo a resolver esses problemas. Talvez não dê certo imediatamente, mas se você gastar suas energias forjando planos suicidas, então terá pouca energia para resolver seus problemas. Este é o primeiro motivo: *a TCD vê os pensamentos suicidas como tentativas equivocadas de resolver problemas.*

Mas há ainda uma segunda razão: seu terapeuta estabelecerá com você não apenas uma aliança de trabalho; ele vai conhecer e valorizar você. Pode soar estranho, mas a maioria dos terapeutas dá valor a seus pacientes. Refletem sobre seus problemas, pensam em como ajudar os pacientes a resolvê-los. Naturalmente também os terapeutas de TCD temem que seus pacientes possam se suicidar. As pesquisas mostraram que o temor do suicídio de seus pacientes representa o maior fardo no trabalho do terapeuta. Terapeutas temerosos correm perigo em fazer uma péssima terapia e cometer erros. Tratam dos pacientes com cuidado exagerado, não exigem deles o suficiente, encaminham-nos com frequência a clínicas, não lhes dão exercícios para

fazer, prescrevem medicamentos fortes etc. Você quer isso? Então não deveria fazer uma TCD. A TCD ajudará você a realizar suas metas e a lidar bem com sua vida. Se preferir seguir seu caminho como um(a) doente mental crônico(a), então passe longe da TCD. Do contrário, você não conseguirá negar a seu terapeuta um contrato de não suicídio. Ele precisa desse contrato para poder dormir tranquilo. *O segundo motivo dessa promessa é, portanto, a capacidade de o terapeuta continuar seu trabalho e de fazer uma boa terapia.*

O que fazer, então, em situações de crise?

Em contrapartida, o terapeuta lhe fará uma proposta: naturalmente ninguém pode exigir de você que, em circunstância alguma, não possa cometer uma tentativa de suicídio sem ter combinado antes o que fazer em situações de crise. Seu terapeuta elaborará com você um *plano de crise* e vai comunicar-lhe quando e em que circunstâncias ele poderá ser contatado por você em caso de crise, para ajudá-lo da melhor maneira possível. Isso, no entanto, vem mais tarde. Antes, a terceira e mais importante razão por que os terapeutas de TCD fazem questão de sua promessa de não se matar: *todo suicídio tem efeito nos outros.*

Talvez você mesmo(a) possa refletir um instante. Que motivo poderia haver ainda? Durante o tratamento de TCD você vai conhecer muitas outras pessoas que sofrem do transtorno de personalidade *borderline*. Quer no grupo de habilidades, quer na enfermaria de um hospital, quer no grupo de autoajuda. Também é importante proteger esses pacientes. Sabemos hoje que tentativas de suicídio, “bem-sucedidas” ou não, têm um enorme *efeito contagioso*. O perigo de pôr fim à própria vida aumenta com um suicídio no círculo dos conhecidos. Pois “todo suicídio é um ato social” com efeitos significativos a curto e longo prazo nos outros.

Em uma tentativa de suicídio, você colocaria em perigo a vida dos outros pacientes. Você quer ter essa responsabilidade? Portanto, este é o terceiro e mais importante motivo: *pelo seu contrato de não suicídio você protege seus companheiros de tratamento*. Nenhum terapeuta de TCD vai prosseguir seu trabalho após a fase de diagnóstico sem sua adesão. Para nos entendermos corretamente: sabemos que você continuará a ter pensamentos e fantasias suicidas. Partimos do princípio de que, nos pacientes *borderlines*, esses processos se automatizaram. Isso não ajuda e, muitas vezes, os afasta da solução dos problemas cotidianos, a qual deve ser urgentemente discutida. Trabalhar fantasias suicidas, contudo, requer tempo.

Diferença entre fantasia suicida e ação suicida

Há, contudo, uma diferença central entre fantasias suicidas e sua conversão em ato. Partimos do princípio de que você consegue controlar suas ações. Do contrário – isso pode acontecer de modo passageiro durante a terapia –, informe seu terapeuta a respeito. Ele vai elaborar para você uma solução rápida para o problema, combinará as medidas de segurança necessárias e, eventualmente, ajudará você a considerar uma internação temporária para intervir na crise.

Fique sabendo:

A maioria dos grupos de autoajuda que se organizam segundo os princípios e as regras da TCD exige igualmente de seus membros, durante a participação no grupo e um ano após, o compromisso de não cometer uma tentativa de suicídio.

4.2.5 Terapias anteriores foram interrompidas?

A maioria dos pacientes *borderlines* que começam uma TCD já passou por várias tentativas de terapia. Há experiências boas e não tão boas, às vezes até interrupções de tratamento. Seu terapeuta se interessará em especial pelas circunstâncias dessa interrupção. Ele lhe perguntará sobre as circunstâncias e as condições e se você interrompeu repentinamente e sem aviso prévio. Perguntará se o terapeuta do momento encerrou a terapia antecipadamente e se ele explicou ou não os motivos.

Por que os terapeutas de TCD se interessam por isso?

Para fazer uma boa terapia, é preciso que você: sobreviva e permaneça na terapia. Se você “aprendeu” com as interrupções das terapias anteriores que você consegue encerrar processos desagradáveis com tais interrupções, então esse pensamento também se infiltrará na TCD. Não nos enganemos: o trabalho terapêutico que você tem diante de si pode ser muito bem-sucedido e mudar fundamentalmente sua vida. Mas haverá momentos duros, exigentes e desagradáveis a enfrentar. Você aprenderá a expor seus sentimentos e a lidar com eles, e isso requer também paciência. Seu terapeuta ajudará você nisso, mas ele não pode prendê-lo(a). Por isso, ele precisa saber exatamente sob que circunstâncias você teria tendência a lidar com pensamentos de interrupção. Então ele poderá oferecer-lhe apoio a tempo.

Um caso:

Uma de nossas pacientes relatou que ela interrompera sua última terapia após cerca de nove meses. A terapeuta a teria “estressado demais”. Quando questionada, contou que, inicialmente, ou seja, nos primeiros seis meses, as duas se entenderam muito bem. Mas depois foi ficando difícil. A maioria das terapeutas são pessoas maduras e raramente mudam tanto em um ano. Então lhe perguntei: “O que mudou exatamente na terapia? Se eu ligasse para sua terapeuta (o que naturalmente eu faria somente com a autorização da paciente), o que ela me contaria?” Finalmente veio à tona que a terapeuta a teria pressionado a procurar uma vaga num curso profissionalizante em vez de ficar o dia todo em casa. Ela, contudo, não se sentia em condições de fazer isso. Por fim, a paciente não suportou mais as expectativas da terapeuta. Jogada entre o medo de fracassar na formação profissional e o medo de não preencher as expectativas da terapeuta, ela não sabia mais o que fazer. Diante do pressuposto de que seria uma suicida, ela se deixou internar numa clínica sem consultar a terapeuta. Chegando ao fim do tratamento de três meses (ela conseguiu prolongar o tratamento ameaçando constantemente o suicídio), a terapeuta comunicou por telefone que a vaga dela já estava ocupada e que não estaria mais à sua disposição.

Não se trata de um comportamento particularmente profissional da terapeuta; contudo, é um indicador importante de que essa paciente tem dificuldade de expressar seu medo de fracasso. Além disso, ela aprendeu a escapar dos confrontos difíceis na terapia por meio de internações clínicas. Conversamos então sobre esse problema e entramos em um acordo de que, durante o tratamento, ela deveria registrar exatamente as “ideias de se internar numa clínica”, para que assim fosse possível ela reconhecer e também comunicar a tempo quando se sentia sobrecarregada, o que ameaçava a continuidade do tratamento.

4.2.6 O que eu preciso controlar primeiro (controle do comportamento)?

A TCD procura ajudar seus pacientes a recuperarem logo o controle das alterações graves de comportamento que conduzem a crises. Por tais alterações entendemos consumo de drogas e consumo excessivo de álcool, automutilações graves, explosões agressivas, ataques de fome ou de vômito, comportamentos de alto risco. Também se enquadram comportamentos sociais prejudiciais graves, como ódio e hostilidade injustificados, ou o costume de deixar as pessoas seriamente preocupadas com as ameaças de suicídio. Também pode ser citada aqui a tensão nas relações por causa de fases de ressentimento e rebeldia. Como terapeutas comportamentais, partimos do princípio de que a maioria desses padrões de comportamento foi alguma vez útil, ou seja, foi aprendida como estratégia de sobrevivência. Ainda hoje eles trazem breves momentos de relaxamento ou alívio, ou também diversão e prazer; infelizmente, porém, apenas por pouco tempo. Todos esses modos de se comportar, em determinado momento e em determinadas condições, fazem sentido e são compreensíveis; contudo, eles ou levam ao agravamento das crises ou estabilizam o transtorno de personalidade *borderline*.

Fique sabendo: Reconhecimento de comportamento prejudicial

No decorrer da terapia, você aprenderá que habilidades (*skills*) você poderia empregar para controlar esses padrões prejudiciais de comportamento. No primeiro passo, porém, é importante reconhecer os e identificá-los e, sobretudo, observar em que circunstâncias surgem. Você deve então adquirir uma distância de observação desses padrões de comportamento. É o primeiro passo para ganhar o controle sobre eles.

4.2.7 O que quero atingir (metas da terapia)?

Ao chegar ao fim da fase diagnóstica, seu terapeuta combinará com você as metas do tratamento. Isso parece ser mais simples do que é. Usualmente, os pacientes *borderlines* carregam uma infinidade de problemas muitas vezes confusos. Todos eles deveriam ser resolvidos o mais rapidamente possível. Com frequência, o lema é: “Primeiro preciso estar melhor para depois eu parar de me cortar, me drogar ou mesmo pensar em concluir meu curso”. Em contraposição a isso está o conhecimento do terapeuta de que são justamente esses padrões de comportamento (e também o isolamento social) que geralmente reforçam os problemas. Ele o(a) parabenizaria se você substituisse o mais rapidamente esses padrões de comportamento prejudiciais por habilidades. Esse “conflito” é normal. É claro que você faria isso se fosse fácil. A TCD tenta, então, estabelecer o equilíbrio entre suas metas pessoais e o conhecimento do terapeuta de como alcançar essas metas. É decisivo que vocês cheguem a um acordo sobre que metas você vai “trabalhar”.

Atenção! A TCD prescreve algumas metas

Toda vez que surgirem pensamentos suicidas insistentes, eles serão trabalhados prioritariamente. Portanto, a primeira meta é sobreviver. Toda vez que houver uma ameaça de interrupção da terapia, esse tema será trabalhado. A segunda meta é a continuidade da terapia. Toda vez que emergir um comportamento grave provocador de crise, este será trabalhado. Por isso, a terceira meta é a construção do controle desse comportamento causador de crise. Se esses tipos de problemas não aparecerem, haverá espaço para trabalhar suas metas pessoais.

Não tenha medo, pois o estabelecimento de metas ocupará o maior tempo da terapia. No entanto, você deve formular suas metas de modo

que elas sejam claramente identificadas, apreensíveis e verificáveis e, em especial, que possam ser atingidas por você de maneira objetiva. Metas como “Preciso melhorar” não são muito eficazes. Estas teriam de ser substituídas por formulações mais precisas, como “Quero no ano que vem ter resolvido tal problema no lugar onde estudei”. Também a prescrição “Minha meta é que minha mãe finalmente me deixe em paz” não faz muito sentido, pois, como a mãe não está na terapia, só é possível influir de modo limitado no comportamento dela. Uma meta realista poderia ser “Quero me mudar de casa e encontrar minha mãe uma vez por mês num lugar neutro”.

Atenção! Identificar as metas

Uma vez que entendemos esse princípio, fica mais fácil identificar as metas. Trata-se sempre de identificá-las da maneira mais concreta possível, de modo que dependa de você alcançá-las, e que o prazo seja realista.

Fichário: Um bom método de selecionar metas

Adquira um pacote de fichas pautadas de tamanho pequeno e escreva, na frente de cada uma, um problema e, no verso, a meta para superá-lo. Em seguida, coloque as fichas em ordem de importância (pode ser com seu terapeuta). Depois disso, pense quantas dessas metas você conseguiria atingir no semestre seguinte. Selecione essas fichas. As outras serão guardadas para serem usadas após meio ano. Dessa maneira, com paciência e reflexão, você terá escolhido três ou quatro metas importantes, que poderá concretizar de modo realista dali a seis meses, sem ter a constante sensação de estar deixando de lado as outras metas importantes quando estiver trabalhando numa delas.

Seu terapeuta ajudará você nisso. A maioria dos pacientes carrega uma infinidade de problemas e, com isso, uma vasta possibilidade de metas pessoais. Portanto, é importante fazer uma *seleção* sensata.

4.2.8 A que devo me ater (acordo sobre as regras da terapia)?

Seu terapeuta de TCD esclarecerá para você as regras e os acordos que, sob condições concretas estabelecidas por ele, pareçam sensatas. Provavelmente ele explicará que, além da terapia individual, você terá de frequentar um grupo de treino de habilidades (*skills*) e, se não houver nenhum ao alcance, ele combinará com você como poderá aprender essas habilidades. Ele esclarecerá outras condições, como o reembolso dos honorários pelo plano de saúde, o número de horas desejadas, a frequência das sessões etc. Mas também combinará com você o compromisso de trabalhar suas metas terapêuticas e seguir as fichas diárias (ver seção O trabalho com o terapeuta). Ele vai encorajá-lo(a) a ser sincero(a), aplicar as habilidades e acertar melhor com ele outras medidas terapêuticas, como acompanhamento, ergoterapia etc. Você não deve fazer outra terapia, ser franco(a) com relação a tratamentos medicamentosos e não se internar num hospital sem combinar previamente com ele.

4.2.9 Ajuda por telefone ou e-mail?

Como já explicamos anteriormente, os terapeutas de TCD esperam que seus pacientes procurem substituir as alterações de comportamento graves por habilidades. Isso, naturalmente, não acontece imediatamente. Você precisa da ajuda de seu terapeuta, e vai recebê-la. Por isso, a maioria dos terapeutas de TCD oferece a seus pacientes a possibilidade de, em situações de crise, serem contatados pelo telefone. Com isso, de um lado, eles desejam oferecer segurança e apoio em crises suicidas. Você prometeu, no contrato de não suicídio, não

tirar sua vida. De outro lado, suas crises podem ser aproveitadas para resolverem juntos, praticamente “ao vivo”, os problemas emergentes. Contudo, nenhum terapeuta consegue estar à disposição 24 horas por dia. Desse modo, você “negociará” com seu terapeuta quando e em que condições poderá contatá-lo. As condições são bem diferentes para cada pessoa, mas seu terapeuta deve chegar com você a acordos claros. Em condições de crise aguda, a maioria deles limita o *coaching* por telefone a alguns minutos. A regra é “nenhuma terapia por telefone, apenas a solução de problemas agudos”. Afinal, por um lado, você deve aprender a pedir ajuda quando necessitar de verdade. Por outro, você não deveria se habituar a ter o terapeuta à disposição toda vez que surgir uma dificuldade. Em geral, o terapeuta entregará a você um “protocolo de telefonemas”. É uma espécie de mapa para você trabalhar nele antes e durante o telefonema de crise.



→ Distúrbio alimentar

E como ficam os contatos por e-mail?

SMS, WhatsApp e *e-mails* são, naturalmente, uma boa possibilidade de entrar em contato com seu terapeuta logo e sem complicações, inclusive nas situações cotidianas. No entanto, esses meios eletrônicos também são problemáticos. Se você enviar a seu terapeuta uma mensagem importante, e ele não lhe responder, provavelmente você imaginará que ele não o(a) leva a sério ou achará

que o que escreveu não é importante. Na verdade, ele simplesmente não teve tempo de ler a mensagem ou queria refletir com calma sobre a resposta, ou não teve a possibilidade de verificar o celular. O melhor é combinar com ele em detalhes quando você pode enviar a ele uma mensagem e quando ele pode responder. Pessoalmente, acertamos com nossos pacientes que eles podem nos enviar *e-mails*, aos quais respondemos em 24 horas. Quando os pacientes não explicitam que desejam mesmo uma resposta (e isso é raro acontecer), então não respondemos o *e-mail*. Como afirmamos, é uma possibilidade de evitar decepções. Outros terapeutas certamente veem isso de outra maneira. Converse abertamente sobre tais possibilidades!

4.3 O que acontece durante a TCD?

4.3.1 O trabalho com o terapeuta

Se você optou por um tratamento ambulatorial, geralmente trabalhará com seu terapeuta uma vez por semana, ao longo de cerca de dois anos. Isso dá um total de aproximadamente 80 horas, que os planos de saúde frequentemente cobrem. Se deseja solicitar horas adicionais, então o terapeuta precisa fundamentar o pedido detalhadamente e provar que as horas até então já foram úteis, mas que horas adicionais trariam progressos significativos. Nem sempre dá certo. Portanto, não se deve contar muito com isso.

Terapeutas de TCD têm como objetivo ajudar seus pacientes a desconstruir o máximo possível vivências e comportamentos problemáticos e a desenvolver, no lugar deles, vivências e comportamentos úteis. Pelo fato de esses problemas se manifestarem também no dia a dia, é importante que você e seu terapeuta os entendam e saibam quando exatamente eles surgem.

Fique sabendo: O que distingue a TCD do método da psicologia analítica?

Há um rumor persistente que afirma que a TCD é uma forma de terapia comportamental, que visa apenas ao efeito, ou seja, aos sintomas, mas que não se preocupa com as causas; assim, a terapia comportamental somente tocaria na superfície, ao passo que outras terapias iriam, de algum modo, mais “a fundo”. Na verdade, a TCD trabalha vigorosamente para que você consiga lidar melhor com sua vida nas condições cotidianas. Toda vez que parecer útil, seu terapeuta ajudará você a compreender as origens e os motivos de sua experiência e de seu comportamento. Mas (e isso é importante!) não basta compreender a realidade; é preciso modificá-la e procurar novas soluções! Nesse sentido, a TCD oferece para você algo realmente substancial.

Talvez seja necessário esclarecer aqui os dois conceitos: psicologia analítica e terapia comportamental. A psicologia analítica crê que os transtornos psíquicos surgem por causa de conflitos inconscientes que se refletem na experiência e no comportamento da pessoa, levando assim a problemas graves. Consequentemente, essa abordagem terapêutica tenta “desvendar” esses conflitos e torná-los conscientes. Isso, por sua vez, deve levar à melhora dos problemas. A terapia comportamental parte do princípio de que a maioria dos transtornos psíquicos é nutrida pela perduração de antigos processos de aprendizado, levando a problemas no presente. Além disso, esses problemas psíquicos são, na maioria das vezes, sustentados no presente por tentativas de solução que não funcionaram. Portanto, a terapia comportamental olha o problema sempre por dois pontos de vista: de um lado, considera a história de aprendizado dos pacientes; de outro, suas situações no presente e tentativas de solução. Somos da opinião que é bom se valer dos dois métodos.

Como posso me observar melhor? As fichas diárias

Queremos entender bem o surgimento dos padrões de comportamento problemáticos, assim como o surgimento das experiências e dos comportamentos desejados. Por isso, a TCD trabalha com as chamadas *fichas diárias* (*diary cards*).

Com a ajuda dessas fichas (veja Folha de exercício 1, no Anexo), *toda noite* você pode registrar se – e em caso afirmativo, com que frequência –, por exemplo, você se machucou intencionalmente, praticou esporte, consumiu drogas ou provocou vômitos, ou se você se encontrou com amigos, como combinado.

Não é lá muito estimulante, não é? Tem razão. Para a maioria de nossos pacientes, inicialmente, é preciso adquirir o hábito de anotar todos esses padrões de comportamento problemáticos e, em seguida, mostrá-los ao terapeuta. Porém, frequentemente, é mais desagradável relatar eventos bons e reconfortantes. Seu terapeuta sabe disso. Ele encorajará você a registrar tudo mesmo assim. A longo prazo, é útil observar com detalhes e entender que modos de comportamento se apresentam durante o dia. Você pode anotar adicionalmente se usa as habilidades e se elas são eficazes. Seu terapeuta examinará essas fichas com você no início de cada sessão da terapia e dedicará a sessão à respectiva meta terapêutica. Se você relatar, por exemplo, que na quinta-feira daquela semana teve violentos pensamentos suicidas, o terapeuta tentará compreender exatamente a situação e elaborará com você possibilidades para lidar melhor com situações semelhantes no futuro.

Essas fichas diárias servem, portanto, como roteiro para a fixação de metas na terapia. Se você quiser fazer um tratamento bem-sucedido, é recomendável que preencha essas fichas com sinceridade. Se quiser evitar progressos, recomenda-se esconder os problemas o máximo possível...

Como posso entender melhor meu comportamento? As análises de comportamento

Se você chegou a um acordo com seu terapeuta sobre uma situação que deseja compreender e trabalhar, ele vai lhe propor montar uma *análise de comportamento*. Sob esse conceito um tanto abrangente esconde-se uma ferramenta terapêutica realmente útil, que todos os pacientes podem assimilar e utilizar com facilidade.

A Folha de exercício 2 fornece uma diretriz para a execução de uma análise de comportamento (ver Anexo, p. 141)

Fique sabendo: O que são análises de comportamento?

As análises de comportamento tornam nossa experiência e nosso comportamento mais compreensíveis. Elas examinam quando nosso comportamento foi desencadeado e como avaliamos os desencadeadores. Examinam também se podemos agir de outra forma e por que o não fizemos. Finalmente, descobrimos que consequências nosso comportamento teve em nós e nos outros. Quando entendemos nosso comportamento, torna-se mais fácil para nós modificá-lo.

Tentemos esclarecer isso num comportamento *borderline* típico:

Um caso:

Sueli é uma enfermeira de 23 anos que mora sozinha. Ela trabalha na UTI, onde é muito estimada pela sua incansável dedicação ao trabalho. Num fim de semana, às 2 horas da tarde, ela se cortou profundamente com uma gilete na barriga. Anotou isso em sua ficha diária (embora isso tenha sido muito constrangedor, ela se lembrou das regras da terapia).

Na sessão seguinte de terapia, digamos, na quinta-feira, o terapeuta teve uma conversa com ela a respeito: pergunta se ela também acha que aquela automutilação era um tema importante a ser trabalhado na sessão. Sueli não estava muito segura, achando o tema muito desagradável e constrangedor; ela gosta muito desse terapeuta e gostaria que ele tivesse uma boa impressão dela. Inicialmente, minimizou o fato, crendo que não fosse um problema. Já teria isso sob controle e, assim, preferiria tratar dos problemas no trabalho, onde ela continuava a ter conflitos com a nova chefe que não a deixava fazer o plantão extra desejado. Ela estava habituada a fazer horas extras e precisava do dinheiro. O terapeuta deu-lhe a possibilidade de tratar do tema se sobrasse tempo, mas gostaria de se ater às regras da TCD e esclarecer melhor a situação que levou aos cortes. Isso deveria ajudá-la a evitar que aquilo voltasse a acontecer no futuro. Concordaram que esse tema tinha prioridade e, se ainda houvesse tempo, seria dado espaço ao problema do trabalho. Então elaboraram juntos a seguinte análise de comportamento (ver também a Folha de exercício 2, no Anexo):

Comportamento-problema: Sueli provocou as automutilações no banheiro com uma gilete que sempre guardou num armário para situações como aquela. Primeiro arranhou os braços. Como isso não produziu o efeito desejado, decidiu cortar a barriga. Ela odiava sua barriga, que não conseguia encarar por ser feia, gorda e flácida. Cortou-a razoavelmente fundo, até sair um bocado de sangue. Não sentiu dores. Só se assustou quando percebeu que sangrava bastante. Afinal, ela não queria se machucar ou se matar. A ferida começou então a sangrar intensamente. Então, improvisou um curativo, tentando estancar tudo, entrou no carro e foi ao pronto-socorro. Isso foi extremamente desagradável para ela, pois trabalhava naquele hospital e temia que aquilo virasse um falatório. Teria de pedir a conta? Na sala de cirurgia, a ferida foi devidamente tratada; ela não tinha mais dores e a cicatrização da ferida foi normal.

Condições agravantes: Sueli contou que, nas semanas anteriores, ela esteve muito sobrecarregada no trabalho. Algumas colegas tinham adoecido, e ela as substituía sempre. Aliás, gostava de trabalhar muito; o estresse na UTI era agradável, pois isso desvia a atenção dos próprios problemas. Ela tinha feito muitas horas extras e mal dormia à noite; no máximo, três horas. Além disso, começara a beber diariamente uma ou duas garrafas de vinho, para “se desligar”. Pelas manhãs, estava exausta. Quando questionada, admitiu comer pouco demais: não tomava o café da manhã e no almoço comia um pouco de salada, que lhe fazia bem, sentindo-se, assim, revigorada. Não fazia nenhuma atividade de lazer; sua vida girava ao redor do trabalho, o que não lhe deixava tempo para os amigos.

Desencadeador: o desencadeador mesmo, a “gota d’água”, foi o telefonema que recebera da mãe. Esta lhe fazia acusações constantemente. De novo, era porque ela não tinha um companheiro e “não fazia nada direito na vida”. Ela poderia ter se defendido dessas acusações, chorou ao telefone e tentou acalmar a mãe. Mas a mãe foi ficando cada vez mais brava e, por fim, desligou o telefone com raiva.

Experiência interior: depois desse telefonema, ela se recriminou amargamente. As acusações da mãe continuaram a atormentá-la; sentiu-se uma “fracassada total”, que não era querida por ninguém e, por fim, totalmente abandonada. Então, aos poucos, esse ódio por si mesma se instalou; ela abriu uma garrafa de vinho e começou a bater a cabeça na parede e pensou em se matar. No fim, não aguentou mais e chegou à ideia de se cortar. Sabia que assim sentiria alívio.

Consequências de curto e longo prazo: imediatamente depois das automutilações, ela se sentiu melhor. Sentiu-se novamente calma e relaxada, e as autorrecrimavações também desapareceram. Em longo prazo, ameaçavam-na sérias consequências.

Ela tinha medo de perder o emprego. No trabalho, desconfiava que os colegas falassem dela pelas costas. E ficava sempre ruminando se era por isso que a nova chefe não a escalava para as horas extras. Acabava trabalhando voluntariamente por mais horas, mas isso era muito estressante; por fim, queria que fosse escalada também para o plantão da manhã...

Esse enredo parece relativamente lógico, não é? E certamente lhe soa familiar...

Quando apresentamos a sucessão dos acontecimentos e a explicação das automutilações com ajuda da análise de comportamento, revela-se, então, um quadro relativamente claro. Naturalmente, a “realidade” é ainda mais complexa, e somente em raríssimos casos é possível compreender toda a “verdade”. Mas logo fica visível onde estão os problemas. Fica também mais claro em que pontos Sueli deveria desenvolver possibilidades de solução. Essa é a questão central da TCD. Terapeutas comportamentais procuram, com seus pacientes, soluções concretas. A análise dos problemas nada mais é do que a base do trabalho.

Continuação do caso: O que você aconselharia a Sueli?

Alternativas: Um terapeuta de TCD trabalharia, em primeiro lugar, no sentido de Sueli montar um sistema de segurança para o caso de uma crise desse tipo se apresentar em outra ocasião. Cortes profundos na barriga são perigosos e podem ter consequências fatais, mesmo quando não se tem tal intenção. Faz parte desse sistema de segurança que, antes de tudo, a gilete seja retirada da casa e, possivelmente, não haja bebidas alcoólicas lá. Ele elaborará uma lista com os números de telefone para quando ela voltar a se sentir mal. Além disso, Sueli precisa de um “estojão de emergência” contendo habilidades importantes que a ajudem, no futuro, a superar crises do gênero.

Um segundo passo em que o terapeuta foca é na melhora das condições estressantes:

- De que forma ela pode conversar com a chefe e pedir um horário de trabalho regulamentar? Isso é treinado no jogo de interpretação de papéis!
- Como ela pode diminuir o consumo de álcool e providenciar refeições regulares?
- Como o sono pode ser melhorado?
- Como ela pode montar uma rede de conhecidos para preencher as horas livres fora do trabalho de maneira significativa?

O terceiro passo será, finalmente, enfrentar o problema com a mãe. Aqui, primeiramente, trata-se de dar espaço ao sentimento de raiva e chateação com relação ao comportamento superagressivo da mãe. Isso não é fácil, pois Sueli aprendeu cedo que ela é “um fardo” e que a mãe sofre terrivelmente por causa dela. “Ela acabou completamente com a vida da mãe”. Como é possível ficar com raiva quando se tem culpa de a mãe estar tão mal? Agora se trata de:

- verificar essas antigas experiências;
- dar espaço à raiva e à chateação, e aprender que isso não deixa ninguém bravo e descontrolado;
- treinar como se distanciar da mãe sem feri-la.

Finalmente, a atenção do terapeuta vai se dirigir a como Sueli poderá melhorar sua autoestima, a ponto de as acusações não caírem num “terreno tão fértil”. Você pode imaginar que esses últimos passos requerem tempo; não dá para receber autoestima. Mas enquanto Sueli correr perigo de aparecer com cortes profundos no pronto-socorro, certamente a autoestima não melhorará.

Como você pode ver, essas tarefas se desenvolvem de maneira muito lógica e exata com base em uma boa análise de comportamento.

4.3.2 A estrutura da TCD

A maioria dos pacientes *borderlines* tem uma infinidade de problemas, todos muito insistentes, mas poucos podem ser tratados ao mesmo tempo. De fato, é impossível aprender simultaneamente o que fazer contra pensamentos suicidas importantes, como amenizar pesadelos, como se libertar do medo de multidões ou de ficar sozinho, como aceitar melhor o próprio corpo e como se preparar adequadamente para as provas. Por isso, a TCD desenvolveu uma estrutura clara, que estabelece em que sequência cada problema deve ser trabalhado. Também essa estrutura não é definitiva; é uma sugestão, e naturalmente você pode participar da decisão. Mesmo assim, é muito útil manter determinada sequência. A TCD articula essa estrutura nos chamados estágios terapêuticos (ver Tabela 3). Naturalmente não é necessário que todos os estágios sejam percorridos por todos os pacientes.

Durante a *preparação*, procede-se inicialmente ao diagnóstico e comunica-se o respectivo resultado. Após a elucidação do quadro da doença e da comunicação das regras básicas e do modo de trabalho da TCD, ainda na fase preparatória, devem ser acordadas as metas terapêuticas mais importantes. Depois vem o esclarecimento sobre interrupções do tratamento e tentativas de suicídio anteriores, e, finalmente, negocia-se o contrato da terapia. O contrato de não suicídio é parte deste, como já descrito anteriormente.

Tabela 3. Estágio de tratamento da TCD.

Preparação	<ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico.- Elucidação sobre o quadro do transtorno.- Compreensão dos padrões de comportamento que ameaçam a vida e provocam crises.- Explicitação das metas conjuntas do tratamento.- Esclarecimento sobre a TCD.- Contrato da terapia, contrato de não suicídio.- Última tentativa de suicídio?- Última interrupção da terapia?
1º estágio terapêutico (estágio 1): problemas graves no comportamento	<ul style="list-style-type: none">- Melhora das habilidades de sobrevivência (como lidar com comportamentos que provocam crise).- Melhora da participação na terapia.- Tratamento de transtornos psíquicos ou problemas muito graves que impedem as atividades profissionais.
2º estágio terapêutico (estágio 2): problemas da vivência emocional	<ul style="list-style-type: none">- Melhora da situação profissional ou na relação com o(a) companheiro(a).- Tratamento de outros transtornos psíquicos ou problemas.- Melhora de problemas emocionais tipicamente <i>borderlines</i>, como solidão, ódio de si mesmo, medo de abandono etc.
3º estágio terapêutico (estágio 3): problemas com a busca de sentido para a vida	<ul style="list-style-type: none">- Aumento de uma visão positiva sobre a vida .

Durante o *primeiro estágio terapêutico* (estágio 1), o terapeuta se orienta de acordo com a seguinte sequência fixada pela TCD:

- Em primeiro lugar, devem ser sempre tratados, caso se apresentem, *modos de comportamento problemáticos perigosos para a vida*. Contam-se aqui tentativas de suicídio, automutilações graves, abandono de tratamentos medicamentosos necessários e comportamentos de alto risco. Acrescentam-se também *comportamentos provocadores de crise*, portanto, padrões que levam sempre a uma piora das situações sociais, ameaçando-as, e com isso pondo em risco o prosseguimento da terapia. Aqui se enquadram explosões agressivas, crimes que podem levar à prisão, negligência de tarefas parentais do conselho tutelar e outros problemas capazes de levar à interrupção da terapia.
- No segundo lugar da hierarquia vêm padrões de comportamento que prejudicam o *progresso da terapia*. Esses problemas podem se originar dos pacientes, do terapeuta ou do entorno de ambos. Por exemplo: quando um paciente se recusa a preencher as fichas diárias ou fica sempre calado durante a sessão da terapia, quando um terapeuta perde suas anotações ou mantém o celular ligado durante a sessão, tudo isso são comportamentos que atrapalham a terapia.
- Se não houver problemas desse tipo, o terapeuta poderá se dedicar aos *problemas psíquicos graves*. Porém, isso só acontece se estes forem tão manifestos a ponto de impedir o trabalho na melhoria da realização social (profissional e conjugal). Isso pode acontecer, por exemplo, em caso de uma doença pós-traumática (transtorno de estresse pós-traumático), abuso de droga ou álcool, fobia social séria ou, raramente, distúrbios alimentares graves.

A melhora na inserção social é o mais importante também no *segundo estágio terapêutico* (estágio 2). A atenção durante essa fase volta-se menos à diminuição de comportamentos problemáticos e mais no aumento de *comportamentos socialmente favoráveis de longo prazo*.

Toda vez que os problemas emergirem, no contexto do curso/emprego, eles devem ser tratados com prioridade. Em segundo lugar, nessa fase está o trabalho de outros sintomas psíquicos. O trabalho de vivências *borderlines* típicas, como *solidão*, *medo de abandono*, *ódio de si mesmo*, *imagem corporal distorcida* etc., fica no fim da lista. Isso não quer dizer que trabalhar esses aspectos não seja importantíssimo, mas o lema do tratamento é mais “da sobrevida à vida realizada”. Foi demonstrado que o trabalho desses problemas só tem bom êxito quando, antes de tudo, o controle de comportamentos provocadores de crise tiver sido aprendido e condições sociais produtivas tiverem sido trabalhadas. Nessas condições, um está ligado ao outro.

O *terceiro estágio terapêutico* (estágio 3), por fim, abrange mais *temas gerais* da condução da vida. Mesmo aqui vale identificar alguns problemas *borderlines* típicos. Por exemplo, aceitação do passado vivenciado como traumático, desenvolvimento de humildade diante de realidades imutáveis, satisfação com a responsabilidade, reconciliação com as próprias fraquezas e com a efemeridade das coisas.

4.3.3 Treinamento de habilidades

Atenção! O que entendemos por habilidades

As habilidades são pensamentos ou comportamentos úteis. Elas são usadas para resolver situações ou problemas, ou para alcançar metas, sem provocar danos a longo prazo. Todas as pessoas, inclusive pacientes *borderlines*, dispõem de habilidades. A maioria das pessoas não sabe disso e emprega essas habilidades automaticamente. Os pacientes *borderlines* têm, normalmente, mais problemas do que os outros e, portanto, deveriam possuir mais e melhores habilidades para resolvê-los. É útil ter consciência dessas habilidades para, em caso de necessidade, aplicá-las de modo orientado.

O treinamento de habilidades transmite exatamente aquelas que se mostraram úteis para os pacientes *borderlines*.

4.3.3.1 Como as habilidades são aprendidas?

Quando Marsha Linehan desenvolveu a TCD, ela sabia que as habilidades eram muito importantes. Não é possível aprendê-las na terapia individual; nesta, há sempre o perigo de as habilidades “acabarem”. Os estudos mostraram que o efeito da TCD depende muito do fato de os pacientes aprenderem as habilidades e as empregarem no dia a dia. Para aprender habilidades, o mais adequado é uma terapia de grupo. Os grupos de treinamento de habilidades são oferecidos paralelamente à terapia individual. Aliás, o terapeuta não precisa necessariamente ter uma formação em TCD, mas seria muito útil que ele apoiasse o paciente na aplicação das habilidades. Portanto, você deve solicitar a ele que o faça. A terapia é sua; faça com que ela aconteça da melhor maneira!

Para aqueles que frequentam um grupo de treinamento de habilidades ou consideram a possibilidade de participar de um, uma breve explicação das características básicas e das regras: de seis a oito pacientes *borderlines*

se encontram, uma ou duas vezes por semana, para, sob a orientação de dois terapeutas, aprenderem habilidades. No início de cada sessão do grupo, todos relatam suas “tarefas de treinamento”. Após



uma breve pausa, novas habilidades são apresentadas e, em seguida, são distribuídos novos exercícios. Parece trabalhoso? Sim e não. O aprendizado de habilidades ensina a tocar um instrumento. No início, requer muita dedicação, o som sai bruto e desafinado e um tanto constrangedor. Especialmente quando comparado ao som daqueles que já tocam o instrumento há alguns anos. Mas se você se exercitar regularmente, logo notará que será um pouco mais fácil e que tudo ficará mais harmônico. Num certo momento, chegará a hora que os dedos deslizarão sozinhos no teclado ou nas cordas. Portanto, é claro que é trabalhoso aprender novas habilidades, e é ainda mais trabalhoso aplicá-las no cotidiano, mas, se você deseja mesmo mudar algo em sua vida e em suas experiências, é preciso trabalhar duro.

A maioria das pessoas aplicam as habilidades automaticamente e se dão bem nisso. Mas essa maioria não tem distúrbios da regulação emocional. Os pacientes *borderlines* precisam de mais e melhores habilidades do que as demais pessoas; contudo, eles dispõem de menos habilidades, ou de habilidades menos eficazes, ou não as usam quando estão sob estresse. Por isso elas precisam se esforçar mais e trabalhar mais duramente do que os outros. É claro que isso é injusto! Mas quanto tempo você ainda vai querer gastar reclamando do fato de isso ser injusto em vez de arregaçar as mangas e começar a tomar as rédeas de sua vida?

Não tenha medo: você não está sozinho(a)! A vantagem dos grupos de treinamento de habilidades é que você encontrará companheiros de sofrimento e de vida que percorrerão com você esse novo caminho.

Que regras valem nos grupos de treinamento de habilidades?

- Como em toda TCD, você assina um contrato de não suicídio (ver anteriormente).
- Você se compromete a participar pontual e regularmente.
- Você se compromete a não atormentar os outros com planos suicidas (você deve conversar sobre eles exclusivamente com seu terapeuta!).
- Você se compromete, se souber de planos suicidas (e somente de planos) dos outros, a comunicar isso aos orientadores do grupo.
- Você se compromete a executar as tarefas de treinamento, e, se alguma vez não conseguir executá-las, se esforçar para que no futuro dê certo.
- Você apoia os outros nos progressos deles.
- Você aceita o apoio dos outros, ainda que inicialmente tenha a sensação de não merecê-lo.

Grupos de treinamento de habilidades não são grupos de autoconhecimento, e sim uma espécie de “universidade popular” para pacientes *borderlines*. Portanto, não se trata de infernizar a vida uns dos outros, mas de criar uma atmosfera permissiva de apoio e de estima. Você tirará proveito disso. Se você se pegar lutando pela atenção dos terapeutas apresentando-se o(a) mais desamparado(a) possível e mostrando o máximo possível seu lado doentio, ou seja, se você estiver brigando pelo lugar de “rainha das trevas” (como os terapeutas de TCD e os pacientes às vezes chamam a infeliz disputa pela posição da paciente mais doente), tente rir disso. Talvez você já tenha aprendido, em sua família, nas clínicas psiquiátricas, com terapeutas anteriores, que o sofrimento é recompensado com atenção e dedicação. É claro que você precisa de atenção e dedicação. Todo o mundo precisa disso. Trata-se apenas de, na tentativa de obtê-las, você não se prejudicar; você já pagou um preço alto por isso. Nos grupos de treinamento de habilidades, a tentativa de sair do inferno

é recompensada com atenção e dedicação. Outro buraco que é possível cavar para si é a armadilha do “eu sou a pessoa mais idiota de todas”. Muitos pacientes *borderlines* experimentaram na vida pouquíssima estima e tiveram de passar por várias decepções e humilhações graves. Entende-se, pois, muito bem, que eles não se considerem especialmente inteligentes e atraentes. Quando alguém se apresenta mais bobo do que realmente é, não corre o risco de ser menosprezado pelos outros, mas paga um preço alto por isso. Aos poucos, a própria pessoa passa a acreditar nisso e com o tempo evitárá situações que exigem muito dela. “De tanto medo de passar vexame, parou de curtir a vida”.

Uma das técnicas mais bem-sucedidas de se sentir completamente idiota é comparar-se sempre com o melhor. Sempre haverá alguém mais esperto, atraente, ousado, forte, amado, bem-sucedido etc. Portanto, haverá sempre motivos para se achar mais tolo, menos atraente, mais tímido, mais envergonhado etc. Mas também é possível levantar-se e dizer: “Se eu continuar a me achar bobo(a), pouco atraente e sem valor, então todos aqueles que infernizaram minha infância e juventude venceram”. Você quer isso? Então se dê um empurrão: toda vez que se pegar apresentando-se pior do que é e querendo afundar-se em seu inferno, diga a si mesmo(a): “Isso eu conheço, são meus velhos pensamentos; hoje vou agir exatamente em sentido oposto, hoje vou experimentar algo diferente. Não preciso me comparar com os melhores; eu também tenho meu lado forte”.

Vamos, então, para os conteúdos do treinamento de habilidades.

O treinamento de habilidades articula-se em cinco módulos:

1. Atenção plena.
2. Tolerância ao estresse.
3. Regulação emocional.
4. Habilidades interpessoais.
5. Aumento da autoestima.

4.3.3.2 Módulo de habilidades 1: Atenção plena interna

Os exercícios para a *melhora da atenção plena interna* são em grande parte provenientes da tradição da meditação zen e são usados em muitos programas psicoterapêuticos. Tais exercícios têm essencialmente dois significados. Um deles é que melhoram nossa percepção dos sentimentos, dos pensamentos e dos sinais corporais do momento, ou seja, mediante exercícios de atenção plena desenvolve-se uma espécie de “posição de observador interior”, que, com uma distância benevolente dá conta dos eventos em nossa mente e em nosso corpo e os descreve, o que diminui um pouco do ímpeto de nossas emoções. Ou seja, desenvolvemos uma espécie de distância favorável de nossos pensamentos e sentimentos. “Nós não somos sentimentos; nós temos sentimentos, e estes vêm e vão como nuvens no céu”. Especialmente as pessoas com transtorno *borderline*, cujas emoções são frequentemente muito fortes e dominadoras, tiram proveito significativo desses exercícios de distanciamento interior.

O segundo aspecto é a melhora da aceitação. Exercícios de atenção plena treinam nossa capacidade de suportar inclusive coisas desagradáveis, aprendendo a aceitar que elas existem sem que, necessariamente, tenham nossa aprovação (ver Tabela 4). À primeira vista, pode parecer contraditório: como é possível consertar um pneu furoado sem antes aceitar que ele tem um furo? Isso também vale para o nosso passado. A maioria dos pacientes *borderlines* passou por ex-



periências bem desagradáveis. Quanto mais você se defender dessas experiências (“Isso simplesmente não devia ter acontecido comigo!”), mais força seu passado terá sobre você. Uma vez que não é possível mudar o passado (mesmo com a psicoterapia!), é útil aceitar que as coisas aconteceram tal como aconteceram, sem que seja necessário mudar a avaliação que fazemos delas. Até mesmo o holocausto aconteceu, e ninguém pode mudar isso. Mas se alguém insistir no fato de que isso nunca devia ter acontecido, terá dificuldade para compreender as consequências de tal acontecimento e tomar as rédeas delas.

Tabela 4: Exemplos de exercícios de atenção plena.

O ovo	Pegue um ovo e tente colocá-lo em pé sobre um tampo de mesa. Trabalhe nisso até ele ficar em pé. Observe seus pensamentos nesse processo (“Nunca vai dar certo”, “Esse ovo é meio idiota”, “Sou burro demais para isso”, “Qual é a desse exercício?”).
A câmara	Sente no banco de uma praça movimentada e pare por dez minutos. Nem nove, nem onze, mas exatamente dez minutos. Imagine que sua cabeça seja uma câmara e seus olhos, a objetiva. “Filme” tudo o que vir e observe o que filmou como se fosse projetado numa tela de cinema. Você nunca viu o filme antes; tudo é novidade e passa uma única vez, e nunca mais. Se você se distrair ou começar a fazer julgamentos sobre as pessoas, perceba, ria disso e volte a se concentrar no filme. Você pode, naturalmente, fazer esse exercício em lugares variados. Se tiver medo de pessoas, pode procurar inicialmente uma praça tranquila. Só depois, quando tiver aprendido a deixar os sentimentos ir e vir, você poderá transpor o exercício da câmara para “praças mais interessantes”.

Tabela 4 (continuação)

Observe sua respiração	Pare por dez minutos e sente-se confortavelmente. Pode ser numa cadeira ou num pufe. Preste atenção para que sua coluna esteja ereta e fique dessa maneira sem maiores esforços. Repouse as mãos sobre as coxas. Você pode manter os olhos abertos ou fechados, como for mais confortável. Concentre-se, então, em sua respiração. Observe como o ar flui para dentro e para fora de seu corpo. Observe para onde ele se espalha e como seu corpo se modifica com a respiração. Acompanhe sua respiração com toda a atenção. Se lhe vierem à mente pensamentos ou sentimentos, sorria e deixe-os ir embora.
A repórter	Pare por 15 minutos, marcando-os com um desses cronômetros de cozinha. Vá a um lugar movimentado. Leve um ditafone ou um gravador com microfone. Também pode ir sem esses instrumentos se não dispuser deles. Imagine que você é um(a) jornalista célebre. Você foi teleportado(a) da órbita da segunda Nebulosa de Andrômeda à Terra. Você está bem preparado(a) e se parece razoavelmente com uma pessoa normal, pois ninguém percebe que você vem de outro planeta. Você faz uma reportagem para o pessoal de casa. Descreve detalhadamente o que vê, sem conhecer as correlações de significado usuais (afinal, você é um(a) turista do espaço!). Mesmo assim, sua gente lá em cima quer saber exatamente, por exemplo, o que é um terno ou um <i>piercing</i> no umbigo. Eles não têm a mínima ideia do que são automóveis e outras coisas semelhantes. E o que é a sacola plástica em que está escrito “Extra”?

Tabela 4 (continuação)

Cinema imaginário	Pare por cinco minutos, usando novamente seu cronômetro de cozinha (existem também ótimos aplicativos nos celulares). Diga em voz alta uma palavra-chave qualquer (por exemplo, flor, férias, galho, cacto) e observe exatamente que pensamentos surgem ligados a essas palavras. Não siga esses pensamentos, mas deixe-os vir e ir, como imagens no cinema; também ali não é possível se prender a elas. Com o decorrer do tempo, faça experimentos: escolha palavras que lhe toquem mais de perto (por exemplo, esposa, mãe, eu etc.). Você já percebeu: trata-se de não se deixar levar pelos pensamentos que surgem, mas de observá-los de fato. Você deve se tornar mestre(a) em contemplar seus pensamentos numa tela de cinema.
-------------------	--



Perceba que esses exercícios são fáceis, mas é preciso ter disciplina para fazê-los diariamente. Exercícios de atenção plena mostram seus efeitos só depois de três ou quatro semanas.

4.3.3.3 Módulo de habilidades 2: Tolerância ao estresse

Essas habilidades articulam-se em dois grupos: as “habilidades para a superação de crises” (grupo 1) e as “habilidades para a aceitação da realidade e a formação da responsabilidade” (grupo 2).

Habilidades para a superação de crises: você pode empregar essas habilidades para superar crises e fases de estresse elevado sem lançar mão de antigos padrões problemáticos de comportamento aprendidos (ou seja, prejudiciais em longo prazo). Sob forte estresse, as capacidades de julgamento e de solução de problemas



são muitíssimo limitadas. Por isso, é preciso aprender a avaliar exatamente a dimensão da tensão interior. Disso depende que habilidades devem ser empregadas.

Pode-se avaliar a tensão interior numa escala entre 0 e 9, em que o valor 7 serve de ponto de referência interior: ele será atribuído sempre que a tensão for tão intensa que você não consegue pensar em outra coisa senão em como pôr fim a esse estado o mais rápido possível.

A Folha de exercício 3 (ver Anexo, p. 144) pode ser usada para avaliar a tensão interior inicialmente em intervalos breves.

O que fazer sob estresse elevado?

Se o valor 7 foi ultrapassado, então você está sob estresse elevado. Isso quer dizer que você não está mais pensando corretamente, e a maioria das coisas que lhe passam pela cabeça pode ter consequências bem desagradáveis. Nesses casos, o que ajuda são *estímulos sensoriais intensos*. Por exemplo, estímulos de dor (pressão em pontos doloridos), cubos de gelo na boca, pimenta, pomada de mentol e cânfora ou, ainda, estímulos visuais ou acústicos intensos.

Ademais, as habilidades de tolerância ao estresse só deveriam ser praticadas pelo tempo suficiente a fim de reduzir o valor para baixo de 7. Você perceberá isso quando voltar a conseguir pensar de maneira razoavelmente clara. O objetivo das habilidades de tolerância ao estresse é o mesmo do comportamento automutilatório, ou seja, a redução do estresse extremo. Contudo, a diferença está no fato de as habilidades não levarem a consequências prejudiciais em longo prazo. Infelizmente, é bem mais fácil lançar mão dos cortes como recurso instantâneo eficaz e confiável disponível. É preciso uma dose de coragem, treino e resistência para abrir aqui um novo caminho e familiarizar-se com ele. Muitos pacientes decidiram levar permanentemente consigo, num *estojinho de emergência*, duas ou três habilidades de tolerância ao estresse. A longo prazo, pacientes *borderlines* podem treinar a percepção dos primeiros sinais de alerta de uma tensão crescente. Mas atenção! As habilidades de tolerância ao estresse não resolvem todos os seus problemas. Elas lhe devolvem a condição de pensar e agir de maneira clara para resolver seus problemas. A longo prazo, é muito mais importante melhorar sua regulação das emoções, assim como seu comportamento interpessoal e, não por último, sua autoestima!

Tabela 5: Habilidades para redução do estresse elevado.

Saborear	<ul style="list-style-type: none">- mastigar pimenta ou gengibre fresco;- levar à boca molhos picantes;- morder raiz-forte fresca;- levar à boca pastilhas efervescentes de vitamina e deixá-las dissolver lentamente;- mastigar ou deixar “doces azedos” dissolverem;- chupar balas mentoladas fortes;- mascar chicletes mentolados;- tomar suco de limão fresco;- levar à boca dentífricio mentolado forte;
----------	---

Tabela 5 (continuação)

Ouvir	<ul style="list-style-type: none"> - produzir diretamente ao ouvido sons altos, estampidos ou apitos; - pôr fones de ouvido e ouvir música animada e rítmica;
Ver	<ul style="list-style-type: none"> - olhar para cima, fixar-se em um ponto e virar a cabeça lentamente para a esquerda e para a direita; - observar o ponteiro de um metrônomo; - jogar um videogame simples de “plataforma”, como Tetris ou Minecraft (verifique se a tela está na altura do eixo horizontal de seus olhos);
Cheirar	<ul style="list-style-type: none"> - cheirar um punhado de rapé forte; - cheirar sais de amônia; - cheirar óleo medicinal japonês de hortelã-pimenta ou de mentol e cânfora - cheirar raiz-forte de um frasco; - cheirar <i>sambal ulek</i> (condimento forte asiático); - cheirar lenços refrescantes de eucalipto; - cheirar bálsamo do tigre;
Sentir	<ul style="list-style-type: none"> - encostar na pele cubos de gelo ou gel refrescante; - borifar spray gelado em si mesmo; - passar na pele pomada de mentol e cânfora; - rolar uma bola de massagem sobre a pele; - rolar os pés sobre um bastão de massagem; - caminhar sobre cascalho.

Superação de crise: passo a passo

Em primeiro lugar, o mais importante: as crises em pacientes *borderlines* são comparáveis às chuvas torrenciais de verão: podemos ficar terrivelmente irritados, reclamar, ficar totalmente surpresos que elas existem, mas podemos também nos preparar para elas e agir de maneira adequada. Se lá fora estiver chovendo e você precisar sair, é bom antes aceitar que está chovendo. Então, você pega o guarda-

-chuva ou veste um casaco impermeável. Mas você também pode se incomodar: “Não é possível que esteja chovendo de novo!” e sair à rua com uma camiseta de algodão.

Traduzindo para a situação de crise, isso significa:

1. O *primeiro passo* é a aceitação: “Isso agora é uma crise”.
2. No *segundo passo*, trata-se de manter a calma: “O que foi que eu aprendi a fazer?”
 - Dê um passo após o outro!
 - Mova-se como se estivesse no olho de um furacão!
 - Até agora você superou tudo; as verdadeiras catástrofes existem somente na sua cabeça.
3. No *terceiro passo* deveríamos nos lembrar da escala de tensão: “Qual a intensidade da minha tensão agora?”.
4. O *quarto passo* é o emprego de habilidades.

Durante o estresse elevado (valor maior do que 7, numa escala de 0 a 9), servem estímulos sensoriais fortes (que deveriam estar no “estojinho de emergência”, ver Tabela 5). Para valores inferiores a 7, ajudam as habilidades apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6: Habilidades para lidar com momentos críticos ou situações de crise.

Imaginação	As pessoas podem usar sua imaginação para obter resultados positivos. Você pode, por exemplo, imaginar uma viagem, visitar um lugar seguro, folhear guias de viagem ou fotos de lembrança de um passeio.
------------	--

Tabela 6 (continuação)

Atribuição de sentido	Atribuir sentido quer dizer procurar um sentido mais profundo para situações desagradáveis. Toda situação temerosa que você superar vai deixá-lo mais forte. O “sentido” do medo poderá ser, por exemplo, prepará-lo para tarefas mais difíceis. Dirija sua atenção para todos os aspectos positivos da situação dolorosa.
Relaxamento	Assuma uma postura relaxante e reta, gire a palma das mãos para frente, relaxe a musculatura facial para um sorriso suave. Preste atenção em sua respiração. É melhor fazer isso caminhando.
Período curto de férias	Um período curto de férias ajuda você a interromper o cotidiano tenso e a fazer, por um tempo limitado, algo completamente diferente. Se, por exemplo, você estiver estudando e tiver dificuldade de concentração, não adianta muito forçar ainda mais a atenção. Ajuda muito mais parar por dez minutos, preparar um café e ouvir uma música suave.
Encorajamento	Se as coisas não vão bem, então você precisa se encorajar, ou seja, precisa de frases que você diz a si mesmo(a) e que lhe deem coragem nos momentos difíceis. Como você se sente, por exemplo, quando diz: “Eu consigo resistir!”, “Eu já superei situações semelhantes; não vai durar para sempre”, “Eu faço o melhor que posso”?

Tabela 6 (continuação)

Concentração no momento	Dirigir toda a sua atenção ao momento presente; perceber este momento com todos os sentidos.
Oração e meditação	Oração e meditação significam abrir seu coração a um Ser superior, a uma Sabedoria maior ou a Deus. Peça forças, demonstre confiança que essa Sabedoria maior tome as situações nas mãos.

Habilidades para aceitação da realidade e formação da responsabilidade. Além dessas habilidades de efeito breve para a superação de momentos críticos e de estresse elevado, no módulo de tolerância ao estresse são oferecidas ainda quatro habilidades de efeito duradouro para a prevenção de crises (ver Tabela 7). Tais habilidades são úteis no caminho para a aceitação da realidade e a responsabilização pela nova vida. Tais habilidades agem de maneira mais preventiva e lhe dão força para construir uma nova vida. A vida é assim como ela é. Ela lhe foi dada. Você está nela. Aceitar a realidade assim como ela é faz bem. Se não quiser ficar continuamente dependente da ajuda psiquiátrica, você precisa tomar as rédeas da responsabilidade pela própria vida. Isso só parece ser uma contradição, mas não é. A aceitação da realidade ajuda-nos a assumir a responsabilidade pela própria vida. Não é muito sensato ficar ruminando sobre o que devia ou não devia ter aconte-



cido. Contudo, essas habilidades requerem tempo; elas precisam amadurecer. Por isso, precisam ser treinadas por um prazo maior antes de você notar seus efeitos.

Tabela 7: Habilidades para a aceitação da realidade e para a formação da responsabilidade.

Decisão por um novo caminho	Sempre que alguém almeja mudanças profundas, aparecem os hábitos pelo caminho. Esses velhos hábitos são muito fortes e com frequência de eficácia comprovada. Como eles se adequaram ao nosso organismo e inclusive ao nosso entorno, eles sempre se apresentarão. Justamente sob tensão e estresse, nosso cérebro recorrerá automaticamente a velhas soluções. Por isso, é muito importante decidir-se explicitamente pela mudança. A TCD chama essa habilidade de “decisão por um novo caminho”. As novas metas devem ser formuladas e descritas da maneira mais clara possível. Por exemplo: “Não quero mais me ferir de jeito nenhum, mas em vez disso usar habilidades de tolerância ao estresse”. Ou: “Não quero mais me submeter às práticas sexuais de meu companheiro, mas dizer abertamente o que me dá e o que não me dá prazer”. Muitos de nossos pacientes dão forma a essa “decisão por um novo caminho” com ilustrações ou fotomontagens, e as penduram em cima de suas camas.
-----------------------------	---

Tabela 7 (continuação)

Disposição interior	Disposição interior quer dizer estar atento(a) e aberto(a) a cada situação, estar disposto(a) a fazer justamente o que é útil e bom para alcançar as próprias metas. Isso significa não insistir e querer as coisas a qualquer custo, e depois reagir de maneira ressentida porque elas não são como deveriam ser. Também as situações difíceis têm de ser abraçadas como desafios para encontrar soluções úteis, leves, elegantes e duradouras. Em situações críticas, ou seja, toda vez que houver perigo de brigar com alguém, pode-se fazer a si mesmo a seguinte pergunta: “Quero ter razão ou quero atingir minha meta?”. Você notará que muitas vezes a satisfação momentânea de ter razão atrapalha a satisfação duradoura de atingir a meta. Para esclarecer ainda mais: mesmo que seu chefe o(a) machuque às vezes, talvez seja melhor continuar a ser gentil com ele e trabalhar e, mais tarde, esclarecer a situação do que esbravejar com ele e pedir as contas.
Aceitação radical	A expressão “aceitação radical” descreve uma postura que pessoas sábias assumem diante de coisas que não podem ser mudadas. Essa postura plenamente aceitável engloba também as próprias emoções, os próprios pensamentos e os próprios desejos. “Tenho diabetes, serei dependente da insulina a vida toda e tenho medo das sequelas mais tarde, como infarto ou cegueira”.

Tabela 7 (continuação)

Aceitação radical	Ou: “Na minha infância, passei por fortes experiências de violência, e isso vai afetar toda a minha vida, e as imagens do que aconteceu me vêm sempre à mente. É assim....” Ou ainda: “Minha irmã é mais querida pelos meus pais do que eu. É mais bonita, mais bem-sucedida, tem dois filhos e um bom marido. Eu a detestava; sempre fui ciumenta. Não tem jeito....”. Aceitação radical quer dizer acolher a situação e nossas reações como são, sem que possamos ou queiramos mudá-las. A situação é como é por não poder ser diferente, senão seria de fato diferente. Naturalmente, você deve aceitar radicalmente somente os fatos, não as opiniões. Estas podem ser mudadas; o passado, não. Muitas vezes é valioso aceitar radicalmente os próprios erros do passado.
Assumir a responsabilidade pelo outro	É natural que nos ocupemos em primeiro lugar de nós mesmos. Especialmente quando as coisas vão mal. Por outro lado, muitos pacientes <i>borderlines</i> sofrem com a sensação de solidão e isolamento social. Quase todas as pessoas procuram ao longo da vida coisas ou pessoas pelas quais assumem responsabilidade, cujas preocupações carregam e às quais se dedicam. É o caminho para ter importância para os outros.

Tabela 7 (continuação)

Assumir a responsabilidade pelo outro	Faz pouco sentido ficar esperando alguém cruzar nosso caminho e nos amar incondicionalmente. Provavelmente você não suportaria isso mesmo. No início da TCD, pedimos a nossos pacientes que elaborem uma lista de coisas ou pessoas pelas quais se sentem responsáveis. Para a maioria deles, não lhes vem muita coisa à mente. A tarefa passa, então, a se elaborar, em três meses, no mínimo em cinco campos em que essa afirmação se aplique. Alguns adquirem um animal de estimação, outros se comprometem a ler uma vez por semana para uma senhora idosa da vizinhança etc. Talvez você chegue a tentar isso também.
---------------------------------------	--

4.3.3.4 Módulo de habilidades 3: Regulação emocional

Como já descrevemos anteriormente, a maioria dos pacientes *borderlines* tem maior ou menor dificuldade de regular seus sentimentos de maneira sensata. Para deixar claro:

Se você imaginar nosso sistema emocional como se fosse um cavalo, as pessoas estariam montadas, em geral, em um cavalo de tração. Ele é relativamente robusto, confiável e estável. Pessoas com o transtorno de personalidade *borderline*, por sua vez, geralmente estão montadas em um cavalo árabe. Ele desobedece com facilidade e reage de modo muito sensível a estímulos externos, tem temperamento forte e é difícil de domar. Para se segurar na sela desse cavalo selvagem é preciso saber cavalgar muito bem. Isso quer dizer que as pessoas com o transtorno precisam não só de uma dose de habilida-

des específicas, como também precisam treiná-las intensamente por muito tempo. Uma vez que você aprendeu a montar suficientemente bem esse cavalo árabe, cavalgar um belo animal como esse com certeza não é a pior coisa do mundo.

Afinal, o que são emoções?

As emoções têm uma história muito antiga. Elas se desenvolveram para direcionar nosso comportamento. Ajudam-nos a dar conta de nosso entorno de maneira rápida e objetiva, sem muito gasto de energia. Isso significa que as emoções surgem como reação a circunstâncias exteriores ou interiores, levando-nos a ações bem determinadas. Vamos supor que percebemos que nós mesmos ou alguém querido esteja ameaçado. Julgamos que não conseguimos nos defender e sentimos medo. O medo impele-nos ou a pedir socorro, ou a fugir ou, se preciso for, a atacar cegamente.

Se, no entanto, tememos que os outros tenham uma má impressão de nós, e nos desprezem, e nos classifiquem como de pouco valor, desenvolvemos, então, o sentimento de vergonha. A vergonha impele-nos a esconder nossas fraquezas dos outros.

Quando, porém, acreditamos que fizemos ou alguém a quem nos sentimos ligados fez algo especial, então desenvolvemos o sentimento de orgulho. O orgulho impele-nos a expor nossos feitos, a contar a todos quão bons somos ou nossos filhos são.

Praticamente toda emoção desenvolveu-se ao longo dos milênios a fim de nos forçar a determinadas ações.

Como as emoções se desenrolam?

Podemos imaginar o processo de uma emoção como uma cadeia (ver Figura 3). No começo, percebe-se que ocorreu um acontecimento

qualquer. Podem ser coisas que observamos ao nosso redor, mas também pode ser um sinal do nosso corpo. Na maioria das vezes, essa percepção não é consciente.

De modo mais ou menos automático, avaliamos aquilo que percebemos. É essa avaliação que decidirá se algo é importante ou não, ou se é perigoso ou estimulante. Nossa avaliação depende muito de nossa experiência. Com frequência não temos consciência dessa avaliação.

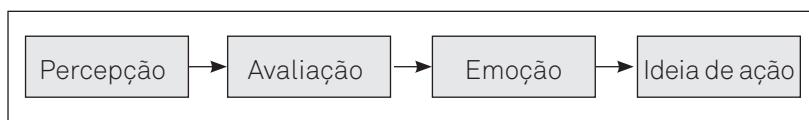


Figura 3: Processo das emoções.

As avaliações desencadeiam emoções: vergonha, culpa, medo, raiva, orgulho etc. Quando as emoções são fortes, experimentamos certa quantidade de excitação. Nem sempre temos consciência delas. Enfim, as emoções nos impelem a ações bem determinadas. Aqui fica mais simples: temos consciência da maioria das ações.

Tais processos ocupam um espaço relativamente grande em nosso cérebro. O papel mais importante é desempenhado pelo chamado sistema límbico. Nele, as informações são processadas, avaliadas, comparadas com experiências anteriores, classificadas, associadas a planos de comportamento, atreladas a processos fisiológicos (tensão muscular, respiração, pressão arterial) e, enfim, transformadas ou não em ação.

Fique sabendo: O caminho mais fácil para reconhecer as próprias emoções passa sempre pela ideia de ação

- Se queremos fugir, temos medo.
- Se queremos agredir alguém, somos levados pela raiva.
- Se queremos desaparecer no ar e começamos a nos detestar, normalmente estamos com vergonha.
- Se preferimos nos submeter para remediar as coisas, então é a culpa que se manifesta.
- Se temos vontade de pular no pescoço de alguém, pode se tratar de ciúme.
- Se queremos algo de alguém por acharmos que aquilo na realidade pertence a nós, trata-se de inveja.
- Se temos vontade de mostrar aos outros o que fizemos de bom, estamos orgulhosos.
- Se queremos ter alguém conosco logo e para sempre, então estamos apaixonados.

Como as emoções funcionam?

As emoções são responsáveis pelo nosso bem-estar e também pelo modo como nos comportamos diante dos outros, ou seja, nosso comportamento social. É útil entender como elas funcionam:

- Na maioria das vezes, as emoções surgem e desaparecem rapidamente.
- As emoções fazem com que nos sintamos vivos.
- Emoções fortes levam a fortes excitações físicas.
- Emoções fortes desenvolvem forte impulso para a ação e são difíceis de questionar. Isso significa que emoções intensas penetram em nossa vida e a determinam (as emoções se julgam importantes e têm muito amor próprio).

- As emoções regulam nosso comportamento, o que, frequentemente, acontece de modo inconsciente. No entanto, tentamos evitar emoções desagradáveis e procuramos ter emoções agradáveis. As emoções nos motivam e nos preparam para a ação.
- As emoções são fortemente impregnadas por nossas experiências de vida. Um aluno que foi alvo de chacotas nas aulas de educação física pelo seu jeito desengonçado vai se envergonhar muito mais por causa de um comentário de desdém na escola sobre seus novos tênis do que quem costuma marcar gols no time de futebol e é admirado por todos.
- As emoções não dizem nada sobre a realidade, mas apenas sobre como a interpretamos e avaliamos. Se lermos no celular de um namorado a mensagem “Obrigada, você foi muito legal ontem ;-)” e a interpretarmos como um agradecimento secreto por uma traição, naturalmente ficaremos com ciúme. Mas se soubermos que a mensagem é de uma colega de classe que está agradecendo por ele ter lhe dado uma dica para a solução do problema de matemática durante a aula, provavelmente ficaremos com orgulho dele.
- Nossas emoções também têm influência sobre as outras pessoas. Nossa expressão facial, nossa postura e nossos gestos comunicam informações mais rapidamente do que as palavras. Se alguém tiver lágrimas nos olhos e olhar para baixo, podemos pensar que essa pessoa está triste e querer consolá-la. As emoções podem nos dar informações importantes sobre a situação: quando temos medo, pensamos que determinada situação é perigosa.
- Também podemos regular nossas emoções. Nosso cérebro é capaz de reforçá-las ou atenuá-las. Isso pode ser treinado.

Um pouco de neurobiologia

Na maioria das vezes, o controle das emoções acontece de modo automático e é aprendido no decorrer de nosso desenvolvimento. Inúmeros circuitos de regulagem no cérebro cuidam para que nossas emoções não se tornem fortes demais ou assumam o comando total num momento inadequado. É bom que seja assim, pois, do contrário, mal seríamos capazes de agir socialmente de modo sensato e duradouro. É natural que às vezes tenhamos ciúmes de nossos colegas, mas nem por isso pulamos no pescoço deles. É natural que, vez ou outra, sintamos vergonha ao aparecer em público, mas mesmo assim vamos em frente, se for bom para nós. Também conseguimos cuidar das relações, apesar de às vezes nos sentirmos cerceados pelo(a) nosso(a) companheiro(a). A maioria das crianças é educada com muito amor, ainda que às vezes elas sejam terrivelmente estressantes. Você vê que, no decorrer da vida social, as pessoas aprendem a lidar muito bem com as próprias emoções. O lado agradável disso: tal processo consome pouca energia e consciência, pois é amplamente automatizado.

Um papel central na regulagem de nossas emoções é desempenhado pelo córtex cerebral, especialmente o chamado córtex pré-frontal (ver Figura 4). Este se localiza na porção anterior de nosso cérebro e é intimamente ligado ao chamado sistema límbico. O sistema límbico é uma rede de estruturas cerebrais que, interagindo entre si, gera emoções e, consequentemente, elabora e encaminha ordens ao corpo.

O prosencéfalo (ou encéfalo central) recebe sinais sensoriais, associa-os a conteúdos da memória e avaliações emocionais oriundas do sistema límbico. Com base nessas informações, são desenvolvidas as ações. O prosencéfalo é visto como o centro de controle superior para a regulagem da ação, estando, ao mesmo tempo, intensamente envolvido na regulagem das emoções. Ainda não sabemos exatamente por

quê, mas, em pacientes *borderlines*, os “freios pré-frontais” evidentemente não funcionam como deveriam. Isso pode estar relacionado ao número de ligações nervosas ou a processos neuroquímicos. O resultado é que a regulação automática das emoções nesses pacientes não mostra os mesmos efeitos que em pessoas hígidas. A consequência disso é que, uma vez ativadas, as emoções se exacerbam. Outra consequência importante, porém, é que os pacientes *borderlines* precisam aprender outros métodos adicionais para regular suas emoções.

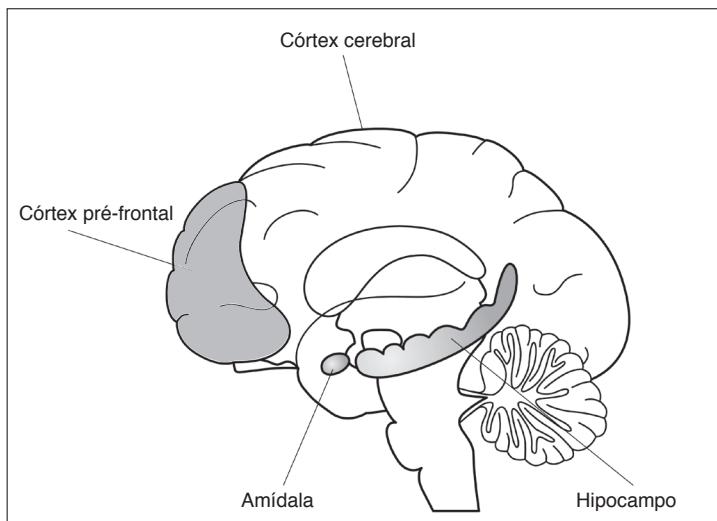


Figura 4: O córtex pré-frontal desempenha um papel central na regulação de nossas emoções.

Como é possível regular as emoções?

Primeiro a boa notícia: isso funciona de fato e é possível aprender. Portanto, podemos usar nosso pensamento e nosso corpo para reforçar ou amenizar nossas emoções. Um exemplo simples: imaginemos que você esteja no cinema e assista a uma cena que provoque medo. Seu sistema

emocional reage, e você sente seu coração bater forte. Sua respiração se acelera, a cena o(a) envolve. Você aperta a mão de sua(seu) namorada(o). Ela(e) percebe que você está com muito medo e cochicha ao seu ouvido: “Oi! É só um filme! Essa cena é uma animação; veja , pelas cores dá para ver que é uma montagem, que estão todas erradas”. Ou: “Veja aquele cara lá, está devorando o terceiro saco de pipoca”. É bem provável que você se tranquilize um pouco. Chamamos essas manobras mentais simples de avaliar de maneira diferente ou “distrair-se”. Com a ajuda de nossos pensamentos podemos regular as emoções atribuindo outro significado à nossa percepção.

Abafamento das emoções: Passo a passo

1. Reconheça e avalie a intensidade de sua tensão (0-10).
2. Reconheça e identifique o sentimento com ajuda de sua ideia de ação: “O que quero fazer agora mesmo?”
3. Reflita se o que deseja fazer é bom a curto e longo prazos.
“Meus atos AJUDAM?” – Refletir se meus atos de agora serão bons daqui a alguns meses.
4. Se não, atenua sua emoção:
 - com a respiração;
 - com pensamentos opostos;
 - com uma postura corporal diferente.

Palavra mnemônica: “Contrariar”: “Faça exatamente o contrário do que sua emoção sugere”.

O *primeiro passo* decisivo é, portanto, perceber primeiro que estamos começando a estar sob tensão. Se essa tensão for tão forte que não conseguimos mais pensar com clareza (portanto, valor maior de 7 na escala TCD), devemos nos conter por um instante para, com ajuda das habilidades de tolerância ao estresse (ver anteriormente), reduzir essa tensão a um nível suportável.

No *segundo passo*, devemos verificar a ideia de ação e identificar o sentimento mais importante. No módulo de treinamento de habilidades “regulação emocional”, os pacientes *borderlines* aprendem as bases, os significados e os conceitos de ação de todas as emoções importantes. Portanto, para conseguir atenuar efetivamente essas emoções, é muito útil reconhecê-las e identificá-las. O modo mais fácil de reconhecer uma emoção é pela ideia de ação que ela induz. Quando queremos agredir alguém, bater, acabar com essa pessoa ou humilhá-la, muito provavelmente estamos com *raiva*. Quando achamos alguém maravilhoso e procuramos incessantemente suas características negativas para contar aos outros, quando essa pessoa possui algo que queremos danificar ou mesmo destruir, é bastante provável que tenhamos *inveja* dela. Quando temos uma necessidade insistente de controlar quem está ao nosso lado, saber os detalhes de sua agenda, observamos como ele olha para as outras mulheres e por isso queremos pular no seu pescoço, significa que o sentimento de *ciúme* foi ativado em nosso cérebro. Quando ruminamos sem cessar quem ainda nos ama nesse mundo, quando temos uma necessidade urgente de ligar para alguém, surfar na internet, sofrer nas salas de bate-papos, isso pode indicar um sentimento de *solidão* (ver também quadro na p. 105). A maioria dos pacientes *borderlines* conhece esse sentimento muito bem. E a lista não para por aí.

No *terceiro passo*, você deve se fazer a pergunta mais importante, ou seja, se suas intenções de ação, ou seja, aquilo que você deseja absolutamente fazer, são benéficas não somente a curto prazo, mas também a longo. Se a resposta a essa pergunta for positiva, aja coerentemente! Contudo, é importante se lembrar de que todas as emoções visam sempre a *ações de curto prazo*. Ou seja, cada ideia de ação motivada emocionalmente parece-nos adequada a curto prazo. Quanto mais forte for a emoção, mais evidente será a pressão pela ação e mais “lógico” lhe parecerá o projeto da ação. Se alguém tiver muito medo, parecerá extremamente sensato fugir. Será extremamente difícil convencer essa pessoa a não desaparecer imediatamente e a não se esconder,

embora ela possa muito bem “saber” que tal medo não corresponde à realidade. Esse fenômeno é encontrado com frequência após experiências traumáticas, como veremos no caso a seguir.

Caso:

Tomemos, por exemplo, dona Ana, que há muitos anos sofreu um assalto que teve a participação de um jovem careca. Hoje ela vai à primeira aula de um curso de atualização profissional importante para melhorar seus conhecimentos de informática. Na fileira na frente dela está sentado um senhor idoso e calvo. Essa visão provoca nela um medo intenso. Tem taquicardia, sua frio e lembra-se do trauma. Embora saiba que não há qualquer perigo no presente, ela sente uma forte necessidade de deixar a sala imediatamente. Se ela se perguntar agora se sua ideia de ação, ou seja, deixar a sala, tem sentido, naturalmente responderá, a curto prazo, afirmativamente. Tudo a impele a fazer isso logo. O medo assumiu o controle, e todo o resto lhe parece “sem sentido”, e não “em consonância”. Somente quando ela se perguntar se a fuga da sala de aula é adequada também a longo prazo (ou seja, usa a habilidade “AJUDAM”), ficará claro que isso poderia prejudicá-la. Ela precisa muito do curso e, sem ele, terá problemas no emprego. Portanto, fará sentido ficar na sala e atenuar o medo.

Como se faz para atenuar as emoções no quarto passo? O princípio básico já foi mencionado: faça o contrário daquilo que a emoção lhe “sugere”. Portanto, coisas que parecem ser “incoerentes”. O primeiro passo, o mais fácil, é sempre o controle da respiração. Pelo fato de quase todas as emoções, a partir de determinada intensidade, levarem à ativação da circulação sanguínea e, assim, à aceleração da respiração, é geralmente útil desacelerar a respiração e acalmar-se. Para tanto existem inúmeros métodos. Você deve treinar regularmente ao menos um deles e ser capaz de aplicá-lo (ver Tabela 8).

Tabela 8. Métodos para atenuar as emoções.

Respiração profunda	Deite-se de costas. Respire uniforme e suavemente e preste atenção no movimento de seu abdome. Quando começar a inspirar, deixe o abdome levantar, permitindo que o ar flua para a porção inferior do pulmão. Quando a parte superior do pulmão começar a se encher, seu peito se levanta e o abdome abaixa. Não faça força. Repita isso dez vezes. A expiração deve levar mais tempo do que a inspiração.
Pensamento oposto	Tente ativar pensamentos, imagens ou lembranças que representem exatamente o contrário do que a emoção está causando. Caso você tenha medo sem motivo ou esse medo seja muito grande, não pense em outras situações perigosas; do contrário, imagine-se num lugar seguro ou numa situação em que se sentiu forte e em segurança. Caso sinta vergonha sem motivo ou se essa vergonha for muito grande, por favor, não fique pensando em como se esconder, mas imagine uma situação em que teve orgulho e foi elogiado(a) por muitos amigos. Caso tenha inveja sem motivo ou se essa inveja foi muito intensa, imagine todos os presentes que já ganhou ou o que aquela pessoa fez para ganhar aquilo que você queria. Caso sinta nojo de si sem motivo ou se esse nojo for muito intenso, pense que sua pele se renova totalmente 12 vezes no ano, levando embora toda impureza ou o que o(a) deixava sujo(a). Caso você esteja com raiva sem motivo ou essa raiva seja muito intensa, imagine que seu opositor pode lhe ser útil se você for gentil com ele. Em todo caso, você deve treinar esses pensamentos antes de as emoções serem ativadas. Do contrário, isso provavelmente será muito difícil para você.

Tabela 8 (continuação)

Posturas corporais opostas	Muitas emoções privilegiam algumas posturas corporais, com as quais elas se fortalecem. Quando nos envergonhamos, a vergonha nos impele a cruzar as pernas, apoiar as mãos no colo, inclinar o torso, virar a cabeça e fitar o chão. Se assumirmos essa postura corporal, a vergonha será reforçada. A postura corporal oposta seria: levantar a cabeça, endireitar os ombros, colocar as mãos na cintura e esboçar um leve sorriso de superioridade. Essa postura afasta a vergonha ou a atenua significativamente. Quando tivermos raiva, ela nos fará cerrar os punhos, levantar o antebraço, erguer o queixo, morder o lábio, olhar o adversário fixamente, apoiar os pés em posição de ataque, ou seja, com os calcanhares unidos e as pontas dos pés para fora. Com essa postura, podemos reforçar a raiva. Para atenuar uma raiva injustificada ou demasiadamente intensa, você deve baixar as mãos, abri-las e virá-las para frente, relaxar o queixo, pôr um leve sorriso nos lábios e girar o calcanhar para fora. Com exceção das emoções de inveja, ciúme e solidão, todas elas se manifestam com linguagens corporais que você poderá usar especificamente para atenuá-las.
----------------------------	--

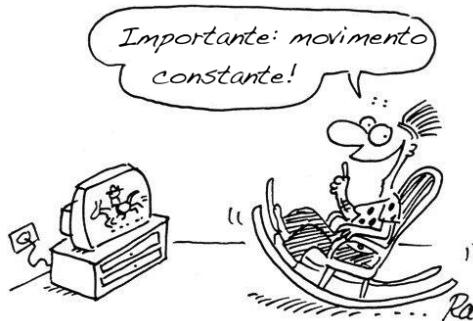
Além desses métodos eficazes para atenuar as emoções, é importante que justamente os pacientes *borderlines* saibam que cada um pode fazer muito para abaixar o próprio nível da *vulnerabilidade emocional*.

Como podemos abaixar o nível da vulnerabilidade emocional?

O termo ABC Saudável empregado pela TCD representa uma série de habilidades úteis (veja quadro a seguir).

Habilidades úteis: ABC Saudável

- *Atividades agradáveis*: tente planejar ao menos dois eventos agradáveis por dia.
- *Bagunçar menos – evitar a bagerna com o planejamento*: prepare-se para novas tarefas pensando antecipadamente que desafios terá de enfrentar e como pode, ou não, preparar-se para eles.
- *Construir competências e responsabilidade*: planeje uma ou mais atividades por dia que consiga executar com esforço, a fim de desenvolver uma nova sensação de realização. Assuma responsabilidade pelos outros.
- *Valorização da alimentação*: alimentar-se regularmente e beber ao menos de dois litros de líquidos diariamente faz parte das competências básicas de pessoas com transtorno de personalidade *borderline*.
- *Sono*: distúrbios do sono são frequentes e, com o tempo, levam a significativo peso emocional. Converse com seu médico a respeito, mas evite tratamentos com benzodiazepínicos.
- *Exames e tratamento de doenças a longo prazo*: se você sofre de alguma deficiência física ou doença, procure um tratamento adequado!
- *Uso de drogas e álcool*: evite.



4.3.3.5 Módulo de habilidades 4: Habilidades interpessoais (como lidar com os outros)

Muitas pessoas com transtorno de personalidade *borderline* mostram dificuldades significativas no campo interpessoal, ou seja, no campo social. Alguns se comportam de modo submisso; desistem de fazer valer seus objetivos e suas ideias. Outros se comportam de maneira grosseira, ofendem-se facilmente e guardam rancor. Alguns agem de modo agressivo e hostil com relação aos outros. No entanto, a maioria se comporta de maneira absolutamente normal; a situação só se torna difícil para eles quando estão sob estresse ou tensão. O treinamento de habilidades da TCD visa transmitir ao paciente *borderline* capacidades tanto para atingir suas metas quanto para dar atenção a suas relações e a sua autoestima.

Situações diferentes requerem habilidades diferentes: se quero atingir uma meta muito importante, é necessário que eventualmente me coloque de maneira firme diante das pessoas que são importantes para mim. No entanto, às vezes, quando essas relações são muito importantes para mim, preciso renunciar minhas metas. Quando sempre insisto em ter “razão”, fica difícil cultivar relações e ao mesmo tempo atingir metas.

A Folha de exercício 4 (ver Anexo, p. 145) pode ser usada para a melhor compreensão das situações problemáticas do cotidiano e a reflexão no que se deseja de fato obter e em como será possível alcançar melhor esses objetivos no futuro. Ela serve para analisar precisamente as situações problemáticas.



4.3.3.6 Módulo de habilidades 5: Melhora da autoestima

Os pacientes *borderlines* quase sempre sofrem de muita insegurança e autoestima baixíssima. Por isso, a TCD oferece habilidades para o aumento da autoestima.

Fique sabendo: Encontramos frequentemente as seguintes crenças básicas nos pacientes:

- Sou moralmente pior do que os outros.”
- “Sou um(a) incompetente.”
- “Sou feio(a).”
- “Sou tolo(a) e desprezível.”

As razões para tais crenças são muitas vezes humilhações profundas que nos atingiram fundo na infância e na juventude, provocadas por familiares, mas também por amigos (grupos de amigos, por exemplo, colegas de escola). Quando frequentes humilhações foram vivenciadas, essas posições de inferioridade são aceitas e se passa a acreditar nelas. É evidente que esse não é um pressuposto favorável para ter alguma alegria na vida, não é? É especialmente difícil sentir que é um excluído e, ao mesmo tempo, acreditar que não vai conseguir sobreviver sozinho.

O que fazer? Alguns tentam se adaptar a isso desesperadamente; outros se tornam até agressivos. A maioria, porém, é muito sensível à exclusão social e também muito desconfiada. Conhecemos pacientes que pensam o tempo todo quem não gosta deles quando interagem com um grupo. E conhecemos pacientes que interpretam comentários inofensivos dos outros como agressões e reagem de modo muito grosseiro. Muitos, ainda, esforçam-se para tentar evitar situações sociais em que haja o mínimo perigo de passarem vexame. Você também já passou por isso? As pessoas bem-sucedidas não tiveram sucesso por

não terem passado vexame, mas porque aprenderam que não é tão ruim assim quando isso acontece.

Vexame:

Um método muito eficiente para evitar vexames consiste em declarar que é “incapaz”. O lema é: “Evite vexames apresentando-se como incompetente”. Evite, sobretudo, todas as situações a seguir:

- provocar inveja;
- provocar ciúme;
- ridicularizar-se;
- fazer inimigos ou rivais;
- exibir resultados publicamente;
- fazer exigências;
- exibir orgulho;
- impor-se;
- qualquer forma de vergonha;
- exigir relações ativamente.

Quando se evita tudo isso, sobra apenas uma vida numa redoma de vidro, ou se toma a decisão de hibernar numa clínica psiquiátrica ou numa comunidade terapêutica.

As crenças básicas sobre si (por exemplo, “sou incapaz”), naturalmente, têm pouco a ver com os valores e as possibilidades factuais da pessoa com transtorno de personalidade *borderline*.

Portanto, cabe verificar o conteúdo de realidade das crenças básicas citadas a fim de iniciar, passo a passo, o trabalho no aumento da responsabilidade quanto à vida



social. É preciso aprender que erros, bem como fracassos, fazem parte da vida normal e que, portanto, eles não ameaçam a exclusão social, o que muitos vivem temendo.

Com ajuda da Folha de exercício 5 (ver Anexo, p. 147) você pode treinar um “olhar justo” sobre si mesmo(a) e, assim, visar a uma melhora progressiva da autoestima.

4.4 TCD na internação

Existem dois tipos de tratamento na internação:

1. *Intervenção emergencial na internação*: é oferecida pela maioria das clínicas psiquiátricas, geralmente não especializadas em pacientes *borderlines*, acontecendo com frequência em condições “protegidas”, ou seja, fechadas. O tratamento visa exclusivamente à superação da crise.
2. *Tratamento intensivo na internação*: pode se dar também em condições de internação em hospital-dia, ou seja, quando os pacientes passam apenas o dia na unidade, pernoitando em casa (ou numa pensão). Trata-se de uma psicoterapia intensiva, conduzida por uma equipe multiprofissional. Por causa da limitação do tempo, somente alguns temas selecionados conseguem ser trabalhados.

4.4.1 Intervenção emergencial na internação

É natural que pacientes *borderlines* estejam frequentemente sob grave tensão, às vezes desesperados, às vezes desenvolvendo pensamentos suicidas. Mas quando falamos de uma crise que requer internação? É sempre quando a pessoa com transtorno de personalidade *borderline* não tem mais condições de controlar seus impulsos ou planos suicidas. Como já falado, fazemos uma distinção clara de fantasias suici-

das e planos concretos de realizá-las. Como os planos suicidas não surgem do nada, podemos partir do pressuposto de que um paciente em crise se vê confrontado com problemas que não sabe resolver senão refugiando-se continuamente em pensamentos suicidas, que acabam ocupando todos os seus pensamentos e o pressionam para agir. Nessa situação, o paciente deve ter um contato frequente com seu terapeuta (se tiver algum) e, se esse terapeuta estiver de acordo, internar-se para uma intervenção emergencial. Outros motivos para intervenção emergencial pela internação são naturalmente intoxicações agudas com drogas ou álcool ou fases de dependência grave que requeiram logo um tratamento de desintoxicação. Também episódios depressivos graves (ver p. 31-33) justificam uma eventual internação breve para intervenção emergencial.

O que acontece durante uma intervenção emergencial na internação?

As internações de intervenção emergencial limitam-se, via de regra, a 14 dias e acontecem normalmente em chamadas “clínicas fechadas”. Ou seja, só é possível deixar a unidade em companhia de funcionários ou de familiares. Durante os 14 dias, a equipe trabalha intensamente para entender as causas da crise instalada.

São feitas perguntas como:

- Quando começou seu problema atual?
- Que problemas existem no campo social (cônjuge, parentes, profissão, estudo etc.)?
- Que problemas psíquicos existem (pensamentos, sentimentos, humor)?
- Que tipo de apoio podemos conseguir?
- Quais são os três passos mais importantes para superar a crise?

Com base nisso, a equipe de tratamento elabora com o paciente um plano para a aplicação desses “três passos para sair da crise”. Estes devem ser implementados no prazo de duas semanas.

Importante:

A internação para intervenção emergencial deve ser levada em consideração apenas em crises realmente graves.

O tratamento é voltado apenas para estabilizar o paciente até que ele tenha novamente condições de viver em casa e fazer uma terapia ambulatorial. De modo geral, as clínicas fechadas são para os pacientes *borderlines* um doce veneno atraente. Pode parecer estranho à primeira vista, pois o que haveria de atraente em não poder sair, ter todos os passos observados e até ser eventualmente amarrado? Admitamos, isso é desagradável... Por um lado. Por outro, uma clínica fechada também tem seu incentivo. Não se está sozinho, recebe-se muita atenção, está livre de responsabilidades, não é preciso tomar qualquer decisão, não há mais risco de vexame, pode-se dar realmente uma de louco e recebe-se continuamente a confirmação de “estar mesmo doente”. Para quem tem sérios problemas de solidão, não tem ninguém de quem receber atenção, precisa lutar duro para “se fingir normal” todo dia e mesmo assim está inseguro se precisa de ajuda e apoio ou apenas fantasia isso – o que ocorre com a maioria dos pacientes *borderlines* –, uma clínica fechada apresenta vantagens. Isso fica mais claro nos casos em que os pacientes pedem espontaneamente para serem amarrados ou ameaçam suicidar-se até os funcionários perderem a paciência e ordenarem a contenção.

Caso:

Uma paciente explicou o seguinte: “Quando sofro de sérios pensamentos suicidas, sinto um conflito interno intenso. De um lado, o pensamento de pôr fim à vida é muito atraente, pois daí tudo acabaria. Por outro lado, uma parte importante de mim quer viver. Sempre que decido me matar, sinto-me melhor. Mas preciso acreditar nisso, senão não surte mais efeito. Como continuo viva, então de algum modo me traí, e o efeito do pensamento suicida desaparece. Às vezes não aguento mais essa luta. Então percebi que foi útil quando fui amarrada, pois isso deixou claro para mim que não poderia mais me matar, mesmo se quisesse. Com isso, foram, por assim dizer, os outros que me impediam de cometer suicídio, e eu podia imaginar isso tranquilamente. Assim eu passava o dia todo tranquila e relaxada. Quando, porém, alguém vinha para me “libertar”, eu controlava bem se queria continuar amarrada ou não. Bastava eu dizer que não garantiria por nada minhas atitudes. Finalmente chegávamos ao acordo na clínica de que eu podia pedir que fosse amarrada; assim poupávamos as brigas entre nós.”

Trata-se, naturalmente, de só *uma* explicação: é preciso ter cuidado para não aplicá-la de modo geral. O problema *nessa* “solução” é que a paciente continua experimentando e aprende todas as vezes que os pensamentos suicidas são tranquilizadores e úteis, contanto que ela mesma acredite nisso. Depois, esse pensamento fica automático, e a pessoa *torna-se* suicida. Infelizmente, esse método não leva necessariamente à solução dos problemas “na vida real”. Com o tempo, a clínica fechada impregna-se na memória como um refúgio possível. É o caminho mais curto para precisar de um tratamento psiquiátrico permanente.

4.4.2 Tratamento intensivo na internação

No tratamento intensivo na internação, a TCD é oferecida por uma equipe de tratamento altamente especializada, de maneira compacta e por um período de cerca de 12 semanas. Os programas de tratamento foram cuidadosamente elaborados, cientificamente testados e deveriam ser regularmente vistoriados. Assim, é possível confiar na eficácia dos programas terapêuticos oferecidos por essas clínicas. Algumas dessas unidades oferecem serviços especiais, por exemplo, para pacientes *borderlines* jovens, para pacientes com problemas com álcool e droga, para pacientes com transtorno de estresse pós-traumático e também com distúrbios alimentares.

Todos os programas intensivos de TCD na internação trabalham seguindo a mesma estrutura. Geralmente, cada clínica dispõe de 8 a 20 vagas para pacientes *borderlines*. Antes do tratamento, há uma *entrevista de orientação*. Nela visa-se a esclarecer se naquele determinando momento uma internação faz sentido. Você terá uma visão geral dos tratamentos oferecidos, conversa-se sobre as metas da sua terapia e você receberá, na maioria das vezes, orientações de como se preparar para o tratamento de maneira adequada.

<p style="text-align: center;">O tratamento intensivo na internação divide-se em três estágios:</p> <p>1º estágio terapêutico (cerca de três semanas): esclarecimento das metas do tratamento, bem como de seu planejamento. 2º estágio terapêutico (cerca de nove semanas): execução da terapia. 3º estágio terapêutico (cerca de três semanas): planejamento e teste de acompanhamento ambulatorial da terapia.</p>
--

O tratamento intensivo na internação divide-se em três estágios:

- 1º estágio terapêutico (cerca de três semanas): esclarecimento das metas do tratamento, bem como de seu planejamento.
- 2º estágio terapêutico (cerca de nove semanas): execução da terapia.
- 3º estágio terapêutico (cerca de três semanas): planejamento e teste de acompanhamento ambulatorial da terapia.

Durante o primeiro estágio terapêutico esclarece-se que metas devem ser colocadas no centro do tratamento. É evidente que você tem uma participação essencial nessa decisão. Caso você tenha a tendência de recair frequentemente em crises graves, é isso que deve aparecer em primeiro lugar. Mas se você já estiver de algum modo “resistente a crises”, então o tratamento terá como meta o controle de transtornos psíquicos muito importantes, como abuso de álcool ou drogas, transtorno de estresse pós-traumático ou distúrbios alimentares, ou ainda fobias sociais, ou será direcionado a ajudá-lo a melhorar seus problemas de solidão, medo de ser abandonado(a), problemas da autoestima ou da imagem corporal. Após as primeiras três semanas, os pacientes apresentam com seu terapeuta suas metas a toda a equipe de tratamento. Aqui se discute o planejamento da terapia. E também aqui sua participação é fundamental. Afinal, é o seu tratamento, e você vai ter de encarar a maior parte do trabalho. Durante o segundo estágio terapêutico, você trabalhará para atingir suas metas com seu terapeuta, com os treinadores de habilidades, o terapeuta corporal e de arteterapia, os assistentes sociais, os cuidadores e, não menos importante, com os demais pacientes. No máximo três semanas antes do fim do tratamento, você deverá começar a testar suas novas habilidades no “mundo real”, ou seja, nas condições do dia a dia. Aqui entram planos de treinamento, como o de dormir em casa, trabalhar fora e outros semelhantes.

A *terapia individual* pode ser feita uma ou até duas vezes por semana (no total, cerca de 90 minutos). Nela você fará análises de comportamento, verificará suas emoções e seus pensamentos, e aprenderá novos olhares sobre si e sobre o mundo. A terapia individual rege o tratamento; todos os elementos da terapia são integrados nela.

Os seguintes módulos de tratamento são oferecidos durante o tratamento intensivo na internação:

- Terapia individual (uma ou duas vezes por semana).
- Treinamento de habilidades (uma ou duas vezes por semana, cerca de três horas).
- Terapia de grupo (uma vez por semana).
- Entrevistas com o cuidador responsável (uma ou duas vezes por semana).
- Terapia corporal (uma ou duas vezes por semana).
- Arteterapia (uma ou duas vezes por semana).
- Aconselhamento com assistente social (de acordo com a necessidade).
- Grupo de referência (somente pacientes).

Nos *grupos de habilidades* você aprenderá as habilidades de que precisa para o alcance das metas. Você receberá exercícios para treinar e depois aplicar.

A terapia de grupo serve para aumentar seus conhecimentos teóricos sobre o transtorno de personalidade *borderline*. Aqui você ficará sabendo tudo sobre surgimento, persistência e possibilidades de terapia. Também são respondidas perguntas sobre terapia de traumas, distúrbios alimentares, drogas, álcool e medicamentos.

A *equipe de enfermagem* é capacitada para ajudá-lo(a) a aplicar habilidades mediante as entrevistas com o cuidador responsável. Aqui as crises podem ser aproveitadas para testar o efeito das habilidades.

A *terapia corporal* ajuda em vários aspectos: você aprenderá habilidades que atuam na esfera corporal, aplicáveis em situações de estresse, dissociação e também na administração dos sentimentos. Outros pilares da terapia corporal são a percepção e a linguagem do corpo, bem como a regulação de proximidade e distância corporal. Nela você

aprenderá a deixar-se tocar em condições controladas, a sentir novamente seu corpo e a reconciliar-se com ele.

A *arteterapia* usa métodos criativos para apoiar o processo terapêutico. Nela você trabalhará com ilustrações que fundamentem a decisão por um novo caminho e melhorem os pesadelos. Os odores podem ser usados para melhorar o humor; também é útil o uso direcionado de música.

Muitos de nossos pacientes têm dificuldades muito concretas na esfera social. Isso vai de dívidas elevadas passando por problemas com o trabalho e o estudo, até problemas com a moradia. Nesse aspecto, a ajuda dos *assistentes sociais* é absolutamente indispensável.

O chamado *grupo de referência* é composto pelos pacientes. Nele, o dia a dia na unidade é organizado. Quando o paciente tem dificuldades com a terapia ou a equipe de saúde, ele poderá encontrar apoio nesse grupo. Os pacientes mais experientes assumem a responsabilidade pelos novatos. Além desses grupos, que podem ser oferecidos em toda TCD intensiva, poderão naturalmente ser oferecidos muitos grupos adicionais ou tratamentos individuais. Cada clínica tem suas características específicas.

5 Outras questões importantes

5.1 Mães *borderlines*

Que problemas esperam as pacientes *borderlines* em seu papel de mãe? Uma pergunta específica e frequente é sobre o caráter hereditário do transtorno, e isso é fácil responder: como alguém com transtorno de personalidade *borderline*, você não precisa temer que seus filhos o herdem. Você poderá contar, eventualmente, que seus filhos sejam sensíveis e vulneráveis a estímulos emocionais, mas mesmo isso não é comprovado.

Muitas de nossas pacientes são “mães extraordinariamente bem-sucedidas”. Conseguiram renunciar às drogas e ao álcool, e até pararam de fumar durante a gravidez. É justamente quando se requer responsabilidade que pode ser mais fácil desistir de se cortar e o problema da solidão também passa a não ser tão importante. Quando se consegue organizar o dia a dia e as finanças, trata-se primordialmente de desenvolver um equilíbrio sensato entre cuidados e liberdade. Justamente as pessoas com o transtorno, que viveram na infância relações muito inseguras e ambíguas, tendem a desenvolver para com os próprios filhos relações muito intensas e receosas, mas isso também se dá com as outras mães. Se necessário, é muito bom recorrer a apoio sociopedagógico e terapêutico! O problema bem mais sério do que as mães *borderlines*, em geral, são os companheiros escolhidos por elas. Muitas mulheres com o transtorno parecem ter um talento pronunciado de atrair homens ruins. Talvez isso decorra do fato de elas não terem tido modelos paternos que ajudassem nisso; mas também pode decorrer do fato de elas, de tanto medo de serem abandonadas, comportarem-se de maneira submissa perante seus companheiros. Assim,

muitas não reagem à violência, e várias não cuidam muito de si no campo sexual. Expressando isso de modo um tanto maldoso: muitas pacientes *borderlines* escolhem homens que outras mulheres normalmente deixariam por bons motivos. Caso você sofra com o comportamento de seu companheiro (ou companheira), tente conversar com ele(a) a respeito e corrigir isso. Se ele (ou ela) ameaçar abandonar você, talvez seja mesmo melhor que ele (ou ela) se vá de fato. Justamente quando se trata de cuidado e educação dos filhos, via de regra é melhor decidir fazer isso sozinha ou com assistência social do que com um companheiro violento, alcoólatra ou dependente químico.

5.2 Como familiar, o que posso fazer?

Muitos familiares sofrem consideravelmente com a vida e o comportamento de seus filhos ou companheiros *borderlines*. Não são poucos os parentes que contribuem com a persistência do transtorno, na maioria das vezes sem a intenção de fazê-lo.

Se você estiver lendo esse livro por ser pai ou mãe de um paciente *borderline*, podemos pressupor que você se encontre em estado de certo desespero e que tenha vontade de esclarecer algumas das seguintes dúvidas:

- Fui eu mesmo(a) quem causou o transtorno em minha filha ou meu filho, em razão de meu comportamento passado?
- Meu comportamento atual contribui para a persistência do transtorno?
- O que posso fazer para ajudar meu filho ou minha filha?
- O que posso fazer para suportar essa preocupação e o caos?

A primeira pergunta, naturalmente, não pode ser respondida de maneira genérica; apenas de maneira particular para cada família. Muitos pacientes *borderlines* relatam experiências traumáticas e descaso emocional. Assim, vem à tona que essas experiências podem estar ligadas causalmente ao desenvolvimento do transtorno. *Porém*, essa associação não está cientificamente comprovada e pode muito bem acontecer de muitos pacientes vivenciarem sua infância como não amados e numa atmosfera familiar emocionalmente fria, embora isso não fosse perceptível para os pais e para observadores externos. É frequente haver uma discrepância significativa entre as demandas dos pacientes e o que eles experimentam no entorno familiar, e isso só é comunicado raramente. Além disso, é importante saber que muitos pacientes *borderlines* provêm de condições familiares relativamente harmônicas e amorosas, mas tiveram experiências difíceis, por exemplo, com colegas de escola, ou mesmo não apresentem qualquer problema grave familiar ou social.

Você pode assumir que todos os familiares de pessoas psiquicamente doentes se fazem essa pergunta e não raramente se culpam sem motivo. Ouça as acusações de seu filho ou filha com tranquilidade, expresse que você valoriza a opinião deles e explique seu ponto de vista. Evidentemente, é importante esclarecer o passado, mas é muito mais importante enfrentar o presente. Se você cometeu erros, é bom admiti-los e, eventualmente, pedir desculpas por eles, mas o olhar deve voltar-se sempre para o presente: como vocês podem se tratar uns aos outros de modo sensato aqui e agora?

Mesmo sobre essa pergunta só é possível falar de modo superficial, mas algumas regras e orientações mostraram-se úteis:

- Melhore o estilo de comunicação na família:
 - Combine com todos os membros que eles deixem cada interlocutor falar tudo o que têm a dizer.

- Certifique-se de ter entendido corretamente seu familiar.
- Explicite que você respeita o ponto de vista e a opinião deles.
- Transmite sua opinião não como algo “válido para todos”, mas sim como seu próprio ponto de vista.
- Tente deixar que os variados pontos de vista sejam totalmente expressos e aceitos.
- Evite “debates sobre princípios” ou explicações nas fases de elevada agitação emocional (“Vejo que temos um problema sobre o qual temos de falar, mas vejo também que você está fervendo de raiva. Então proponho uma parada, e vamos esclarecer isso quando você estiver com a cabeça mais fria novamente.”).
- Comunique como o comportamento de seu filho ou de sua filha atua em você e pergunte se é exatamente esse o efeito que desejam. A maioria dos pacientes *borderlines* tem significativa dificuldade de avaliar o efeito de seu comportamento nos outros e não entende as reações.
- Tente não recompensar o comportamento inadequado com dedicação e atenção excessivas.
- Tente tolerar o fato de que você ama, é verdade, seu filho ou sua filha, mas que esse amor não é recíproco nesse momento. Isso não continuará necessariamente a ser assim.
- Tente cuidar o máximo possível da rotina familiar (por exemplo, refeições, esporte, passeios e férias todos juntos), ainda que inicialmente nem todos demonstrem grande entusiasmo por isso (“Combinado é combinado”).

Exemplo:

Genitor (pai ou mãe): “Oi, posso dizer para você como me sinto quando você engole a comida sem dizer nada, depois que fiquei duas horas cozinhando?”

Filho: “?!?”

Genitor: “Então, você pode ter seus motivos para não dizer nada, mas eu fico chateado(a). Você faz isso de propósito?”

Filho: “Besteira! Você é quem está todo(a) melindroso(a)! Não vê que eu tive um dia difícil na escola?!”

Genitor: “Coitado! Não, não percebi, naturalmente, porque, se você fica calado, imagino que você não tenha gostado da comida...”

Filho: “Gente! Você só pensa em si. Para mim, tanto faz se a comida está boa ou não!!!”

Genitor: “Então escute, percebo que você teve um dia difícil e, se quiser, pode me contar o que aconteceu. Mas por que você quer me chatear?”

Filho: “Não, não quero chatear você. Mas não tenho a mínima vontade de jogar conversa fora.”

Genitor: “Entendo... Você não precisa jogar conversa fora. Mas quando eu fico duas horas na cozinha, fico feliz se recebo um elogio. Está tudo bem se você não tem vontade, mas eu só queria que você soubesse disso.”

Filho: “Está legal! Desculpe. A comida estava boa. Mas não tenho mesmo vontade de falar! Fui muito mal na prova de matemática mais uma vez...”

- Acredite nos “bons velhos tempos” e lembre-se deles (com sessões de fotos ou de vídeos).
- Continue a cuidar de seu círculo particular de amizades e esteja atento(a) para ter um bom tempo de lazer. Não faz sentido, a longo prazo, “sacrificar-se”. Pelo contrário, pode bem ser que seja justamente isso o que seu filho vivencie como um peso.

- Tente, em caso de crítica, não ficar logo na defensiva. Ainda que o ataque seja injusto, permita-se ser ferido(a) emocionalmente.
- Tente definir limites claros. Identifique nitidamente seus limites de tolerância com palavras simples. Comunique suas expectativas. Use “mensagens em primeira pessoa” (eu desejo, tenho expectativas, meu sentimento é...) em lugar de “frases em segunda pessoa” (você faz isso, você é aquilo..., acusações).
- Tente não proteger o membro familiar *borderline* das consequências naturais do comportamento dele.

Se você crê que sua filha ou seu filho preencham os critérios de um transtorno de personalidade *borderline*, mas ela ou ele não está disposto(a) a procurar ajuda terapêutica, você precisa urgentemente conversar com ela ou ele a respeito! Procure entender o que impede seu filho ou sua filha de fazer isso. Muitos têm péssimas experiências com consultas passadas de aconselhamento psicológico ou de psicoterapia. Converse o mais francamente possível, diga que hoje existem novos métodos terapêuticos eficazes. Alguns jovens têm uma imagem nebulosa da psicoterapia. Temem que sua personalidade seja modificada e sua identidade, perdida. É necessário conversar igualmente sobre esses medos. Mesmo você pode, naturalmente, procurar ajuda terapêutica e pedir orientações sobre como abrir o caminho de seu filho ou sua filha para um tratamento. Um primeiro passo poderia ser apresentar-lhe este livro. Às vezes, serve uma orientação de antigos pacientes.

Por fim, encorajamos você a entrar numa rede com outros pais ou parceiros. Existem atualmente na Alemanha cerca de um milhão de pacientes *borderlines* e, portanto, no mínimo o mesmo número de familiares³. A convivência com um membro da família que sofre do transtorno pode ter uma série de consequências negativas para essa mesma família. Além dos problemas provocados pelo mundo instável

³ No Brasil, estima-se que existem, atualmente, cerca de 10 milhões de pacientes *borderlines*.

dos sentimentos, em determinadas circunstâncias aparecem questões jurídicas, financeiras e outras de natureza psicossocial. As famílias estão frequentemente isoladas em seus problemas, deparam-se com pouca compreensão ao redor, sentem pouco apoio ou temem ser responsabilizadas pelo comportamento e o adoecimento do membro familiar com o transtorno. “Abrir o jogo” (“Nossa filha sofre de transtorno *borderline*”) acaba trazendo um estigma familiar. Isso se aplica especialmente quando o entorno possui apenas conhecimentos parciais, como acontece com a maioria dos familiares de pessoas com o transtorno. Aqui, a troca de informações e emoções num grupo de pacientes afetados pode dar uma contribuição preciosa de alívio.

Você pode, naturalmente, aguardar até que um psicoterapeuta ou um psiquiatra lhe entregue um folheto convidando-o(a) para o próximo encontro do grupo de parentes em sua cidade. Mas você pode tomar a iniciativa e tentar se organizar pela internet. Afinal, mesmo as pessoas diretamente afetadas conseguem fazer isso.

5.3 Relato de uma paciente: Viagem de ida e volta para o inferno

Meu nome é Cris, sou (fui) *borderliner* e tenho uma história para contar. No ensino fundamental, sofri muito *bullying*. Por causa dele, fui me acostumando a um comportamento obsessivo: num prazo que eu mesma estabeleci, precisava tocar numa barra, numa árvore ou num corrimão, pois imaginava que do contrário eu morreria.

Depois de alguns meses, mudei de escola, porque o *bullying* estava ficando cada vez pior. Meus pais sempre me apoiaram, fizeram e fazem de tudo por mim, até hoje, e por isso lhes sou infinitamente grata.

Na nova escola logo me dei bem com todos e me entendia com eles. Alguns meses mais tarde, uma amiga começou a se machucar inten-

cionalmente. Como eu era muito próxima dela, passei a me machucar também. Eu queria fazer isso só até ela parar, mas não parei. Depois do ensino fundamental, seguimos caminhos diferentes e não a vi mais. Quando fui para uma nova escola, a fase das automutilações parou. Tudo correu bem por quase dois anos e meio, mas em um determinado momento voltei a descobrir a atração pela dor e voltei a me machucar. Isso foi piorando. Numa festa, bebi até perder a consciência. Meus pais foram me buscar e me levaram a um hospital. Chorei sem parar e dizia que não queria mais viver. No dia seguinte, levaram-me de ambulância para uma clínica psiquiátrica. Ali, uma médica falou comigo sobre o ocorrido, mas minimizei tudo. Deixaram-me ir embora. Meus pais ficaram muito tristes e se culpavam.

Depois de um tempo, decidi procurar uma psicóloga. A cada sessão eu piorava e planejava cada vez mais intensamente meu suicídio. Chorava sem parar e, no fim, não sentia mais nada. Era como um vazio gigantesco que nada seria capaz de preencher. Fui me fechando cada vez mais e me cortava cada vez com mais frequência e mais profundamente. Após algumas semanas, minha psicóloga me encaminhou a um psiquiatra. Achei-o logo simpático e, pela primeira vez, tive a sensação de alguém me compreender um pouco. Enfim, ele quis conversar também com meus pais. Quando eles voltaram da conversa, estavam chocados e, em certo sentido, desesperados. Culpavam-se por não terem descoberto antes o que se passava comigo. Mas, como sempre, estavam ao meu lado e faziam de tudo por mim; além disso, foram se informar sobre essa doença e queriam saber tudo a respeito. Pouco tempo depois, meu psiquiatra me encaminhou para uma clínica psiquiátrica juvenil.

Enquanto estive lá, as coisas foram piorando. Para mim, tudo era indiferente. Várias vezes tentei tirar minha vida, o que, graças a Deus, nunca deu certo. Eu transitava entre uma clínica fechada e outra aberta. Mais tarde fui para uma clínica psiquiatria para adultos, pois

tinha completado 18 anos, e os cuidadores, bem como os médicos, não podiam mais se responsabilizar por me manter ali.

Inventei um monte de coisas para me prejudicar. Simplesmente não via mais sentido na vida. Era tudo inútil. Assim, desenvolvi um pensamento branco e preto: ou eu gostava de uma pessoa ou não gostava dela; não havia tons de cinza. Várias vezes tive chiliques e fui contida por dez homens e imobilizada no leito, tomando injeção de tranquilizante. Deram-me muitos psicofármacos para me acalmar.

Em seguida, quando parecia que já tinha melhorado, fui acolhida numa comunidade terapêutica. Era exclusiva para pacientes psiquiátricos. A equipe de enfermagem tratava-nos como se fôssemos deficientes que não entendiam o que se passava. Eu me sentia como se me tivessem carimbado na testa a palavra “louca”. Nessa comunidade, éramos discriminados, e quanto mais reagímos a isso, mais a situação piorava. Quando quis começar um curso profissionalizante e consegui uma vaga, os cuidadores tentaram de tudo para que eu fracassasse. Depois do trabalho eu tinha de cozinhar, limpar, arrumar e estudar. Chegou a um ponto que não aguentei mais. Quando um dia me deram meus comprimidos triturados numa colher, cheguei ao limite. Arrumei as malas e fui para a casa de meus pais, que ficaram muito alegres.

Algum tempo antes, meus pais tinham começado a pesquisar onde haveria uma clínica especializada nessa doença que eu tinha. Chegaram ao Instituto Central de Saúde Mental⁴. Lutaram para que eu pudesse ir para lá e o plano de saúde cobrisse as despesas. Não foi fácil, pois a maioria dos médicos era da opinião de que eles podiam tratar do caso tão bem quanto os cuidadores e médicos daquele Instituto. Meus pais foram incansáveis. Foram até o *Landhaus* (órgão de saúde pública da Áustria) para conversar com os responsáveis, embora o tratamento fosse feito em outro país. Depois de cerca de dois anos e meio, eles

⁴ Nota do tradutor: Órgão público localizado em Mannheim, Alemanha.

finalmente conseguiram para mim a possibilidade de me tratar no Instituto Central, em Mannheim.

Quando finalmente cheguei lá, estava um pouco nervosa, pois não sabia o que me esperava; além disso, Mannheim fica a 420 quilômetros de casa.

No início do tratamento, aprendi primeiro a lidar com as tensões. Aprendi que existem habilidades e outros métodos para diminuir as tensões. Eu era muito cética. Como é que uma coisa assim pode funcionar e ajudar?! Depois de alguns dias, comecei a me sentir muito mal. Perdi toda a coragem e concebi planos concretos de suicídio, o que acabei relatando. Assim, fui transferida duas vezes, por um dia, a uma clínica fechada. Após aquela internação, ficou claro para mim que eu tinha de aceitar e tentar a terapia.

Então, me abri totalmente a ela. Ouvia o que os cuidadores e os terapeutas me diziam e aconselhavam. O mais difícil para mim, no início, foi que nenhum cuidador ou cuidadora corria atrás de mim, perguntando sem parar se eu precisava tomar um calmante ou queria uma consulta. Precisei aprender a me apresentar sozinha e a pedir conselhos, que eu precisaria executar na prática. Como disse, no início foi muito difícil para mim, mas foi o primeiro passo para a autossuficiência e a responsabilização por mim mesma. Dia após dia, fui melhorando, e me sentia assim por ter entendido que a responsabilidade pelo meu estado era minha.

No treinamento de habilidades aprendemos a aplicar as habilidades, o que, afinal, elas são e como podemos montar cadeias de habilidades, que podem ser sempre empregadas quando estamos mal para valer. Cada um tinha seu “estojinho de emergência” cheio de habilidades e cadeias de habilidades para abaixar o nível das tensões até o mínimo. A tensão é medida entre 100% (muito alta) e 0% (nenhuma). Minha cadeia de habilidades era composta de uma habilidade como, por

exemplo, respirar profundamente em situações de tensão elevada. Através da inspiração e a expiração regular e atenta, com o tempo fui ficando mais calma. Em estados de tensão abaixo de 70%, eram muito eficazes para mim o esporte, assim como o banho quente alternado com banho frio. Em caso de tensões baixas, ajudavam coisas como ouvir música ou escrever poesias.

Também testei coisas como pintar, ler, tomar banho etc., mas elas infelizmente não me ajudaram. Por ter experimentado muitas coisas, com o tempo eu era capaz de dizer quais habilidades me ajudavam e quais não. Cada um deve descobrir isso sozinho. Esgrima, atenção plena e terapia corporal, e também o esporte, me davam um certo “equilíbrio corporal” e uma alternativa a sessões terapêuticas em que era preciso concentrar-se.

Nas visitas e consultas individuais com o terapeuta, combinávamos as metas e os desejos que queríamos atingir. Dia após dia, semana após semana, fui melhorando sempre, e me sentia cada vez mais em forma e com força de vontade. Recebi um apoio muito bom de toda a equipe de saúde. Depois de muito tempo, voltei a enxergar uma luz no fim do túnel. Mas o melhor de tudo foi que lá éramos tratados como pessoas íntegras, que não valem menos do que uma “pessoa sadia”.

Em minha opinião, o mais importante na TCD é que a vontade nasce da própria pessoa e que nos esforçamos ao máximo para encontrar nosso próprio lugar no mundo. A frase que mais me ajudou foi: todos os dias devemos tomar a decisão de retomar o caminho.

Trabalhei duro, e isso valeu a pena, pois voltei a ter planos para o futuro e desejos. Senti plenamente a energia da vida e tenho a sensação de ter nascido novamente. Meio ano depois, voltei ao Instituto Central para um reforço. Ali trabalhei os últimos pequenos problemas, que não eram maiores do que grãos de areia.

Ao mesmo tempo, comecei um estágio como cuidadora num hospital, para ver como me saía em condições normais de trabalho. Ganhei de volta toda a minha qualidade de vida. Sinto-me de novo uma pessoa, e não mais um animal preso na jaula, andando para lá e para cá. Acabei de ganhar uma vaga como aprendiz de enfermagem, e gosto desse trabalho; sinto-me útil e às vezes até mesmo importante. A única coisa que me aborrece hoje é o fato de ter passado muito tempo até eu receber a terapia que me ajudou e quanto tempo desperdicei com médicos, enfermeiros e terapeutas que não tinham a mínima ideia do que era o transtorno de personalidade *borderline*.

Posfácio à edição brasileira

Martin Bohus, ou melhor Prof. Dr. Martin Bohus, é professor titular de Psicossomática e Medicina Psicoterápica da tradicional Universidade de Heidelberg, Alemanha. É diretor médico do Instituto Central de Saúde Mental de Mannheim, membro integrante da diretoria da Associação Alemã de Psiquiatria, Psicoterapia, Psicossomática e Neurologia, além de exercer outras funções. Em 1985, ele se formou em Medicina e Filosofia na Universidade de Freiburg, e desde 1988 tem focado seu trabalho no paciente psiquiátrico. Estudou nos Estados Unidos com Marsha Linehan, a fundadora da terapia comportamental dialética. Esta terapia, até hoje, é considerada a mais eficaz para pacientes com transtorno de personalidade *borderline*.

A terapia de pacientes *borderlines* vem avançando e melhorando progressivamente, e Martin Bohus teve ampla participação nesses avanços: liderou mais de 200 estudos, publicou livros e participou de congressos, atuando em vários países. Levantou mais de 35 milhões de reais para financiar o desenvolvimento da ciência em prol de pacientes *borderlines*. Em várias ocasiões, foi premiado pela excelência da sua pesquisa e continua avançando no campo, principalmente no estudo sobre o tratamento do transtorno de personalidade *borderline*. É considerado atualmente um dos principais especialistas em transtorno de personalidade, e é referência para especialistas no mundo inteiro, inclusive no Brasil, onde ele frequentemente é convidado para ensinar outros médicos psiquiatras e psicoterapeutas.

Neste livro, ele convida o leitor, paciente ou não, a mergulhar no mundo emocional do transtorno de personalidade *borderline*, a compreender seu funcionamento e a desenvolver estratégias para enfrentar e superar essa doença. Serve como luz no escuro para quem procura ajuda, e como orientação para familiares e amigos. Não substitui, todavia, o tratamento adequado realizado por um(a) psicoterapeuta.

peuta e/ou um(a) psiquiatra habilidado(a) e a vontade do paciente em enfrentar seu transtorno. Com uma linguagem clara, dicas úteis e competência comprovada, esta obra representa um primeiro passo para vencer uma doença intimidadora, escrita por um dos principais vencedores dessa doença no mundo.

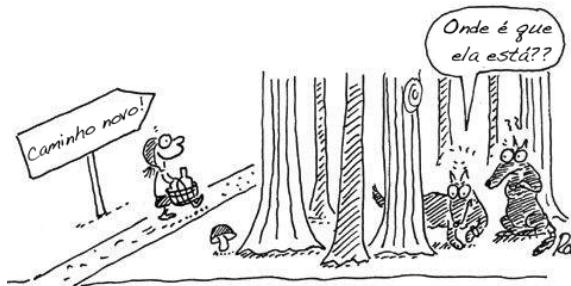
Anexo

Endereços úteis

<http://www.santacasasp.org.br/portal/site/complexo/centros-ambulatorios/caism2>

<http://www.ipqhc.org.br/index.php>

<http://www.abrata.org.br/new/>



Só nos resta desejar a você muita força e perseverança em seu “novo caminho” numa vida plena, apesar de seu transtorno de personalidade ou justamente por causa de seu transtorno de personalidade *borderline*.

Folha de exercício: Ficha diária

Terapeuta ou enfermeiro terapêutico/cuidado	Dia	Idéias suicidas (0-5)	Automutilação (0-5)	Tristeza/desânimo (0-5)	Comportamento problemático especial	TPM* (s/n)	Menstruação (s/n)	Atividades positivas	Alegria (0-5)	Decisão por um novo caminho (0-5)	Habilidades corporais (0-7)	Resultados(s) positivo(s)	Atividade corporal (0-7)
SEG.													
TER.													
QUA.													
QUI.													
SEX.													
SAB.													
DOM.													

* Tensão pré-menstrual

Legenda:

Fantasiás suicidas

- 0 = nenhuma
- 1 = pouca
- 2 = branda
- 3 = forte
- 4 = muito forte
- 5 = o pensamento limita-se unicamente à idéias suicidas

Vontade de cometer automutilação

Decisão por um novo caminho

- 0 = nenhuma
- 1 = pouco
- 2 = branda
- 3 = forte
- 4 = muito forte
- 5 = incontrolável
- 4 = grande
- 5 = muito grande

Tristeza/desânimo/alegria

Sono

- 0 = nenhum
- 1 = muito ruim
- 2 = ruim
- 3 = regular
- 4 = bom
- 5 = muito bom

Habilidades/Atividades corporais

Atividade corporal

- 0 = não penso nisso e não aplicou
- 1 = penso nisso, mas não aplicou e não queria
- 2 = penso nisso, não aplicou, mas queria
- 3 = tentou, mas não conseguiu aplicar
- 4 = tentou, pôde aplicar, mas não ajudou
- 5 = aplicou automaticamente, mas não ajudou
- 6 = tentou, aplicou e ajudou
- 7 = aplicou automaticamente e ajudou

Folha de exercício: Análise de comportamento

2

1. O que fiz?

(Comportamento problemático, por exemplo, automutilação)

Por favor, descreva detalhadamente seu comportamento: O que exatamente você fez? Onde? Quem, além de você, participou? Descreva seu comportamento problemático de maneira tão precisa, que um ator ou uma atriz seria capaz de encená-lo no teatro ou no cinema.

2. O que me deixou vulnerável? (Condições agravantes)

O que deixou você vulnerável a seu comportamento problemático? Observe as seguintes circunstâncias: alimentação ou sono alterados, doença física, álcool ou drogas, abuso de medicamentos, eventos estressantes ao seu redor etc.

Folha de exercício: Análise de comportamento

2

(continuação)

**3. O que exatamente aconteceu logo antes?
(Desencadeador e vivência interior)**

Que acontecimento antecedeu o início do comportamento problemático?

O que você estava fazendo, sentindo ou imaginando antes de o comportamento problemático começar? Como você estava percebendo seu corpo? Qual desses antecedentes foi, em sua opinião, o mais importante?

**4. Qual foi a consequência?
(Consequências de curto e de longo prazos)**

Que consequências foram desencadeadas pelo seu comportamento problemático (mudança dos sentimentos, pensamentos, percepção do corpo etc.)? Como foi logo após o comportamento problemático? E depois? Como as pessoas reagiram a esse comportamento imediatamente? E mais tarde? Que consequências seu comportamento teve a longo prazo para você e para as outras pessoas?

Folha de exercício: Análise de comportamento 2
(continuação)

**5. O que posso fazer de maneira diferente no futuro?
(Alternativas)**

Leia mais uma vez sua análise de comportamento. Procure os pontos nos quais, se você tivesse agido de outro modo, teria contornado o comportamento problemático. Que habilidades você poderia ter aplicado e poderá aplicar numa próxima vez? Por que dessa vez não deu certo? O que ajudaria você no futuro a ter seu comportamento sob controle?

3																		
Folha de exercício: Registro de tensão																		
	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
10																		
9																		
8																		
7																		
6																		
5																		
4																		
3																		
2																		
1																		

**Folha de exercício: Alcançar metas sociais
(Análise da situação)**

4

1. Descreva uma situação problemática.

2. Qual foi o resultado dessa situação?

3. Esse resultado foi desejado?

4. Qual era de fato sua meta nessa situação?
(Que resultado você teria desejado?)

**Folha de exercício: Alcançar metas sociais
(Análise da situação) (continuação)**

4

5. Teria sido possível alcançar esse desejo na situação?
(Se não, qual teria sido o melhor resultado possível na situação?)

6. O que você poderia ter feito na situação para alcançar sua meta?

7. Como você poderá aplicar isso no futuro?

Folha de exercício: Treinar o “olhar justo”**5**

Esse treinamento serve para mostrar-lhe que você usa critérios diferentes quando você se avalia ou avalia outras pessoas.

Procure, antes de tudo, **avaliar uma grande amiga ou um conhecido**.

Formule para cada aspecto a seguir duas características positivas:

Comportamento com as pessoas: _____

Aspectos físicos: _____

Profissão e estudo: _____

Tempo livre e *hobbies*: _____

Outros: _____

Agora procure para cada um desses aspectos também encontrar duas características **susas**:

Comportamento com as pessoas: _____

Aspectos físicos: _____

Profissão e estudo: _____

Tempo livre e *hobbies*: _____

Outros: _____

Percebe a diferença? Você precisa avaliar a si mesmo(a) e os outros com o mesmo “olhar justo”. É necessário treinar isso!

Avaliação do dia: À noite, tire alguns minutos para refletir a respeito do que deu certo durante este dia. Pode ser algo pequeno ou mesmo imperceptível.

Hoje consegui: _____

Como lidar com a depressão

Guia prático para familiares e pacientes que sofrem de Depressão

A depressão é uma doença comum que raramente é identificada no início, só quando o quadro se agrava é que é percebida. Este guia esclarece sobre as queixas, sintomas, evolução, causas e possibilidades de tratamento da depressão. São apresentadas algumas sugestões de autoajuda para lidar e principalmente para prevenir este transtorno.



Martin Hautzinger

Como lidar com a depressão

Guia prático para familiares
e pacientes que sofrem de
Depressão

www.hogrefe.com.br

 hogrefe

Este livro foi composto em Lyon e impresso em offset 90 g,
em maio de 2017, pela gráfica Loyola.