



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
- **Psicanalista SOBRAP**
Sociedade Brasileira de Psicanálise – Sorocaba/SP
- **Professor/Preceptor de Saúde Mental Internato Faculdade de Medicina**
Universidade Brasil / Instituto Moriah

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

Personalidade

Personalidade pode ser definida como um sistema organizacional de individualidades que modela a forma de interação das pessoas com o ambiente. As características da personalidade se desenvolvem no período inicial da vida adulta, e acredita-se que sejam moldadas pelas experiências iniciais da infância, durando por toda a vida. As características da personalidade que impedem que os indivíduos desempenhem funções sociais ou que causam desconforto significativo são diagnosticadas como transtornos da personalidade.

Transtorno da Personalidade

Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a **sofrimento ou prejuízo.**

DSM-5

- A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:
- Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
 - Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
 - Funcionamento interpessoal.
 - Controle de impulsos.
- B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.
- E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.
- F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo crânioencefálico).

DSM-5

Transtorno da Personalidade

- **Transtorno da personalidade paranoide** é um padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.
- **Transtorno da personalidade esquizoide** é um padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.
- **Transtorno da personalidade esquizotípica** é um padrão de desconforto agudo nas relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.
- **Transtorno da personalidade antissocial** é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.
- **Transtorno da personalidade borderline** é um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.
- **Transtorno da personalidade histriônica** é um padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.
- **Transtorno da personalidade narcisista** é um padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.
- **Transtorno da personalidade evitativa** é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa.
- **Transtorno da personalidade dependente** é um padrão de comportamento submisso e apegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado.
- **Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva** é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.

Estruras Clínicas Fundamentais

Para a Psicanálise existem três possibilidades do sujeito 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, 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 Maniaco / Depressivo	3- Perversão 3 Tipos Clínicos: Sadismo Masoquismo Fetichismo

Estrutura Clínica e o Complexo de Édipo

Um **Ego** Sendo Construído

Processo do Complexo de Édipo:

- Narcisismo interrompido: desmame, irmãos, descoberta de que não somos objeto único do desejo do outro – que existe o outro do outro.

Definição das Estruturas:

- Momento de socialização e apropriação do próprio desejo – do próprio inconsciente.
- Vai decidir como vai responder à falta / castração – definindo como o sujeito vai lidar com o desejo do outro.

Definição

Processo de identificações e escolhas de objetos

MANTER OU TIRAR ESSE SLIDE???????

Neurose - negação simbólica da falta, da castração, da diferença

Psicose - enfrenta a falta pelo real (real não é realidade, mas aquilo que extraímos da realidade para que esta se apresente totalidade coerente e integrada), através das alucinações e delírios

Perversão - negação entre o imaginário narcísico e o simbólico – simboliza a negação através do fetiche – a atitude do perverso diante da castração é se manter como o dono da lei, onde o outro está ao meu dispor

PSICOSES

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

Abarcam um largo espectro, mas sempre pressupõem a preservação de áreas do ego que atendam a duas condições:

- **A primeira** é a de que esses “estados psicóticos” permitem uma relativa adaptação ao mundo exterior, como é o caso dos pacientes borderline; personalidades excessivamente paranóides ou narcisistas; algumas formas de perversão, psicopatia e neuroses graves.
- **A segunda** condição consiste no fato de que esses quadros clínicos possibilitam uma recuperação, sem seqüelas, após a irrupção de surtos francamente psicóticos (reações esquizofrênicas agudas ou episódios de psicose maníaco-depressiva, por exemplo).

CONDIÇÕES PSICÓTICAS

Pacientes que, apesar de estarem adaptados, são portadores de condições psíquicas que os caracterizam como potencialmente psicóticos e que, não raramente, no curso do processo analítico, podem apresentar episódios de regressão ao nível de psicose clínica. Isso deve-se a uma acentuada presença dos assim chamados “núcleos psicóticos” (corresponde ao que Bion denomina como “a parte psicótica da personalidade”, que, como sabemos, não designa um diagnóstico psiquiátrico, mas, sim, uma condição da mente).

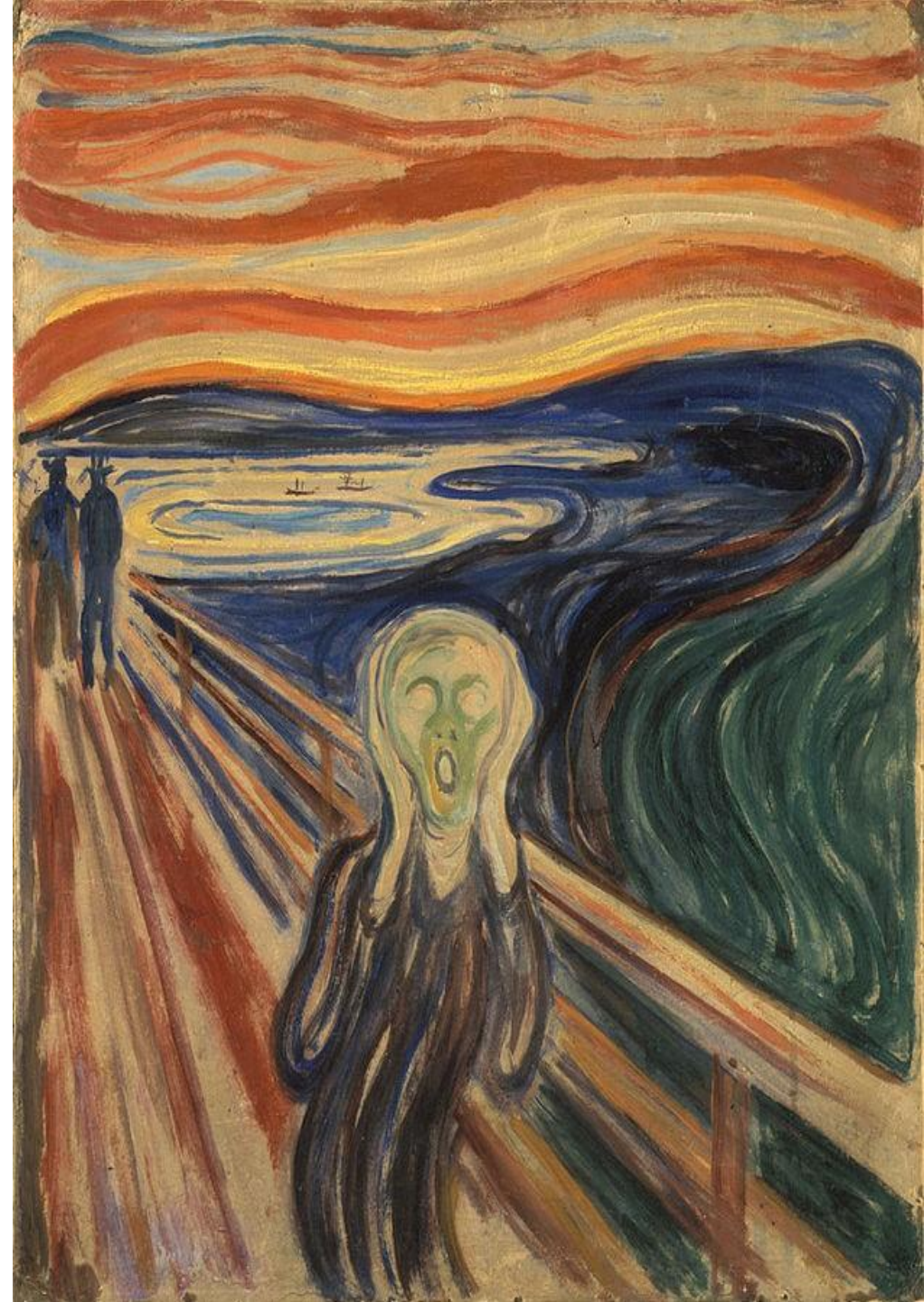
Esses “núcleos psicóticos” estão subjacentes às estruturas neuróticas rigidamente organizadas, como, por exemplo, as de natureza obsessiva ou somatizante, as quais funcionam como uma última e instável barreira defensiva contra a permanente ameaça de descompensação psicótica, diante de um incremento de ansiedade.

“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 psicoses, 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**

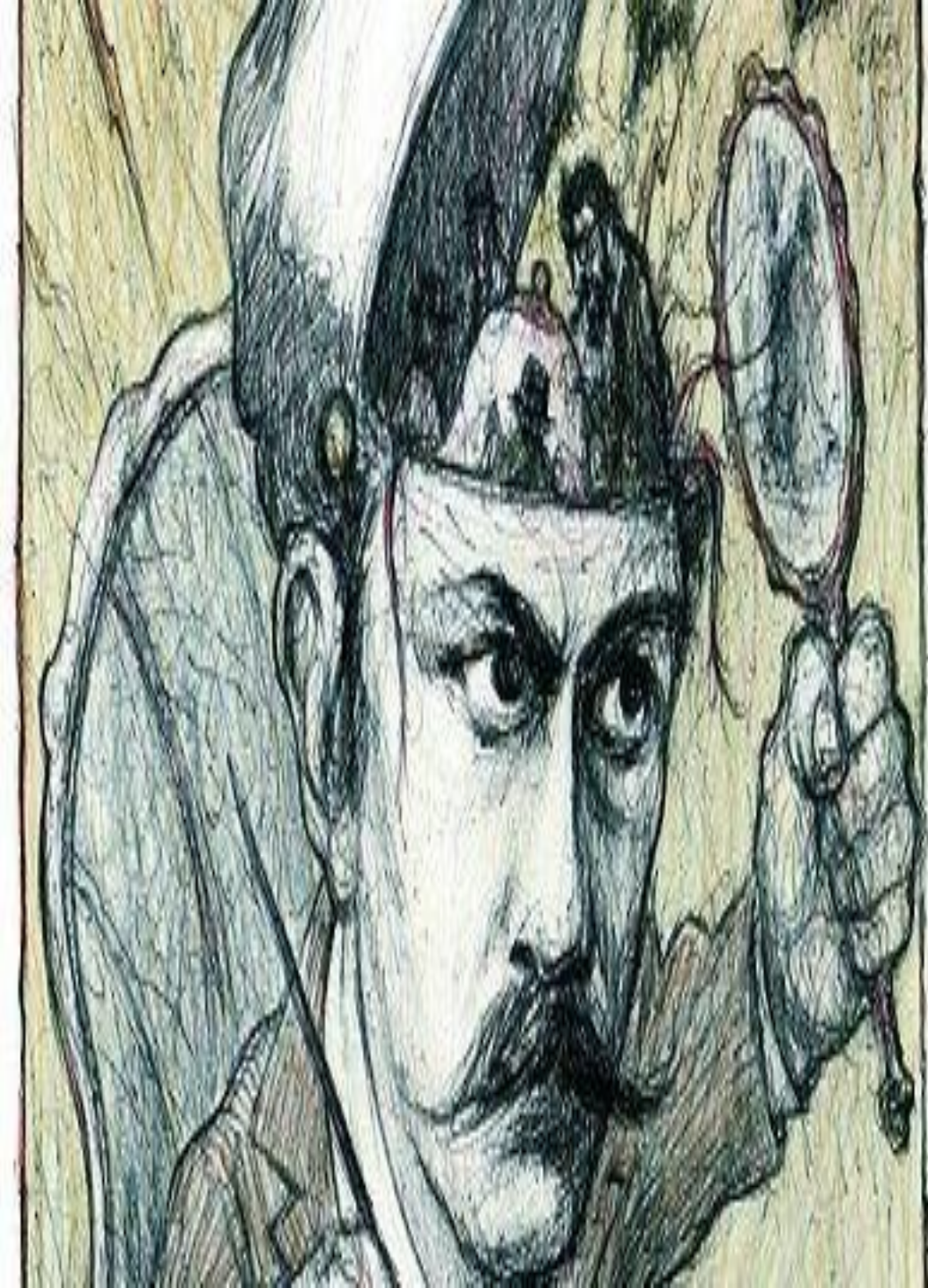
Pessoas que usam drogas psicoativas em grande frequência e quantidade estão no grupo de risco para o desenvolvimento de psicoses. Se a pessoa já possui a condição latente e não sabe, a frequência e quantidade deixam de ser variáveis: usar drogas psicoativas uma vez pode ser o bastante para desencadear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

<http://www.saudemental.net/delirio.htm>

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, frequentemente, 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

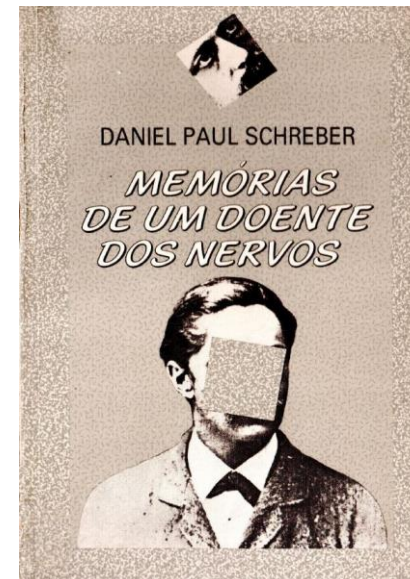
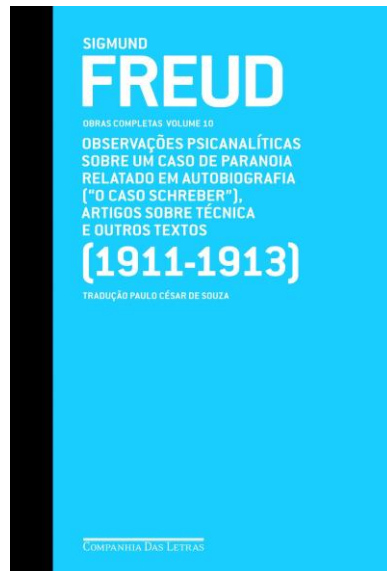


Freud e a Psicose – O Caso Schreber

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



Subestruturas

ESQUIZOFRENIA

ESQUIZO.....FRENIA

cisão/divisão

personalidade/alma

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

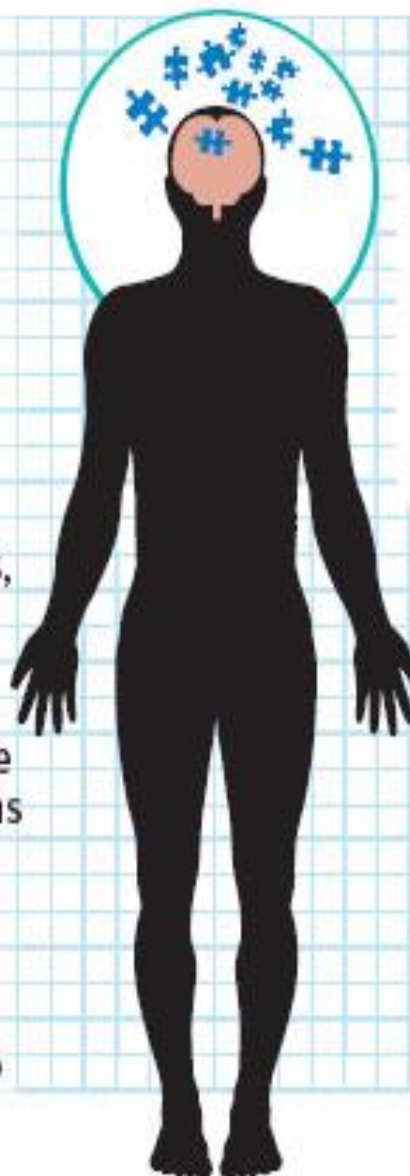


Atinge de **0,8% a 1,2%** da população mundial, o que no Brasil significa cerca de **2 milhões de pessoas**

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 bebé 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.

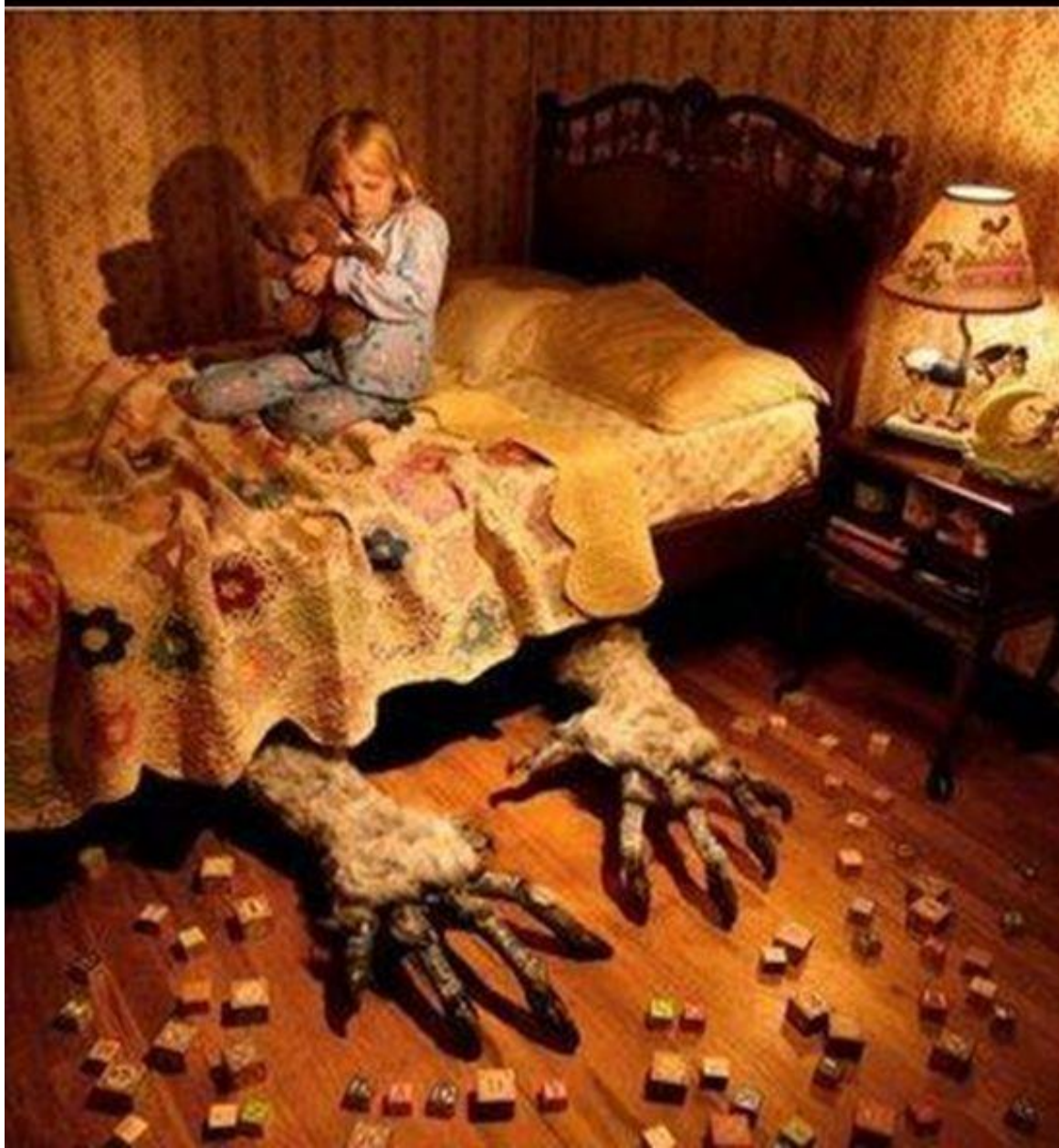
Esquizofrenia Paranóide

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)

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.

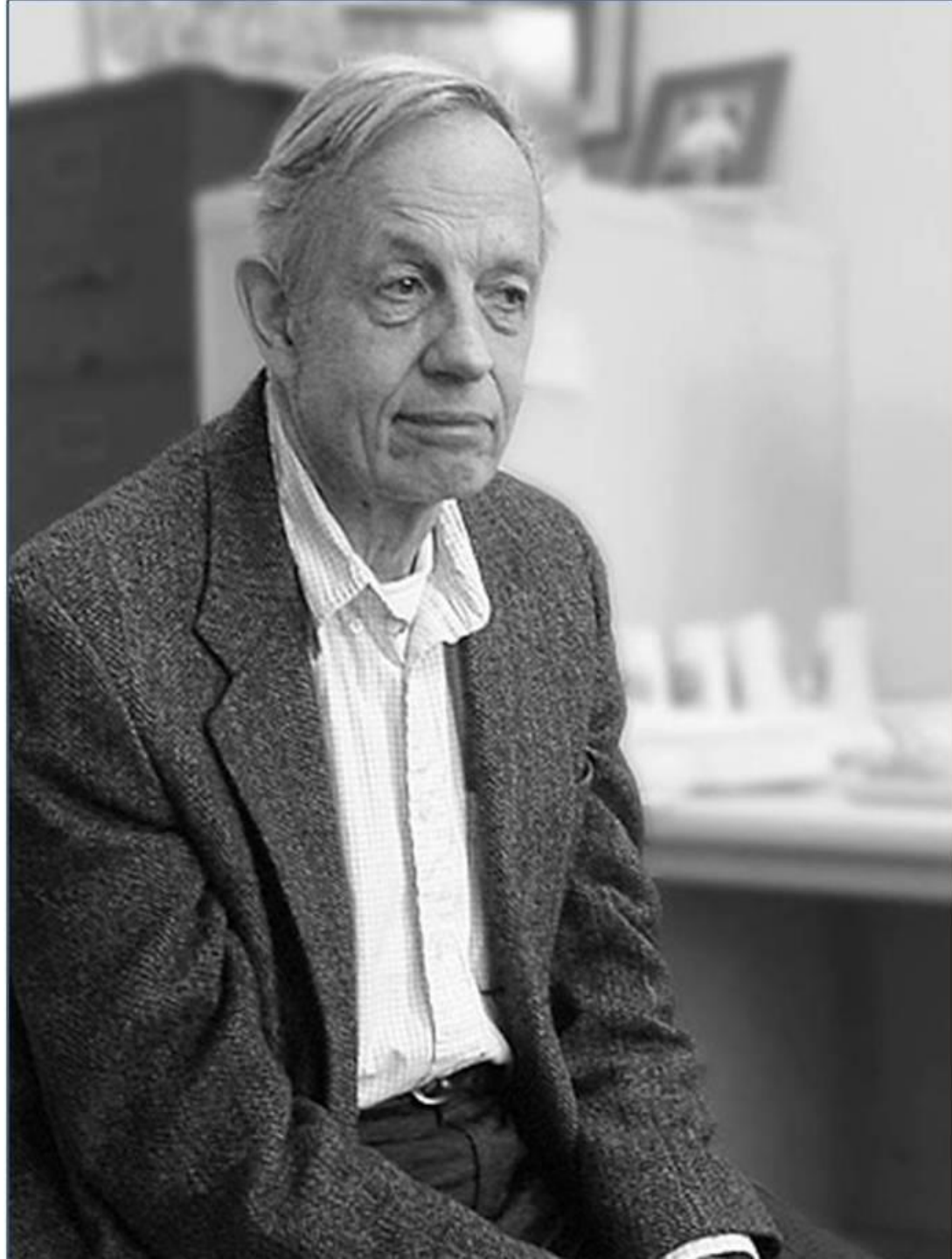
Tratamento de Psicose

- 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

Discussão de Caso em Sala de Aula

Transtorno da Personalidade Borderline

Nascido no interior da psicanálise, o termo borderline foi acolhido na Psiquiatria e ganhou uma notoriedade crescente desde a década de cinquenta do século passado.

Alguns autores propõem que a preocupação teórica e clínica freudiana com as histéricas (uma epidemia no final do século XIX) foram substituídas pelo borderline no final do século XX.

A partir de um apanhado histórico, em 1930 a 1940 a psiquiatria começou a descrever pacientes com certo grau de perturbação psíquica que não se enquadravam em um perfil psicótico convencional para receberem o diagnóstico de esquizofrênicos. Na tentativa de descrever a psicopatologia de seus pacientes que apresentavam indícios de perturbação começaram os primeiros estudos clínicos desenvolvidos pela psiquiatria (Gabbard, 2006).

Transtorno da Personalidade Borderline

Crítérios Diagnósticos

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PACIENTE BORDERLINE:

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

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO PACIENTE BORDERLINE:

- Dificuldades de persistir no cumprimento de tarefas do dia a dia, iniciam vários projetos sem terminá-los, pouco esforço para concluir tarefas.
- Sensação crônica de vazio.
- Padrão de instabilidade nos relacionamentos, não conseguem dar manutenção e quando estabelecem algum tipo de relação, são intensos e exagerados.
- 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.
- Inconstância no juízo que tem de si mesmo e de sua vida.
- Impulsividade em áreas potencialmente prejudiciais a si próprios, como jogo patológico, prática exagerada de atividade física, automutilação, confrontos agressivos e violência física.

Prevalência

A prevalência média do transtorno da personalidade borderline na população é estimada em 1,6%, embora possa chegar a 5,9%. Essa prevalência é de aproximadamente 6% em contextos de atenção primária, de cerca de 10% entre pacientes de ambulatórios de saúde mental e de por volta de 20% entre pacientes psiquiátricos internados. A prevalência do transtorno pode diminuir nas faixas etárias mais altas.

Fatores de Risco e Prognóstico

Genéticos e fisiológicos. O transtorno da personalidade borderline é cerca de cinco vezes mais comum em parentes biológicos de primeiro grau de pessoas com o transtorno do que na população em geral. Também há aumento do risco familiar para transtornos por uso de substância, transtorno da personalidade antissocial e transtorno depressivo ou bipolar.

O transtorno da personalidade borderline é diagnosticado predominantemente (cerca de 75%) em indivíduos do sexo feminino.

Os quatro Subtipos de Grinker de Pacientes Borderline:

- Tipo I – Fronteira Psicótica

Conduta inadequada e não adaptativa; problemas na interpretação da 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.

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.

Uma Visão Psicodinâmica

Esquema evolutivo de Margaret Mahler (1982).

Ela identificou três amplas fases no desenvolvimento da criança.

1- Fase autista

2- Simbiose

3- Separação / Individuação

Uma Visão Psicodinâmica

1- **Fase Autista** – dois primeiros meses de vida

O bebê está voltado para si mesmo e mais preocupado com a sobrevivência do que com os relacionamentos.

2- **Fase Simbiose** – dois a seis meses de vida

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.

Uma Visão Psicodinâmica

3- Fase Separação/Individuação – quatro subfases:

3.1- Subfase Diferenciação – entre os seis e 10 meses

A criança torna-se consciente de que a mãe é uma pessoa separada.

3.2- Subfase Prática – 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”.

3.3- Subfase Reaproximação – entre os 16 e 24 meses

É caracterizada por uma consciência mais aguçada da mãe como alguém separado. 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

3.4- Subfase Consolidação da Individualidade – aproximadamente 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.

Uma Visão Psicodinâmica

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, de 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

Transtorno Bipolar

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 contrário, o episódio é chamado de hipomaníaco.

São separados dos transtornos depressivos no DSM-5 e colocados entre os capítulos sobre transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos em virtude do reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre as duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. DSM-5

O risco de suicídio ao longo da vida em pessoas com transtorno bipolar é estimado em pelo menos 15 vezes o da população em geral. Na verdade, o transtorno bipolar pode responder por um quarto de todos os suicídios.

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 frequentemente 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

CrITÉRIOS DiagnÓsticos

Para diagnosticar transtorno bipolar tipo I, é necessário o preenchimento dos critérios para um episódio maníaco. O episódio maníaco pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores. O humor, em um episódio maníaco, costuma ser descrito como eufórico, excessivamente alegre, elevado ou “sentindo-se no topo do mundo”.

Durante um episódio maníaco, é comum os indivíduos não perceberem que estão doentes ou necessitando de tratamento, resistindo, com veemência, às tentativas de tratamento. Podem mudar a forma de se vestir, a maquiagem ou a aparência pessoal para um estilo com maior apelo sexual ou extravagante. Há perda de sono, porém diferente da insônia em que a pessoa quer dormir mas não consegue

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 diagnosticar transtorno bipolar tipo II, é necessário o preenchimento dos critérios para um episódio hipomaníaco atual ou anterior e os critérios a seguir para um episódio depressivo maior atual ou anterior. Episódio Hipomaníaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração de pelo menos quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco.

- Diferença entre Transtorno Bi-Polar e
- Transtorno de Personalidade Borderline

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, duvidas, 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 com Transtorno Obsessivo e Compulsivo

“O Neurótico constrói o castelo no ar, o Psicótico mora nele e o Psicanalista cobra o aluguel!!!”

