



**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Reconhecido pelo Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016  
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Ana Flávia Alves Drumond

O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA CONFIGURAÇÃO E TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE

Palmas – TO

2019

Ana Flávia Alves Drumond

O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA CONFIGURAÇÃO E TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Profa. Me. Izabela Almeida Querido.

Palmas – TO

2019

Ana Flávia Alves Drumond

O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA CONFIGURAÇÃO E TRATAMENTO  
DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDELINE

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Profa. Me. Izabela Almeida Querido.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa Me. Izabela Almeida Querido

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Profa. Me. Ruth do Padro Cabral

Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP

---

Profa Me. Leny Meire Correa Molinari Carrasco

Instituto Federal do Tocantins - IFTO

Palmas – TO

2019

Dedico este trabalho aqueles que nunca deixaram de acreditar em mim, em especial a minha mãe, Zenilda do Carmo Drumond, que sempre cuidou e me criou para ser uma mulher profissional e independente, me apoiou em todos os projetos de cunho acadêmico aos quais eu tinha desejo de participar e dedica sua vida a criação e formação do meu irmão e eu.

E a família da minha tia Denise Dias Dutra Drumond, a qual me serviu de inspiração. L.D.G. (*in memoriam*) foi a adolescente que despertou toda a minha curiosidade e vontade de aprofundar meus conhecimentos sobre transtornos humanos, onde desde criança, seus trejeitos me despertavam desconforto e fascínio.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao meu grupo da faculdade que sempre me apoiou, me deu dicas e me incentivou a permanecer desde o semestre que entramos juntos e mesmo cada um se formando ao seu tempo, Ana Teresa C. Stival, Vinícius S. Nascimento, Maria Aires G. E. de Souza, Larissa Araújo e Gilstéfany Oliveira, meu muito obrigada a vocês e aos nossos laços afetivos.

Agradeço imensamente a minha fiel escudeira Ana Patrícia Alves Auriema, por trilhar comigo os mais belos e árduos caminhos desse curso que nos exigiu muita energia, paciência e fé. Obrigada por vibrar comigo, ser amiga acolhedora, pelo bom humor constante, pelas caronas e por não desistir de mim. Nem a idade, nem a condição financeira, nem o estilo de vida, nem a orientação sexual, nem a religião foi capaz de impedir que esse laço afetivo se construísse. Bastou um interesse em comum, a psicologia.

Agradeço também a Renata Alves Bandeira que de professora que eu admiro muito e colega de curso, tornou-se amiga e teve sempre uma palavra de incentivo e conforto para mim, ouviu minhas frustrações e não julgou. A minha amiga Bruna Medeiros Freitas, que me mandou áudio-aulas de 10 minutos dividindo comigo todo seu conhecimento sobre qualquer assunto e a qualquer horário, sem exclusão de feriado e fim de semana.

Coloco em evidência meus primos maternos que a todo momento me impulsionaram para cima e para frente com ênfase nessa reta final, onde passei por muitas crises (eu era a própria desregulação emocional) e eles “não deixaram a minha peteca cair”, me mantinham firme no caminho com reforço em forma de doces de palha italiana.

Agradeço aos meus amigos pessoais por todas as mensagens de apoio, cobrança, de felicitações a cada pequena conquista alcançada, aquelas que me recebiam aos domingos para que eu pudesse produzir na calma e silêncio de seus lares, aqueles que me auxiliaram com fluxogramas, vídeo aulas e revisão textual. E também aos que pararam de me chamar para sair, porque eu ia. Obrigada pelo carinho, amo vocês! Graças a Deus tenho amigos incríveis.

Ressalto agradecimentos as mulheres incríveis que compõem minha banca, das quais me apaixonei pelos seus trabalhos e me lancei a tentar perpassar pelos seus altos níveis de exigência e competência. Ruth do Prado Cabral sempre muito simples e assertiva fez contribuições ricas, Leny Meire C. M. Carrasco, também supervisora de estágio, depositou confiança em mim e aceitou o convite de última hora, um poço de ensinamentos e autenticidade, e minha queridíssima orientadora Izabela Almeida Querido, que me recebeu muitas vezes aos prantos e me fez sair das supervisões com esperança na mochila, que aceitou me orientar mesmo eu não sabendo explicar o que eu queria fazer. Colheu meu balaio de pensamentos e teceu

comigo este trabalho o qual me orgulho, além de não condizer com minha ansiedade e me deixar até dias esperando uma resposta por mensagem. Muito obrigada por acreditarem na minha capacidade, que por vezes, eu duvidei.

E ainda, não menos importante, a Deus e a todos os orixás das religiões afro brasileiras por me sustentarem, caminharem junto a mim e servir de inspiração. Percorri caminhos importantes de autoconhecimento e autonomia com vocês, meus guias.

“Quando o comportamento apropriado tem sido estabelecido, suas consequências trabalham por meio de processos similares, aumentando sua força. Se por acaso o ambiente se modifica, velhas formas de comportamento desaparecem, enquanto novas consequências constroem novas formas” (SKINNER)

## RESUMO

DRUMOND, Ana Flávia Alves. **O papel da regulação emocional na configuração e tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline.** 2019. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas. Palmas-TO. 2019.

O presente trabalho diz respeito ao papel da regulação emocional na configuração e tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline, abrangeu os conceitos e critérios diagnósticos dos transtornos. Este estudo narrativo reuniu informações sobre os temas, alinhando-os com as teorias cognitivo-comportamental e comportamental dialética, também buscou apontar características da regulação emocional. Dessa forma os resultados são apresentados de maneira qualitativa, baseados no estilo narrativo de pesquisa, onde usufrui-se livros, periódicos, documentos legais e/ou artigos que apresentam conteúdos de acordo com o objeto de estudo, informações estas, advindas de fontes primárias e secundárias. A pesquisa, baseou no levantamento de dados primários, revisão de literatura, a apresentação de dados que foi feita de maneira a cumprir o papel científico deste trabalho, além de alcançar os objetivos específicos. Pretendeu-se com os dados obtidos e sua análise atestar que os sujeitos acometidos por TAB e TPB têm como características a intolerância aos estímulos emocionais, um dos pontos presentes na desregulação emocional, e dificuldades no estabelecimento de vínculos interpessoais. Os dados obtidos na pesquisa confirmam que a regulação emocional desempenha papel fundamental na configuração do sofrimento nestes transtornos e que os diferentes tipos de atividades para trabalhar a desregulação emocional têm papel eficiente de auxiliar no tratamento clínico do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline, como estratégias de enfrentamento, modulação das emoções e treino de habilidades comportamentais.

**Palavras-chave:** Regulação Emocional. Transtorno Afetivo Bipolar. Transtorno de Personalidade Borderline. Terapia Cognitivo-Comportamental. Terapia Comportamental Dialética.

## ABSTRACT

DRUMOND, Ana Flávia Alves. **The role of emotional regulation in the setting and treatment of Bipolar Affective Disorder and Borderline Personality Disorder**. 2019. 46 f. Course Conclusion Paper (Graduation) - Psychology, Palmas Lutheran University Center. Palmas-TO. 2019.

This paper deals with the role of emotional regulation in the configuration and treatment of Bipolar Affective Disorder and Borderline Personality Disorder, and covered the concepts and diagnostic criteria of the disorders. This narrative study gathered information on the themes, aligning them with the cognitive behavioral and dialectical behavioral theories and also sought to point out characteristics of emotional regulation. Thus, the results are presented in a qualitative way, based on the narrative style of researchs, as where used books, periodicals, legal documents and/or articles that present contents according to the object of study. These information come from primary and secondary sources. The research was based on primary data collection and specific literature review. The presentation of the data was made in order to fulfill the scientific role of this paper, besides achieving the specific objectives. It was intended with the obtained data and its analysis to attest that the subjects affected by BAD and BPD have as characteristics the intolerance to the emotional stimuli, one of the points present in the emotional disruption, and difficulties in establishing interpersonal bonds. The data obtained from the research confirm that emotional regulation plays a fundamental role in the configuration of suffering in these disorders and that the different types of activities to work on emotional disruption play an efficient role in the clinical treatment of Bipolar Affective Disorder and Borderline Personality Disorder, as confronting strategies, modulation of emotions and behavioral skills training.

**Keywords:** Emotional Regulation. Bipolar Affective Disorder (BAD). Borderline Personality Disorder (BPD). Cognitive behavioral therapy. Dialectical Behavior Therapy.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Os três estágios de mania.....	23
Imagem 1 – Modelo Cognitivo-Comportamental do transtorno bipolar.....	27
Quadro 2 – Comparativo entre os critérios diagnósticos afins entre o TAB e o TPB.....	32
Fluxograma 1– Configuração do processamento emocional dos indivíduos.....	34
Fluxograma 2 – Vivência emocional no estado de mania do TAB.....	34
Fluxograma 3 – Vivência emocional no estado de depressão do TAB.....	34
Fluxograma 4 - Vivência afetiva do TPB.....	35
Fluxograma 5 – Processo de modulação das emoções no TPB.....	36
Fluxograma 6 – Processo de desregulação emocional no TPB.....	36
Quadro 3 – Comparativo entre as alterações presentes no humor, cognições e comportamentos no TAB e no TPB.....	37
Quadro 4 – Objetivos e metas terapêuticas para o TAB segundo a TCC e para o TPB segundo a TCD.....	38
Imagem 2 – Estratégias de tratamento na TCD.....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	Associação de Psiquiatria Americana
CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DBT	<i>Dialectical Behavior Therapy</i>
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pensamentos Automáticos
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TB	Transtorno Bipolar
TC	Terapias Cognitivas
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCD	Terapia Comportamental Dialética
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA CONFIGURAÇÃO E TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDELINE .....</b>	<b>16</b>
3.1 REGULAÇÃO EMOCIONAL .....	16
3.2 DESENVOLVIMENTO DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS..	17
3.3 TCC E A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL.....	18
3.4 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR .....	20
3.5 CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA TAB.....	21
3.6 TCC E TAB .....	25
3.7 TAB E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL.....	28
3.8 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE .....	29
3.9 TCD E TPB .....	31
3.10 TPB E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL .....	32
3.11 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE X TRANSTORNO DE HUMOR: DIFERENCIAÇÃO .....	32
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Regulação Emocional é uma estratégia de enfrentamento da intensidade emocional indesejada. Com características emergidas na Terapia Comportamental Dialética (TCD), caracteriza-se na identificação e compreensão de emoções, controle de comportamentos impulsivos e desenvolvimento de estratégias adaptativas para ajustar respostas emocionais, e que nestes transtornos assumem um estilo cognitivo de reviver o passado, nominado ruminação, e/ou esquivar-se do mesmo. A TCD busca reduzir a necessidade de esquivar-se que o sujeito apresenta, que associada com a expressão das emoções, onde demonstra melhora nos sintomas e sinais psicológicos, para assim tornar-se ciente dentro das condições do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) (LAEHY, TIRCH E NAPOLITANO, 2013).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) “Existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas”. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) afeta cerca de 30 milhões de pessoas em todo o mundo, 6 milhões de pessoas no Brasil. Já o TPB afeta por volta de 23 milhões de pessoas (ABRATA, 2013; BOSAIPO, BORGES, E JURUENA, 2017).

Se o resultado de um desvio de conduta padrão (de uma sociedade, religião, política) ou conflito, gera uma disfunção no comportamento do indivíduo, tem-se assim um transtorno mental. Estes são caracterizados por alteração ou desordem de pensamento, comportamento e emoções. Segundo o livro “Referência Rápida aos Critérios Diagnóstico do DSM-5”, de Nascimento (2014) define-se o transtorno mental como:

uma alteração de característica perturbadora na cognição, na regulação emocional ou no desenvolvimento comportamental que interfere nos processos biológicos, psicológicos ou no funcionamento mental do indivíduo. Transtornos mentais são síndromes direta e constantemente associadas a significativos sofrimentos psíquicos e incapacidades interpessoais de âmbito social, profissional e outrem. (NASCIMENTO, et al., 2014, p.04)

Forlenza e Miguel (2014) descrevem que a prevalência na população de TPB é igualitária entre os gêneros sendo cerca de 6% na população geral. Já a prevalência do transtorno afetivo bipolar, incluindo apenas tipo I e II, é respectivamente de 0,6% e 0,4% ao longo da vida. Tem-se o TAB e o TPB, transtornos de alçadas diferentes, respectivamente de humor e de personalidade, mas suas similaridades sintomatológicas dificultam delimitar seus critérios diagnósticos, dessa forma prejudicam a escolha de um tratamento inteiramente efetivo, para manejo dos sujeitos que apresentam tais condições sociais (BOSAIPO, BORGES, E JURUENA, 2017).

A família é muito importante no tratamento e manejo dos transtornos mentais, visto que é o primeiro agrupamento que influencia no desenvolvimento do sujeito. Forma o principal núcleo afetivo e de apoio de cada indivíduo no crescimento de sociabilidade, afetividade, bem-estar físico e mental. Através dela é que se pode obter relatos informativos e identificar os comportamentos característicos de cada transtorno (SOUSA, 2006).

Com base nestes dados, o presente trabalho tem como problema de pesquisa “Qual o papel da regulação emocional na configuração e tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline? ”.

Visto que sujeitos acometidos por TAB e TPB têm como características a intolerância aos estímulos emocionais (um dos pontos presentes na desregulação emocional) e dificuldades no estabelecimento de vínculos interpessoais, pode ser levantada a hipótese de que a regulação emocional desempenha papel fundamental na configuração do sofrimento nestes transtornos.

E que os diferentes tipos de atividades para trabalhar a desregulação emocional têm o papel de auxiliar no tratamento clínico do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline, como estratégias de enfrentamento, modulação das emoções e treino de habilidades comportamentais. A partir destas hipóteses levanta-se como objetivo principal do trabalho caracterizar o papel da regulação emocional na configuração e tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar e do Transtorno de Personalidade Borderline.

Para isso o trabalho foi orientado pelos seguintes objetivos específicos: identificar estratégias de trabalho da regulação emocional no transtorno afetivo bipolar e no transtorno de personalidade borderline; apontar os principais benefícios ligados ao trabalho da regulação emocional no tratamento do transtorno afetivo bipolar e do transtorno de personalidade borderline; e, explorar fatores de diferenciais diagnósticos entre transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade borderline.

Portanto, num contexto em que transtornos mentais são pré-julgados na sociedade como sem “cura ou salvação”, buscou-se pesquisar tais fenômenos psíquicos e suas formas de tratamento onde fosse permitido que o conhecimento elucidasse novas explicações e comportamentos sociais. Foi necessário compreender o que caracteriza um transtorno mental, especialmente transtornos como TAB e TPB, discutir abordagens teóricas a favor deste, além de apresentar um modelo de tratamento, como a regulação emocional, permite-se que tratamentos e manejo de pacientes sejam aplicados com primor. Somando a essa necessidade, o presente trabalho visou contribuir com a visibilidade do tema de transtornos mentais no que

tange a quantidade de publicações a respeito, favorecer assim estudos que clareiam as bases teóricas acerca do mesmo.

Sujeitos acometidos por transtorno afetivo bipolar e transtorno de personalidade borderline, em geral, apresentam respostas emocionais que diferem o que implica diretamente no comportamento do sujeito, como baixa tolerância à estímulos emocionais, e nos relacionamentos interpessoais. Com base nas técnicas de regulação emocional é possível reorganizar cognitivamente estes sujeitos. Assim, este trabalho partiu da necessidade de melhor compreensão sobre tais fenômenos e observar possíveis benefícios para melhorar a qualidade de tratamento.

Agrega-se ainda como importante fator de relevância social a desmitificação do tema TAB e TPB, que vai de encontro com o V princípio fundamental do Código De Ética Do Profissional Psicólogo (2014), onde afirma que “o psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão” (CFP, 2014, p. 7). Dar assim a oportunidade de conhecer ou mesmo aprofundar conhecimentos a quem se interesse.

Como forma pessoal de interesse e escolha pelo tema teve-se como influências a observação dos efeitos dessas alterações no âmbito social e familiar, o que motiva uma maior busca do saber sobre os mesmos, obtendo conhecimentos para saber lidar e manejar tais transtornos, se necessário. Ao fazer essa junção, justifica-se ainda que esta pesquisa contribuiu para a formação social e pessoal ética da pesquisadora como alvo para sua futura atuação profissional.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo baseia-se em pesquisa bibliográfica quanto a finalidade metodológica, com objetivo de caráter exploratório, que visa identificar e verificar as variáveis do conteúdo em análise. Além de conhecer seus papéis de aplicação. Trata-se de uma revisão bibliográfica não sistemática, onde não se adota critérios explícitos para busca e análise interpretativa crítica da literatura, a qual é ideal para produção de dissertações, teses, monografias e artigos onde descreve e discute-se assuntos de acordo com a opinião do autor (ROTHER, 2007).

Os termos utilizados para a busca baseiam-se no objeto de estudo da pesquisa. Assim, foram selecionados textos disponíveis na literatura científica que retratam os transtornos Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Personalidade Borderline, além de livros referenciais que demonstram saberes sobre a regulação emocional, bem como a desregulação, sobre a Terapia Cognitivo-comportamental e a Terapia Comportamental Dialética.

Utilizou-se como base de pesquisa materiais publicados, selecionados segundo o objetivo e temática do estudo, como livros, documentos, artigos e periódicos da biblioteca eletrônica de periódicos científicos brasileiros Scielo e PubMed. Por ser tratar de uma revisão não sistemática, não delimita intervalo de anos das publicações tampouco o uso de apenas algumas bases de dados, nem se delimita datas de pesquisa.

### **3 O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL NA CONFIGURAÇÃO E TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR E DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDELINÉ**

#### **3.1 REGULAÇÃO EMOCIONAL**

A interação com o ambiente e com os próprios pensamentos trazem componentes não apenas cognitivos e intelectuais, mas também componentes somáticos. Nesse sentido, emoções são reações orgânicas geralmente causadas por situações, estímulos em geral, e pensamentos. Emoções geram reações observáveis, excitação fisiológica e interpretação cognitiva. As emoções podem ser divididas em emoções primárias como raiva, medo, tristeza e alegria, conhecidas como inatas, e em secundárias como ciúmes, inveja, vergonha e outras, adquiridas conforme a aprendizagem e desenvolvimento do sujeito (LOPES, 2011).

As reações que são emitidas a partir das emoções são conhecidas como respostas emocionais e são de extrema importância para a vida cotidiana, visto que, são a base para o estabelecimento de vínculos, onde direcionam as respostas adaptativas referente as dificuldades e benfeitorias da vida. Possuem propriedades motivacionais, indicam intensões pessoais de forma que o outro seja capaz de reconhecer, e ainda preparam o indivíduo para tomadas de decisões. Decidir as emoções provêm de um processo de saber equilibrar e compreender, nominado regulação das emoções (SANTANA, GONDIM, 2016; LOPES, 2011).

O modo como os sujeitos regulam suas emoções afeta diretamente suas relações interpessoais e sociais, além do bem-estar e do nível de estresse. Cada indivíduo dispõe de maneiras eficazes e ineficazes para lidar com as emoções, cada sujeito a sua forma individual. Leahy, Tirsch e Napolitano (2013, p. 19) defendem que “as emoções compreendem um conjunto de processos, dos quais nenhum é por si só suficiente para denominar uma experiência como “emoção”, é necessário um compilado de sensações para a formulação de uma emoção.

Indivíduos que tem contato predominante com situações estressantes tendem a desenvolver uma desregulação emocional com mais facilidade, de forma que experiencie com mais frequência emoções intensas e crescentes. O sujeito acaba por adotar comportamentos que prejudicam sua convivência social, desenvolvimento cognitivo e regulação emocional, levando-o a comportamentos problemáticos, como afirma Leahy, Tirsch e Napolitano (2013):

Uma vez que as emoções de ansiedade, tristeza ou raiva surgem, formas problemáticas de lidar com sua intensidade podem determinar se as experiências estressantes vão levá-lo a novos comportamentos problemáticos. A desregulação emocional pode incita-lo a queixar-se,

provocar e atacar ou afastar-se dos outros. Ele pode ficar ruminando sobre suas emoções, tentando descobrir o que está acontecendo, o que o faz mergulhar ainda mais na depressão, no isolamento e na inatividade (LEAHY, TIRCH, NAPOLITANO, 2013, p.20).

### 3.2 DESENVOLVIMENTO DAS TERAPIAS COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS

Nas psicoterapias comportamentais, ao longo dos anos, houveram uma série de revoluções, as quais podemos chamar de ondas, onde cada onda possui sua própria característica terapêutica. A partir dos anos 50 iniciou a primeira onda, esta era conhecida como terapia comportamental clássica e modificação de comportamento, onde nesta época seguia-se basicamente o modelo pavloviano, no que tange controle respondente, que visa exposição a estímulos e dessensibilização sistemática; e o sistema de recompensas, de onde vem o controle operante (MIGUEL, 2013; BARBOSA, TERROSO, ARGIMON, 2014).

Tem-se as postulações de John B. Watson (1878-1958) o fundador do Behaviorismo Metodológico, que com base no realismo, defendia que as experiências do indivíduo têm origem no mundo real e não são afetadas por características internas, assim defendia que o objeto ideal de observação era o comportamento observável. Comenta-se ainda Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) idealizador do Behaviorismo Radical, que expos sua teoria sobre o condicionamento operante, sob influência de William James com seu pragmatismo e funcionalismo, o qual retifica que o sentimento já é um comportamento, sendo assim não há necessidade de uma entidade mental para interpretar comportamentos e atitudes dos indivíduos (BARBOSA, TERROSO, ARGIMON, 2014).

Já a segunda onda, sofreu influências como a do filósofo Karl Popper (1902-1994), que defendia o falsificacionismo entendido como critério de delimitação de ciência e não-ciência. Este, retificou a observação como sendo não objetiva, visto que é basicamente teórica. Esta ocorreu nos marcos dos anos 60, marcada pela terapia racionalista, criada por Beck e Ellis. A terapia racionalista considera o comportamento como produto da interação entre as crenças, os comportamentos e os sentimentos envolvidos no ambiente ou situação que um problema ocorre. Como meios determinantes de como o ser humano se comporta. Assim dá-se espaço para uma terapia que busque a reestruturação cognitiva, baseada no papel das crenças na constituição do sofrimento e sendo chamada de terapia cognitiva-comportamental (BARBOSA, TERROSO, ARGIMON, 2014; MIGUEL, 2013).

No entanto, a terceira onda, podendo ser considerada como evoluções dentro das terapias cognitivas, defende que a terapia depende de contextos, assim cita-se a Terapia de

Aceitação e Compromisso (ACT) de Hayes, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) proposta por Kohlenberg e Tsai, e a Terapia Comportamental Dialética, de Marsha Linehan (TCD), utilizada nesta pesquisa no que concerne ao estudo do Transtorno de Personalidade Borderline. Nesse propósito de discussão, sujeitos borderlines consideram o ambiente invalidante e possuem alta vulnerabilidade emocional, sendo assim a TCD trabalha em cima dessas concepções através de orientação e compromisso, utilizando diversas formas de tratamento, como a regulação emocional (LINEHAN, 2018; MIGUEL, 2013).

Segundo Linehan (2010, p. 20-21), ambientes invalidantes são todas as situações e contexto que deixa de ensinar o sujeito a rotular e a moldar a excitação, a tolerar o estresse; o que acaba por tendenciar respostas erráticas e inapropriadas. Pode-se afirmar que é a circunstância evolutiva que gera a desregulação emocional. Entende-se que certa quantidade de invalidação advinda dos pais seja necessária para criar e ensinar um filho o autocontrole, mas esta não deve ser executada de intensa forma que impeça a comunicação das emoções comuns.

### 3.3 TCC E A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Tendo em vista a regulação emocional de acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), esta diz da capacidade em modular a resposta fisiológica associada a emoção para dar uma resposta ajustada ao contexto, utilizando estratégias adequadas à demanda e organizando-as para atingir metas a nível social (Thompson, 1994 apud Vargas Gutiérrez, Muñoz-Martínez, 2013). Entretanto, segundo Gross, em 1998, regulação emocional refere-se ao processo pelos quais os indivíduos influenciam quais emoções eles têm, quando eles as têm, e como eles experimentam e expressam estas. Os processos regulatórios da emoção podem ser automáticos ou controlados, conscientes e/ou inconscientes, e podem ter seus efeitos em um ou mais pontos no processo gerador da emoção.

Sendo assim tem-se a regulação emocional como um conjunto de técnicas que podem ser utilizadas no aumento do repertório que auxiliam a adequar e regular a resposta ao ambiente de forma adaptativa. Sujeitos que se encontram desajustados emocionalmente e cognitivamente podem ser reconhecidos como desregulados emocionalmente, caracterizado pela falta de habilidades nessas áreas (SANTANA, GONDIM, 2016).

Linehan (2018, p. 03) associa a desregulação emocional “a uma variedade de problemas de saúde mental originários de padrões de instabilidade emocional, no controle dos impulsos, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem”. Define-se desregulação emocional como a dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências sociais cotidianas ou de processar as

emoções. A desregulação pode se caracterizar com manifestações tanto como intensificação excessiva ou reatividade, o que se entende como baixa tolerância a estímulos emocionais, quanto como desativação excessiva, sendo ausência das emoções (LEAHY, TIRCH, NAPOLITANO, 2013).

Segundo Donegan et al., 2013 apud Nunes et al., 2015 a desregulação emocional seria, então, caracterizada por uma disfunção das estruturas cerebrais relacionadas ao controle das emoções e impulsividade afetiva, levando à excessiva sensibilidade a estímulos emocionais (em especial aos negativos), com fortes reações a estes e lento retorno ao estado de relaxamento.

Mocaiber et al. (2008) comenta que a regulação emocional é essencial para a expressão emocional, a inabilidade desta acaba por corroborar com patologias que são inteira ou parcialmente caracterizadas por persistência de reações emocionais negativas, e um mecanismo latente, que colaboraria para a ativação do córtex pré-frontal, região responsável por conexões inibitórias, para reavaliação cognitiva e alteração desta condição disfuncional.

A intensificação excessiva pode ser caracterizada pelo aumento exacerbado de qualquer emoção que o sujeito venha a ter, a qual o mesmo a caracteriza como indesejada, problemática, invasiva e opressora (LEAHY, TIRCH, NAPOLITANO, 2013). Ou seja, toda emoção que o mesmo não tenha ou entenda que não possui controle sob, acaba por sentir-se tomado por ela. Como desativação excessiva entende-se estados dissociativos que podem se manifestar como despersonalização ou até mesmo desrealização diante de situações e eventos onde comumente se espera reações emocionais condizentes com a intensidade; ou ainda entorpecimento emocional (CORRÊA, DIAS, ZIMMER, 2018; LEAHY, TIRCH, NAPOLITANO, 2013).

No entanto, Leahy, Tirch, Napolitano (2013, p.22) afirmam que “sentimentos intensos podem ser tolerados à medida que sua intensidade diminui”. O papel da regulação emocional vem de encontro com a característica da baixa tolerância ao estímulo emocional, ou seja, o indivíduo em estado de desregulação emocional apresenta comportamentos não condizentes com o que a realidade exige, assim controlando a percepção da intensidade da experiência da emoção, sentimentos podem ser tolerados.

Diante da desregulação emocional de sujeitos demandados por patologias, onde cita-se no presente trabalho o TAB e o TPB, percebe-se a constante “fragilidade afetiva, a extravagância financeira, as flutuações nos níveis de sociabilidade, as indiscrições sexuais e os comportamentos violentos” que são comportamentos característicos da desregulação emocional onde demonstra a baixa tolerância ao estímulo emocional (KNAPP e COLS, 2004 apud GOODWIN; JAMISON, 1990, AKISKAL et al., 1977).

Dessa forma entende-se como as relações interpessoais desses sujeitos são caracterizadas como hostis, onde a visão de mundo e do outro são desinteressantes, de baixa importância no que tange vivências afetivas. Para Knapp e Cols (2004, p. 318) esses comportamentos “são todos claramente fonte de desordem, confusão e conflito e se refletem nos relacionamentos daqueles que sofrem dessa doença”. Essas fortes mudanças na personalidade, no modo de pensar e agir acarretam efeitos nos relacionamentos interpessoais, onde observa-se desajustes com familiares e amigos, no trabalho e outros.

Ainda sobre comportamentos típicos, efeitos da regulação emocional e enfrentamento, discute-se baseado nas afirmações de Rangé e Cols (2004) que ações de automutilação, com caráter derrotista advindos de estilos desadaptativos de enfrentamento em relação a si, originam-se de esquemas que afetam padrões cognitivos, inter-relacionais, emocionais e cognitivos. Estes afirmam que “A ativação de um esquema é ameaçadora, uma vez que provoca frustração de necessidades emocionais não atingidas, além de forte emoção ou somatização” (RANGÉ E COLS, 2004, p. 53).

Perceber e classificar emoções são algumas das técnicas de regulação emocional, bem como a habilidade de usar as emoções para tomar decisões e esclarecer valores e metas; compreender a natureza das emoções, descartando interpretações negativas acerca delas; e também a forma como as emoções podem ser manejadas e controladas (Laehy, Tirch, Napolitano, 2013).

### 3.4 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

O TAB, menos reconhecido e lembrado que a depressão pela população leiga, é caracterizado como um transtorno do humor (ARAÚJO, LOTTUFO, NETO, 2014). Caetano (1993) afirma na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID 10 (1993), que os transtornos de humor podem ser classificados como afetivos, classificando-se nominalmente de Transtorno Afetivo Bipolar aquele que apresenta episódios únicos visto que diante de proporções substanciais este apresente episódios únicos de doença o que dá indícios de gravidade na adequação de tratamento e oferta de diferentes níveis de serviços.

O TAB é um transtorno mental de características mistas, no sentido que denota variadas maneiras de se apresentar, não deixando de ser o mesmo transtorno em questão. Como afirma Knapp e Cols (2004):

O Transtorno Bipolar, previamente denominado e mais conhecido como maníaco depressivo, não é um transtorno homogêneo. Atualmente é considerado como parte do conjunto afetivo que inclui maior ou menor grau de: agitação, euforia, grandiosidade, impulsividade, irritabilidade, aceleração da linguagem e do

pensamento, estímulo aos comportamentos adictivos e hedonistas. (KNAPP E COLS, 2004, p. 318)

O TAB divide-se segundo a ocorrência de seus episódios que podem ser mania, hipomania e depressão. Mania é a base afetiva da exaltação patológica do humor, sendo elevado ou irritável, o funcionamento cognitivo é alterado, ocorrem delírios de grandiosidade ou autoestima inflada, fuga de ideias e pensamentos acelerados, distraibilidade, geralmente por mais de uma semana; hipomania (hipo significa “menos que” ou “abaixo”) é a inibição do humor e; por depressão entende-se que é um estado de tristeza patológica (DALGALARRONDO, 2019; BARLOW, 2016; BASCO, 2009).

De acordo com Caetano (1993) pode-se dividir as características do TAB em três graus diferentes, sendo o termo “mania” usado para denotar o extremo oposto de “depressão grave” no aspecto afetivo, onde há ativação comportamental como por exemplo aumento da atividade dirigida a objetivos e maior loquacidade ou pressão por falar, sem esquecer do termo “hipomania” que expressa de forma moderada um estado sem delírios, alucinações ou, ainda, a completa perturbação das atividades tidas como normais. Esta é muitas vezes, não sendo regra, notada quando os pacientes desenvolvem ou se recuperam da mania (RANGÉ E COLS, 2011).

Sobre os subtipos do TAB, o tipo I é o mais conhecido e requer obrigatoriamente a presença de algum episódio anterior de mania. No estabelecimento do diagnóstico, os sintomas devem representar um episódio distinto e um aumento notável em relação ao comportamento habitual do indivíduo. É encontrado na literatura como o transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, muito assim descrito no século XIX. Contudo, sabe-se hoje que não há a presença de critério diagnóstico de ocorrência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior para o estabelecimento de diagnóstico de TB tipo I. Complementarmente à temática em discussão, vale aqui ressaltar por ser objeto de estudo deste trabalho que alguns transtornos da personalidade, como o transtorno da personalidade borderline, podem ter sobreposição sintomática substancial com transtornos bipolares, uma vez que labilidade do humor e impulsividade são comuns nas duas condições (APA, 2014).

### 3.5 CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA TAB

Para o diagnóstico de um episódio maníaco bipolar do tipo I, no DSM-5 (2014, p.124) indica a ocorrência obrigatória de pelo menos três dos seguintes critérios:

A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização se fizer necessária).

B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:

- 1 Autoestima inflada ou grandiosidade.
- 2 Redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se descansado com apenas três horas de sono).
- 3 Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
- 4 Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
- 5 Distratibilidade (i.e., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.
- 6 Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos).
- 7 Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.

D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica. (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-5, 2014, p. 124)

Quanto ao TAB tipo II, é necessário que haja a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida para o estabelecimento de seu diagnóstico. Neste caso, por se tratar da ocorrência de hipomania e não mania necessariamente, não se considera-o uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I. Assevera-se isso em razão da grande quantidade de tempo que algumas pessoas com essa condição passam em depressão. Além do fato de que a instabilidade do humor vivida ser substancialmente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social (APA, 2014).

Sobre os critérios diagnósticos listados pelo DSM-5, citados acima, Mônica Basco (2009) de forma respectiva, comenta sobre os mesmos:

A. É mais que apenas bom humor. Significa se sentir no topo do mundo, como se você não pudesse se sentir melhor, [...]. Seu humor está tão irritável que você discute com as pessoas, mete-se em brigas ou não consegue aguentar a si mesmo (p.33).

B. O indivíduo “deve apresentar vários sintomas ao mesmo tempo para que o profissional esteja certo de que de fato se trata de um problema clinicamente significativo. [...]. Se apenas um ou dois sintomas estiverem presentes, não são considerados um problema e provavelmente não interferem no seu funcionamento diário. A razão de ter a presença de quatro sintomas ao mesmo tempo se você tiver humor irritável em vez de elevado ou expansivo, é porque as pessoas se tornam irritadas, têm dificuldade de dormir e têm pouca concentração quando estão

deprimidas também. Requerer quatro sintomas auxilia os profissionais a ter mais certeza de que se trata realmente de um episódio maníaco (p.33-34).

C. Se os sintomas maníacos são graves o suficiente a ponto de exigirem hospitalização, normalmente é porque você está tão doente que não toma a medicação adequada, tem pensamento suicida, encontra-se muito incapacitado para cuidar de suas necessidades básicas, não consegue dormir e, em consequência, esquece de se alimentar e está desnutrido ou altamente irritado e ameaçando machucar outras pessoas (p.38).

D. não é incomum que uma pessoa sofra um episódio causado por um problema médico em outra época. Quando é o caso, o diagnóstico é transtorno bipolar, mas o tratamento envolve solução do problema médico comum e não somente dos sintomas da mania. Sintomas médicos que possam causar sintomas parecidos com os da mania incluem doença neurológicas degenerativas como a de Huntington ou esclerose múltipla [...] Substâncias de abuso que podem causar sintomas parecidos com os da mania incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos [...] Medicamentos que possam causar sintomas parecidos com os da mania incluem antidepressivos de todos os tipos, corticosteroides, esteroides, anabolizantes [...] (BASCO, 2009, p.39).

Knapp e Cols (2004) utiliza o quadro abaixo para demonstrar os três estágios de mania, segundo Carlson e Goodwin (1973):

Quadro 1 – Os três estágios de mania

	<b>Estágio 1</b>	<b>Estágio 2</b>	<b>Estágio 3</b>
<b>Humor</b>	Labilidade, euforia e irritabilidade devido a frustração	↑ Depressão, hostilidade e raiva	Disforia, pânico e desespero
<b>Cognição</b>	Grandiosidade, autoconfiança exagerada, pensamentos tangenciais e aceleração dos pensamentos	Fuga de ideias, desorganização cognitiva e delírios	Incoerência, delírios bizarros, alucinações, ideias de referência
<b>Comportamento</b>	↑ Atividade, ↑ fala, ↑ gastos, ↑ impulsividade	↑ Atividade, ↑ pressão para falar, agressividade	Atividades e atitudes bizarras e frenéticas

Fonte: KNAPP E COLS (2004, p. 317).

O Transtorno Afetivo Bipolar, que possui raízes biológicas, também apresenta oscilações no afeto. É principalmente no pensamento que o comportamento e o temperamento se manifestam e também na percepção, na linguagem e na cognição. O TAB é uma doença mental grave, crônica, recorrente e até incapacitante (KNAPP E COLS, 2004).

Um paciente em um episódio hipomaníaco apresenta muitos dos mesmos sintomas, de forma menos intensa, não há presença de sintomas psicóticos e o quadro traz menos prejuízos diretos sendo no funcionamento social ou ocupacional, mas a duração geralmente é mais curta, pelo menos quatro dias e não são associados à necessidade de hospitalização ou à psicose (BARLOW, 2016; FORLENZA, MIGUEL, 2014).

O que melhor distingue a mania da hipomania é a quantidade de prejuízos que a primeira causa. Entretanto, quando nesse estado, a maior parte dos sujeitos ainda está totalmente consciente das mudanças que ocorrem e não agem de maneira impulsiva ou por desejos que surgem repentinamente em seu pensamento (BASCO, 2009).

Segundo Rangé e Cols (2004) os sintomas preliminares comuns de hipomania ou mania são diminuição da necessidade de sono; diminuição acentuada da ansiedade; níveis elevados de otimismo, com pouco planejamento; aumento da vontade de se relacionar com pessoas, mas pouca capacidade de ouvir; concentração decrescida; intensificação da libido com diminuição da crítica e da vergonha; aumento dos objetivos, mas com pouca estruturação e execução das tarefas.

Caetano, em 2014, descreve que para o diagnóstico do TAB tipo I é necessário preencher pelo menos cinco dos critérios descritos, todos os dias, na maior parte deles, como apresentação de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritado; quando houver perturbação de humor e aumento de energia e atividade deve-se constar pelo menos três sintomas dentre autoestima inflada, redução do sono, logorreia, fuga de pensamento, comportamento facilmente distraído, direcionamentos altos, direcionados a objetos ou agitação psicomotora, e envolvimento com atividades com auto teor de dor como consequência; apresentar funcionamento disfuncional do que comumente apresentava, antes dos sintomas aparecerem; além de apresentar graves prejuízos no funcionamento profissional e social; e ainda, não é atribuível a efeitos fisiológicos de substâncias (CAETANO, 2014).

O termo bipolar significa “duas extremidades” que podem ser designadas para cima ou para baixo, ou seja, os altos da mania e os baixos da depressão, episódios estes experimentados ao longo da vida pelos indivíduos bipolares. A característica depressão maior do TAB serve para diferenciar esta das outras depressões menores diagnosticáveis que outras pessoas podem ter (BASCO, 2009).

Segundo o DSM-5 (2014) são sintomas da depressão maior, se presentes cinco ou mais dos seguintes quesitos, quase todos os dias, em um período de duas semanas o humor deprimido; interesse ou prazer perceptivelmente diminuído em todas as atividades pela maior parte do dia; importante diminuição ou aumento de apetite ou peso (descartado se por meio de dieta); diminuição ou aumento de sono; agitação ou retardo psicomotor; perda de energia ou fadiga; sentimento de culpa excessiva ou de inutilidade; indecisão ou dificuldade de concentração; pensamentos de morte; e ideação, planejamento ou tentativa de suicídio.

Forlenza e Miguel (2014), complementam os critérios diagnósticos do DSM-5, apresentando características sintomatológicas, afirmando que:

o humor pode apresentar-se triste, melancólico ou irritável, disfórico, com baixa tolerância às frustrações do dia a dia. Pessimismo, desesperança, angústia e ansiedade são frequentes. Pode haver dificuldades para realizar atividades, comer e cuidar-se, além de falta de iniciativa, indecisão e inquietação. O pensamento pode estar lentificado, com medos irracionais, menos-valia e rumações de atos passados, que

podem adquirir caráter obsessivo. A memória e a atenção podem estar prejudicadas. Sintomas físicos de ansiedade (taquicardia, tremor, sudorese, aumento da frequência urinária) e diminuição da libido também são queixas frequentes. Sintomas psicóticos (delírios ou alucinações) congruentes ou não com o humor podem estar presentes (FORLENZA; MIGUEL, 2014, p. 251).

Para todos os transtornos psiquiátricos, os sintomas específicos devem ocorrer juntos na mesma época. Entretanto, se os sintomas do transtorno bipolar ocorrem ao mesmo tempo, diferem do seu estado normal, não podem ser explicados por um evento ou circunstância específica, persistem por vários dias, até por semanas e começam a lhe causar problemas, é provável que sejam clinicamente significativos, o que significa que podem indicar a presença de um problema psiquiátrico que necessita de atenção. Os transtornos de humor são hereditários, o que caracteriza outro critério diagnósticos do TAB, em conjunto com o DSM-5 (BASCO, 2009).

No transtorno bipolar tipo II, não há experimentação de episódios maníacos, mas sim registro de pelo menos um episódio hipomaníaco. A alternância frequente entre depressão e hipomania causa frequentes prejuízos sociais, relacionais e laborais, além de sofrimentos clinicamente significativos (APA, 2014).

Episódios hipomaníacos atuais ou anteriores não desencadeiam prejuízos graves, como a mania do TAB tipo II pode ocasionar, estes são conhecidos como sintoma moderados de mania, também são conhecidos por elevação anormal de energia e atividade persistentes e marcantes, além do humor e comportamento expansivo, com familiares e outros, e ainda diminuição do sono e elevação de apetite sexual. Todos esses critérios estabelecidos por pelo menos quatro dias consecutivos e duração na maior parte do dia. Mas neste não acompanha momentos de alucinações e delírios (CAETANO, 1993; APA, 2014).

Ainda no que tange critérios diagnósticos do TAB tipo II, Caetano em 1993, na “Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento de CID-10” afirma que os critérios são semelhantes aos do tipo I, o que difere os dois tipos é a presença ou não de episódio de mania. Caso haja, não se caracteriza TB tipo II, o qual também não inclui desenvolvimento advindo de abuso de substâncias ou outras condições médicas (CAETANO, 1993).

### 3.6 TCC E TAB

A ciência do comportamento, descrita por B.F. Skinner em 1974, nominada de Behaviorismo Radical, apresenta uma proposta de psicologia que se preocupa em avaliar e clarear contextualmente os comportamentos tidos como problemáticos ao longo de suas relações com o externo, em um histórico de influência bilateral: “o Behaviorismo Radical não

nega a possibilidade de auto-observação ou autoconhecimento ou sua possível utilidade, mas questiona a natureza daquilo que é sentido e observado” (Skinner, 1974, p.19). Este questiona a origem dos objetos observados e a fidedignidade das observações, visto que um organismo se comporta de acordo com a sua estrutura atual, a qual é regida pela sua historicidade (SKINNER, 1974).

As Terapias Cognitivas, incluindo a Terapia Cognitivo-Comportamental que é uma delas, possuem várias formas de atuação clínica e atividades científicas, onde atualmente é utilizada para trabalhar variados aspectos da vida humana, suas relações e patologias. Segundo Beck (1997) apud Rangé e Cols (2011) essas são baseadas em dez princípios:

A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos; a terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica sólida; a terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa; a terapia cognitiva é orientada para objetivos e focada em problemas; a terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente; a terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção de recaída; a terapia cognitiva visa ter um tempo limitado; As sessões de terapia cognitiva são estruturadas; a terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e suas crenças disfuncionais; a terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, humor e comportamento (RANGÉ E COLS., 2011, p. 376).

Esta ajuda na redução do estresse, além de aumentar a aderência à psicofarmacologia, visto que trabalha, também, em cima da psicoeducação do processo cognitivo do TAB. Somado a isso, ainda há evidências de que a TCC, segundo Knapp e Cols (2004, p.317) “pode ser útil em melhorar a qualidade de vida de funcionamento do indivíduo com TAB, ajudando no reconhecimento precoce de sintomas e diminuindo as recaídas e da sintomatologia maníaco-depressiva”.

Por volta de 1980, houveram registros iniciais de relatos de casos os quais sugeriam que a TC poderia ajudar pacientes com TAB, capacitando-os com habilidades para modularem suas reações subjetivas ao estresse, fortalecerem sua autoestima e também diminuir as oscilações do afeto em relação aos eventos cotidianos (Beck et al., 1979; Jacobs, 1982 apud Knapp e Cols, 2011).

O nível de cognição ativado é a crença condicional, por exemplo: quando o paciente faz suposições futuras sobre as consequências de seu comportamento ou age de acordo com regras (Rangé e Cols, 2011). “Padrões rígidos de pensar, sentir e se comportar podem originar também o que chamamos de síndromes sintomáticas, aumentando os diagnósticos de transtornos do humor” (Martins, Lopes, 2010, p. 87). Segundo Bennett-Levy et al., (2004) apud Rangé e Cols,

(2011), as crenças do transtorno de humor bipolar acabam podendo contribuir e desencadear a reagudização de um episódio hipomaníaco ou maníaco.

Abaixo tem-se o Modelo Cognitivo-Comportamental do TAB, por Mônica Basco, este demonstra o ciclo vicioso dos pensamentos e comportamento dos sujeitos acometidos pelo TAB.

Imagem 1 – Modelo Cognitivo-Comportamental do transtorno bipolar.



Modelo cognitivo-comportamental do transtorno bipolar.

Fonte: BASCO (2009, p.20).

O Transtorno Bipolar ainda é uma condição psiquiátrica difícil de se tratar, mas almeja-se como objetivo de tratamento do transtorno bipolar prevenir o aparecimento de novos episódios e reestabelecer o convívio social, familiar e ocupacional, visto que é uma patologia mental sem cura. Um outro fator que dificulta a adesão de um tratamento específico e totalmente eficaz é o desconhecimento de sua origem. Assim, faz-se necessário o monitoramento cuidadoso dos sintomas (FORLENZA; MIGUEL, 2014).

De acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental “deve-se ensinar ao paciente estratégias para lidar com a raiva e para avaliar a validade de seus pensamentos e pressupostos” (Rangé e Cols, 2011, p. 389). Sem excluir a importância do papel da família, ou seja, é importante ensinar aos familiares como manejar e reagir, além de entender o problema com os olhos de seu ente querido (RANGÉ E COLS, 2011).

Entende-se também que é importante uma psicoeducação sobre TAB para o próprio paciente dentro desta condição, visto que dessa forma desenvolve-se em conjunto um tratamento adequado com estratégias de monitoramento e manejo com maior adesão pelo mesmo. Além disso, é de extrema importância a auto-estabilização da sintomatologia afetiva para que o processo se desenvolva. Diante do vínculo de psicoterapeuta e paciente é possível melhorar as condições de tratamento desses sujeitos, e ainda obter suporte social e familiar (KNAPP E COLS, 2004).

Por meio da TCC, modificações de respostas cognitivas ou comportamentais podem ser alcançadas, vezes que os pacientes aprendem a reconhecer seus padrões afetivos, cognitivos e comportamentais, os quais pioram seus sintomas. Desta forma, com padrão reconhecido, há técnicas específicas para a demanda que podem ser utilizadas para tais modificações (KNAPP E COLS, 2004).

### 3.7 TAB E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Entende-se por sintonização afetiva a capacidade da pessoa em ser influenciada afetivamente por estímulos externos. Tendo em vista que o sujeito com transtorno bipolar não possui controle de suas emoções e sabe-se que há baixa tolerância a estímulos afetivos, caracteriza-se assim a desregulação emocional, onde a principal característica do transtorno bipolar é a desregulação extrema do afeto ou dos estados de humor que oscilam entre o extremamente baixo (depressão) e o extremamente alto (mania) (DALGALARRONDO, 2019; BARLOW, 2016).

A depressão e a mania causam mudanças no processamento dos pensamentos, “a velocidade do pensamento fica aumentada, a pessoa fica logorreica, excitada, contando piadas, agindo de modo inconveniente” (RANGÉ E COLS, 2011, p. 372), e das emoções dos indivíduos. O que ele pensa e como ele pensa conceituam o que se chama de cognições. Essas mudanças afetam diretamente o comportamento (BASCO, 2009).

Dessa forma, Knapp e Cols (2004) afirma que apesar das raízes biológicas do TAB, as oscilações do afeto, do comportamento e do temperamento manifestam-se notoriamente no pensamento, na percepção, na linguagem e na cognição. Rangé e Cols (2011) comenta que pessoas com TB acabam por ter diversos problemas de comunicação e um deles é provocado pela hipersensibilidade, onde “os sentimentos são facilmente feridos, os pacientes antecipam crítica e rejeição e tem reação desproporcional (tristeza, culpa, vergonha, raiva) quando pressentem rejeição” (RANGÉ E COLS, 2011, p. 389).

Knapp e Cols (2004) comenta sobre pesquisas da década de 80 onde a TC contribui diretamente para modulação de estresse, fortalecimento da autoestima e diminuição da oscilação do afeto, ou seja, “escolha de respostas adaptativas para compreender, equilibrar e decidir quais emoções sentir e expressar” (Santana, Gondim, 2016, p. 59). Além de evidenciar maior adesão de fármacos, durante tratamento, com base na mesma. “Farmacoterapia de manutenção pode diminuir a frequência, a duração e a gravidade dos episódios maníacos e depressivos” (Knapp e Cols, 2004, p. 318), o que acaba por reduzir o sofrimento do paciente em tratamento.

Estudos apontam ainda que 95% dos sujeitos inquiridos pelo TAB tem episódios de mania e depressão, recorrentes, ao longo da vida; mais ou menos 25% das pessoas com TAB do tipo I e até 60% dos bipolares tipo II tentam suicídio durante todo o percurso de evolução da doença (KNAPP E COLS, 2004).

Algumas suposições subjacentes sobre a abordagem da TC no que se refere ao tratamento de TAB defendem:

que a tríade cognitiva de pensamento, comportamento e sentimento são diretamente ligados, influenciando um ao outro; o paciente que entende o que é ter o transtorno bipolar torna-se mais apto a tomar decisões sobre o mesmo; a identificação de sinais precoces favorece intervenções precoces e contenção dos sintomas; intervenções terapêuticas podem prevenir recaídas de sintomas leves da depressão e mania; a aumentada aderência de medicamentos permite que os pacientes recebam benefício máximo do tratamento; o melhor manejo dos problemas psicossociais que estressam e exacerbam os sintomas pode ajudar na prevenção de recaídas ou de recorrência de mania ou de depressão; e de que a abordagem da TC enfatiza o ensinamento da habilidade para dar conta dos sintomas e das consequências do transtorno bipolar. (KNAPP E COLS, 2004, p. 319 e 320)

De fato, dessa forma supõe-se que esses problemas são solucionados durante a terapia, sendo utilizados para facilitar o ensinamento das técnicas da TC, de modo que esta seja uma série de intervenções de situações de crise (KNAPP E COLS, 2004).

### 3.8 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

Segundo Forlenza e Miguel (2014, p. 384) “o termo de transtorno de personalidade refere-se a um grupo de condições psiquiátricas relacionadas ao desenvolvimento, com manifestação mais clara ao fim da adolescência ou início da vida adulta”. É caracterizado por deficiências na formação do “eu” ou do *self* que diz respeito a identidade (como um indivíduo único) e autodirecionamento (objetivos coerentes), além de prejuízos no desenvolvimento de habilidades interpessoais, como empatia (colocar-se no lugar do outrem) e intimidade (profundidade e duração dos relacionamentos).

Pelo DSM-5 (2014) tem-se como transtorno de personalidade um padrão persistente de experiência íntima e comportamento que desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, o qual é inflexível e pervasivo além de ser estável e de longa duração, causa sofrimento e prejuízo social (FORLENZA; MIGUEL, 2014). A definição de TPB como “padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada” (CAETANO, 2014, p. 645) conceitualiza de forma clara e simples este transtorno.

Os critérios diagnósticos do TPB, classificado como transtorno de personalidade do grupo B, segundo o DSM-5 (2014) admite características como indivíduos que tentam, freneticamente, evitar abandono real ou imaginário; possuem um padrão instável e intenso nos relacionamentos interpessoais; é instável na percepção de si mesmo e possui instabilidade acentuada e persistente da autoimagem; impulsivo em pelo menos duas áreas autodestrutivas como a financeira e abuso de substâncias, entre outras; ameaças, planejamento e comportamentos suicidas recorrentes, além dos automutilantes; alta reatividade do humor devido a irritabilidade afetiva muito presente; crônico sentimento de vazio; inapropriada e intensa raiva, ou falta de controle da mesma; e ideação paranoide transitória que é associada ao estresse ou sintomas dissociativos intensos (FORLENZA, MIGUEL, 2014).

As características mais marcantes do TPB estão relacionadas ao aspecto afetivo. Mudanças bruscas de humor fazem com que o indivíduo vivencie momentos de raiva e ira, que são direcionados a qualquer pessoa e/ou objetos. Bem como momentos de depressão resultados de sentimento de rejeição vivenciados de intensa forma, o que faz o sujeito querer se isolar ainda mais (DALGALARRONDO, VILELA, 1999).

Segundo Dalgalarrondo e Vilela (1999), o transtorno borderline é mais frequente em adolescentes e jovens adultos, visto que nessas fases da vida do indivíduo há diversos conflitos com a identidade, intensa fragilidade afetiva e dificuldade em obedecer às figuras de poder, por exemplo.

Há uma maior conotação da origem do TPB devido á experiências com alto teor traumático em relação a abuso físico e emocional, cita-se abuso sexual, ocorridos na infância, especialmente por cuidadores, o que acaba por desencadear comportamentos desviantes característicos do TPB (BECK; FREEMAN; DAVIS E COLS, 2005).

Estruturas com conteúdos idiossincráticos altamente personalizados são chamados de “esquemas”, estes nos transtornos da personalidade designam o que são partes do processamento normal da informação, desde a recepção do estímulo até a resposta

comportamental. Nos pacientes de TPB alguns estados patológicos são regressões a estados mais intensos originários de experiências da infância. Entende-se como modo de esquemas padrões organizados de pensamento, sentimento e comportamento, onde supõe-se que no sujeito borderline as mudanças entre um e outro ocorram de súbita maneira (BECK; FREEMAN; DAVIS E COLS, 2005).

### 3.9 TCD E TPB

Em meio as terapias cognitivas e as comportamentais, a Terapia Comportamental Dialética (TCD) é bastante considerada como boa estratégia para tratamento de sujeitos borderlines, em vista de muitos ensaios clínicos controlados apresentarem dados de significativas melhoras nas habilidades comportamentais através desta terapia. Este treinamento baseia-se em um modelo da TCD, mais conhecida como *Dialectical Behavior Therapy*, DBT) que inicialmente foi desenvolvida para tratamento de psicopatologias com presença crônica de ideação e tentativa suicida, diagnosticados com TPB (LINEHAN, 2018).

Comprovada eficiência nos transtornos que apresentam falta ou controle exagerado das emoções bem como padrões comportamentais e cognitivos, esta abarca um conjunto de estratégias como a psicoterapia individual, o *coaching* por telefone, o treinamento de habilidades comportamentais e a equipe de consultoria para os terapeutas (LINEHAN, 2018).

Além do treinamento de habilidades, baseia-se na teoria biossocial que considera fatores ambientais (ambiente invalidante) e fatores biológicos (vulnerabilidade emocional), e dialética da psicopatologia, a qual acentua as dificuldades de regulação emocional e comportamental (LINEHAN, 2018).

Segundo Beck, Freeman, Davis e Cols (2005) o terapeuta acaba por assumir uma postura dialética, onde por um lado aceita a dor emocional e não tenta fazer a mudança disso, e, por outro lado modifica os antecedentes do estresse e a maneira pela qual seu paciente lida com as emoções, em virtude disso entende-se aqui um tratamento eficiente.

Os principais objetivos da TCD com pacientes borderlines são: aprimorar as habilidades comportamentais, para que aprendam táticas específicas para regular suas emoções, aumentar a motivação para mudanças, estruturar o ambiente e aprimorar a capacidade e motivação dos próprios terapeutas para que o tratamento seja contínuo e eficaz, visto que esses pacientes exigem demasiadamente desses profissionais (CARNEIRO, 2004).

“A meta geral do treinamento de habilidades em DBT é ajudar os indivíduos a modificar padrões comportamentais, emocionais, interpessoais e de pensamento associados com os

problemas na vida” (LINEHAN, 2018, p. 03). Alcançando tais modificações de forma eficiente, as mais notadas inabilidades dos sujeitos borderlines conseqüentemente serão amenizadas, tornando-o indivíduo ativamente participante de seu ambiente e relacionamentos que almeja estabelecer.

### 3.10 TPB E DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Poucos aspectos desse transtorno são estáveis, visto que os pensamentos e ideias de um sujeito borderline são confusos, difíceis de serem interpretados até mesmo pela própria pessoa, a qual vive em constante luta contra ela mesma, em vista da perturbação de percepção da autoimagem. Tais aspectos caracterizam a desregulação emocional, que leva os indivíduos a adotarem comportamentos disfuncionais de impulsividade, além de psicossocialmente deficitários e conflituosos (GRILO et al, 2016).

A desregulação emocional é decorrente da vulnerabilidade à elevada emocionalidade, que é extremamente característica do TPB, que junto com uma incapacidade de regular as respostas ligadas a emoções intensas, desencadeia comportamentos e cognições disfuncionais, podendo apresentar ou não, delírios e alucinações, critérios característicos deste transtorno (LINEHAN, 2018).

Uma maneira de elucidar ações externas, do ambiente, de ajuda é a intenção, planejamento e logorreica sobre morte. Dessa forma experienciam uma intensa sensação de alívio, já que acaba sendo uma fonte de distração sob a dor e sofrimento. Assim pela alta intenção de inibir respostas emocionais, acabam por perder o senso de identidade, o que também acarreta o sentimento de vazio (LINEHAN, 2018).

### 3.11 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE X TRANSTORNO DE HUMOR: DIFERENCIAÇÃO

Sobre as diferenças entre os transtornos cabe uma primeira discussão quanto a evolução temporal dos transtornos, as vivências psicopatológicas têm espécies de transfundos básicos, como os estáveis e duradouros e os mutáveis e momentâneos (Dalgarrondo, 2019) e quanto ao processo diagnóstico. Os Transtornos de Personalidade enquanto categoria diagnóstica, em sua evolução, caracterizam-se por serem pervasivos, instalam-se de forma insidiosa, dando a percepção de que não se consegue determinar quando os seus sintomas surgiram. Ao passo que os Transtornos de Humor têm seu início bem delimitado e marcado com o surgimento de sintomatologias, cabendo ocorrência de fenômenos como episódio e remissão visto que seus sintomas iniciam e cessam. Em suma, sabe-se que o TPB se caracteriza, em um aspecto, por

um padrão crônico de instabilidade emocional e o TAB, por sua vez, é caracterizado por episódios patológicos de variação de humor. Para demonstrar as características sintomáticas mais afins entre o TAB e o TPB identificadas através desta pesquisa se construiu o quadro comparativo (Quadro 2) a seguir com base nos critérios diagnósticos dos transtornos em questão.

Quadro 2 – Comparativo entre os critérios diagnósticos afins entre o TAB e o TPB.

	<b>TAB</b>	<b>TPB</b>
<b>Critérios diagnósticos afins entre os transtornos</b>	Humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia	Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade de humor
	Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas	Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar)
	A perturbação do humor causa prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional	Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
	Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio	Sentimentos crônicos de vazio  Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de violência autoprovocada

Fonte: Figura elaborada pela autora com base nos critérios diagnóstico para cada transtorno explicitados no manual classificatório dos transtornos mentais – DSM-5 (APA, 2014, pág. 123-139, 663-667).

A partir deste nota-se que os critérios diagnósticos afins podem ser resumidos em características como labilidade do humor e dificuldades no que diz ao controle dos impulsos. Essas características acabam por, de certa forma, delimitando as demais, principalmente no que diz respeito aos conflitos interpessoais e a relação consigo mesmo (reconhecimento pessoal de suas características). Tal discussão culmina em questões como a do diagnóstico diferencial dos transtornos. Sobre diagnóstico diferencial Roberts e Louie (2017) comenta:

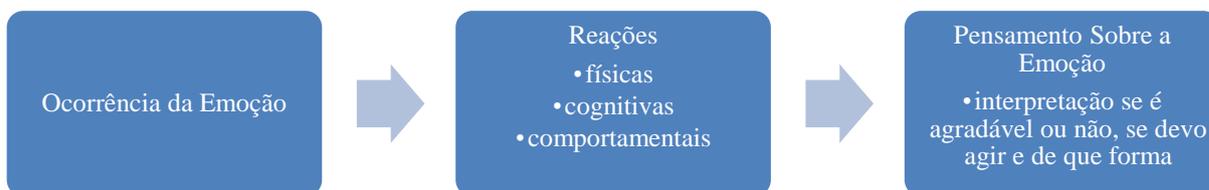
o forte conteúdo emocional de uma apresentação de borderline pode ser interpretado equivocadamente como episódios de transtorno do humor. Na tentativa de descrever sua instabilidade afetiva, raiva intensa ou impulsividade, as pessoas com transtorno da personalidade borderline podem confirmar sintomas que parecem compatíveis com episódio depressivo maior ou episódio maníaco/hipomaníaco. (ROBERTS, LOUIE 2017, p. 596)

Ainda sobre os sintomas afins, pode haver sobreposição sintomática também no que tange a instabilidade nas relações interpessoais. Presente em ambos os transtornos, ela, assim como o sentimento de inutilidade e vazio, pode culminar em diagnóstico equivocado. Seguindo essa lógica, Nascimento (2014) afirma que “Não deve ser feito diagnóstico de transtorno de personalidade durante episódio de humor não tratado” (NASCIMENTO, 2014, p. 132).

Complementar a essa discussão, se sinaliza ainda que os comportamentos suicidas e de violência autoprovocada são apresentados com intensidades de aparição diferentes entre o TAB e o TPB. No TPB a incidência desses comportamentos é mais recorrente, e no TAB, mesmo que também haja, suas apresentações estão mais ligadas aos episódios de depressão maior, mais presentes no TAB tipo II.

Como enfatizado o papel da afetividade na configuração dos dois transtornos, cabe aqui falar sobre o processamento emocional. Entende-se que as emoções sentidas geram reações físicas, cognitivas e comportamentais de acordo com a demanda, ora condizentes, ora desajustadas. Isto acaba por classificar uma desregulação emocional. O pensamento sobre a própria emoção é a interpretação da mesma, o que ela significa, onde identifica-se se esta é agradável ou não, se deve-se agir sobre, com ou por ela e se sim, de que forma. Sobre essa explicação segue baixo a fluxograma 1.

Fluxograma 1– Configuração do processamento emocional dos indivíduos.

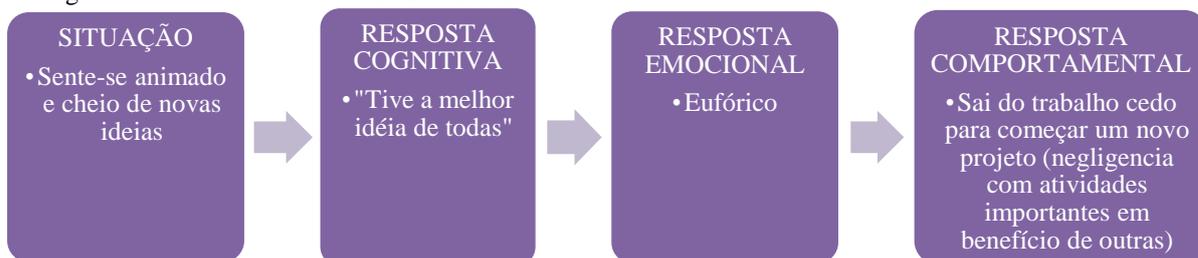


Fonte: Fluxograma elaborado pela autora com base na relação proposta pelo modelo cognitivo da interação entre sentimentos e as reações físicas, cognitivas e comportamentais (KNAPP, 2004).

Uma das principais diferenças entre os transtornos e ao mesmo tempo o que gera confusão entre os dois é a vivência afetiva. Enquanto estado emocional basal, tem-se humor ou também conhecido como estado de ânimo, definido como disposição afetiva, que dá significado às vivências do sujeito ampliando ou reduzindo os impactos das experiências reais, o que por vezes acaba por modificar a origem e sentido das experiências vivenciadas (DALGALARRONDO, 2019).

Para elucidar a afirmação de Dalgalarondo (2019), de forma comparativa, têm-se aqui os fluxogramas 2 e 3 em relação as vivências afetivas dos estados de mania e de depressão do TAB e o fluxograma 4 mais abaixo, que ilustra a vivência afetiva do TPB.

Fluxograma 2 – Vivência afetiva no estado de mania do TAB.



Fonte: Fluxograma produzido pela autora a partir do livro “Vencendo o Transtorno Bipolar com a Terapia Cognitivo-Comportamental” (BASCO, 2009, p. 15-22).

Fluxograma 3 – Vivência afetiva no estado de depressão do TAB.



Fonte: Fluxograma produzido pela autora a partir do livro “Vencendo o Transtorno Bipolar com a Terapia Cognitivo-Comportamental” (BASCO, 2009, p. 15-22).

De acordo com Dalgarrondo (2019) disposição afetiva difere-se da emoção, pois esta define-se como reações afetivas momentâneas, oriunda de estímulos com conotação significativa. É aguda, estado afetivo intenso de curta duração advindo de reações de incentivos internos ou externo, conscientes ou inconscientes. “O humor e as emoções são, ao mesmo tempo, experiências psíquicas e somáticas e revelam sempre a unidade psicossomática básica do ser humano” (DALGALARRONDO, 2019, p. 280). Tanto o humor quanto a emoção são acompanhados por reações somáticas, corporais.

A vivência afetiva do TPB, como mostra o fluxograma 4, dá-se de forma que é reconhecido como altamente reativo a emoções desagradáveis; utiliza de estratégias disfuncionais impulsivas para aliviar a emoção; reforça crença de que não consegue tolerar e de que emoções desagradáveis devem ser evitadas ou controladas, baixa tolerância à frustração, que desencadeiam sentimentos de desprazer (LINEHAN, 2010).

Fluxograma 4 - Vivência afetiva do TPB.



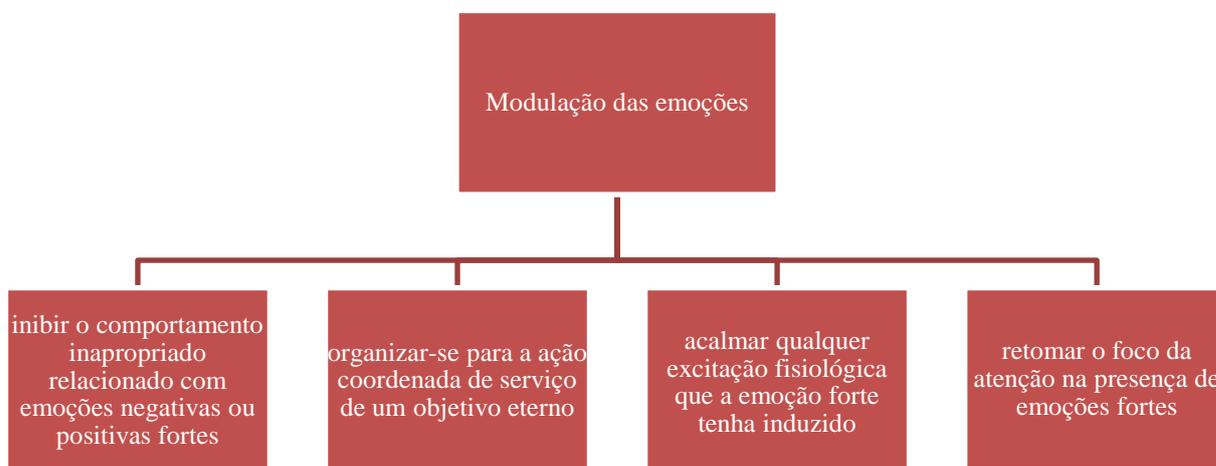
Fonte: Fluxograma produzido pela autora com base no livro Vencendo o Transtorno de Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente (LINEHAN, 2010).

Sentimentos são configurações afetivas estáveis, associados a conteúdos intelectuais, psíquicos, valores culturais e representações. Não aludem conteúdos somáticos, são basicamente estados mentais. Os afetos e sentimentos podem ser vivenciados comumente de duas formas, agradáveis e desagradáveis, prazeroso e desprazíveis. No TPB a vivência afetiva predomina-se na esfera desagradável, visto que suas percepções são impulsivas e de evitação por falta de habilidade de regulação da mesma (DALGALLARONDO, 2019).

A partir desse processo, tem-se como artifício o que se conceitua a modulação das emoções. Realizar essa técnica de acordo com o que é esperado entre ação e reação é o que busca-se aprimorar nos sujeitos que apresentam desregulação emocional, segundo a teoria biossocial do TPB descrita por Marsha M. Linehan (2010, p. 20) “A desregulação emocional em indivíduos borderline é a combinação entre um sistema de resposta emocional que é hipersensível e hiper-reativo e a incapacidade de modular as emoções fortes resultantes e as ações associadas a elas”.

Para realizar a modulação de forma íntegra faz-se necessário seguir um processo, como demonstrado pelo fluxograma 5.

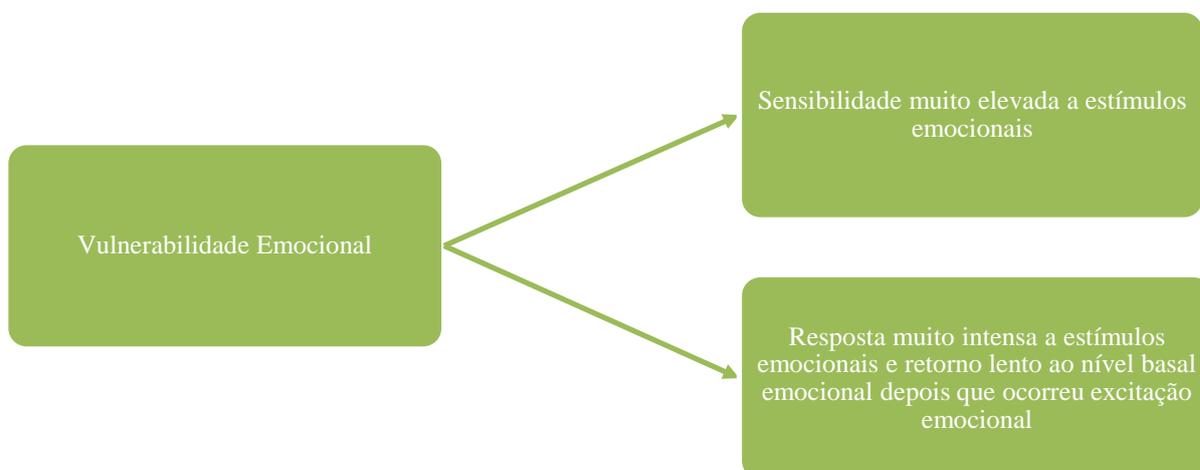
Fluxograma 5 – Processo de modulação das emoções no TPB.



Fonte: Fluxograma elaborado pela autora com base no livro “Vencendo o Transtorno de Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente” (LINEHAN, 2010, p. 19).

Linehan (2010) elucida que o que desencadeia a desregulação emocional no TPB tem natureza em sua vulnerabilidade emocional. Afirma que parte de sua vivência afetiva é disfuncional e que “a desregulação sistêmica é produzida pela vulnerabilidade emocional e por estratégias desadaptativas e inadequadas de modulação das emoções” (LINEHAN, 2010, p. 19), o que se ilustra no fluxograma 6 a seguir.

Fluxograma 6 – Processo de desregulação emocional no TPB.



Fonte: Fluxograma elaborado pela autora com base no livro “Vencendo o Transtorno de Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente” (LINEHAN, 2010, p. 19).

Outra discussão emergida nesta pesquisa diz respeito ao estilo de pensamento, humor prevalente e comportamentos mais característicos semelhantes entre os transtornos, como mostra o quadro 3. Entende-se que tais características são marcadas pela influência das crenças nucleares mais típicas e principais distorções que ocorrem no processamento das informações de cada transtorno. O TAB, em relação às alterações presentes, apresenta-se mais sintomático que o TPB, sem deixar de levar em conta que as alterações de humor e disposição afetiva predominantes são equivalentes.

Quadro 3 – Comparativo entre as alterações presentes no humor, cognições e comportamentos no TAB e no TPB.

Alterações presentes	TAB	TPB
Humor	Lábil	
	Hostil	Hiper-reativo
	Irado	Irritável
	Ansioso	Depressão episódica
	Depressivo	Ansioso
Cognições	Impaciente	
	Hiperconfiança	Despersonalização
	Fuga de ideias	Dissociação
	Distratibilidade	Delírios
Comportamentos	Hiperatividade	Impulsivo
	Gastos acentuados	Violência autoprovocada
	Perda de inibição social	Suicida
	Pressão no discurso	

Fonte: Figura elaborada pela autora com base no livro Vencendo O Transtorno De Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente (LINEHAN, 2010, p. 26) e no artigo da Revista de Psiquiatria Clínica intitulado Diagnóstico, Tratamento e Prevenção da Mania e da Hipomania no Transtorno Bipolar (MORENO, MORENO, RATZKE, 2005, p. 39-48).

A partir dessa discussão toma-se ciência que as principais alterações cognitivas presentes no TAB se desdobram na sua forma de agir e no TPB naquilo que ele acredita e no

seu contato com a realidade. Noutra esfera, os comportamentos desadaptativos mais característicos no TAB e no TPB podem se confundir facilmente por envolver o controle dos impulsos e a hiper-reatividade, secundária a labilidade do humor (MORENO, MORENO, RATZKE, 2005; ROBERTZ, LOUIE, 2017).

Assim, uma das principais mudanças que esta pesquisa buscou discutir entre os dois transtornos é a duração da alternância emocional associada ao humor e a vivência das emoções. Pode-se apontar que no bipolar uma alteração emocional, enquanto estado emocional basal, pode durar semanas, ao passo que no borderline essas vivências de mudanças emocionais podem ocorrer em um mesmo dia. Um dos grandes geradores de conflitos e/ou problemas para o TPB associa-se ao ser vulnerável emocionalmente, o que desencadeia baixa resposta a estímulos de valor emocional, e dá vazão para comportamentos desajustados, ou seja, o emocional altera suas respostas comportamentais.

O problema no TAB não é a emoção, são seus humores, como o triste, eufórico e irritado, que influenciam seus pensamentos (negativos sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, e pensamentos otimistas), além de pensamentos negativos sobre o outro. Já no TPB o que mobiliza suas crenças de não conseguir suportar uma situação são oriundas da experiência de não tolerar algumas emoções, especialmente as desagradáveis. A oscilação humorística provoca respostas cognitivas e comportamentais. As alterações nos pensamentos e sentimentos desencadeiam mudanças comportamentais o que se tornam disfuncionais quando geram sofrimento e interferências nas atividades do dia a dia como trabalho e relações interpessoais. Quanto mais baixo o humor se apresenta, mais negativa as atitudes se tornam (BASCO, 2009).

Outra discussão primordial é o tratamento desses transtornos. Em se tratando de terapias que melhor desenvolvam o tratamento, visando o estabelecimento de vínculos interpessoais funcionais, habilidades sociais e até auto percepção, coloca-se em evidência a terapia cognitivo-comportamental para o TAB e a comportamental dialética para o TPB, utilizadas de base neste trabalho. Coerente à discussão das interfaces entre os dois transtornos, a quadro 4 explicita os objetivos e metas terapêuticas para os dois transtornos dentro das duas terapias cognitivas.

Quadro 4 – Objetivos e metas terapêuticas para o TAB segundo a TCC e para o TPB segundo a TCD.

<b>TAB</b>	
Objetivos terapêuticos e metas do tratamento na TCC	Psicoeducação ao paciente e familiares; Tornar o paciente ativo no tratamento; Ensinar monitoramento e identificação precoce de sintomas; Oferecer técnicas não farmacológicas para manejo do transtorno; Ensinar habilidades para lidar com problemas e com sintomas.

<b>TPB</b>	
Objetivos terapêuticos e metas do tratamento na TCD	Aceitação e validação do comportamento; Tratar os comportamentos que interferem na terapia (cliente e terapeuta); Firmar relação terapêutica; Enfatizar processos dialéticos; Treino de habilidades: ensinar habilidades de regulação emocional; de eficácia interpessoal; de tolerância e estresse; de atenção plena.

Fonte: Figura elaborada pela autora com base nos livros “Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria” (RANGÉ E COLS, 2011, p. 384) e “Vencendo o Transtorno de Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: manual do paciente” (LINEHAN, 2010, p. 24 e 26).

É percebido que entre as duas terapêuticas tem-se objetivos e metas de tratamento claramente distintas. Contudo, ambas têm por enfoque aspectos a destacar como a psicoeducação, o manejo dos sintomas e a relação terapêutica entre paciente e terapeuta. As estratégias terapêuticas para alcançar os objetivos dependem dos sintomas e problemas existentes bem como do tipo de terapias cognitivas escolhidas (RANGÉ E COLS, 2011; LINEHAN, 2010).

Sobre o uso das técnicas na TCC, esta terapia permite-se o uso de técnicas de outras escolas também ativas e diretivas como ela, com o objetivo de alcançar a mudança cognitiva (KNAPP, 2004). Destarte, a técnica escolhida é aquela que melhor atende ao objetivo e não apenas aquelas que o terapeuta prefere ou domina. Por exemplo, há pacientes que não possuem habilidades para solução de problemas, mas com instrução de seu terapeuta podem vir a se beneficiar e aprender a detalhar um problema, imaginar soluções, aplicá-las e avaliar sua eficácia (BECK, 2014).

As técnicas da TCC possuem cunho de desenvolvimento de habilidades e isso somente é possível através de treinamentos com o objetivo de identificar, examinar e modificar as cognições distorcidas ou disfuncionais, visto que a mudança na cognição gera mudança no comportamento, iniciando pelos pensamentos automáticos (PA), seguindo pelas crenças subjacentes e enfim as crenças nucleares que dizem respeito aos esquemas do sujeito (KNAPP, 2004).

No que diz respeito as estratégias de tratamento na TCD, Linehan (2010) reúne as básicas em um fluxograma representado pela imagem abaixo. Para a TCD as estratégias de tratamento são atividades, táticas e procedimentos coordenados que designam um plano de ação e demonstra mais de como o terapeuta desempenha seu papel e foco para alcançar seus objetivos terapêuticos.

Imagem 2 – Estratégias de tratamento na TCD.



Fonte: LINEHAN, 2010, p. 193.

O termo “estratégias” designa o mesmo emprego que “técnicas”, utilizado pela TCC, por exemplo. Na TCD são divididas em quatro categorias, sendo estratégias dialéticas, as quais informam todo o tratamento e possuem cunho global; estratégias nucleares que versam na solução de problemas e validação; estratégias estilísticas, a qual determina estilos pessoais e a comunicação ajustada para a terapia; e por fim estratégias de manejo de caso, que corresponde ao modo como o terapeuta interage e contrapõe a rede social onde seu paciente encontrar-se imergido (LINEHAN, 2010).

Livrar-se das emoções não é a meta dessas estratégias ou técnicas de regular as emoções e sim reduzir o sofrimento emocional. Linehan (2018, p. 221) elenca que “Existem quatro conjuntos de fichas e fichas de tarefas para habilidades de regulação emocional: identificar, entender e nomear emoções; modificar respostas emocionais; reduzir a vulnerabilidade à mente emocional; e manejar emoções realmente difíceis”. Através dessas, as habilidades de regulação emocional também visam reduzir sua vulnerabilidade e aumentar sua resiliência emocional de modo que o sujeito não apresente-se, recorrentemente, de forma extrema ou dolorosamente emotiva (LINEHAN, 2018).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo final caracterizar o papel da regulação emocional na configuração e tratamento do TAB e do TPB onde foi possível identificar estratégias de trabalho da regulação emocional, apontar os principais benefícios ligados ao trabalho dessa técnica/estratégia e explorar os fatores de diferenciais diagnósticos.

Confirmou-se na teoria que as diferentes atividades e treino de distintas habilidades, como, por exemplo, lidar com problemas e eficácia interpessoal, que dizem respeito a necessidades de ambos os transtornos, são estratégias ou técnicas que auxiliam no tratamento de bipolares e borderlines, visto que estão presentes nos planos de tratamento da TCC e da TCD, teorias estas selecionadas para a discussão do presente trabalho, afim de se comprovar ou refutar ideias e hipóteses emergidas durante a produção do mesmo.

Ao se pensar criticamente sobre tais teorias, visto que a maior parte dos achados teóricos foram embasados por estas, TCC e TCD, não as considero padrão ouro diante de nenhum dos dois transtornos, já que há uma grande diversidade de outras teorias que podem sim serem eficazes na configuração de TAB e TPB, que não devem ser descartadas até serem testadas cientificamente, além de que alguns dos métodos de manejo e tratamento podem não ser funcionais em todas as comunidades sociais no que tange diferenças culturais e ainda funcionar de forma diferente no âmbito privado e público.

A diferença entre um transtorno e o outro é uma linha muito tênue, os dois possuem alterações comportamentais marcantes, mas incididas de causas diferentes. O processamento desajustado do estado basal de humor no TAB e o processamento irregular das emoções, que ocorrem de maneira acelerada no TPB, gera reações comportamentais inadequadas em ambos.

Seguindo essa linha de pensamento identifica-se que a Regulação Emocional desempenha papel fundamental na configuração do sofrimento no TAB e no TPB, já que trabalha em cima do manejo e desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento e capacidade de tolerar estímulos emocionais, facilitando o estabelecimento de vínculos interpessoais, além de aprender a tolerar, identificar, aceitar e validar seus sintomas, sem esquecer do treinamento de habilidades comportamentais.

Ao pensar em repetir este estudo, a ideia de enfatizar cada atividade dentro da estratégia me parece ser um importante fator, ao passo de descrever cada uma delas. É imprescindível que a relação terapêutica seja sólida para uma boa execução destas, ou seja, uma das metas e objetivos terapêuticos para TAB e TPB, segundo teorias cognitivas, mais uma vez se firma aqui.

Por fim cabe ressaltar que seria interessante uma continuação deste estudo, com aplicação em campo, viabilizando a participação de familiares, para fortalecer os achados teóricos e enfatizar que estudos acerca de transtornos mentais são relevantes à medida que milhões de pessoas em todo o mundo têm ou ainda estão por desenvolvê-los sintomaticamente. Além de, beneficiar a psicoeducação de familiares e pacientes, e assim auxiliar na configuração do transtorno, conseqüentemente na opção de tratamento e manejo dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ABRATA. **Psiquiatra alerta para importância da família no tratamento de bipolares**. 30 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.abrata.org.br/psiquiatra-alerta-para-importancia-da-familia-no-tratamento-de-bipolares/>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BARBOSA, Arianne de Sá; TERROSO, Lauren Bulcão e ARGIMON, Irani Iracema de Lima. **Epistemologia da terapia cognitivo-comportamental: casamento, amizade ou separação entre as teorias?**. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [online]. 2014, vol.34, n.86, pp. 63-79. ISSN 1415-711X. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1415-711X2014000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2014000100006)>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BARLOW, David H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BASCO, Mônica Ramirez. **Vencendo o transtorno bipolar com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BECK, Aaron T. et al. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, Aaron T.; FREEMAN, Arthur; DAVIS, Denise D. e cols. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BOSAIPO, N.; BORGES, V.; JURUENA, M. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 50, n. supl1., p. 72-84, 4 fev. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>>. Acesso em: 01 mai. 2019.

CARNEIRO, Lúgia Lorandi Ferreira. Borderline: no limite entre a loucura e a razão. **Rev. Ciências e Cognição**, v.3, p. 66-68, 2004. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212004000300007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212004000300007)>  
Acesso em: 28 abr. 2019

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: CFP, 2014.

CORRÊA, Mikael Almeida; DIAS, Ana Cristina Garcia; ZIMMER, Marilene. Trauma Focused Cognitive-Behavioral Therapy in foster care context. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], v. 14, n. 2, p.130-140, 2018. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20180018>. Disponível em: <[http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=279](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=279)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DALGALARRONDO, Paulo; VILELA, Wolgrand Alves. Transtorno borderline: história e atualidade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 2, n. 2, p. 52-71, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47141999000200052](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200052)>. Acesso em: 28 abr. 2019

DONEGAN, Nelson H. et al. **Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder**: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, v. 54, n. 11, p. 1284-1293, 2003.

FORLENZA, Orestes Vincente; MIGUEL, Euripedes Constantino. **Clínica Psiquiátrica de Bolso**. Barueri-SP: Manole, 2014.

GRILO, Mariana et al. A correlação entre transtorno de personalidade borderline e transtornos bipolar do humor: diferenças e similaridades. **Rev. Ambiente Acadêmico**, 4ª ed, v.2, n. 2, p. 72-90, 2016. Disponível em: < <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-4-artigo-5.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019

KNAPP e COLS, Paulo. **Terapia Cognitiva-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEAHY, Robert L., TIRCH, Dennis, NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia**: um guia para o terapeuta cognitivo comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LINEHAN, Marsha M. **Treinamento de habilidades em DBT**: manual para terapia comportamental dialética para o terapeuta. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LINEHAN, Marsha M. **Vencendo o transtorno de personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental**: manual do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LOPES, Rosimeri Bruno. As Emoções. Psicologado. Edição 09/2011. Disponível em <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/introducao/as-emocoes>>. Acesso em 10 Jun 2019.

MARTINS, Pablo F. de S., LOPES, Eraldo J. Relação entre Personalidade, Transtornos de Ansiedade e de Humor: Uma Revisão da Literatura Brasileira. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 1, p. 85-107, jan./jun. 2010.

MIGUEL, Renan. Psicoterapia Comportamental: As 3 Ondas. **O comportamento dos Homens**. Paraná, 3 mar. 2013. Disponível em: <http://behavioristaradical.blogspot.com/2013/03/psicoterapia-comportamental-as-3-ondas.html>. Acesso em: 12 jun. 2019.

MOCAIBER, Izabela et al. Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 531-538, Set. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722008000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Jun. 2019.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psic. Clín**, v. 32, n. supl.1, p. 39-48, jan, 2005.

NASCIMENTO, Maria Inês Corrêa, et al. **Referência Rápida aos Critérios Diagnóstico de DSM-5**. Porto Alegre, Artmed, 2014.

NUNES, Fábio Luiz et al. Eventos traumáticos na infância, impulsividade e transtorno da personalidade borderline. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, S.l., v. 11, n. 2, p.68-76, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=216](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=216)>. Acesso em: 02 abr. 2019.

OPAS Brasil. **Folha informativa – Transtornos Mentais**. Abril de 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839)>. Acesso em: 26 abr. 2019.

RANGÉ e Cols, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROBERTS, Laura Weiss; LOUIE, Alan K. **Guia de estudo para o DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-7, Jun. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 maio 2019.

SANTANA, Vitor Santos; GONDIM, Sônia Maria Guedes. 2 Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, n. 1, p. 58-68, Mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2016000100058&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000100058&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Jun. 2019.  
<http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>.

SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo Radical**. São Paulo: Editora Cutrix, 1974.

SOUSA, Ana Carolina Aquino de. Transtorno de personalidade limítrofe soluço: Uma Perspectiva analítico-funcional. **Rev. Bras. Ter. Comportar. Cogn.** [online]. 2003, v.5, n.2, pp. 121-137. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452003000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000200004)>  
Acesso em: 28 abr. 2019

SOUSA, Miriam Leine Costa Soares. **Transtorno Afetivo Bipolar: o enfrentamento família**. Monografia de Enfermagem – CEULP/ULBRA. Palmas-TO, 2006.

VARGAS GUTIERREZ, Rochy Mercedes; MUNOZ-MARTINEZ, Amanda Milena. La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-240, Ago. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642013000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mai. 2019.