

Psicopatologia 2

**PSICOSES
PARANOIAS
BOARDERLINE**

Soc. Bras. de Psicanálise

- **Aprimoramento em Gestão e Planejamento em Saúde**
FCM/ UNICAMP
- **Psicodrama e Psicoterapia de Grupo**
IPPGC (Instituto de Psicodrama e Psicoterapia de Grupo de Campinas)
- **Curso de Neurofisiologia**
Disciplina Mestrado – Depto. Neurologia – FCM/ UNICAMP
- **Formação em EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento pelo Movimento Ocular)**
EMDR Associação Internacional – EMDRIA
- **Formação em Medicina Tradicional Chinesa**
CETN – Centro de Estudos de Terapias Naturais – Sorocaba/SP
- **Formação em Psicanálise**
Sociedade Internacional de Psicanálise de São Paulo

Pesquisador em projetos de Pesquisa e Transferência de Tecnologias de Gestão em Saúde, participando de experiências como a Reforma Psiquiátrica de Campinas. Já atuou em áreas institucionais como Saúde, Educação e Empresarial, sempre com o olhar voltado para a Gestão Humana, na transformação das Pessoas. Foi pesquisador no Departamento de Neurologia da Unicamp / Laboratório de Qualidade de Vida. Dentre as experiências institucionais, sempre atuando como Psicólogo Clínico.

Contato:

Cel: (15) 99691-5827 / E-mail: rodrigoarnaldo@yahoo.com

TRANSTORNO

- Síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento atual, incapacitação ou com risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. CID 10

Transtornos de Personalidade

Padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo. (DSM IV, 1994)

Manifesta-se em duas (ou mais) áreas: Cognição Afetividade; Funcionamento interpessoal; Controle dos impulsos

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

- ANTISSOCIAL
- EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO IMPULSIVO
- EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO BORDERLINE
- PARANOIDE
- ESQUIZOIDE
- HISTRIÔNICA
- ANANCÁSTICA (OBSESSIVO-COMPULSIVA)
- ANSIOSA (OU DE EVITAÇÃO)

Transtornos de Personalidade

- Paranóide
- Esquizoide
- Esquizotípica
- Antissocial
- Histriônica
- Narcisista
- Dependente
- Esquiva
- Obsessivo-compulsivo
- Passivo-agressiva
- Borderline

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE PARANÓIDE

- Compromete quatro segmentos:
- Sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições
- Tendência a guardar rancores e dificuldade de perdoar injúrias, insultos ou desfeitas
- Desconfiança e tendência invasiva a distorcer fatos por interpretações errôneas
- Um senso de direitos pessoal combativo e obstinado, em desacordo com a situação real
- Desconfiança frequente da fidelidade conjugal sem justificativa
- Atitude autorreferente persistente associado a excessiva auto valorização
- Utilização de explicações conspiratórias para eventos que ocorrem consigo ou no mundo

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIZÓIDE

- Compromete quatro dos critérios abaixo:
- Falta ou diminuição de prazer na ações da vida
- Frieza emocional, distanciamento ou embotamento da afetividade
- Capacidade limitada de expressar sentimentos calorosos, ternos ou de raiva com ou outros
- Indiferença tanto para elogios como para críticas
- Pouco interesse por atividades sexuais
- Escolha constante de atividades solitárias
- Preocupações excessiva com fantasias e introspecções
- Não deseja nem possui amigos (às vezes tem apenas um)
- Insensibilidade às normas sociais, mas quando desrespeita não é intencional

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE HISTRIÔNICA

- Compromete quatro dos critérios abaixo:
- Autodramatização e teatralidade como forma de expressar as emoções
- Sugestionabilidade
- Afetividade superficial e lábil
- Sedução inapropriada em aparência ou comportamento
- Preocupação excessiva com atratividade física

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANANCÁSTICA (OBSESSIVO COMPULSIVA)

- Compromete quatro dos critérios abaixo:
- Sentimentos de dúvida e cautela excessivos
- Preocupação com detalhes, regras, ordem etc.
- Perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas
- Conscienzoso e escrupuloso em excesso
- Preocupação indevida com produtividade, até a exclusão de prazer e de relações interpessoais
- Pedantismo e aderência a convenções sociais excessivas
- Rigidez e teimosia
- Insistência de impor aos outros a sua percepção e modo de ver e fazer as coisas na vida

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO IMPULSIVO

- Compromete pelo menos três segmentos:
- Age impulsivamente e sem medir consequências
- Tendência a querelância quando confrontado ou criticado
- Acessos de raiva e/ou violência com incapacidade de controlar-se
- Dificuldade de manter persistência em projetos que não tem gratificação imediata
- Humor instável e caprichoso

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO BORDERLINE

- Compromete pelo menos três segmentos e recorrentes de danos a si próprio:
- Sentimentos crônicos de vazio
- Perturbações e incertezas quanto à autoimagem, metas e preferências internas (inclusive sexuais)
- Risco de envolver-se em relacionamentos intensos e instáveis levando a crises emocionais
- Esforços excessivos para evitar abandonos
- Ameaças ou atos suicidas

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO BORDERLINE

- dificuldades nos relacionamentos íntimos
- instabilidade emocional - reatividade
- (compra demais, ama demais, sente demais)
- auto-percepção negativa
- pelo desejo de não ser rejeitado, sufoca.
- carente e possessivo
- ataques de raiva
- subtipos: explosivo e implosivo
- é o cerne da paixão
- quitiapina

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EMOCIONALMENTE INSTÁVEL TIPO BORDERLINE

- taxam pessoas com o intuito de se proteger
- enxergam o mundo como perigoso
- incapacidade de sentir emoções contrárias simultaneamente
- choro frequente em momentos inapropriados
- dificuldade em sentir alegre por um período maior
- tudo é visto como uma "ameaça irresistível"
- bons “como bebês, artistas e muito gentis”.

Estruras Clínicas Fundamentais

Para a Psicanálise existem três possibilidades do sujeito se enlaçar com o seu entorno afetivo e se relacionar com o mundo. A forma de estar com o outro (na transferência), ou seja, na forma de desejar é que se define uma estrutura.

A estrutura é um sistema, um conjunto de problemas colocados em uma equação que produzem efeitos. Efeitos são os sintomas (angústias, inibições, alucinações, etc)

Não são doenças naturais. São modalidades de lidar com o mundo e resolver nossos mitos individuais. Não tem escapatória – o sujeito sempre será uma dessas três.		
1- Nerose – 3 Tipos Clínicos: Neurose Histérica Neurose Obsessiva Neurose Fóbica	2- Psicose – 3 Tipos Clínicos: Esquizofrenia Paranóia Maníaco / Depressivo	3- Perversão – 3 Tipos Clínicos: Sadismo Masoquismo Fetichismo

Estrutura Clínica e o Complexo de Édipo

Função fundamental para definição das Estruturas:

- Momento de socialização, entrada no simbólico, apropriação do próprio desejo / do próprio inconsciente.
- Humanização da pessoa – vai decidir como vai responder à falta / castração – definindo como o sujeito vai lidar com o desejo do outro.

Processo do Complexo de Édipo:

- Identificado com o Falo (simbólico) – representação de tudo aquilo que os pais desejaram para ele – tudo aquilo que não foi realizado por eles.
- Narcisismo interrompido: desmame, irmãos, descoberta de que não somos objeto único do desejo do outro, que existe o outro do outro.

Definição

Processo de identificações e escolhas de objetos

- negação simbólica da falta, da castração, da diferença – **neurose**.
- negação não inscrita no simbólica – enfrenta a falta pelo real (real não é realidade, é aquilo que extraímos da realidade, que é um composto do simbólico e do imaginário, para que esta se apresente totalidade integrada), através das alucinações e delírios – **psicose**.
- negação entre o imaginário (narcísico) e o simbólico – simboliza a negação e o retorno é através do fetiche – atitude do perverso diante da castração – se mantém como o dono da lei, se mantém no falo da mãe, o outro está ao meu dispor – **perversão**.

Estrutura Clínica e o Fenômeno Transferencial

Na Neurose ocorre um tipo de negação que Freud chamou de recalcamiento. A negação do desejo é no simbólica e o retorno, que é o sintoma, é também no simbólico. “Isso me pertence mas ao mesmo tempo eu não consigo me reconhecer” – A maioria das pessoas.

Na Psicose não ocorre uma negação, é como se algo não se inscreveu, não se instalou no simbólico. O complexo de castração não se inscreve. O retorno (os sintomas) é no real: alucinações, delírios, angústias avassaladoras, estranhamento corporal, pensamentos intrusivos, etc. O sujeito não se reconhece, ele sente como algo externo, uma perturbação no universo, é um sujeito acuado pelo real.

Na Perversão é um outro tipo de negação. Uma negação que retorna no simbólico imaginário, em uma estrutura que não é um significante, mas é um objeto que é o fetiche. Com o fetiche o perverso pode administrar sua relação com a castração sendo o legislador, realizando sua divisão ao submeter o outro. Esse sujeito não sente culpa – o psicopata por exemplo é uma perversão

PSICOSES PROPRIAMENTE DITAS

- Implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variados, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso por exemplo das esquizofrenias propriamente ditas.

ESTADOS PSICÓTICOS

- Compreendem largo espectro
- Preservação de áreas do ego : adaptação ao mundo exterior – ex. borderlines, narcisistas, paranóides, perversões, psicopatias e neuroses graves.

PARTE PSICÓTICA DA PERSONALIDADE PPP

- São características:
- Existência de fortes pulsões destrutivas, predomínio de inveja e voracidade
- Agindo dentro do psiquismo e contra ele, determina o surgimento da angústia de aniquilamento
- Defesas extremamente primitivas: dissociação, projeção, idealização e denegrimiento
- Baixo limiar de tolerância às frustrações e, por isso, esses pacientes tratam evitar frustrações no lugar de procurar enfrentar e modificá-las.
- As relações mais íntimas caracterizam-se por vínculos de natureza sadomasoquista.

- Existe um grande ódio da realidade externa, por isso a preferência pelo mundo das Ilusões
- A onipotência, onisciência e prepotência substituem o aprendizado pela experiência.
- Existe um super superego que dita as próprias leis e quer impô-las para os outros.

O que é Psicose?

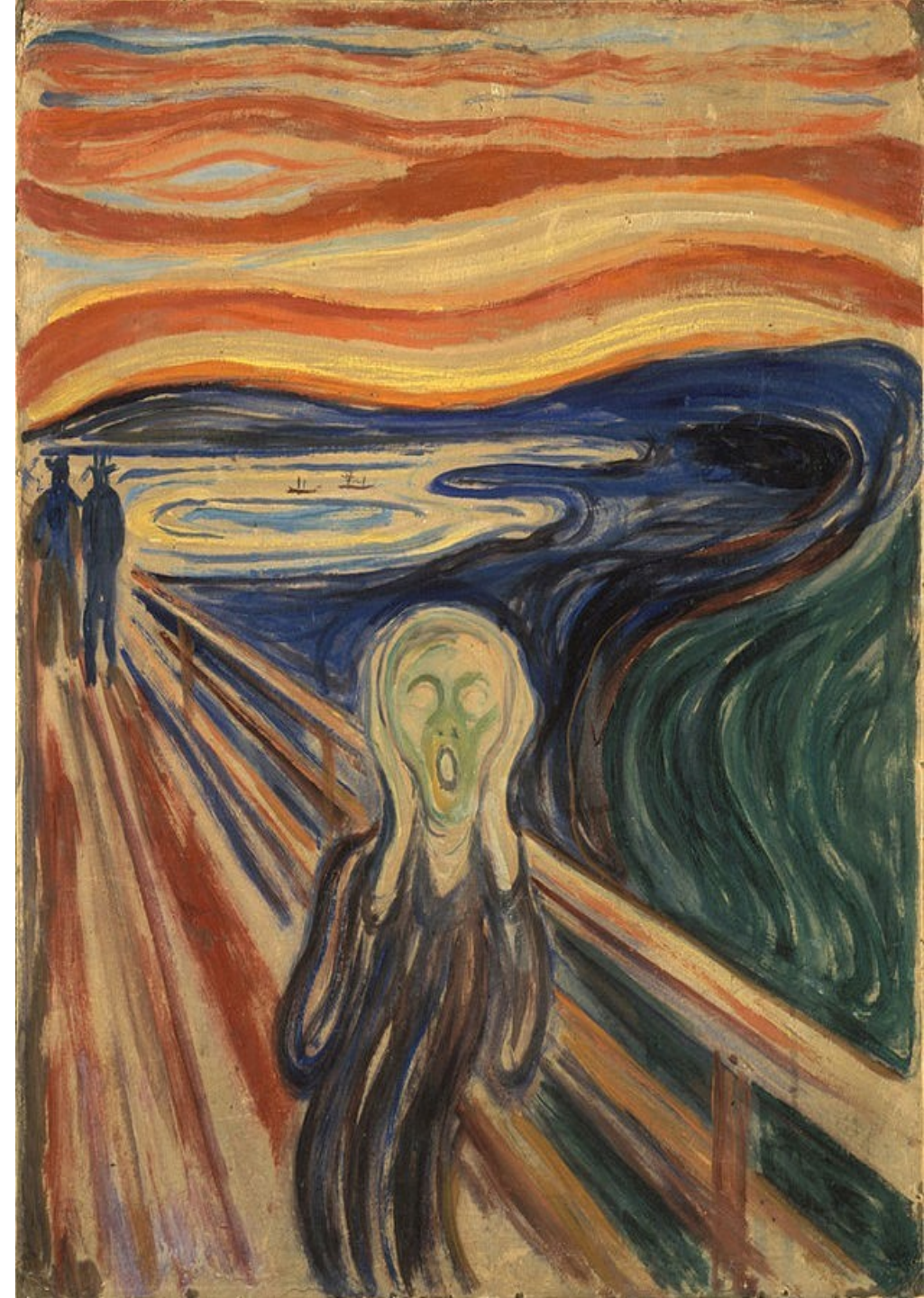
Psicose é o nome dado a um estado mental patológico caracterizado pela perda de contato do indivíduo com a realidade.

“A psicanálise procurou definir diversas estruturas: paranoia (onde inclui de modo bastante geral as afecções delirantes) e esquizofrenia, por um lado, e, por outro, melancolia e mania. Fundamentalmente, é uma perturbação primária da relação psíquica, onde a maioria dos sintomas manifestos (particularmente construção delirante) são tentativas secundárias de restauração do laço objetal”

Laplanche e Pontalis

O que é Psicose?

- “A psicose é uma doença mental caracterizada pela distorção do senso de realidade, uma inadequação e falta de harmonia entre o pensamento e a afetividade.”
- A estrutura psicótica parte das frustrações muito precoces, de forma que o ego regride para poder se proteger da realidade.
- Comportamentos expressos: delírio e alucinações, ausência de consciência da realidade
- Nos estados crônicos, faltam pré-condições mínimas para estabelecer contato com a realidade; desenvolver vínculos e qualquer função de integração.



A Psicose PODE SER DIVIDIDA em:

Psicose resultante de uma condição mental ou psicológica

Psicose resultante do abuso de drogas e álcool

- **Abuso de substâncias**

Pessoas que usam drogas psicoativas em grande frequência e quantidade estão no grupo de risco para o desenvolvimento de psicoses. Se a pessoa já possui a condição latente e não sabe, a frequência e quantidade deixam de ser variáveis: usar drogas psicoativas uma vez pode ser o bastante para desencadear uma crise psicótica.

- **Álcool**

O alcoolismo pode desencadear uma psicose e o mesmo se aplica a abstinência de álcool, uma das mais perigosas crises de abstinência que existem.

Sintomas de Psicose

Pensamento confuso

Delírios

Alucinações

Alterações nos sentimentos

Comportamento alterado

Os hábitos de higiene também podem ser comprometidos.



Delírio



A palavra delírio vem do latim e significa "sair do trilho". Delírio é uma idéia ou um pensamento que não corresponde à realidade. A pessoa por exemplo começa a acreditar que está sendo perseguida ou vigiada, ou que existem câmeras que espionam seus atos. Os temas dos delírios costumam ser bizarros, implausíveis, mas a pessoa acredita nele convictamente, não modificando suas idéias mesmo após exaustiva demonstração da impossibilidade das mesmas. O delírio pode ocorrer em diversas psicoses, particularmente na esquizofrenia.

Alguns Exemplos de Delírios

- Delírio de perseguição ou paranóia

A pessoa acredita que está sendo vítima de uma perseguição, que há inimigos que estão querendo lhe matar, difamar ou que querem lhe fazer algum mal, sem que isto seja verdade.

- Delírio de grandeza

A pessoa acredita que é superior às outras pessoas, por um cargo importante ou por ter habilidades fantásticas, como ter super poderes, ser Deus, etc.

- Delírio de auto referência

A pessoa vive algum evento e, mesmo que insignificante, tem certeza que o mesmo tem um significado especial. Acredita que tudo tem uma relação com o seu destino pessoal.

- Delírio de ciúmes

A pessoa tem convicção de que está sendo enganado pelo parceiro ou parceira, e passa a ver qualquer sinal, como olhares, palavras ou atitudes como uma prova da sua suspeita.

- Delírio de controle ou de influência

A pessoa afetada acredita que as suas ações e o seu pensamento são controlados por uma outra pessoa, um grupo de pessoas ou forças externas. Também podem crer que são influenciadas por radiações, telepatias ou máquinas especiais controladas por inimigos para o prejudicar.

Alguns Exemplos de Delírios

- Delírio Somático (Parafrenia)

Ocorrência de variadas formas de delírios somático e, neste caso, com maiores possibilidades de alucinações que outros tipos de Paranóia. Os mais comuns dizem respeito à convicção de que a pessoa emite odores fétidos de sua pele, boca, reto ou vagina, de que a pessoa está infestada por insetos na pele ou dentro dela, esdrúxulos parasitas internos, deformações de certas partes do corpo ou órgãos que não funcionam.

- Delírio Erotomático

Se refere ao amor romântico idealizado e a união espiritual, mais do que a atração sexual. Acreditam, freqüentemente, ser amados por pessoa do sexo oposto que ocupa uma posição de superioridade (ídolos, artistas, autoridades, etc.) mas, pode também ser uma pessoa normal e estranha.

- Delírio do tipo misto

É a combinação de dois ou mais dos delírios citados



Alucinação



“Alucinações são distúrbios da sensopercepção que consistem na percepção de objetos inexistentes, acompanhados da convicção inabalável na existência dos mesmos. As alucinações guardam as mesmas características das percepções verdadeiras”

<https://www.abc.med.br/p/psicologia-e-psiquiatria/355369/alucinacoes+o+que+sao+quais+os+tipos.htm>

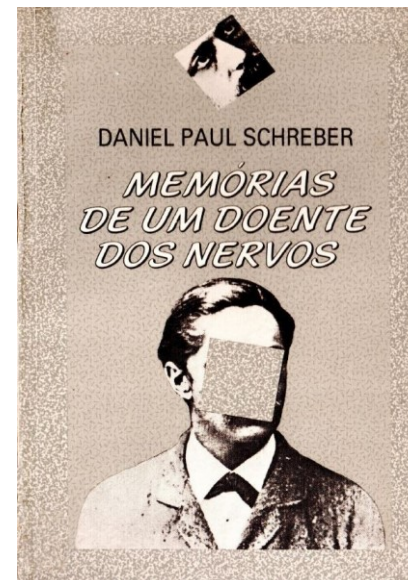
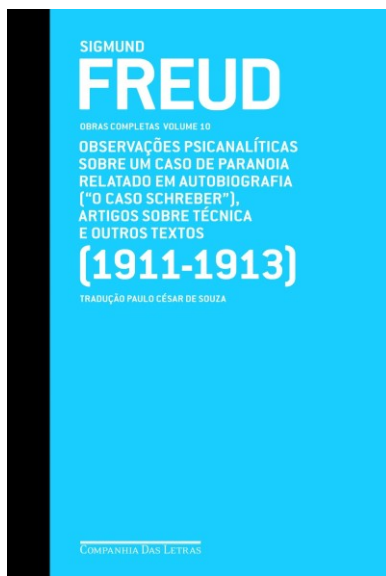
Os tipos de alucinações – os cinco sentidos:
Alucinações aditivas, visuais, táteis, olfativas e gustativas

Freud e a Psicose – O Caso Schreber

Freud analisou este caso sem contato direto com o paciente.

Coloca no caso Schreber uma idéia muito importante para entender o sofrimento na psicose e que é usada até hoje:

Olhar para o delírio como uma tentativa de cura. Uma tentativa de reenvestimento no outro. Uma tentativa de se reorganizar e reconstruir o mundo. Uma tentativa de estabilizar o caos desencadeado pelo encontro com a realidade



ESQUIZOFRENIA

esquizo = cisão/divisão e

frenia = personalidade/alma, ou seja,

representa a ruptura com a realidade.

Possuem comportamentos bizarros ou estranhos, geralmente se isolam devido à dificuldade de socialização, podendo apresentar comportamentos sexuais inadequados e agressivos.

Paranoia

apresenta desconfiança e delírios de perseguição.

É rígido, inadequado, reservado, o humor é instável, tem poucos amigos em razão dos pensamentos persecutórios.

O conteúdo dos delírios pode envolver também sentimentos de grandeza e pensamentos dessa ordem, nos quais o sujeito acredita que deve salvar o mundo ou que recebeu uma mensagem divina e é perseguido por somente ele deter o conhecimento e, por isso , é perseguido.

ESQUIZOFRENIA

O que é?

A esquizofrenia é uma doença mental grave e crônica, que se enquadra no grupo das psicoses

Sintomas



Se caracteriza pela perda do contato com a realidade, delírios, alucinações e falta de controle sobre os pensamentos. Primeiros sintomas começam a aparecer entre os 15 e 25 anos de idade e é mais comum em homens

Diagnóstico



Não envolve exames e é eminentemente clínico, por meio de uma entrevista psiquiátrica

Incidência

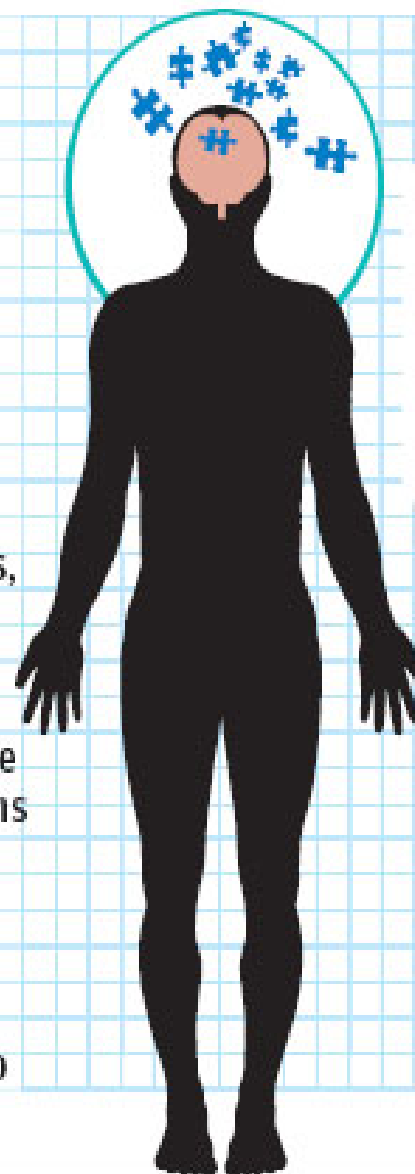


Atinge de **0,8% a 1,2%** da população mundial, o que no Brasil significa cerca de **2 milhões de pessoas**

Tratamento



Quanto mais precocemente começar o tratamento com antipsicóticos, melhor. Geralmente é feito com uso de medicação contínua



Causas da Esquizofrenia

Teoria Genética: admite que vários genes podem estar envolvidos, contribuindo juntamente com os factores ambientais para o desabrochar da doença.



Teoria Psicanalítica: Remete para a fase moral do desenvolvimento psicológico, na qual a ausência de gratificação verbal ou da relação inicial entre mãe e bebê estimulando a doença.

Tipos de Esquizofrenia

Esquizofrenia Desorganizada

A esquizofrenia desorganizada tem os seguintes sintomas: comportamento infantil, apatia e ausência de emoção, e dificuldade de raciocínio e em organizar expressar pensamentos lógicos.

Esquizofrenia Catatônica

A esquizofrenia catatônica tem os seguintes sintomas: músculos e postura tensa e rígida, apatia física, expressões faciais fora do normal, caretas, e a quase ausência de resposta às interpelações de outras pessoas.

Esquizofrenia Paranóide

É o tipo mais comum em muitas partes do mundo. O quadro clínico é dominado por delírios relativamente estáveis, com frequência paranóides, usualmente acompanhados por alucinações, particularmente auditiva, e perturbações da percepção.

- delírios de perseguição, referência, ascendência importante, missão especial, mudanças corporais ou ciúmes;
- vozes alucinatórias que ameaçam o paciente e lhe dão ordens ou alucinações auditivas sem conteúdo verbal, tais como assobios, zunidos ou risos;
- alucinações olfativas ou gustativas, de sensações sexuais ou outras corporais; alucinações visuais podem ocorrer, porém raramente são predominantes.

(Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10)

FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O SUICÍDIO EM PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

FATORES DE RISCO

- CURSO E GRAVIDADE DO PRIMEIRO SURTO PSICÓTICO
- TENTATIVAS ANTERIORES DE SUICÍDIO
- PRESENÇA DE COMPORTAMENTO DEPRESSIVO ASSOCIADO
- HOSPITALIZAÇÃO/INSTITUCIONALIZAÇÃO
- RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E/OU PSICOTERÁPICO
- MAIOR NÍVEL DE ESCOLARIDADE
- USO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS
- ATEÍSMO/AUSÊNCIA DE PRÁTICA RELIGIOSA
- EXTREMOS DE IDADE: JOVENS E IDOSOS
- SEXO MASCULINO
- ABUSO FÍSICO E SEXUAL
- HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO E/OU DE TRANSTORNO MENTAL

Fonte: Nardi, A. E., Quevedo, J., Silva, A. G. Esquizofrenia: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2015

FATORES DE PROTEÇÃO

- DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DOENÇA
- AUSÊNCIA DE TENTATIVA ANTERIOR DE SUICÍDIO
- IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE SINAIS E SINTOMAS DE DEPRESSÃO
- DESINSTITUCIONALIZAÇÃO/CONVÍVIO SOCIAL E FAMILIAR
- GARANTIA DE ADESÃO E CONTINUIDADE DO TRATAMENTO
- PSICOEDUCAÇÃO/PSICOTERAPIA/ESCLARECIMENTOS
- USO DE MEDICAMENTO ADEQUADO
- CRENÇA RELIGIOSA
- ATENÇÃO CUIDADOSA E ESCUTA QUALIFICADA PARA OS PACIENTES EM EXTREMOS DE IDADE
- AÇÕES ESPECÍFICAS DE DISCUSSÃO E ESCLARECIMENTO DE QUESTÕES RELACIONADAS AO SEXO MASCULINO
- INVESTIGAÇÃO DE HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA PESSOAL
- INVESTIGAÇÃO DA HISTÓRIA FAMILIAR, PARA O PLANEJAMENTO EFICAZ DA ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO E CUIDADO.

INFANTIL



Esquizofrenia infantil é essencialmente o mesmo que esquizofrenia em adultos, surge entre 6 a 7 anos de idade e tem um impacto profundo no comportamento de uma criança. Incluem alucinações, delírios, comportamento e pensamento irracional e problemas que exerçam suas tarefas habituais, como tomar banho e alimentar-se.

Tratamento de Psicose

- O tratamento da psicose depende única e exclusivamente da causa e do tipo de psicose. Às vezes, a internação hospital pode ser necessária, principalmente se houver riscos para a segurança do paciente.
- Alguns medicamentos antipsicóticos podem ajudar a controlar alguns sintomas, como alucinações e delírios. Essas drogas também podem ajudar a estabilizar os padrões de comportamento e pensamento do paciente.
- Acompanhamento médico e psiquiátrico frequente é mais que necessário para tanto o paciente quanto seus familiares conseguirem lidar bem com a doença.
- Para isso, é estritamente necessário que o paciente siga à risca as orientações médicas, obedecendo ao tratamento e não faltando às visitas ao psiquiatra.

Convivendo

O medo das crises, os medicamentos, os julgamentos sociais e dos familiares podem ser pesos complicados na vida do paciente com psicoses.

É importante que, para a convivência e aumento da qualidade de vida, a pessoa também faça tratamento psicológico, assim os parentes próximos podem aprender sobre e como lidar com a condição que será presente na vida a partir daquele momento, ou seja os profissionais da área vão poder orientar a família sobre os cuidados que se deve ter com o psicótico, evitando, assim, novas crises.



JOHN NASH, SOBRE A ESQUIZOFRENIA:

“Saí do meu pensamento irracional sem nenhum medicamento além das mudanças hormonais naturais do envelhecimento”, escreveu o matemático em 1996.

JOHN NASH, PRÊMIO NOBEL de Economia em 1994 e PRÊMIO ABEL de Matemática em 2015.

Surto
psicótico
no
trabalho

Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB)

Pode ser caracterizado pela notável instabilidade em muitos, senão em todos, aspectos do funcionamento da pessoa, incluindo relacionamentos, auto-imagem, afeto e comportamento (Beck, Freeman & Davis col, 2005).

Epidemiologia: Prevalência de 2% na população em geral. Mais comum em mulheres (cerca de 75%) e é o mais comum entre os TP (30 a 60%). (Linehan, 2010)

Comorbidade com os Transtornos de Humor, dependência química e transtornos alimentares. (Linehan, 2010)

Gravidade: Quanto mais grave, mais o paciente precisa de programas de tratamento abrangentes, enquanto o paciente *borderline* mais saudável pode beneficiar-se com tratamentos menos intensivos. (Gabbard, Beck & Holmes, 2007).

DSM-IV (9 critérios)

Esforços para evitar um abandono real ou imaginário- são pessoas intolerantes a solidão;

“por que não consigo deixar de ser dependente de algumas pessoas, msm q me faça mal. é uma dependência tão grande que se eu não ouvir a voz ou msm um curtir oi no face é como se me faltasse o ar”.

2) Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, em que a pessoa alterna entre extremos de idealização e desvalorização;

“nosso namoro foi permeado por diversos altos e baixos. Eu ligava para ele no meio da noite, completamente surtada e paranoica e no instante seguinte implorava para que ele não me abandonasse, e eu não queria realmente que ele me deixasse porque eu sentia que minha vida não existia sem sua presença”.

3) Perturbação da identidade;

“Cansado desse corpo lixo, sentindo essas coisas podres me corroendo.. Tá foda aguentar. Mais pelo meu irmão, eu tô firme ainda.”

4) Impulsividade em duas ou mais áreas, prejudicando a vida (drogas, sexo, comer compulsivo);

DSM-IV (9 critérios)

- 5) Instabilidade afetiva- oscilação frequente de humor;
- 6) Comportamentos, gestos ou ameaças de suicídio ou de comportamentos auto mutilantes;
“suicídio me parece tentador agora, se não posso me consertar, posso me destruir.”
- 7) Sentimentos crônicos de vazio;
- 8) Raiva intensa ou dificuldade em controlar a raiva;
- 9) Episódio de ideação paranóide relacionado ao stress a sintomas dissociativos internos.
“E tudo parecia não existir de verdade. Um sonho. Exatamente isso. É exatamente como estar num sonho. A mesma sensação. E o som, parece que sumiu... como se todos os sons fossem de uma tv com o volume bem baixinho”.

Relação Terapêutica

- É comum que o paciente *Borderline* seja o mais desafiador e o mais exigente entre todos que o profissional em saúde mental pode encontrar. Induz respostas de contratransferência frequentemente intensas, negativas e perturbadoras. (Mackinnon, 2008)
- Uma pessoa *Borderline* muitas vezes relata necessitar de dias para se recuperar de uma sessão de terapia, pois as reações emocionais ou o impacto dos estímulos são duradouros (Sadi, 2011).
- Eles podem ficar mais sensíveis que os demais pacientes quando o terapeuta se distancia (Mackinnon, 2008).
- Alguns comportamentos são tão inaceitáveis que devem ser limitados pelo profissional (comportamentos que atravessam as fronteiras pessoais do terapeuta como segui-lo, ameaçá-lo ou insultá-lo). Comportamentos inaceitáveis também incluem ações perigosas, que ameaçam a vida do paciente ou a continuação da terapia (Beck, Freeman & Davis, 2005).

Os quatro subtipos de Grinker de pacientes borderline:

- Tipo I- Fronteira psicótica = conduta inadequada e não adaptativa; problemas com teste de realidade e sentido de identidade; conduta negativa e raiva abertamente expressa.
- Tipo II- Síndrome borderline nuclear = afeto negativo generalizado; envolvimento vacilante com os outros; atuação da raiva; identidade inconsistente.
- Tipo III- Grupo “Com se” = tendência a copiar a identidade dos outros; destituído de afeto; conduta mais adaptativa; relacionamentos sem autenticidade e espontaneidade.
- Tipo IV- Fronteira neurótica = depressão; ansiedade; características neuróticas e narcisistas.

1975- Gunderson e Singer revisaram a literatura descritiva e delineararam seis principais características básicas para o diagnóstico de pacientes borderline:

- 1- afeto intenso de natureza predominantemente depressiva ou raivosa
- 2- impulsividade
- 3- adaptação superficial à situações sociais
- 4- episódios psicóticos transitórios
- 5- tendência a pensamento fraco na testagem projetiva ou em situações não estruturada
- 6- padrão oscilante de relações que vai de extrema dependência à superficialidade transitória

Já em 1990, Zanarini e colaboradores foram capazes de identificar claros padrões discriminatórios baseados em pesquisas que enfocam características descritivas

Características discriminantes do transtorno de personalidade borderline segundo Zanini e colaboradores:

- Pensamento quase psicótico
 - Automutilação
- Tentativas de suicídio manipulativas
 - Preocupações de aniquilação
 - Abandono / fusão
 - Exigência / achar-se especial
 - Regressões no tratamento
- Dificuldades contratransferenciais

Os problemas de inter-relacionamento:

- Buscam sempre relacionamentos exclusivos, sem qualquer risco de abandono.
- Relacionamentos lastreados por grande ansiedade; a ansiedade por uma fusão ilusória onde assumem a identidade do outro e, por outro lado, a ansiedade relacionada à convicção de que virão a ser rejeitados ou abandonados a qualquer momento.
- Para evitar a solidão ou o abandono, tendem a recorrer a gestos suicidas, esperando obter a atenção e presença da pessoa a qual estão ligados.
- Percepção quase delirante de abandono por pessoas amadas são comuns e podem surgir regressões transferenciais psicóticas quando os pacientes ligam-se aos seus analistas.

Entretanto em 1975, Kernberg observou sintomas estruturais para diagnosticar o paciente borderline:

- Manifestações inespecíficas de fragilidade do ego: um aspecto do funcionamento do ego é a capacidade de retardar a descarga do impulso e modular afetos como a ansiedade. Os pacientes borderline são incapazes de reunir forças do ego para desempenhar estas funções devido a fragilidades inerentes inespecíficas,, de forma semelhante, têm dificuldades em sublimar impulsos poderosos e utilizar a consciência para a orientação de conduta.

Desvio em direção ao processo de pensamento primário: como Robert Knight, Kernberg observou que estes pacientes tendem a regredir a um pensamento semelhante ao psicótico na ausência de uma estrutura ou sob pressão de fortes afetos. Entretanto, esses desvios primariamente ocorrem no contexto de um teste de realidade no geral intacto.

- Operações defensivas específicas: a principal destas defesas era a dissociação, que Kernberg considerava um processo ativo de separar introjeções e afetos contraditórios. No paciente borderline, a dissociação se manifesta clinicamente nas seguintes formas:
 - expressão alternada de condutas e crenças contraditórias, com as quais o paciente não se preocupa e as quais nega de forma branda.

- Compartimentalização de todas as pessoas do ambiente do paciente em grupos de totalmente boas ou totalmente más, com frequência oscilações de um indivíduo de um grupo para outro.
- Visões ou imagens contraditórias de si mesmo, que alternam em sua dominância de dia para dia e de hora para hora.
- Relações objetais internalizadas patológicas: como resultado da dissociação, a pessoa com OPB não considera as outras como tendo um misto de qualidades positivas e negativas, mas divide os outros em extremos polarizados e são considerados, nas palavras de um paciente “ou deuses ou demônios”. Estes indivíduos não conseguem integrar aspectos libidinais e agressivos dos outros, o que inibe sua capacidade de apreciar corretamente as experiências. De forma semelhante, incide na sua incapacidade de integrar representações positivas e negativas de si mesmo, resultando numa profunda difusão da identidade.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PACIENTE BORDERLINE:

- 1- Limitação para usufruir as disponibilidades de opção emocional diante dos estímulos do cotidiano e, por causa disso, pequenos estressores são capazes de enfurecê-lo.
- 2- Incapacidade de contenção de impulsos raivosos. A raiva ou fúria sempre é desproporcional a sua causa.
- 3- Baixo limiar de tolerância à frustrações.
- 4- Grande acúmulo de tensão interna gerando crises de descontrole com atitudes quase psicóticas.

- 5- Esforço frenético para evitar o abandono, seja abandono real ou imaginário. A perspectiva de separação ou perda podem ocasionar profundas alterações de autoimagem, afeto, cognição e no comportamento. Exigência constante de apoio, afeto e amor continuamente.
- 6- Tendência a abuso de substância ou algum tipo de compulsão.
- 7- Dificuldades de persistir no cumprimento de tarefas do dia a dia, iniciam vários projetos sem terminá-los, pouco esforço para concluir tarefas.
- 8- Sensação crônica de vazio.

- 9- Padrão de instabilidade nos relacionamentos, não conseguem dar manutenção e quando estabelecem algum tipo de relação, são intensos e exagerados.
- 10- Podem aparentar papéis altruístas ou sentimentos genuínos, quando na verdade, estão sempre esperando a retribuição do outro. Ao supostamente doar-se, espera que o outro esteja sempre a sua disposição.
- 11- Inconstância no juízo que tem de si mesmo e de sua vida.
- 12- Impulsividade em áreas potencialmente prejudiciais a si próprios, como jogo patológico, prática exagerada de atividade física, automutilação, confrontos agressivos e violência física.

Dentre algumas visões psicodinâmicas, vamos priorizar uma que coloca o paciente com transtorno da personalidade Borderline como alguém que se fixou na fase de *separação/individuação*. Antes de continuar, vamos nos ater ao esquema evolutivo de Margaret Mahler (1982). Ela identificou três amplas fases no desenvolvimento da criança.

Nos dois primeiros meses de vida ocorre a *fase autista*, na qual o bebê está voltado para si mesmo e mais preocupado com a sobrevivência do que com os relacionamentos.

O período entre dois e seis meses é denominado como *simbiose*, inicia-se com a resposta sorridente do bebê e com a capacidade visual de acompanhar a face materna. Para ele a experiência primária da díade mãe-bebê é de uma unidade dual, em vez de dois indivíduos separados.

A terceira fase *separação/individuação* é caracterizada por quatro subfases. A subfase de *diferenciação*, que se encontra entre os seis e 10 meses, a criança torna-se consciente de que a mãe é uma pessoa separada. Prática é a próxima subfase; ocorre entre os 10 e 16 meses. Com as habilidades motoras recentemente descobertas desta idade, os bebês adoram explorar o mundo por si próprios, embora na maioria das vezes retornem para suas mães a fim de se “reabastecerem”.

A terceira subfase, *reaproximação*, é caracterizada por uma consciência mais aguçada da mãe como alguém separado, ocorrendo entre os 16 e 24 meses de idade. Esta consciência traz consigo um senso mais frágil, uma ansiedade nos momentos de separação da mãe. A criança está frequentemente a checar o paradeiro da mãe durante as brincadeiras.

A quarta e última subfase, que corresponde aproximadamente ao terceiro ano de vida, é marcada pela *consolidação da individualidade* e pelo início da constância objetal. É a integração de visões dissociadas da mãe em um objeto completo, único, que pode ser internalizado como uma presença interna emocionalmente tranquilizadora, que sustenta a criança durante a ausência materna.

Assim, os pacientes Borderline atravessaram com sucesso a fase simbiótica, mas se fixaram na fase de separação/individuação. Na subfase de *reaproximação*, como vimos, a criança fica alarmada quanto à possibilidade de sua mãe desaparecer e por vezes fica muito preocupada sobre onde ela está. Sob este ponto de vista evolutivo, os pacientes Borderline podem ser vistos como vivendo repetidamente uma antiga crise infantil na qual eles temem que as tentativas de se separarem de suas mães resultem no seu desaparecimento e abandono.

Na forma adulta desta crise infantil, os sujeitos são incapazes de tolerar períodos de solidão e temem o abandono por parte das outras pessoas significativas. Ao longo do período de separação e individuação, as crianças são incapazes de integrar os aspectos bons e maus de si próprios e de suas mães. Estas imagens contraditórias são mantidas separadamente pela dissociação, de forma que a mãe é vista como alternando entre ser totalmente boa ou totalmente má.

Por volta dos três anos de idade a grande parte das crianças já mantém uma constância objetal suficientemente estabelecida. Por terem internalizado uma imagem inteira de suas mães, as crianças conseguem sustentar melhor os períodos de sua ausência física. Como os sujeitos Borderline não possuem esta imagem interna, eles têm pouca ou nenhuma constância objetal, o que contribui para sua intolerância à separação e solidão.

A passagem pela fase edípica, em função desta agressão inata, fica impedida. Logo, os conflitos edípicos dos pacientes Borderline, com frequência aparecem de forma mais crua e primitiva, comparados aos dos pacientes neuróticos.

PSICODINÂMICA DA PATOLOGIA:

- KERNBERG: Vinculou a patogênese do TPB ao esquema evolutivo de Mahler. Para Kernberg, os pacientes borderlines atravessaram com sucesso a fase simbiótica de forma a diferenciar o outro, porém se fixaram na fase de separação/individuação. Nessa fase, a criança fica alarmada quanto ao potencial de sua mãe de desaparecer e por vezes fica muito preocupada sobre onde ela está. Sob esse ponto de vista evolutivo, os pacientes borderlines podem ser vistos como vivendo repetidamente uma antiga crise infantil, na qual eles temem que as tentativas de se separarem de suas mães resultem no seu desaparecimento e abandono.

A razão para essa fixação tem relação, na visão de Kernberg, com uma alteração na disponibilidade emocional da mãe durante esse período, tanto devido a um excesso constitucional de agressão na criança, quanto a problemas maternos com a maternidade ou mesmo a associação de ambos.

Um importante componente dessa fixação é a falta de constância objetal, típica do paciente borderline. Como outras crianças, ao longo do período de separação e individuação, estas crianças são incapazes de integrar os aspectos bons e maus de si próprios e de suas mães. Estas imagens contraditórias são mantidas em separado via dissociação, de forma que tanto a mãe quanto a si mesmo são vistos como alternando entre serem totalmente maus ou totalmente bons.

Fixada na fase separação/individuação, essas crianças terão a predominância de introjetos negativos. Quando tais introjetos são projetados para fora, os pacientes borderline se sentem a mercê de perseguidores maus. Quando reintrojetadas, as introjeções más os fazem sentir-se indignos e desprezíveis, ocasionalmente levando a pensamentos suicidas.

De forma geral, podemos dizer que a gênese da PB está nos primeiros meses de vida, geralmente no momento em que na criança começa a surgir um ego ainda rudimentar, para Kernberg, fase de separação/individuação, para Freud, na fase oral quando a criança começa a ser frustrada, para Klein na passagem para a posição depressiva e para Winnicott na fase de dependência relativa.

A mãe que deverá transmitir através do seu olhar e cuidado, o afeto e a segurança para seu bebê, que segundo Winnicott, deverá emprestar o seu ego para que a criança inicie o desenvolvimento do seu próprio ego, falhará nessa função por não conseguir espelhar a vivacidade, o afeto, a segurança para a criança.

O olhar da mãe transmite então uma incerteza, angústia e sensações desagradáveis para o bebê.

MANEJO CLÍNICO:

Entrevista inicial com PB:

Atentar para:

- 1- Afetos: presença de uma depressão subjacente, nem sempre consciente para o paciente, sensação de vazio, ansiedade, isolamento social, vínculos afetivos com amigos e familiares, desesperança e desamparo, motivação para o futuro.
- 2- Cognição: pensamentos persecutórios, estranhos; dissociação em relação às impressões do mundo exterior
- 3- Impulsividade: adições, compulsões, tentativas de suicídios, exposição a situações potencialmente perigosas, atitudes autodestrutivas e automutiladoras.

4- Relações interpessoais: intolerância a solidão, abandono. Tentativas de relações simbióticas; controle excessivo do outro; medo de aniquilação e fantasias de destruição, dependência e demandas excessivas nas relações, relacionamentos exageradamente intensos, sadismo/masiquismo.

Análise e terapia do paciente borderline:

Incluem o fortalecimento do ego, de forma que o paciente possa tolerar melhor a ansiedade e ter maior controle sobre seus impulsos; integração de representações dissociadas de si mesmo e do objeto, de forma que os pacientes tenham uma visão coerente, sustentada e aperfeiçoada de si próprios e dos outros;

Firme estabelecimento de uma introjeção continente e tranquilizadora, forma que separações de figuras significativas possam ser toleradas. Não existe atalho para a realização dessas tarefas, que exigem um trabalho intenso com um analista por um longo período de tempo. Algumas observações devem ser levadas em conta:

- 1- Definir uma estrutura de tratamento estável
- 2- Evitar uma posição terapêutica passiva
- 3- Conter a raiva do paciente
- 4- Confrontar comportamentos autodestrutivos
- 5- Estabelecer a conexão entre sentimentos e ações.
- 6- Estabelecer limites
- 7- Manter o foco das intervenções no aqui e agora.
- 8- Monitorar os sentimentos contratransferenciais

Avaliação TP e TPB

O estudo investigou a (BVS), (Pepsic), (CAPES), Banco de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, da Universidade de Brasília, e da Universidade Federal de São Paulo.

Dos 6 trabalhos selecionados, três tiveram foco principal no transtorno da personalidade anti-social, e os outros três trabalhos abordaram os transtornos da personalidade de maneira mais ampla, sendo que todos são de cunho empírico.

Os principais resultados encontrados apontaram para a escassez de trabalhos e instrumentos de investigação específicos para a avaliação de transtornos da personalidade. Tal quadro sugere que as possibilidades nacionais de escolha de instrumentos (e, principalmente, válidos para tal contexto) pelo psicólogo e demais profissionais envolvidos estão restritas.

(Carvalho, Bartholomeu, & Silva, 2010)



Entrevista Diagnóstica DIB-R (Revised Diagnostic Interview for Borderlines)

De Gunderson e Zanarini

O DIB-R é uma entrevista semi-estruturada que coleta dados em 4 áreas consideradas importantes para o diagnóstico de TPB (afeto, cognição, padrões de ação impulsiva e relacionamentos interpessoais);

Avalia 97 itens relacionados com o modo como o paciente sentiu, pensou e agiu nos dois últimos anos, baseado as informações do paciente e completado com dados dos familiares ou prontuários.

Instruções: 2- SIM, 1- PROVÁVEL, 0- NÃO, N.A.- Não aplicável

Converte os escores e totaliza de 0 a 10, se der 8 ou mais é considerado TPB.

Transtornos Bipolares

O que caracteriza os transtornos bipolares, diferenciando-os dos transtornos depressivos, são os episódios de humor anormalmente elevado, chamados de episódios maníacos, ou de mania.

Se os sintomas são graves para causar comprometimento acentuado no funcionamento social ou ocupacional é caracterizado como maníaco, do contrario, o episódio é chamado de hipomaníaco.

Os transtornos bipolares se dividem em transtorno bipolar I e transtorno bipolar II.



Transtorno Bipolar I – (mais “mania”)

É caracterizado pela presença de um conjunto completo de sintomas de mania durante o curso do transtorno

Um paciente em episódio maníaco é geralmente expansivo, e freqüentemente contagia as pessoas com quem se relaciona, podendo às vezes ser difícil o diagnóstico

Muitas vezes, por verem frustrados seus “planos mirabolantes”, os pacientes passam gradualmente de um estado de euforia para outro de irritabilidade, e podem tornar-se agressivos

Transtorno Bipolar II – (“mais depressão”)

O transtorno bipolar II é caracterizado por episódios depressivos maiores, associados a episódios de hipomania

Por ser uma doença crônica, exige tratamento a longo prazo, sendo ainda incerto se o tratamento indicado para o transtorno bipolar I tem a mesma eficácia no transtorno bipolar II

Na verdade, pode ser difícil distinguir episódios de hipomania de uma certa euforia natural, nos pacientes que se recuperam de um episódio depressivo maior.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE PARANOIDE

O paciente apresenta quatro ou mais entre as seguintes características:

Suspeita de que outras pessoas tenham intenções hostis ou decepçionantes.

Dúvida sobre a lealdade de outras pessoas sem causa aparente.

Tendência para desconfiar de outras pessoas com receio de que suas informações poderão ser usadas contra ele.

Tendência para ver intenções maldosas em comentários e eventos inofensivos.

Incapacidade para perdoar insultos percebidos.

Tendência para acreditar que seu caráter está sendo agredido, reagindo com rancor.

Suspeitas sem nenhuma causa aparente de que o(a) parceiro(a) conjugal está sendo infiel.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

Os pacientes devem ter ao menos 18 anos de idade, apresentar sinais de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos e apresentar pelo menos três entre os seguintes critérios:

Recusa em obedecer às normas sociais e participação em atividades ilegais.

Uso da mentira e manipulação de outras pessoas para benefício próprio.

Comportamento irresponsável sem considerar as consequências.

Desrespeito aos direitos e à segurança dos outros.

Comportamento irresponsável.

Ausência de remorso.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA

O paciente deve apresentar cinco ou mais entre os seguintes critérios:

Sobrevalorização de sua importância e de suas realizações.

Sentimento de superioridade em relação aos outros.

Medo da inadequação e exigência de admiração excessiva.

Senso irreal de seus direitos.

Crença no fato de ser mais importante do que os outros.

Ausência de empatia.

Crença no fato de que as outras pessoas sentem inveja dele.

Demonstração de arrogância.

Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) caracteriza-se por dois tipos de manifestações: as obsessões ou idéias obsessivas e as compulsões ou rituais compulsivos. As obsessões são idéias ou imagens que vem à mente da pessoa independente de sua vontade repetidamente. Embora a pessoa saiba que são idéias suas, sem sentido, não consegue evitar de pensá-las. São freqüentes idéias relacionadas a religião, sexo, dúvidas, contaminação, agressão (por exemplo, a pessoa tem idéias repetidas de que suas mãos estão contaminadas por ter tocado em objetos "sujos"). As compulsões são atos ou rituais que o indivíduo se vê obrigado a executar para aliviar ou evitar as obsessões. Se a pessoa não executa o ato compulsivo ela fica muito ansiosa. Os rituais são repetidos numerosas vezes, apesar da sensação que a pessoa tem de que não fazem sentido.

Compulsão

“Clinicamente falando, é o tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma imposição interna. Um pensamento (obsessão), uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não realização é sentida como tendo de acarretar um aumento de angústia”

Laplanche e Pontalis

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE OBSESSIVO-COMPULSIVA

O paciente deve apresentar quatro ou mais entre os seguintes critérios:

Preocupação excessiva com detalhes, regras, listas, ordem, organização, ou esquemas nos quais se perde o objetivo principal de uma atividade.

Busca de perfeccionismo que interfere na conclusão das tarefas.

Dedicação obsessiva ao trabalho e à produtividade, ignorando as atividades de lazer e as amizades.

Tendência a ser extremamente consciencioso, escrupuloso e inflexível sobre assuntos relacionados a moral, ética ou valores.

Incapacidade de descartar objetos usados ou inúteis, mesmo que não tenham nenhum valor sentimental.

Relutância em delegar tarefas ou em trabalhar com outras pessoas, a não ser que elas se submetam à sua maneira de fazer as coisas.

Avareza com relação aos gastos consigo mesmo e com outras pessoas, considerando o dinheiro algo a ser economizado para eventuais catástrofes futuras.

Rigidez e teimosia.

paciente
obsessivo e
compulsivo

**“O neurótico constrói o castelo no ar,
o psicótico mora nele e o psicanalista
cobra o aluguel!!!”**

