



# **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Fabício Virissimo da Silva

## CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Palmas – TO

2019

Fabício Virissimo da Silva

CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO DO  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como quesito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> M.e Izabela Almeida Querido.

Palmas – TO

2019

Fabício Virissimo da Silva

CONTRIBUIÇÕES DAS TERAPIAS COGNITIVAS NO TRATAMENTO DO  
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) elaborado e apresentado como quesito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> M.e Izabela Almeida Querido.

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

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.a M.e Izabela Almeida Querido

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof.a M.e Ana Letícia Covre Odorizzi Marquezan

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. M.e Iran Johnathan Silva Oliveira.

Centro Universitário Luterano de Palmas - CEULP

Palmas – TO

2019

Primeiramente, este trabalho é dedicado a Deus, esse que me ofereceu a pulsão de vida, que ofertou a mim a oportunidade de me fazer presente em carne e osso, não só em espírito. Vós, que é pai, protetor, adorável, amável e adorado, agradeço por sempre me dá forças nos dias que queda e por me trazer alegria nos momentos de sucesso e de glória.

Dedico também, com muita emoção e muito amor aos meus pais que hoje não se fazem presentes, em especial a minha mãe Luziene Pereira da Silva, que em sua existência pode me gerar, atribuindo afeto, carinho e muito cuidado durante o meu processo gestacional. Já no mundo, oferecia a cada dia de minha existência atributos afetivos para crescer e se tornar um ser humano digno de existência, sendo sempre prestativa, amorosa e amigável para comigo.

Em seus ensinamentos, pude aprender o que é o amor, o compromisso de estar com o outro, poder da fé, da entrega de corpo e alma para aquele que é provedor da nossa existência no dia-a-dia. Nos seus últimos instantes, ensinava a mim a necessidade de se encontrar, de se profissionalizar, na tentativa que sempre possuir recursos necessários para reexistir a tudo aquilo que vá contra ao meu processo de estar presente, vivo na terra. Obrigado por fazer de mim um homem integro e cheio de qualidades, que busca dia após dia melhorar seus defeitos e tirando sempre pontos positivos de situações inteiramente negativas.

Dedico também, ao meu pai Leomar Virissimo Dias, este se fez presente, no provimento da segurança, dos recursos financeiros, na construção de valores morais para comigo, como honestidade e principalmente a verdade. Como pai, sempre incentivando meus sonhos e objetivos, se orgulhando de cada conquista e sendo a motivação para continuar em busca de uma boa educação, uma profissionalização contínua e necessária para uma conquista adequada de felicidade e alegria.

Agradeço-os pela presença, pelo compromisso e pela dedicação em me tornar um ser humano sempre respeitoso, honesto, amigável, amável e o mais importante lutador, que mesmo diante das adversidades da vida continua a lutar em buscar de nossos objetivos enquanto família e pessoa, que possui seus sonhos e metas. Pai e Mãe, mesmo não se fazendo-os presente, agradeço por tudo ambos ofereceram a minha, este e demais sucessos em minha vida os dedico com muito amor e carinho a vós.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial à Maria Bonfim V. Dias e Manoel de Jesus Pereira, estes que são meus padrinhos e tios, que se fizeram sempre presentes na minha vida me dando todo auxílio necessário sejam eles tangíveis ou intangíveis, palpáveis ou não. Que se prontificaram a me ajudar no momento que eu mais precisava e que até hoje se fazendo presente e sempre incentivando na conclusão dos meus objetivos. Com a presença de vós e ambas as participações foi possível chegar até aqui, fazendo aquilo que me agrada e me faz feliz.

À minha tia Rosalina Verissimo, que em seus diálogos pode me ofertar apoio moral e incentivador, oferecendo esclarecimentos precisos a cerca de uma vida regida por uma profissão, se mostrando empático e me auxiliando com recursos financeiros e acadêmicos para uma boa construção de uma vida profissional. Agradeço também de moral geral a toda minha família, que de alguma forma me ajudou a chegar até aqui, seja nos momentos de alegria e de desespero, de suporte com recursos ou com auxílio moral e afetivo, muito obrigado.

Agradeço aos meus amigos Amélia, Agatha, Daniela, Gabriela e Junior pelos momentos de muita alegria, pelos nossos encontros e pelo grande incentivo de sempre a continuar a lutar pelo meu desejo, pela minha amável profissão. Com vocês pude inteiramente aprender o que é afeto, carinho, cuidado e perceber que amigos são mais que amigos, são famílias construídas e levadas até o fim da vida, vocês são o significado da alegria existente no mundo.

Em especial ao meu ao amigo que eu chamo de “irmão de outra mãe”, Rafael, este que não existe palavras para expressar o quão sou agradecido pela sua presença em minha vida, pela força, auxílio e ajuda que tem me oferecido desde quando nos conhecemos até o dia de hoje. Obrigado por sempre abrir sua casa para mim e me deixar fazer dela minha também, me deixando sempre a vontade e fazendo dela o meu refúgio para as horas difíceis e dura da vida, eu sou imensamente agradecido pela sua amizade.

Ao Paulo Xinoda, meu recente cúmplice, amigo fiel e confiante, esse que sabe um pouco e muito mais de mim, este que me ajuda durante a rotina dos dias, que está sempre com os ouvidos e com a mente apostos para me ouvir e me compreender, que me presenteia bombons nas quartas e que sempre se preocupa com meu estar. Obrigado por me deixar compartilhar a minha vida contigo e por dividir um pouco da sua comigo, você é mais que especial nesse processo, uma parcela desse sucesso também é sua, e é assim sendo efetivos na vida um do outro que perpetuaremos essa relação para além dos muros da universidade.

Ao Heidder, meu amigo de longa data, juntos criamos, sonhamos e damos vida aos nossos objetivos e metas, este que é fonte de inspiração e de resistência, que é sinônimo de luta e de continuação. Obrigado por sempre se fazer presente em todos os momentos, pelas as oportunidades que você e sua família tem me dado, eu sou imensamente grato por tudo que tens me oferecido, és especial.

À Eliane Carvalho, esse grande humano que pude conhecer através da faculdade, parceira de atividades e trabalhos, que enche nossos desesperos em concluir estes em alegria com um envolvimento de tragicômico. Obrigado por sempre me escolher diante de muitos, pela contribuição na minha formação e pela partilha de ensinamento advindos de um processo de graduação e principalmente da vida.

Quero agradecer também ao casal Raylys e Felipe, amigos, obrigado pelos grandes momentos de diversão, alegria e investimento em mim, seja ele afetivo, moral, financeiro e a presença de vocês nesse momento. Sou imensamente grato ao comparecimento de vocês na minha vida, por dividirem comigo também a vida do lindo Davi e me permitirem chama-lo de “tio”, esse sentimento foi e é muito crucial nessa conclusão.

Agradeço também a minha prima, irmã, amiga, companheira e parceira Meyreleene Dias, obrigado por estar sempre comigo, me apoiando, me ajudando e estando sempre do meu lado, agradeço-te por ter realizado a tradução do meu resumo, com toda certeza é uma parte extremamente importante nesse trabalho, assim como você na minha jornada.

Por fim e mais importante, a musa inspiradora desse trabalho, Gabriela Santos. Obrigado por existir em mim, em nossa vida, em nossa relação, você é parte e pilar fundamental da subsistência desse trabalho. Sabia que você é suficientemente importante para vida daqueles que te cercar e principalmente para os teus sonhos, teus objetivos e tuas metas enquanto ser existente e deslocador de ambiente, estados e lugares, a sua presentificação é importante para o universo.

“O importante a lembrar é que, seguindo o manual ou não, você deve ensinar a paciente *borderline* a responder e agir de maneira diferente do que faz. Sua tarefa como terapeuta é ensinar, treinar, persuadir e conduzi-la suavemente para uma nova maneira de ser e de agir neste mundo” (LINEHAN, 2010, p.477).

## RESUMO

SILVA, Fabrício Virissimo da. **Contribuições das terapias cognitivas no tratamento do transtorno de personalidade *borderline***. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2019.

O transtorno de personalidade *borderline* acomete boa parte dos pacientes psiquiátricos, com pensamentos e crenças deturpadas da realidade e comportamentos auto agressivos que interferem diretamente em suas relações interpessoais. Tendo isso em vista, o trabalho buscou discutir as implicações da desregulação emocional no transtorno e também explanar a discussão acerca da relação entre terapeuta e paciente no processo terapêutico com o propósito de indicar e apresentar estratégias, protocolos de tratamento e técnicas oriundo das diversas abordagens cognitivas que possam auxiliar o profissional no manejo clínico. Neste sentido, esta pesquisa tem por finalidade metodológica uma pesquisa pura, de objetivo descritivo, narrando o método, procedimento e/ou técnica, com abordagem qualitativa, em um procedimento metodológico uma pesquisa bibliográfica não-sistemática. Durante a discussão foram elencadas algumas estratégias importantes e relevantes para o tratamento, como as Estratégias dialéticas, Estratégias de solução de problemas, Estratégias para mudança de contingências, Estratégias estilísticas, Estratégias de manejo de caso, Estratégias especiais de tratamento, Estratégias de aliança terapêutica, Estratégias de regulação emocional, entre outras, todas oriundas da Terapia Comportamental Dialética teorizadas por Marsha Linehan. Além disso, foram exaltadas as importâncias dessas estratégias de tratamentos que estão sendo utilizadas na mediação clínica do transtorno com o único intuito de contribuir consideravelmente para a comunidade acadêmica, profissional e comunidade em geral.

Palavras-chave: Terapia cognitiva. Tratamento. Transtorno de Personalidade. Borderline.



## **ABSTRACT**

**SILVA, F. V. Contributions of cognitive therapies in the treatment of Borderline personality disorder.** 2019. Dissertation (Graduation) - Bachelor's Degree in Psychology at Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, TO, Brazil.

The Borderline personality disorder affects most psychiatric patients, with misrepresented thoughts and beliefs of reality and self-aggressive behaviors that directly interfere with their interpersonal relationships. With this in mind, the paper sought to discuss the implications of emotional dysregulation in the disorder and also to explain the discussion about the relationship between therapist and patient in the therapeutic process in order to indicate and present strategies, treatment protocols and techniques derived from various cognitive approaches. that can assist the professional in clinical management. In this sense, this research has for a methodological purpose a pure research, descriptive objective, narrating the method, procedure and / or technique, with a qualitative approach, in a methodological procedure non-systematic bibliographic research. Some important and relevant treatment strategies were listed during the discussion, such as Dialectical Strategies, Problem Solving Strategies, Contingency Change Strategies, Stylistic Strategies, Case Management Strategies, Special Treatment Strategies, Therapeutic Alliance Strategies, Emotional regulation strategies, among others, all derived from Dialectical Behavior Therapy theorized by Marsha Linehan. In addition, the importance of these treatment strategies that are being used in the clinical mediation of the disorder was exalted with the sole purpose of contributing considerably to the academic, professional and general community.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 – Estratégias de tratamento na TCD.....	23
Quadro 2 – Técnicas e observações a serem contempladas na estratégia de controle de contingências.....	26
Quadro 3 – Estratégias especiais de tratamento.....	28
Quadro 4 – Estratégias e habilidades específicas para regulação emocional formuladas por Linehan.....	30
Quadro 5 –Técnicas de regulação emocional formuladas por Robert Leahy.....	31
Quadro 6 – Estratégias para questões ligadas a relação entre o paciente e terapeuta.....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

### **Apresentação da Informação:**

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
TC	Terapia Cognitiva
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCD	Terapia Comportamental Dialética
EDR	Esquemas Desadaptativos Remotos

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>4</b>
<b>AS TERAPIAS COGNITIVAS E SUAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.....</b>	<b>6</b>
<b>A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E OS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i>.....</b>	<b>11</b>
<b>A RELAÇÃO TERPÊUTICA E A EDIFICAÇÃO DO VÍNCULO NAS TERAPIAS COGNITIVAS.....</b>	<b>16</b>
<b>O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i> E AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS COGNITIVAS.....</b>	<b>19</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>42</b>

## INTRODUÇÃO

Os transtornos de personalidade são marcados por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem considerar as consequências em que apresenta o humor aperiódico e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos, na qual tendem obter um comportamento agressivo ao entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Beck, Davis e Freeman (2017, p. 17) afirmam que “os transtornos da personalidade, assim como as síndromes sintomáticas, representam um exagero das estratégias adaptativas da personalidade”.

De acordo com o DSM-5 (2014) a prevalência do transtorno é que o transtorno atinge aproximadamente cerca de 1,6 a 2 por cento da população mundial, mas esses dados podem aumentar no que tange a atenção primária em saúde, o tratamento desses pacientes em ambulatórios e estes internados em alas psiquiátricas, podendo chegar à 6%, 10% e 20% do total dos usuários desses serviços citados. Pacientes portadores do transtorno são tão abundantes que boa parte dos profissionais ligados a saúde e ao tratamento do transtorno tratará pelo menos um em sua prática, e eles apresentam graves problemas e intenso sofrimento, problemáticas essas difíceis de cuidar. (LINEHAN, 2010)

Em uma pesquisa bibliografia sistemática realizada por pesquisadoras brasileiras, “*Transtorno de personalidade borderline: Estudos brasileiros e considerações sobre a DBT*, de FINKLER, SCHÄFER, WESNER (2017)” afim de descobrir o grau de contribuição brasileira para os estudos no Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) juntamente com o uso das técnicas e intervenções da Teoria Comportamental Dialética (TCD), que entre várias discussões científicas esta seria a teoria mais apropriada para manejar o transtorno, perceberam que poucos trabalhos de cunho científico foram realizados no país em torno da temática, principalmente no que tange as teorias cognitivas. Segundo Hofmann et al. (2012) ainda que a trajetória de expansão das abordagens cognitivas e comportamentais tenham ganhado grande espaço no âmbito científico, apenas cinco artigos nas últimas décadas comprovam eficácia para uma variação de diagnósticos.

Embora os artigos encontrados não fazem justa ao processo intervencionista às queixas do transtorno, uma vez que a teoria seja a mais utilizada e comprovada cientificamente, poucas produções foram realizadas no país. “Com relação às regiões do País com maior produção de conhecimento sobre o TPB, o Sudeste destaca-se com a produção de 36 artigos, seguido da região Sul, com 19 artigos, Nordeste, com 7 artigos, e Centro-Oeste, com 5 artigos, enquanto a região Norte não apresentou produção científica sobre o TPB”. (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017, p. 283)

A partir dessa perspectiva o trabalho fomenta a participação e contribuição significativa tanto na conceitualização do transtorno quanto nos processos de tratamento deste, contribuindo no aumento da discussão da referida temática. Através de uma pesquisa bibliográfica foi possível explorar estratégias e protocolos e o que estas terapias têm utilizado no processo terapêutico, enaltecendo seus métodos próprios e eficazes no tratamento e na promoção de saúde dos portadores do referido transtorno.

Outros objetivos que a pesquisa abrangeu, foi a descrição do processo e o manejo destas estratégias, discutindo as implicações da desregulação emocional frente ao transtorno, ressaltando também, a importância da relação terapêutica diante do processo de tratamento e o impacto do processo de aquisição e fortalecimento de habilidade na perspectiva do terapeuta, afim de contribuir na diminuição do quadro sintomático do transtorno.

A pesquisa foi pautada em cima de alguns aspectos justificáveis, como a falta de debates, rodas de conversas, simpósios e congressos que falam expressamente sobre o manejo e as contribuições das terapias frente ao transtorno, uma vez que o trabalho contribuirá tanto na formação acadêmica quanto aos profissionais que estão em atuação e também a comunidade científica.

O baixo número de estudos relacionados a intervenções terapêuticas variadas para o TPB e a ausência de estudos sobre a DBT expõem o quanto há por fazer no Brasil. As psicoterapias precisam ser melhor investigadas. Convém que se realizem ensaios clínicos brasileiros sobre as abordagens mais promissoras para o tratamento do TPB, sobretudo a DBT, por já acumular mais evidência de eficácia para esse quadro. (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017, p. 284)

Encontrar técnicas, métodos e manejos que agreguem qualidade e resultados benéficos no atendimento desses específicos clientes é desafiador e faz com que o terapeuta se potencialize enquanto um agente favorecedor da mudança. Cunha e Azevedo (1999) informa que o *borderline*, induz o terapeuta ao enfretamento de suas próprias limitações, sentimentos que vem à tona de modo intenso e particular, proporcionando-lhe uma experiência clínica de crescimento pessoal incomparável.

No que tange a relevância acadêmica, a pesquisa contribuirá na apresentação novas formas e estratégias para o manejo das queixas relacionadas ao transtorno com o intuito de contribuir na formação profissional de acadêmicos que estão no processo de atuação nas clínicas-escola, uma vez que esses estagiários estão em processos de contato com a sociedade e suas queixas, utilizando suas habilidades adquiridas para a prestação de serviços à comunidade. Segundo Poelman et. al. (2009) afirma que a importância da formação de um psicólogo consciente de si mesmo, de seu fazer profissional e da função social de sua prática,

um profissional, portanto, responsável pelos efeitos do seu trabalho, sensível às diferentes condições sociais onde o saber do psicólogo pode operar.

No que tange a relevância pessoal, a referida temática é importante por envolver o fato de que muitas pessoas convivem com os portadores do transtorno. Assim não ter manejo e compreensão profunda do tema em questão, impacta emocionalmente em suas relações. Ao lidar diariamente com situações corriqueiras que circundam o transtorno, vê-se a grande importância de se aprofundar nos estudos da temática a fim de compreender e auxiliar estes indivíduos de circundam o seu meio social e afetivo-emocional.

## **METODOLOGIA**

Esta análise se trata de uma pesquisa pura, tendo como procedimento metodológico uma pesquisa bibliográfica narrativa, com o objetivo metodológico uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa.

Na finalidade metodológica uma pesquisa pura, que tem como foco a melhoria e a exaltação das teorias científicas, a fim de discutir os fenômenos, visando sempre resolver problemas de natureza puramente teórica. Com características pautadas na objetividade afim de suscitar novas informações úteis para o progresso da ciência, sem aplicação prática antecipada, que envolve fatos e interesses universais. (SILVEIRA; GERHARDT, 2009).

A pesquisa tem como procedimento metodológico, uma pesquisa bibliográfica narrativa, sendo que se trata de uma investigação aprofunda da bibliografia literária, em que o pesquisador irá levantar o que de mais importante tem se falado sobre o assunto. Tendo como fim trazer à tona conteúdos que respondam com representatividade o referido problema de pesquisa. Podendo utilizar como objetos de pesquisa livros de leitura circular ou de referência, documentários, publicações científicas, anuais de congressos, relatórios de simpósios, vídeos e páginas de *web sites*, em que são consideradas mananciais bibliográficos.

Chiara et al. (2008) diz que a pesquisa bibliográfica é utilizada com a intenção de levantar conhecimento sobre teorias, afim de analisar, produzir ou explicar um elemento a ser investigado, visando analisar as principais teorias de um tema e podendo ser realizada com diferentes finalidades.

Quanto a pesquisa narrativa, trata-se de um estudo a fim de descrever e discutir o desenvolvimento de um assunto sobre determinado ponto de vista teórico. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. (ROTHER, 2007)

Clandinin e Conelly (2011) diz que o papel do pesquisador é interpretar os textos e, a partir deles, criar um novo texto, uma vez que os dados obtidos na pesquisa podem ser coletados de forma oral e/ou escrita, cabendo ao pesquisador decidir qual delas de adequa mais ao perfil de seu estudo.

No objetivo metodológico, o trabalho utilizará como método uma pesquisa exploratória, do qual o pesquisador se apropriará, aprofundará e familiarizará com a temática e o problema que engloba o trabalho a fim de torná-lo mais explicativo, com intuito de



descobrir ideias e conceitos, tendo por finalidade a promoção de um discurso crítico das possíveis descobertas. Essas pesquisas podem ser classificadas como: pesquisa bibliográfica e estudo de caso. (GIL, 2007)

No tange a abordagem da pesquisa será utilizado a pesquisa qualitativa, que será apontado o direcionamento para a análise de discursos e de textos explicativos para uma compreensão maior do fenômeno a ser pesquisado, a pesquisa qualitativa pode ser utilizada também com um instrumento de coleta de dados a fim de identifica conjecturas para um problema e descobrir aspectos, “[...] assim, a análise dos dados na pesquisa qualitativa passa a depender muito da capacidade e do estilo do pesquisador” (GIL, 2008, p. 175).

## **AS TERAPIAS COGNITIVAS E SUAS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS**

Segundo Knapp (2004), Wriqth, Basco e Thase (2008), Rangé et al. (2011) as abordagens cognitivas discutem acerca dos processos que levam o homem ao sofrimento, fomentando-a no papel das cognições, especialmente as distorcidas e desadaptativas, como base do sofrimento. Trabalha ainda com princípios como o empirismo colaborativo e a descoberta guiada, enfatizando a participação dupla tanto do cliente para o processo terapêutico quando a atuação presente e diretiva do terapeuta no processo de tratamento.

As conceituações das teorias cognitivas se concentram na tríade cognitiva formulada por Aaron Beck (1960), em que ao construir a formulação cognitiva da depressão percebeu que as demandas e os sentimentos relacionados a este se concentravam em estilos negativos de pensamentos em três esferas, sobre si mesmo, o mundo e o futuro. Com o tempo, diante de várias formulações teóricas afim de colaborar para construção do modelo cognitivo, perceberam que tais pensamentos se estendiam a outros transtornos e quadros clínicos, como a esquizofrenia, os transtornos alimentares, as dores crônicas, os transtornos de ansiedade, o abuso de substâncias e os transtornos relacionados a personalidade (BECK, 2014).

O modelo cognitivo parte de três proposições fundamentais, em que todas as abordagens oriundas desse modelo seguem, uma delas é que qualquer comportamento é influenciado por uma ou várias atividades cognitivas, assim essa atividade pode ser alterada, controlada ou monitorada, com isso, desejado comportamento pode ser influenciado pela mudança cognitiva. Segundo Knapp (2004) a terapia cognitiva tem como parâmetro aferir e ajustar pensamentos distorcidos que estão ligados à consciência e ao inconsciente, que estejam ou não acessíveis.

A terapia cognitiva baseia-se na inter-relação entre emoção, cognição e comportamento uma vez que um evento do cotidiano pode implicar nas formas como sentimos e agimos, isso em diferentes pessoas, porém não é o evento em si que determinada ou que gera nossas emoções e comportamentos mas sobre o que pensamos sobre o acontecimento, assim esses ativam os pensamentos que geram como consequência as emoções e os comportamento (KNAPP, 2004; BECK, 2014).

Para Rangé, Falcone e Sardinha (2007) as abordagens cognitivas partem do princípio de que um processo interno ou oculto da cognição que mede o comportamento, ou seja, o mesmo episódio pode ser considerado como agradável para uma pessoa, gerando um comportamento agradável, ou ameaçador/desafiador para outra, provocando ansiedade e esquiva. Dessa forma, é a análise da situação que gera sentimentos e condutas, e não o episódio em si (KNAPP, 2004).

Knapp (2004) informa que o modelo ele não é linear e rígido em que eventos promovem pensamentos que geram emoções e comportamentos, mas que é uma *interação recíproca* de pensamentos, sentimentos, comportamento, aspectos fisiológicos e o ambiente, assim ocorrendo a mudança de qualquer um destes componentes influenciará na modificação dos outros. A Terapia Cognitiva inicialmente seu trabalho é pautado na modificação e alteração de pensamentos que geram impactos nos demais elementos, juntamente com o *processamento das informações* que se concentram na transformação das regras centrais e das representações mentais rígidas. Acrescenta ainda que na teoria de Beck, a mesma propõe que nos problemas psicológicos no que tange aos pensamentos do sujeito, eles se tornam não só mais distorcidos como também mais rígidos.

Para Rangé et. al (2011) os trabalhos da terapia cognitiva estão focados com a identificação e a reestruturação em três níveis da cognição. Os pensamentos automáticos que é o nível primário ou superficial da cognição em terapia cognitiva, em que são os pensamentos espontâneos, repetitivos e sem questionamentos a sua utilidade e veracidade arraigados de emoções negativas em várias situações do cotidiano. As crenças intermediárias e as crenças nucleares, em que a primeira são regras criadas pelo indivíduo para que ele possa conviver com ideias absolutas, negativas e não adaptativas que tem a sua particularidade, e a segunda, é o terceiro nível da cognição, mais denso com difícil acesso e apresenta grande dificuldade de modificação, em que se tem início nas experiências infantis, possuem formas absolutas rígidas e inflexíveis sobre o que o indivíduo pensa sobre si e que muitas vezes se relacionam com sua natureza genética, apresentam hipersensibilidade ao abandono e a rejeição e em muitas vezes com dificuldade de se manter vivo.

As crenças nucleares vão se solidificando desde as experiências mais primárias e se fortalecendo em todo o ciclo vital, modelando a percepção e a interpretação do indivíduo sobre os eventos e psicologicamente sobre o seu jeito de ser. Para chegar aos objetivos e as mudanças necessárias na psicopatologia do sujeito, as crenças nucleares disfuncionais devem ser transformadas e este é um dos objetivos da terapia cognitiva (KNAPP, 2004).

Baseados nos estudos de Rangé (2011), estas foram divididas em três agrupamentos, *crenças nucleares de desamparo*, que são pensamentos ou ideias em que o indivíduo se coloca em estado de desamparo, como uma pessoa frágil, impotente, vulnerável, carente, desamparado, necessitado de algo ou de alguém. As *crenças nucleares de desamor* que se relaciona com a percepção do desejo, de achar que é sujeito indesejável, incapaz de ser amado, rejeitado, imperfeito, sozinho e sem atrativos, e as *crenças nucleares de desvalor* em que o dito-cujo se coloca como incapaz, ineficiente, defeituoso, enganador, falho, fracassado

e sem valor. Investigar evidências que sustentam ou não uma crença nuclear é uma das maneiras de ensinar o paciente a revisar suas distorções e criar crenças alternativas mais dentro da realidade.

Em algumas literaturas sobre a terapia cognitiva, há uma distinção entre as crenças e os esquemas, em que a primeira se refere aos conteúdos, as ideias, os pensamentos sobre desamor, desvalor e desamparo, já os esquemas são estruturas cognitivas na qual pertencem as crenças. São estruturas mentais que armazenam representações de significados, em que são fundamentais para orientar a seleção e recuperação da informação de dentro do aparato cognitivo (KNAPP, 2004).

Young (2003) classificou os esquemas em dois subtipos na qual o primeiro, condicional que se refere à subjugação do sujeito, o seu autossacrifício, a busca por aprovação ou reconhecimento tanto social quanto afetivo, a inibição emocional e os padrões inflexíveis de crítica exagerada e exacerbada, com isso dá esperança à uma mudança no resultado. Já o segundo foi classificado como esquema incondicional que é a inexistência de esperança para o paciente, assim ele possuirá crenças como incompetente, de que é indigno de amor e etc, e nada poderá mudar essa condição, deixando-o sem possibilidades de escolhas.

Ainda sobre os esquemas, o mesmo autor afirma que os esquemas condicionais são também chamados de secundários e se desenvolvem na tentativa de obter alívio dos esquemas incondicionais como por exemplo, padrões inflexíveis em resposta à defectividade, subjugação em resposta ao abandono, etc. “Nosso objetivo é identificar e desenvolver os esquemas adaptativos e ao mesmo tempo tentar modificar ou reduzir a influência dos esquemas desadaptativos” (WRIGHT, BASCO; THASE 2008, p. 23).

A aceitação é utilizada na intervenção psicológica, em que usa a aceitação do sofrimento e as bases da meditação em conjunto com o compromisso e as mudanças comportamentais para desenvolver a flexibilidade psicológica. Não é um sistema de servilismo ao utilizar a aceitação como estratégia por meio do indivíduo para interpretar suas lógicas internas, mas que apenas as considera e as autoriza (VANDENBERGHE, VALADÃO, 2015).

Um dos elementos fundamentais na Terapia Cognitiva é a *conceitualização cognitiva* ou formulação de caso. Esse princípio ao mesmo tempo que se constitui em aspecto teórico da terapia, também é estratégia prática fundamental para o desenvolvimento desta. Embasada na concepção cognitiva dos transtornos mentais, tem de pôr o foco primário os fatores cognitivo-comportamentais que mantêm as dificuldades emocionais, as crenças, as

vulnerabilidades da personalidade, os traumas e as amplas vivências que predisuseram o sujeito a vivenciar o sofrimento. É um artefato importante e necessário para qualquer acompanhamento ou tratamento psicoterápico com enfoque no modelo cognitivo, uma vez que o mapeamento ajuda na compreensão de como o sujeito se organizou e estruturou para sobreviver e como se protege de suas crenças negativas e do ambiente antagônico (RANGÉ et al. 2011).

Para Rangé et al. (2011) Aaron Beck elaborou alguns componentes ou elementos fundamentais na conceitualização cognitiva, como um diagnóstico clínico do paciente, a identificação de pensamentos automáticos, sentimentos e condutas frente a diversas situações, a procura da identificação ou do conhecimento das crenças nucleares, procurar estratégias compensatórias que o indivíduo utiliza em sua conduta para evitar o acesso a suas crenças negativas e buscar conhecer dados relevantes da história do paciente. Através da conceitualização cognitiva o terapeuta inicia o seu contato com o paciente desde a primeira sessão até a última (KNAPP, 2004).

Para Wright, Basco e Thase (2008) a Terapia cognitiva possui uma estratégia altamente e cuidadosamente pensada e que não se fazem terapia por conceituações meramente mentais, utilizando apenas um conjunto de técnicas, complementa ainda que é preciso praticar e desenvolver formulações que reúnam os itens da conceitualização e só assim se tornará um terapeuta cognitivo eficaz.

Segundo Knapp (2004) o Diagrama de Conceitualização Cognitiva formulado por Judith Beck (1995) e Leahy (1996), resumiu que a configuração afetivo-cognitivo-comportamental do paciente em alguns aspectos que aprende na Terapia Cognitiva, como identificar e modificar as suas formas distorcidas ou deturpadas de pensar, solucionar problemas, prevenir recaídas, construir estratégias de pensamento, identificar e modificar emoções que os pensamentos geram e reestruturar crenças nucleares. “Na terapia cognitiva, nossa primeira tarefa como terapeuta é demonstrar para o paciente a conexão existente entre pensamento, sentimento e comportamento” (RANGÉ et al. 2011, p. 25).

A *descoberta guiada* e o *questionamento socrático* são estratégias utilizadas para demonstrar ao cliente a interconexão desses constructos, também são princípios práticos da Terapia Cognitiva, em que o terapeuta não presume, não prevê e não persuade a inclusão dos pensamentos, mas vai guiando o paciente para a descoberta destes, com a utilização de simples questionamentos que abrangerá respostas abertas, de forma que ele entenda seus problemas e explore possíveis soluções e desenvolva planos para lidar com as atribuições.

Já o questionamento socrático está focado em fazer interrogações ao cliente com o objetivo de instigá-lo a curiosidade e ao desejo de interpelar (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A descoberta guiada envolve o paciente nas sessões, no processo terapêutico e no aumento de ganho de habilidades para a resolução de problemas fazendo com que o terapeuta diminua suas imposições sobre ele e cada vez menos influenciando no processo terapêutico, fazendo com que o próprio paciente seja seu terapeuta. Também ocorre no processo colaborativo com a descoberta guiada, em que o paciente sai da postura inativa e adota uma postura proativa (KNAPP, 2004).

A *psicoeducação* é uma estratégia terapêutica com a finalidade de ambientar o paciente ao modelo cognitivo e também ao funcionamento do transtorno que ele apresentar, a fim de fornecer para o sujeito conhecimentos práticos e teóricos que ele entenda as características de seus problemas e identificar propostas psicoterápicas. Alguns instrumentos como a leitura de livros de autoajuda, apostilas, questionários de avaliação e programas de computador são ferramentas que podem auxiliar os terapeutas na promoção da psicoeducação. (WRIGHT, BASCO E THASE, 2008) “Intervenções psicoeducativas também ensinam sobre o formato das sessões estruturadas, bem como a verificação do humor e a instrumentalização para as técnicas psicoterápicas” (RANGÉ et al. 2011, p. 414).

A *validação* também é uma estratégia da terapia cognitiva, em que é utilizada para ajudar o cliente a entender como suas ações, emoções e pensamentos fazem sentido diante de sua realidade, assim, há uma relação dialética entre validar e desafiar, que põe as perspectivas do cliente e do terapeuta no mesmo patamar, porém, deve ser usada propositalmente para alcançar objetivos terapêuticos, pois torna impasses superáveis na relação terapêutica e possibilita mudanças específicas na vida dos clientes. Utilizar a validação como estratégia de comunicação através de casais e famílias, é um ingrediente perfeito para entender e compreender como ocorre a vivência dessas pessoas dentro do processo terapêutico (VANDENBERGHE; VALADÃO, 2015)

Por fim, é uma psicoterapia focal fundamentada em um modelo teórico, em que foca seu trabalho no exame e na correção das distorções em três níveis da cognição, os pensamentos automáticos, os pressupostos subjacentes e as crenças nucleares, que envolve uma conceitualização específica de um caso, utilizando a descoberta guiada, psicoeducação como estratégias interventivas. A abordagem baseia seu tratamento na função que a cognição tem sobre o controle das emoções e dos comportamentos, uma vez que estes foram esquematizados através de escritos filosóficos desde a antiguidade até os dias de hoje (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

## **A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E OS ESQUEMAS DESADAPTATIVOS NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*.**

De acordo com o DSM-5 (2013, p.663), “o transtorno de personalidade *borderline* é classificado e caracterizado por um conjunto de disfunções padrões instáveis a qual comete as relações interpessoais, a autoimagem, os afetos e a impulsividade acentuada que se inicia na vida adulta e permanece presente em vários contextos na trajetória da vida. ” A CID-10, que é o manual estatístico de classificação internacional de doenças e problemáticas relacionadas à saúde define em “ (F60.3) transtorno da personalidade emocionalmente instável”.

Leichesenring (2011) diz que o transtorno provoca taxas altas suicídio, *déficit* funcional grave e uma elevação no índice de transtornos mentais comórbidos, gerando altos custos financeiros e desgaste tanto para os portadores quanto para os seus familiares e para sociedade de modo geral. Linehan (2010) profere que a impulsividade é considerada um dos sintomas principais do TPB e pode ser observada por comportamentos que levem a resultados negativos, como automutilação, promiscuidade, abuso de substâncias. É um transtorno que possui uma convergência acentuada ao atuar impulsivamente sem avaliar consequências com a instabilidade afetiva (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

A impulsividade é interpretada como uma predisposição para agir e reagir de forma acelerada, não esquematizada, respondendo as excitações externas ou internas com pouca ou nenhuma preocupação sobre as possíveis consequências negativas para si e/ou para os outros. Os atos sem uma fase prévia de decisão, de forma egossintônica, o sujeito não perceberá como o ato é inadequado em comparação aos padrões típicos de comportamento, de tal maneira que o mesmo não tentará evita-lo ou adia-lo em que esses estão interligados aos impulsos patológicos de natureza inconsciente ou à grande incapacidade de tolerar a frustração que tende a desconsiderar desejos e necessidades das pessoas (DALGALARRONDO, 2019).

Este mesmo autor diz que os circuitos neuronais que contemplam a impulsividade abrangem um leque de processos neuropsicológicos disfuncionais, que podem incluir a atenção, percepção e a coordenação das repostas cognitivas e motoras, em que se relacionam aos circuitos que envolvem os lobos frontais e os corpos estriatais, em que funcionam os neurotransmissores. A *frangofilia* é um tipo de impulso que destrói objetos que circundam o indivíduo, pode estar associada a excitação impulsiva intensa e agressiva, podem ocorrer nas psicoses como na esquizofrenia, em alguns quadros de intoxicação por medicamento

psiquiátricos, de tipo psicotrópico, e também em indivíduos com o transtorno de personalidade, com por exemplo de tipo *borderline*. Já a *piromania* também é outro comportamento de tipo impulsivo presente no TPB, que é o ato de atear fogo em objetos, prédios, lugares e etc.

A *Pseudologia Fantástica* é outro aspecto importante que circunda o transtorno em que ocorre quando o indivíduo mescla sua fantasia, intensa e aguda com a realidade, geralmente os relatos são grandiosos e extremos, em que parece acreditar piamente no que relata, a fantasia pode ser transitória ou passageira, duradoura ou estável, apresentando grande ânsia pela estima dos outros com uma tendência à vida imaginária muito intensa e em contrapartida, o sentido de realidade relativamente débil. Outro aspecto é a linguagem, em que a maioria das vezes vêm concebida com excesso de emotividade, com a utilização de verbos de processos mentais, como amar, odiar e adorar, assim como verbos com atributos emocionais, como “fiquei apavorado”, podendo utilizar também palavras reforçadoras com uma entonação bem exagerada como “muito”, “demais”, “realmente”, “incrivelmente”, entre outras (DALGALLARRONDO, 2019).

Alguns autores, (SAUSMAN; PAGE, 2004; SAMUEL; WIDIGER, 2008 *apud* DALGALLARRONDO 2019), identificaram quatro traços mais comuns do transtorno de acordo com os *grandes cinco fatores (Big Five)*, o *domínio afetividade negativa/neuroticismo* que é a insegurança de separação, tendência à ansiedade e aspectos tendenciosos depressivos, o segundo é o *domínio desinibição* uma vez que este indivíduo apresenta sempre grande impulsividade e exposição aos riscos. “O *domínio meticulosidade* que são os níveis baixos do pragmatismo, dos aspectos voltados a organização e a autodisciplina, e o *domínio antagonismo* que é voltado a hostilidade, as manifestações de agressividade e de agressividade. Cinco ou mais critérios precisam ser atendidos para justificar um diagnóstico de TPB” (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017, p.305).

Em estudos avançados a acerca da neurobiologia do transtorno Janovik (2018) diz que a serotonina está associada a impulsividade e a instabilidade cognitiva, uma vez que esses podem ser mediados pelo neurotransmissor, através da ausência da inibição dos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico. Acrescenta ainda que o transtorno é um resultado final da interação de fatores biológicos, psicológicos e comportamentais, em que é observável, que até 25% dos pacientes com histórico de abuso sexual ou abuso afetivo emocional na infância, apresentam mudanças no volume do hipocampo e da amígdala, esses possuem prejuízo na flexibilidade cognitiva, no tange aos processos de planejamento, atenção e excitação em que irá afetar a capacidade de processar e interagir com as experiências traumáticas.



Nunes et al. (2015), esclarece que entre vários fatores determinantes para o surgimento dos sintomas em *borderline*, relacionado aos maus-tratos na infância o abuso emocional influencia periodicamente no surgimento de queixas e sintomas relacionadas ao transtorno. Para Caballo (2007), as crianças que crescem em um ambiente violento podem apresentar diferentes quadros psicopatológicos, entre eles, transtornos da personalidade.

Linehan (2010) enumerou cinco pontos principais para a identificação do TPB: a desregulação emocional, a instabilidade comportamental, cognitiva interpessoal, a vulnerabilidade emocional e a perda do senso de self. A grande parte dos sintomas apresentados por pacientes *borderline* seria em decorrência da desregulação emocional ou da tentativa de minimizar os excessos emocionais apresentados por tais pacientes. A insuficiência de controle dos comportamentos impulsivos, a dificuldade de se organizar para alcançar os objetivos e as falhas de processamentos da informação, estão ligados ao excesso de experiências emocionais e a dificuldade de regular a excitação emocional.

Leahy, Tirch e Napolitano (2013, p.20-21) definiram a desregulação emocional como a “dificuldade lidar com as experiências ou de processar as emoções, em que essa pode ser manifestada em duas formas, como intensificação excessiva quanto como desativação excessiva das emoções”.

A desregulação emocional foi dividida em cinco aspectos por Linehan (2010), a *desregulação emocional* propriamente dita, que é a instabilidade da emoção e dos problemas com a raiva, a segunda, é a *desregulação interpessoal* que é engloba os relacionamentos instáveis, os esforços para evitar as perdas e os relacionamentos conflituosos. A *desregulação comportamental* que são as ameaças de suicídio e parassuicídio, os comportamentos autoagressivos e impulsivos, incluindo os abusos de álcool e drogas, o quanto á desregulação *cognitiva* que são os distúrbios cognitivos e a *disfunção do self* como quinta divisão, que á a autoimagem e self instável e o grande vazio crônico. Considera que não é incomum um indivíduo *borderline* dizer que não tem nenhum senso de self ou que se sente vazio, e não saber quem é.

A *perda da identidade* deve ser considerada presente no TPB. Uma lamentação constante é a dificuldade desses pacientes em saber o que querem e quem são. Diz-se, dessa forma, que o TPB afeta as noções de *self*. Esses pacientes expressam dificuldades em observar e interpretar o mundo que os circunda, além de registrar limitações quanto à compreensão de si mesmo e do outro (LINEHAN, 2010).

Assegura ainda que a desregulação emocional está presente nos indivíduos com o transtorno em um quadro histórico de comportamentos parassuicidas, que são

comportamentos automutilantes intencional e não fatal que podem resultar em lesões, doenças ou risco de morte, a ingestão de drogas ou outras substâncias sem prescrição ou além da prescrição, com clara intenção de causar a morte ou dano corporal em menor escala. “Entretanto, ao revisar a literatura do parassuicídio, não há como não notar semelhanças entre as características atribuídas aos indivíduos parassuicidas e as atribuídas a indivíduos *borderline*” (LINEHAN 2010, p. 27).

A intensificação das emoções está voltada aos sintomas do pânico, terror, dos traumas, do temor e do senso de urgência em que muitas das vezes, é a forma como indivíduo se apresenta diante da sobrecarga, já desativação excessiva das emoções inclui diversas experiências diferentes/dissociativas, que é apresenta sensações de se observar fora do corpo ou ter sensações de que suas cercanias não são reais favorecendo o entorpecimento emocional um vez que normalmente essas emoções fossem sentidas em alguma intensidade ou magnitude.

Beck, Davis e Freeman (2017), explanam que os processos cognitivos, afetivos, motivacionais e como ocorre o processamento de informações são estratégias que antecede o funcionamento das tomadas de decisões, de modo geral, uma situação dependerá da avaliação de crenças subjacentes relevantes, essas estão embutidas em estruturas mais ou menos estáveis, na qual são denominadas de “esquemas”. Young et al. (2003) diz que um esquema ativado é ameaçador, uma vez que provoca frustração das necessidades emocionais não atingidas, além do acometimento emocional ou somatizatório. O indivíduo em certas situações utilizará estilos ou formas de enfrentamento que embora foram funcionais ou efetivos na infância, são desajustáveis ou desadaptativos na vida adulta e contribuirá na continuação ou na perpetuação do esquema.

Assegura ainda que quando se utiliza a evitação como forma de enfrentamento, o sujeito tentar impedir que o esquema seja ativado, inibindo pensamentos e imagem, utilizando da distração que estes surgem, sempre com o objetivo de não sentir o esquema. Alguns desses padrões de evitação incluirão o usar drogas, limpar compulsória, o trabalhar excessivamente, a evitação de relações íntimas e prazerosas ou desafios relacionado ao campo do trabalho, etc.

Informa também que indivíduos que possuem esquemas desadaptativos com temáticas bem amplas constituídos de padrões cognitivos, emocionais, interpessoais e comportamentos auto derrotistas, que começam na infância e na adolescência, baseadas em representações na realidade da criança e se perpetuando ao longo da vida, em que sua natureza disfuncional é mais evidente na vida adulta diante de suas interações sociais.

Pacientes com transtorno de personalidade que apresenta esquemas desadaptativos trazem sofrimento para eles quanto para outras pessoas que a cercam (RANGÉ et al. 2011). Perceber os fatores de riscos que são desencadeadores do transtorno é assumir uma responsabilidade de prioridade, já que isso facilita a identificação precoce e conseqüentemente a confecção de estratégias interventivas nas fases de início das sintomatologias (NUNES et al. 2015).

## **A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E A EDIFICAÇÃO DO VÍNCULO NAS TERAPIAS COGNITIVAS**

Para Rangé et al. (2011) já possui um consenso na literatura de que a influência da relação terapêutica pode gerar sucesso no tratamento psicoterápico e que os resultados, independente da abordagem teórica do profissional, avaliadas nas primeiras sessões são conseqüências da qualidade da relação terapêutica, porém, a ausência de empatia e o estilo defensivo do terapeuta nesta relação prejudica a aliança e isso impedem o progresso do tratamento. “Historicamente, a natureza da relação terapêutica tem sido considerada um fator crítico em qualquer forma de psicoterapia bem conduzida” (CAVALHEIRO, MELO 2016, p.580).

Knapp (2004) informa que após uma investigação empírica realizada por Safran (2002), identificou que a qualidade da aliança avaliada nas primeiras sessões, constitui um prognóstico de resultados em diversas abordagens de tratamento. Para Wright, Basco e Thase (2008) construir relações eficazes entre o paciente e o terapeuta é um aprendizado para toda a vida profissional. Acredita-se que o terapeuta consiga cumprir um papel suficientemente bom, que manifeste apreço e preocupação pelas fragilidades trazidas do paciente antes mesmo de se pensar em artifícios terapêuticos mais específicas (CAVALHEIRO; MELO, 2016).

Para Leahy, Tirch e Napolitano (2013) na Terapia Focada nas Emoções (TFE), a relação terapêutica é o processo central da mudança no processo terapêutico, em que o trabalho do terapeuta oscila em guiar a experiência emocional do paciente e acompanhar as direções emocionais às quais ele se encaminha.

Em uma visão da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), durante o processo terapêutico o profissional deve adquirir algumas habilidades a fim de promoção de uma boa relação terapêutica, como conhecimento técnico e teórico, habilidades interpessoais como consideração, empatia, monitoramento dos próprios pensamentos automáticos, mostrar benevolência mesmo sob pressão e procurar gerar respostas positivas e soluções construtivas seguindo sempre com esperança e otimismo. Para Knapp (2004) se o terapeuta não for capaz observar e identificar os motivos de resistência de seu paciente, ele poderá experimentar emoções e comportamentos negativos tornando-se hostil na qual prejudicará o tratamento e o paciente.

Segundo Cavalheiro e Melo (2016) sempre que houvera necessidade de compreender o paciente, de entendê-lo e buscar soluções para suas dificuldades é necessário fazer uma exaltação da empatia, do afeto e da autenticidade e só assim conseguirá promover um vínculo

concreto e saudável, sendo estes elementos centrais na relação terapêutica. Porém ao tentar realizar comentários empáticos para ajudar fortalecer as emoções do seu paciente ao invés reforçar cognições negativas, então é preciso utilizar a autenticidade como fenômeno de comunicação, verbal e não-verbal de forma honesta, natural e emocionalmente conectiva para que o paciente verdadeiramente compreende e entenda a situação. “Os eventos e resultados negativos reais são reconhecidos como tal, mas o terapeuta está sempre tentando encontrar nos pacientes os pontos fortes que os ajudarão a enfrentar melhor as vicissitudes da vida” (WRIGHT, BASCO, THASE 2008, p. 34).

A relação terapêutica está fortemente ligada a habilidade de relacionamento do terapeuta como os processos comunicativos, que permite dar ou não feedback positivo ou negativo ao paciente, ao adquirir estas habilidades o terapeuta consegue se manter calmo, além de considerar as manifestações emocionais do cliente cuidadosamente. Para Beck, Davis e Freeman (2017), é preciso tomar cuidado ao utilizar palavras para descrever o próprio transtorno para o paciente, pois muitas delas como, narcisista, compulsivo e dependente provocam um tom pejorativo fazem com que ocorra uma quebra na comunicação enfraquecendo a aliança terapêutica.

Para Rangé et al. (2011) recomendar que estabelecer uma boa relação é eficaz no tratamento de qualquer transtorno, porém é mais ainda fundamental na relação com pacientes TPB, uma vez que as problemáticas do transtorno estão ligadas às relações interpessoais, no que traz problemas no estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Porém, nem sempre aparenta ser uma tarefa fácil, mas a relação terapêutica é uma das principais prioridades do tratamento de qualquer transtorno, principalmente no de tipo borderline (CAVALHEIRO; MELO, 2016).

Indivíduos com diagnósticos em TBP apresentam em sua grande maioria esquemas não-adaptativos em que trazem sofrimento a ele e a outra pessoa, esses esquemas são amplos, inflexíveis e denso, em que permeia toda a organização cognitiva, assim, adotaram comportamentos de afastamentos das pessoas pois acharam que ninguém compreenderá as suas necessidades. É normal e comum que paciente com transtorno adote comportamentos agressivos dentro da sessão, como berrar ou xingar o terapeuta, quebrar objetos do consultório e tentar controlar a sessão, porém é importante conter a impulsividade e ser empático nessa relação do paciente com suas emoções, não agressivo, mas também tomando uma conduta de passividade.

Para Knapp (2004) a esquiva e a compensação são estilos de esquemas da personalidade, uma vez que a primeira se refere a uma tendência a não acessar ou escapar

situações que ativam o esquema, já a segunda trata-se da tendência a superar a ameaça de exposição do esquema através das estratégias que reduzam essa ameaça. Coloca ainda que a resistência à mudança por parte dos indivíduos com esses esquemas decorre do fato de estes verem na terapia como ameaçadora para os seus esquemas.

Se por um lado, é impossível não vivenciar em algum momento reações emocionais intensas no trabalho com o paciente com TPB, por outro, contamos com todo o arsenal da terapia cognitiva para nos auxiliar a lidar com essas emoções da maneira mais produtiva possível (RANGÉ et al. 2011, p. 557).

O empirismo colaborativo ou estratégia colaborativa é uma das táticas utilizada pela terapia cognitiva, principalmente pela TCC, para a promoção de uma boa relação e aliança terapêutica, uma vez que os dois trabalham em conjunto no “empreendimento terapêutico”. Empiricamente os dois buscam o mesmo, seja através de experimentos ou de evidências necessárias para confirmar ou refutar as hipóteses levantadas colaborativamente (KNAPP, 2004).

Trabalhar em conjunto como uma equipe investigativa, desenvolver estratégias para lidar com as perdas e os déficits, ajustar o nível de atividade terapêutica em consonância a gravidade da doença são algumas atividades realizadas no empirismo colaborativo. Segundo Cavalheiro e Melo (2016) que para uma boa relação terapêutica positiva com pacientes *borderline* exercer o compromisso com sentimentos de empatia, proteção, cuidado, flexibilidade, versatilidade, congruência e compromisso dentro do setting terapêutico.

## **O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE* E AS ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS COGNITIVAS**

A teoria como manejo terapêutico e suas estratégias tem ganhado grande proliferação, alcançado sucesso e sido válido no tratamento do transtorno de personalidade *borderline* é chamado de Terapia Comportamental Dialética (TCD). Teoria essa que foi sugerido pela Dr<sup>a</sup> Marsha M. Linehan, que é professora dos cursos de Psicologia e professora adjunta de Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade de Washington, a qual enfatiza a interação recíproca de influências biológicas e sociais na etiologia do transtorno (SADI, 2011).

Devido à importância da psicoterapia para este quadro clínico, diversos esforços já foram documentados a fim de avaliar as psicoterapias para o TPB, levando a -força tarefa da Associação Americana de Psicologia, voltada à promoção de práticas baseadas em evidências, a apontar a Terapia Comportamental Dialética (DBT) como o tratamento de escolha para o TPB em razão da extensiva evidência científica sobre sua eficácia para o tratamento do transtorno e de quadros sintomáticos relacionados (FINKLER; SCHÄFER; WESNER, 2017, p. 276).

Numa visão de mundo, o modelo teórico terapêutico é contribuído e influenciado por uma variação de abordagens e referências teóricas, principalmente comportamentais e cognitivos, em uma conjuntura com práticas meditativas e princípios da filosofia *zen*. O processo terapêutico é contemplado pela prática individual, grupo de treino de habilidades psicossociais utilizando o *mindfulness*, a tolerância ao mal-estar, a regulação emocional e efetiva, e o *coaching* telefonia ao paciente (LINEHAN, 2010).

Um dos fundamentos da DBT é que sua visão de mundo é baseada na “dialética”, que consiste na aceitação das condições do cliente como elas são, por parte do terapeuta, com a ênfase de ajudá-lo a encontrar maneiras mais saudáveis de lidar com as adversidades, utilizando estratégias de confrontação e de aceitação, sempre com o propósito de mudança. Linehan (2010) dividiu a dialética em três perspectivas em relação a natureza da realidade e o comportamento humano, sendo que na primeira enfatiza a interconexão ou a integralidade fundamental da realidade, ou seja, que pequenas análises do comportamento da realidade possui um valor limitado salvo quando o conteúdo estiver relacionado com o todo, assim a dialética direciona seu olhar analítico para os contextos imediatos e os padrões de comportamento.

Outro ponto de vista sobre a dialética, que ela é compatível com as visões contextuais e feministas sobre a psicopatologia, que o sujeito precisa de um ambiente necessário para a melhora e na execução das habilidades psicossociais, pois não ter um ambiente propício dificulta a aprendizagem, com isso, o cliente não deve aprender tais habilidades para a autoregulação, como aptidões para intervir no seu meio. Linehan (2010) acrescenta que em uma segunda perspectiva, a dialética é não estática, formada por forças internas, porém

opostas, como um conjunto de hipóteses que contém em si seus próprios opostos, compatível com os modelos de conflitos psicodinâmicos da psicopatologia, pensamentos, emoções, comportamentos dicotômicos e extremados, como são no TPB, que são considerados como fracassos dialéticos.

Progride informando ainda que existem três polaridades no treinamento de habilidades psicossociais, em que a primeira está ligada “[...] entre a necessidade de que o cliente se aceite como é no momento e a necessidade de mudar” (LINEHAN, 2010, p. 19), que essa tensão é necessária e fundamental para qualquer psicoterapia, que ela pode ser intermediada pelo terapeuta para que a mudança aconteça. A segunda inquietação, que a autora traz, é sobre se os clientes conseguiram o que precisam e sobre perderem o que precisam ao se sentirem ou se perceberem competentes e a terceira polaridade, é como o cliente consegue manter sua integridade pessoal e validar suas visões de suas dificuldades ou aprender novas habilidades que o ajudem a sair do seu sofrimento, mas ao aprender novas competências pode validar a opinião dos outros, que todos estavam certos e o cliente errado, que o problema sempre foi o cliente e não o seu ambiente, contudo, a dialética não se apropria ou concentra sua atenção nessas polaridades, e sugere saídas discutidas posteriormente (LINEHAN, 2010).

Linehan (2010) informa que a terceira característica fundamental da dialética e não menos importante, é uma suposição que nas duas anteriores, que a natureza fundamental da realidade é processo e mudança em vez de conteúdo ou estrutura, pois a implicação nisso que é tanto o indivíduo quanto o ambiente estão constantemente em transição, que a terapia não consiste em manter um ambiente estável e consistente, mas em ajudar o cliente a se tornar cada vez mais com a mudança. A autora acrescenta ainda que dentro do treinamento de habilidades psicossociais o terapeuta precisa estar ciente não apenas de como o cliente está no processo de mudança, mas como eles e o tratamento que está sendo aplicado vão se modificando ao longo do tempo.

Linehan (2010) também traz uma explicação condensada sobre diferenciação desta abordagem para com as outras terapias cognitivas e comportamentais padrão, que se diferenciam nos seguintes aspectos: O primeiro, que é o foco na aceitação e na validação do comportamento como ele corre no momento, em um nível amplo e isso pode ser utilizado como uma tecnologia para a mudança, uma vez que é utilizado em uma gama de técnicas em envolve a aprendizagem e o estudo da mudança comportamental por meio de experiência. Embora a aceitação não seja crucial pelos clientes para uma boa terapia, a abordagem vai além do que as outras, enfatizando a



necessidade de ensinar os pacientes a aceitarem a si mesmos e aceitar como está o seu universo no momento. Assim, utilizar a tecnologia de aceitação é tão importante quanto a tecnologia de mudança.

A segunda, é a ênfase de cuidar e tratar comportamentos que interferem na terapia, uma vez que essa característica é muito utilizada na ênfase psicodinâmica, nos comportamentos “transferenciais” do que qualquer aspecto cognitivo-comportamental, porém, focar atenção em tais acontecimentos é crucial para a adesão ao tratamento. O terceiro está pautado na relação terapêutica como instrumento essencial para o progresso terapêutico e de mudança, principalmente no que tange aos indivíduos suicidas, uma vez que as vezes é isso os que mantêm vivos, porém terapeutas cognitivos embora menciona a sua importância pouco tem relatado em como chegar em um relacionamento colaborativo terapêutico conceituado necessário à terapia.

O quarto e último, o que separa a TCD da terapia cognitivo-comportamental padrão e assim como a terapia comportamental, a dialética enfatiza o processo sobre a estrutura, contudo, a terapia leva a aplicação da dialética substancialmente mais adiante do que muitas terapias cognitivas e comportamentais comuns, como já enfatizado. Tais critérios a cima faz da DBT uma abordagem ideal ou eficaz para se trabalhar com indivíduos *borderline*. “A ênfase na dialética na TCD assemelha-se mais à ênfase terapêutica na terapia da *gestalt*, que também advém de uma teoria sistêmica e holística e concentra-se em ideias como a síntese” (LINEHAN, 2010, p. 33).

A mesma autora, afirma ainda que a terapia enfatiza a (1) avaliação e coleta de dados contínuos sobre os comportamentos atuais, (2) uma definição plena e precisa das metas do tratamento e (3) uma relação de trabalho entre terapeuta e paciente, uma vez que inclui a atenção para orienta-lo ao programa terapêutico e o comprometimento mutuo com os objetivos do tratamento. Informa ainda alguns componentes proeminentes das terapias cognitivas comportamentais utilizadas no tratamento como a solução de problemas, a exposição, o treinamento de habilidades, o controle das contingências e a modificação cognitiva, estratégias essas que serão discutidas amplamente ao longo do trabalho.

O foco da solução de problemas exige que o terapeuta explique todos os comportamentos problemáticos advindos do manejo terapêutico dentro e fora da sessão, em situações terapêuticas específicas de maneira sistemática, incluindo a análise comportamental colaborativa, a formulação de hipóteses sobre as variáveis que influenciam o problema, a geração de possíveis mudanças, a experimentação e avaliação

das soluções. A atenção que é colocada nas contingências do ambiente exige da profissional concentração na influência recíproca que ele e seu cliente tem um sobre o outro, pois a tendência dos indivíduos com esse transtorno é de evitar ativamente de situações ameaçadoras é um foco constante da abordagem terapêutica (LINEHAN, 2010).

Comportamentos impulsivos, em especial os suicidas e auto lesivos, a ideiação suicida como planejamento do ato e imaginar a morte pelo suicídio e a capacidade de regular a ativação/excitação emocional que interfere no desenvolvimento e na manutenção do senso de self, são efeitos da desregulação emocional e de estratégias de regulação emocional mal adaptativas, comumente, são as primeiras metas iniciais do tratamento. Segundo Linehan (1993), os principais alvos do tratamento são as reações emocionais inadequadas, especialmente a expressão pouco controlada de impulsos e comportamentos autodestrutivos, incluindo comportamento suicida ou parassuicidas.

A autora afirma que, antes de tudo é necessária uma concordância em relação aos objetivos e procedimentos a serem feitos ao longo do tratamento, essa é uma etapa crucial e necessária, antes mesmo que comece algo qualquer na terapia. Com isso, o terapeuta ganha a confiança, o interesse e a atenção do paciente. O modelo terapêutico é bem específico e segue uma ordem das metas e dos objetivos, isso é importante para a adesão ao tratamento por parte do cliente.

Numa segunda ordem, tratar os comportamentos que ameacem ou que podem atrapalhar o processo terapêutico. Problemas que podem interferir no desenvolvimento de uma qualidade de vida sensata, vêm em terceiro lugar numa ordem de importância. Já a quarta meta é trabalhar habilidades comportamentais para usar no lugar de respostas habituais e disfuncionais, comumente a estabilização dessas habilidades comportamentais. Ocorrendo progressão em relação aos objetivos e metas, inicia-se um trabalho a fim de solucionar os estresses pós-traumáticos, uma vez que esses tomam importância máxima, com o princípio de ajudar o paciente a alcançar uma autovalidação e autorrespeito superestimado. Outro ponto a ser trabalhado é o Treino de Habilidades Sociais (THS), que proporciona um reforço dos comportamentos mais aceitáveis do paciente.

Ressalta-se, no universo da saúde mental, que o transtorno de personalidade *borderline* é considerado de exuma complexidade e prognósticos imprevisíveis, haja vista a cronicidade e a resistência à mudança por parte desses pacientes, apresentando-se como um transtorno de custoso diagnóstico e com altos índices de comorbidades (SADI, 2011).

Uma forma de intervenção comum e aceita pelos terapeutas da TCD é o uso de metáforas, pois, por meio delas, pode-se evitar o confronto direto com as ideias do paciente, diminuindo a probabilidade de abandono do processo. A partir das metáforas utilizadas, torna-se possível ensinar a importância de trabalhar os pensamentos dialéticos e a existência além das polaridades, que levam a visões mais realistas e a opções mais eficazes na condução do comportamento (LINEHAN, 2010).

A autora informa que, o treinamento de habilidades psicossociais é necessário quando as ferramentas para solucionar os problemas do sujeito e a realização de seus objetivos e metas exigem habilidades comportamentais que atualmente não fazem parte de seu acervo comportamental. “O objetivo do treinamento de habilidades da TCD é ajudar o indivíduo a adquirir as habilidades de que necessita” (LINEHAN, 2010, p. 28). A literatura informa que para se obter êxito o terapeuta e o cliente precisam estar alinhados em relação ao compromisso e a agenda, uma vez que esses são definidos pela habilidade de aprender e também definido pelos problemas que geralmente o cliente está enfrentando, o terapeuta precisar tomar uma posição ativa, controlando a direção e o foco da sessão quando se tratar de problemas atuais urgentes, como por exemplo, comorbidades severas e planejamento de suicídio.

Existem duas modalidades para o treinamento, o individual e o grupo. A autora informa que no contexto individual existem dois lados, pelo lado do cliente existem inúmeras barreiras e obstáculos para desviar da sessão de treinamentos, desde os tópicos mais urgentes como a recusa ou a inabilidade de participar do treino que o terapeuta está propondo fazer. Por outro lado, pela visão do terapeuta as principais barreiras são o desconforto e o desalento com intervenções ativas e diretivas, ou a incapacidade do terapeuta de adaptar a orientação que o cliente está pedindo. É preciso cuidado nesses casos, pois podem facilmente se tornar uma disputa de poder na relação, uma vez que se faz necessário o terapeuta adotar estratégias de cuidado e fortalecimento dessa relação, sendo ela um pilar estrutural para um bom manejo do referido transtorno discutido.

No contexto grupal, a autora informa que, com várias pessoas tem muito a acrescentar no processo individual, além disso os terapeutas têm a oportunidade de observar e trabalhar os comportamentos interpessoais que ocorrem em diversos relacionamentos, casos esse bem raros em um contexto individual, segundo, que os clientes podem interagir com seus semelhantes afim de uma validação resultante e no desenvolvimento de um grupo de apoio e em terceiro aprender uns com os outros, aumentando assim as estradas terapêuticas. Em quanto, o grupo geralmente reduz a intensidade da relação pessoal entre os clientes e o

psicoterapeuta do grupo, ou seja, a transferência é diluída, isso é importante pois a intensidade da terapia individual muitas vezes cria mais problemas do que resolve para esse tipo de clientela, assim o contexto do grupo é relativamente inofensivo para tais clientes, assim conseguindo se portar em grupo, pois de modo geral para eles é necessário saber ser funcionais em grupo e em segundo o programa terapêutico oferece essa modalidade com o intuito de serem grupos processuais de apoio, assim propiciando um tratamento de longo prazo que pode ser confiável e econômico do que a terapia individual de longa duração.

Linehan (2010), teceu várias estratégias que podem ser utilizadas no treinamento de habilidades psicossociais:

Quadro 1 – Estratégias de tratamento na TCD.

<b>Estratégias Dialéticas</b>	Dialética típica; Estratégias dialéticas específicas.
<b>Estratégias de Solução de Problemas</b>	Análise comportamental; Estratégias de insight (interpretação); Análise de soluções; Estratégias didáticas; Estratégias de consultoria; Estratégias de compromisso; Estratégias de validação.
<b>Estratégias para Mudança de Contingências</b>	Procedimentos de contingências; Procedimentos baseados em exposição; Procedimentos de modificação cognitiva.
<b>Estratégias Estilísticas</b>	Estratégias de comunicação recíproca; Estratégias de comunicação irreverente.
<b>Estratégias de Manejo de Caso</b>	Estratégias de intervenção ambiental; Estratégias de consultoria ao paciente/cliente.

Fonte: Linehan (2010), p. 76-96.

As *estratégias dialéticas* transpõem os aspectos da TCD, desenvolvidas através de uma posição filosófica dialética que considera a realidade um processo holístico em um estado de constante desenvolvimento e mudança. O foco dialético do terapeuta envolve dois níveis de comportamento terapêutico, o primeiro deles é a atenção focada nas tensões e nos equilíbrios dialéticos que ocorre dentro da própria relação de tratamento, uma vez que o foco é a interação terapêutica e no movimento da mesma, combinando estratégias de aceitação e mudança, indo e vindo, durante cada interação de modo a manter uma relação de trabalho cooperativo com o paciente (LINEHAN, 2010).

Em segundo lugar, o terapeuta ensina e modela os padrões de comportamento dialéticos, sendo o foco voltado para o paciente independente de suas interações com a intenção de (1) ensiná-lo diretamente, (2) questioná-lo a abrir novos caminhos de

comportamento, (3) oferecer maneiras alternativas de pensar e agir e o mais importante (5) modelar os comportamentos dialéticos.

De forma clara, o modelo dialético que se faz necessário aqui é o de um sistema dinâmico e aberto. Esse sistema abarca não apenas as pessoas presentes, mas todas as influências externas que são trazidas para as sessões do grupo por meio da memória de longa duração e padrões comportamentais estabelecidos” (LINEHAN, 2010, p. 76).

A dialética típica são tensões que podem apresentar durante a execução do grupo de habilidades, uma vez que essas são importantes no tratamento de clientes *borderline*, sendo que as envolve em situações para concertar, responder, refletir e solucionar dilemas.

As estratégias dialéticas específicas tem como um dos principais objetivos ensinar as habilidades nucleares da atenção plena, familiarizando com o conceito de “mente sábia”, que é quando o cliente faz uma afirmação que pode representar um estado emocional ou sentimental, com se esse estado fornecesse informações sobre a realidade empírica, “sou gorda e desprezível”. “A tensão dialética aqui é entre o que o cliente sente que é verdade (“mente emocional”) e o que pensa ser verdade (“mente racional”), e a síntese é o que ele sabe que é verdade, assim é fácil abusar do estímulo à “mente sábia”, é claro, especialmente quando o terapeuta confunde a “mente sábia” com o que ele acredita que é verdade” (LINEHAN, 2010, p.81).

Conforme a autora, as *estratégias de solução de problemas* são as estruturas principais do treinamento de habilidades que envolve compartilhar as práticas do treino, são cruciais para descrever os padrões ao longo do tempo, analisar determinadas situações problemáticas e desenvolver estratégias mais eficazes e isso compreende de cinquenta a sessenta minutos da sessão, tendo como objetivo fazer os clientes usarem as estratégias de solução de problemas com as outras e também consigo mesmos. Na *análise comportamental*, o objetivo é fazer o cliente descrever o passo a passo, os acontecimentos ambientais e comportamentais que levaram a situação problemática e à tentativa bem ou malsucedida de utilizar as habilidades, assim o terapeuta deve conduzi-lo à uma exaustiva análise em cadeia dos problemas, como fazer, onde começar e terminar, e os empecilhos a distanciar-se (LINEHAN, 2010).

Estratégias de *insight* são utilizadas especialmente no partilhar tarefas de casa e durante o resumo da observação, é muito importante procurar cuidadosamente por padrões em problemas situacionais, além de respostas típicas a tais problemas, visto que a identificação de padrões idiossincráticos pode ser notadamente proveitosa para análises comportamentais futuras. A análise de solução para os problemas da vida é muito utilizada

no contexto grupal, em que cada membro deve ser incentivado a propor soluções para outros membros com o propósito de ajudar a encontrar estratégias a resolver os problemas descritos, como por exemplo, ajudar uma pessoa que tem dificuldade de manter a atenção, o foco durante as sessões colocando na memória de curto prazo atividades prescritas para casa de modo a refletir sobre maneiras de prestar mais atenção (LINEHAN, 2010).

As estratégias didáticas elas sempre entram no segundo momento da sessão em que os terapeutas utilizam desse momento para ensinar novos materiais de exposições e discussões, à medida que as habilidades são ensinadas é necessário e crítico interligar cada habilidade com o seu resultado desejado. É imperdoável esquecer que o objetivo de cada habilidade aprendida no treinamento de habilidades na TCD não será um alívio emocional instantâneo, pois os clientes por muitas vezes não compreende essa distinção (LINEHAN, 2010).

A escritora informa que a estratégia de consultoria provém essencialmente da relação da psicoterapia com outras maneiras e aprendizagem estrutural, saber precisamente qual é a tarefa e o seu papel e o que se pode esperar da outra pessoa facilita a consideravelmente a aprendizagem, sendo necessária para cada habilidade específica e cada tarefa de casa prescrita. Já as estratégias de compromissos o seu foco é centralizar o cliente a assumir um contrato de compromisso fazendo com que ele se comprometa a terapia, a aprendizagem e com a mudança de seus comportamentos, uma vez que isso é importância máxima na TCD. Por fim, em relação as estratégias de solução de problemas, é possível utilizar a validação, uma vez que são utilizadas em todas as sessões com o intuito de envolver profissional a uma postura terapêutica imparcial afim de validar essencialmente as respostas de cada cliente os ambientes invalidastes que os mesmos têm por tantas vezes enfrentados (LINEHAN, 2010).

*As estratégias para mudança de contingências* são dialogadas e apresentadas na primeira sessão, quando o terapeuta estabelece algumas regras, sendo que apenas duas delas as contingências, como a falta de quatro semanas consecutivas das sessões agendadas ou não se reunir com seu terapeuta individual nas sessões resultando no término da terapia.

No controle das contingências o comportamento operante e adaptativo do cliente deve resultar em reforço, e que os comportamentos desadaptativos e negativos resultem em consequências aversivas ou na ausência de resultados discerníveis que pudessem reforçar o comportamento. Existem dois fatores importantes que deve ser leva em conta ao aplicar as contingências, (1) que são os resultados dos comportamentos adaptativos (que são todos os comportamentos que devem aumentar) que atuem de fato como reforço para o cliente e (2) que é preciso observar os princípios da modelagem (LINEHAN,2010).

Quadro 2 – Técnicas e observações a serem validadas na estratégia de controle de contingências.

<b>Aplicar contingências reforçadoras</b>	<b>Técnicas de extinção e punição</b>	<b>Moldagem</b>
O reforço positivo deve ser lecionado de modo imparcial, isto é, os terapeutas não devem pensar em uma resposta pré-determinada, caso contrário será um reforço positivo sem verificar isso.	Ainda que o reforço seja muito utilizado no controle das contingências, às vezes, são necessários procedimentos aversivos (punição) e de extinção. Sendo assim, os procedimentos aversivos devem ser usados quando o cliente está tentando evitar atividades difíceis, como comparecer às sessões do treinamento de habilidades, fazer as tarefas de casa ou a prática na sessão, ou experimentar a solução de problemas de modo ativo.	É a espinha dorsal do treinamento de habilidades, é utilizada para a aprendizagem gradual de habilidades, uma vez que esses clientes possuem dificuldade na automodelagem, que é um mecanismo de si próprio ir adequando o que se aprende e compreende no processo de adequação da informação.
<b>Limites do treinamento de habilidades</b>	<b>Limites pessoais dos líderes</b>	<b>Limites do grupo como um todo</b>
Os treinadores que não exercerem funções como terapeutas individuais, uma vez que se limita apenas no ensinar as habilidades psicossociais e lidar com as relações interpessoais que acontecem na sessão, dificulta a análise ampla e focal da situação do indivíduo, aliando sua interação grupal com a relação terapêutica em um contexto individual.	Os líderes do treinamento de habilidades devem, essencialmente, observar seus próprios limites ao conduzir o tratamento, isto é componente fundamental do treino de habilidades na visão da DBT. Estes devem seguir com a sua capacidade de lidar com discussões interpessoais prolongadas com os clientes, transmitindo sempre seus limites de forma clara a eles.	O principal limite do grupo em seu primeiro ano é a tolerância à as agressões nas sessões. É preciso deixar claro para os membros que comportamentos como jogar objetos, destruir pertences de outrem, que ataca ou criticar outros membros durante as sessões são proibidos. De toda forma, é preferível que o sujeito deixe a sessão do grupo, mesmo que temporariamente, do que deixar que apresente tais comportamentos.

Fonte: Linehan (2010), p. 88-92.

Linehan (2010) informa que os procedimentos estruturados baseados em exposição não são muito usados no treinamento de habilidades da DBT, pois não se sabe motivos do porque os tratamentos auxiliares não podem ser combinados de forma eficaz na TCD, como por exemplo, grupos para abuso sexual, com tudo, os procedimentos de exposição menos estruturados são utilizados no treinamento de habilidades de duas maneiras. A primeira, de modo que isso quase sempre bloqueia a evitação das (os) clientes para tópicos, procedimentos e discussões processuais, quando o foco for o processo, já a segunda, é que os clientes são instruídos repetidamente sobre o valor da exposição, ou seja, depois de algum tempo de terapia os clientes devem ser capazes de apresentar uma boa explicação para porquê e quando a evitação piora as coisas e porquê e quando a exposição melhora.

Esclarece ainda que no decorrer do treinamento existem vários exercícios e atividades estruturadas que podem auxiliar os clientes a analisar e a modificar seus pressupostos e crenças que sejam disfuncionais, porém dentro da TCD pouco utilizada como procedimento de modificação cognitiva. Sobre a tarefa de esclarecer as contingências é um auxílio aos pacientes a elucidar as relações de contingências do tipo “se então” em suas vidas e na situação terapêutica.

A comunicação recíproca no contexto do treinamento vem com o propósito de ofertar a possibilidades de compreensão e entendimento em ambas as partes, tanto para os clientes quanto para os terapeutas, favorecendo sempre uma comunicação singular e acima de tudo compreensiva. Uma das formas mais fáceis de usar a comunicação recíproca, é os treinadores/terapeutas compartilharem, falarem de suas próprias experiências com a prática no dia-a-dia ou em casa, se esses conseguirem compartilhar as próprias tentativas com o humor, será melhor ainda, assim ao compartilhar as próprias experiências os treinadores ofertam a possibilidade de que seus clientes modelem suas habilidades a própria vulnerabilidade de maneira acrítica (LINEHAN, 2010).

De modo diferente, a escritora informa que, na estratégia de comunicação irreverente deve ser utilizada com cuidado e certa cautela, embora seja bastante liberal quando o contexto se trata o individual, pois essa estratégia exige do terapeuta a observação de perto dos efeitos de suas respostas imediatas e a atuação primária rapidamente com o intuito de reparar qualquer dano. O principal objetivo da irreverência é trabalhar dentro do grupo um viés individual com cada cliente durante a primeira hora de cada sessão, evocando nos mesmos, reações de comportamentos problemáticos como se ele fosse normal, e ao comportamento adaptativo funcional de maneira entusiástica, vigorosa e emotivamente positiva, sacudindo cada cliente, ou o grupo como um todo, afim de visualizar as coisas a partir de uma visão mais esclarecida (LINEHAN, 2010).

A mesma, fomentou ainda algumas *estratégias de manejo de caso*, com a de intervenção ambiental, que tem como objetivo da utilização da estratégia entre si próprios, como por exemplo, incentivar os mesmos ligarem uns para os outros com a finalidade de buscarem ajuda quando tiverem passando por alguma dificuldade, pedir favores, pegar caronas para as reuniões do grupo ou ao hospital quando necessário, e assim por diante, porém é comum pedir para os treinadores que intervenham no ambiente, como ligar para o hospital para pedir uma licença da internação para a sessão, contudo, é necessário que o treinador enfoque ao o cliente a responsabilidade para o cliente se si mesmo realizar o pedido,



as exceções acontecem apenas quando o for realmente o auxílio do treinador. Outra estratégia utilizada no manejo de caso é a de consultoria ao paciente/cliente, em que exige do treinador o desempenho de papel orientador do cliente, ao invés de orientar as pessoas que circundam o cliente, incluindo outros terapeutas que possa ter, mas sim, com a finalidade de ajudá-lo a desempenhar funções intermediárias, como por exemplo, suponhamos que o cliente não consiga se comunicar de maneira clara com as pessoas de sua rede de tratamento, quando a segurança é um problema imediato ou quando está claro que o cliente não pode ser um intermediador para si mesmo, o terapeuta deve avançar as estratégias de “orientação ao paciente” para as estratégias de intervenção ambiental (LINEHAN, 2010).

Linehan (2010) nos seus estudos, conseguiu também apresentar algumas estratégias especiais de tratamento que podem ser utilizadas junto ao treinamento de habilidades psicossociais, são elas:

Quadro 3 – Estratégias especiais de tratamento.

<b>TÉCNICA/ESTRATÉGIA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	
<b>Estratégias para crise de pacientes</b>	A responsabilidade de ajudar o cliente em crise é do psicoterapeuta primário ou individual, porém quando o cliente que está no treinamento de habilidade está em crise deve (1) encaminhá-lo ao seu psicoterapeuta, ajudando-o no contato, se for necessário, e (2) ajudá-lo a aplicar as habilidades de tolerância ao estresse.	Caso o grupo em crise esteja funcionando em um estado de sobrecarga, que possa ser o resultado de um trauma comum, como por exemplo, o fato de um membro do grupo realizar ou cometer suicídio, um ato hostil contra o grupo ou coisas do tipo, nesse sentido, os líderes devem empregar as estratégias de crises usadas no contexto individual ao grupo. As etapas estão resumidas e apresentadas no Anexo 1.
<b>Estratégias para comportamentos suicidas</b>	Se existir o risco proeminente de suicídio (nos Anexos 4 e 5, fornecem informações de como avaliar), os treinadores deveram telefonar imediatamente para os seus terapeutas individuais para pedir informações para como proceder. Durante as crises possa ser que o risco para o suicídio se eleve, então sugere que o terapeuta individual fique de plantão após as sessões do grupo.	Quando houver a existência de ameaça do suicídio e não possível passar para o terapeuta individual, os treinadores podem tomar algumas medidas, como (1) avaliar o risco de suicídio e parassuicídio, (2) remoção de objetos letais, (3) instruir de maneira empática o não cometer suicídio, (4) comunicar o risco de suicídio ao terapeuta individual assim que for possível.
<b>Estratégias para comportamentos destrutivos à terapia e comportamentos que interferem na terapia;</b>	Quando acontece de o cliente envolver com comportamentos que estejam claramente destrutivos ao treinamento de habilidades, os treinadores devem responder de maneira rápida e rigorosa. Esse podem utilizar algumas estratégias de maneira sutil, como por exemplo, (1) definir, em termos de comportamento, o que está	(3) deixar bastante claro quais são as contingências para os comportamentos destrutivo, (4) adotar um plano de solução de problemas, (5) quando não quiser mudar de comportamento, primeiro discutir os objetivos da terapia, segundo evitar disputas de poder desnecessárias e terceiro, considerar fazer férias da terapia até que o comportamento seja

	fazendo para destruir a terapia, (2) conduzir uma breve análise do comportamento destrutivo,	controlado. No Anexo 6, há uma lista completa de estratégias que podem ser utilizadas no controle dos comportamentos que possa interferir no processo terapêutico.
<b>Estratégias de telefonemas</b>	A primeira visão dessa estratégia, é que o terapeuta não pode exigir do paciente que ele esteja suicida para obter atenção e tempo extra de seu terapeuta primário, a segunda, busca ensinar ao paciente a aplicabilidade das habilidades que vem aprendendo na terapia a situações problemáticas de sua vida cotidiana.	Em terceiro, proporcionar tempo adicional de terapia para a paciente entre as sessões, quando surgem crises ou a paciente não consegue lidar com os problemas da vida. E em quarto lugar, essas estratégias são projetadas para oportunizar treinamento para a paciente em como pedir ajuda das pessoas de maneira apropriada. No Anexo 7, há uma variação de estratégias descritas que podem ser utilizadas.

Fonte: Linehan (2010), p. 96-108.

Ainda sobre a estratégia para pacientes em crise, o paciente pode apresentar uma ameaça tão aterrorizante ao suicídio que é necessário o terapeuta realizar uma estimativa do real risco de morte ou o perigo substancial, isso pede ser feito a partir da ficha de planejamento da crise em TCD, apresentada nos Anexos 2 e 3. É de extrema importância que o terapeuta interroge o paciente sobre os métodos que pretende usar, como por exemplo, em um caso de overdose com drogas/medicamentos, perguntas sobre o nome, a quantidade de pílulas restantes e a dosagem de cada droga que o paciente tem no momento. O terapeuta deve ficar atento aos sinais de afeto depressivo grave ou crescentes ataques de pânico, e se, a avaliação for feita pelo telefone, salientar a importância de determinar se o paciente bebeu ou tomou alguma droga sem prescrição médica (LINEHAN, 2010).

Pessoas *borderline* e suicidas são extremamente emocionalmente intensos e instáveis, em que se encontram por muitas vezes bravos, agudamente frustrados, misantrópicos e ansiosos. Segundo Linehan (2010) as contrariedades de regular as emoções angustiantes são centrais às dificuldades comportamentais desses indivíduos, sendo que na maioria de suas perspectivas os sentimentos suicidas costumam ser a “solução para resolver o problema”.

Informa ainda que habilidades para regulação das emoções podem ser por maioria das vezes bem difíceis de serem ensinadas e também adquiridas pelo sujeito, pois a maioria desses já recebeu em seu contexto histórico *superdoses* de comentários que caso “mudem sua postura” poderia também conseqüentemente mudar seus sentimentos. Clientes *borderline* geralmente, com frequência, costumam resistir a qualquer oportunidade ou tentativa de controlar suas emoções, pois isso implica no fator de que as outras pessoas estão certas e elas erradas por sentirem o que sentem. Acrescenta que boa parte das perturbações emocionais

são advindas do resultado de respostas secundárias, como a vergonha, ansiedade ou de raivas intensas a emoções primárias, como alegria, tristeza, medo, surpresa e etc.

A autora diz que a diminuição dessa agitação secundária exige do cliente a exposição às emoções primárias em um clima imparcial, neste cenário, a atenção integral às próprias respostas emocionais pode ser considerada uma técnica de exposição. Outras técnicas e estratégias específicas para a regulação emocional formuladas pela TCD podem ser utilizadas no treinamento de habilidades psicossociais e com clientes *borderline*, conforme a seguir:

Quadro 4 – Estratégias e habilidades específicas para regulação emocional formuladas por Linehan.

<b>TÉCNICA</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	
<b>Identificar e rotular emoções</b>	Um dos primeiros passos para regular as emoções é aprender identificá-las e rotular os sentimentos atuais, por muitas vezes exige capacidade não apenas para observá-las como resposta, mas também de descrever minuciosamente o contexto que elas ocorrem.	Neste aspecto, aprender a identificar uma emoção e poder observá-la e descrevê-la é muito mais fácil, levando a atenção (1) ao fato que levou a emoção, (2) as interpretações do fato que levou à emoção, (3) a experiência fenomenológica da emoção, incluindo as sensações físicas, (4) os comportamentos que expressa a emoção e (5) os efeitos das emoções sobre outras formas de funcionamento.
<b>Identificar obstáculos à mudança das emoções</b>	Pode ser excessivamente cansativo e difícil fazer com que os comportamentos emocionais mudem quando são geralmente seguidos por reforços que os mantêm, por isso, é importante identificar os reforçadores desses determinados comportamentos.	Identificar essas funções das emoções, especialmente as emoções negativas, é um importante primeiro passo rumo à mudança.
<b>Reduzir vulnerabilidade à “mente emocional”</b>	Boa parte desses indivíduos que são propensas à reatividade emocional estão sob estresse físico ou ambiente, então é necessário o investimento em comportamentos que incluem o equilíbrio da nutrição e alimentação, o dormir suficiente, fazer exercícios adequados, tratar doenças físicas e não tomar medicamentos que altera o humor sem prescrição médica.	O trabalho em qualquer uma dessas metas exige uma postura ativa dos clientes e persistência, até que efeitos positivos comecem a se acumular. A passividade típica de muitos indivíduos <i>borderline</i> ante seus problemas pode criar muita interferência nesse sentido.
<b>Promover fatos emocionais positivos</b>	Engrandecer os números de acontecimentos prazerosos na vida é uma abordagem para promover sentimentos positivos, envolvendo o aumento diário dessas experiências positivas à curto prazo.	A longo, significa fazer das mudanças na vida fatores prazerosos que ocorrem com bastante frequência. É importante ter atenção plena nessas experiências observando quando ocorrem, bem como não focar na preocupação de que a experiência positiva pode acabar.
<b>Promover atenção plena às emoções atuais</b>	Significa degustar os anseios sem julgá-los ou tentar inibi-los, bloqueá-los ou distrair-se deles. A	Com frequência a pessoa pode tolerar uma situação subversiva ou afeto dolorido se, antes de mais

	ideia principal aqui é que a exposição a emoções dolorosas ou perturbadoras, sem associação com consequências negativas, extinguirá a capacidade de estimular as emoções negativas secundárias.	nada, conseguir não se sentir culpada ou ansiosa por sentir essas emoções.
<b>Tomar atitude oposta</b>	Uma estratégia boa para mudar ou regular uma emoção é a mudança do seu componente comportamental expressivo, agindo de maneira que se oponha, sendo incongruente com a emoção.	Incluindo ações concretas, como fazer o bem para uma pessoa que está com raia ou aproximar-se de algo que tem medo, e a expansividade postural e fácil, com isso, os clientes devem acostumar-se com a ideia de não bloquear a expressão de uma emoção, ao contrário, expressar uma emoção diferente.
<b>Aplicar técnicas de tolerância a estresse</b>	Tolerar o sentimento negativos sem comportamentos impulsivos que dificulta as coisas, é sim, uma maneira de modular a intensidade e a durabilidade desses sentimentos.	(1) compreender a natureza das emoções, (2) aprender a rotular e identificar as emoções do dia-a-dia, (3) identificar as funções das emoções e sua relação com as dificuldades de mudá-las, (4) reduzir vulnerabilidades às emoções negativas, (5) promover fatores positivos e (6) diminuir o sofrimento emocional pela atenção focal à emoção atual tomando atitudes opostas, são estratégias e técnicas que podem ser utilizadas na tolerância ao estresse.

Fonte: Linehan (2010), p. 151-153.

Leahy (2018) também salientou algumas técnicas de regulação emocional que tem como propósito a reestruturação cognitiva, resolução de problemas ou a ativação comportamental, uma vez que o foco está direcionado para o que pode fazer depois que uma emoção vem à tona. Acrescenta que a regulação pode ser vista como um processo que envolve vários passos ou técnicas, precisamente falando, como a ativação da emoção, rotulação e diferenciação dos sentimentos, identificação de crenças problemáticas em relação à emoção, ligação das emoções e crenças às estratégias de enfrentamento inúteis e a identificação e prática de estratégias de enfrentamento mais úteis.

Quadro 5 – Técnicas de regulação emocional formuladas por Leahy.

<b>Técnica</b>	<b>Descrição</b>	<b>Perguntas a formular/intervenção</b>	<b>Tarefa de casa</b>
<i>Acesso às emoções</i>	Usando essa técnica, o terapeuta coloca em ênfase em observar, identificar e diferenciar as emoções, pois ativar e acessar as experiências emocionais auxilia os pacientes no reconhecimento dos	“Notei que, quando fala sobre (identificar o problema), você parece sentir algo muito profundamente”. “Tente focar numa situação que represente ou simbolize a questão que o incomode”.	Experienciar emoções vividas e a variação da emoção ao longo do tempo e das situações pode ser um componente importante na modificação das crenças, de que as emoções são fixas e que

	elementos cognitivos contidos em casa esquema emocional.	O terapeuta também pode explorar a possibilidade de esquivar emocional, fazendo o seguinte tipo de pergunta: - “Há alguma circunstância em que você se percebe interrompendo ou interferindo na experiência dessa emoção?”.	nada poderá mudar uma emoção, por isso, os pacientes podem utilizar os formulários nos Anexos 8 e 9, para o registro de suas emoções.
<i>Escrita expressiva</i>	Expressar as emoções ao escrever livremente recordações traumáticas ou perturbações pode exercer um efeito paliativo na ansiedade, depressão e bem-estar físico. A escrita expressiva pode funcionar como resultado de inúmeros processos: processamento atencional, habitação e/ou processamento cognitivo.	“Gostaria que você lembrasse desse acontecimento que a aborreceu tanto, tente obter uma lembrança clara do evento e da experiência que teve”. É importante que na “escrita expressiva” o grau que o indivíduo é capaz de dar sentido aos acontecimentos, com isso o terapeuta pode perguntar: “Que partes dela fazem sentido? Que partes não fazem? Que partes são particularmente difíceis para você?”.	O terapeuta pode dizer, que é importante ser capaz de recordar algumas lembranças dolorosas e que a magoaram, pois elas ainda podem continuar existindo para a pessoa. Informar que ao trazê-las e escrevê-las e depois contar a história pode ajudar no processo terapêutico, com a finalidade de compreender o que a experiência significou para a cliente e como a mesma se sentiu. Os clientes podem utilizar os formulários nos Anexos 10 e 11 como apoio.
<i>Identificação dos “pontos de tensão”</i>	Os pacientes podem ficar “paralisados” frente as partes da imagem ou lembrança, podendo evocar fortes emoções como vontade de chorar, ansiedade e medo, ou inibir sentimentos como dissociação, respostas mecânicas. A medida que eles recordam, o terapeuta deve prestar atenção a alguma mudança marcante na emoção e pedir que eles repitam a imagem específica ou parte da narrativa.	“Conforme relembra a história, tente observar se alguns detalhes específicos ou partes da narrativa são especialmente difíceis para você”. “Conforme repete esse detalhe ou imagem, pergunte a si mesmo, o que é especialmente perturbador nisso. Que pensamentos esse detalhe gera? Que sentimentos?”.	O terapeuta pode pedir aos pacientes para escreverem uma lembrança de um evento traumático ou perturbador com o maior número possível de detalhes, logo, os clientes devem ler em voz alta várias vezes, percebendo partes específicas mais perturbadoras e escrevendo quaisquer sentimentos e pensamentos que acompanham esses pontos de tensão. Ao revisar essas imagens ou história associadas a intensas emoções o cliente deve escrever o que é perturbador a essa ou lembrança específica. Os clientes podem utilizar o formulário, no Anexo 12, como apoio.

<p><i>Descrição dos esquemas emocionais</i></p>	<p>Os indivíduos diferem quanto às suas conceitualizações e estratégias para lidar com as emoções, depois que essas foram ativadas, a pessoa pode responder a uma variedade de pensamentos ou comportamentos. Por isso, Leanhly desenvolveu a Escala de Esquemas Emocionais – LESS-II, que pode ser usada para identificar vários esquemas emocionais, que por muito das vezes, essas dimensões podem estar relacionadas a depressão, ansiedade e vários transtornos de personalidade.</p>	<p>“Todos nós temos emoções como tristeza, ansiedade, raiva, tédio, felicidade e desamparo, essas emoções fazem parte da existência humana e quando sentimos também respondemos a ela. Imagine que um jovem está passando por um rompimento e se sente triste, com raiva e um pouco aliviado”.  “Algumas pessoas acreditam que não devem ter determinados sentimentos, enquanto outras os aceitam, então, podemos descobrir como você pensa, reage e se sente em relação às suas emoções e sentimentos completando o formulário LESS-II”.</p>	<p>O terapeuta deve pedir aos pacientes que completem o LESS-II (Anexo 13), uma vez que contém 14 dimensões (Anexo 14) envolvendo pensamentos sentimento sobre as emoções. As respostas dos clientes a esse formulário pode ser foco de investigação futura.</p>
<p><i>Modificação dos esquemas emocionais</i></p>	<p>Depois de identificar os esquemas emocionais individuais, o terapeuta auxilia o paciente a examinar as implicações dessas crenças, avaliar as consequências das estratégias de enfrentamento e estratégias alternativas. Cada dimensão do esquema emocional tem implicações para estratégias de enfrentamento úteis e inúteis.</p>	<p>“Quando temos emoções como ansiedade, tristeza, raiva, ressentimento ou ciúme, respondemos de acordo com nossas crenças em relação a elas. Por exemplo, podemos pensar que nossa tristeza irá continuar indefinidamente, nos subjugar, ou que não vai fazer sentido e que outras pessoas não se sentiriam da mesma maneira que nós.”  “Quando tem essa emoção ou sentimento, você pensa que ela irá durar para sempre?”  “Você acredita que suas emoções ficaram fora de controle?”</p>	<p>O paciente pode identificar cada esquema potencial que parece problemático - por exemplo, a crença de que as emoções irão durar um longo tempo, fora do controle, não fazem sentido ou são diferentes das emoções de outras pessoas. O terapeuta pode auxiliar o cliente a identificar essas crenças usando a escala de LESS-II, encontrada no Anexo 13.</p>
<p><i>Contestação da culpa em relação às emoções</i></p>	<p>Culpa e vergonha em relação às emoções com frequência podem levar a tentativas fracassadas de suprimir o sentimento, junto com seu automonitoramento, acrescentando ainda mais preocupações sobre a falta de controle e relevância pessoal da emoção. Muitas estratégias podem ser úteis para abordar</p>	<p>“Às vezes, nos sentimos culpados ou envergonhados de uma emoção – como se estivéssemos fazendo alguma coisa errada se nos sentimos ansiosos ou tristes ou se temos sentimentos e fantasias sexuais”.  “O que você pensa que não deve ter esse tipo de respostas?”</p>	<p>Utilizando o formulário, no Anexo 15, o terapeuta faz com que os pacientes examinem algumas dimensões de seus esquemas emocionais e respondam por escrito, a cada uma das questões apresentadas.</p>

	culpa e vergonha em relação a uma emoção. O terapeuta pode sondar a justificativa para que uma emoção seja “proibida”.	“Como seu julgamento negativo sobre seu sentimento, pensamento, fantasia faz você se sentir em relação a si mesmo e sobre estar em contato com outras pessoas ou se mostrar para elas? ”.	
<i>Aceitação das emoções</i>	A “aceitação radical” ou “aceitação” de uma emoção pode ser considerada como o primeiro passo no enfrentamento efetivo da realidade. A aceitação de uma emoção ou pensamento envolve o reconhecimento da existência da emoção ou pensamento, que podemos assumir a perspectiva de um observador em relação a essa experiência interna e que não estamos “fundido” ou “igualados” com a experiência interna.	“Em vez de lutar contra a emoção que está experimentando no momento, que tal se você a aceitasse nesse exato instante e dissesse: ‘No presente, estou me sentindo dessa maneira?’ ”. “Imagine que você está começando uma longa viagem e leva consigo um mapa, você aceitaria que está onde está nesse momento e, então, examinaria o caminho que deseja tomar para chegar ao seu destino”.	O paciente pode identificar algumas emoções que acredita serem problemáticas – por exemplo tristeza, solidão, raiva ou ansiedade – e considerar aceitá-las como experiências que está tendo no presente. O cliente pode usar o formulário no Anexo 16, como apoio no processo de aceitação das emoções.
<i>Fazendo o que você não quer</i>	Boa parte da TCC implica que os pacientes façam escolhas conscientes de fazer coisas que despertam ansiedade ou simplesmente são desagradáveis. Uma crença alternativa é a possibilidade de fazer muito progresso se as pessoas estiverem dispostas a fazer o que não querem fazer, por exemplo, podemos pedir aos pacientes que fazem a si mesmos as seguintes perguntas: Qual o meu objetivo? O que tenho que fazer para atingir esse objetivo e, estou disposto a fazer isso?	“Muitas vezes, nos sentimos paralisados por que simplesmente não queremos fazer algo. Mas imagine se tivesse uma pílula que lhe permitisse fazer as coisas que não deseja, como exercitar-se, trabalhar ou relacionar-se com as pessoas de forma efetiva – todas as coisas que você pode não querer fazer”. “Essa seria uma pílula que você gostaria de tomar? ” “Há coisas em sua vida, atualmente ou no passado, que você fez, mas não queria fazer? O que aconteceu? O que aconteceu agora se você fizer algumas coisas que não quer fazer? ”.	O terapeuta pede aos pacientes para fazerem uma lista de comportamentos que eles gostariam que deixassem de ser um obstáculo. Os clientes então devem fazer previsões sobre como é fazer essas coisas e como se sentiram depois. Neste sentido, podem utilizar o formulário, apresentado no Anexo 17, para identificar comportamentos que estão relutantes em fazer e examinar os resultados que poderiam obter fazendo o que não queriam fazer.

Fonte: Leahy (2018), p. 407-429.

Para que essas estratégias e todas já citadas até aqui funcionem, é essencial que a relação entre terapeuta e paciente seja forte e positiva, pois certas terapias podem ser eficazes com determinados tipos de indivíduos ou certas queixas na ausência de tal relação ou uma

relação consideravelmente fraca, ou seja, a força da relação é o que mantém a cliente na terapia.

“A eficácia de muitas estratégias e procedimentos da TCD, como motivação, validação emocional, controle de contingências e comunicação recíproca e irreverente, dependem da presença de uma relação positiva entre a paciente e o terapeuta” (LINEHAN, 2010, p.472).

Existem três questões importante, cada uma delas marcada por uma estratégia de relacionamento, contudo, essas estratégias não exigem aprendizagem, mas sim uma integração diferente das já discutidas. (1) A aceitação da relação, uma vez que o terapeuta reconhece, aceita e valida a paciente e a si mesmo como terapeuta dela, bem como a qualidade da relação. (2) A solução de problemas na relação é necessária sempre que o relacionamento for uma fonte de problemas para ambas partes. (3) Generalização da relação terapêutica para outros relacionamentos não é algo que a DBT considere automático, o terapeuta pode usar os momentos de dificuldades e solução de problemas na relação para explorar as semelhanças com relacionamentos da vida da paciente e para sugerir abordagens análogas podem ser produtivas (LINEHAN, 2010).

Quadro 6 - Estratégias para questões ligadas a relação entre o paciente e terapeuta.

<p><input type="checkbox"/> T formar vínculo com P.</p> <p><input type="checkbox"/> T usar a relação para manter P viva.</p> <p><input type="checkbox"/> T equilibra a “relação como terapia” e a “terapia por meio da relação”.</p> <p><input type="checkbox"/> T aceitar a relação terapêutica como é no momento atual.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T aceitar e validar P como está no momento.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T aceitar a si mesmo como está no momento.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T aceitar o nível do progresso como está no momento.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T se dispor a sofrer com o P.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T aceitar que terá erros terapêuticos; T enfatizar a necessidade de corrigir os erros.</p> <p><input type="checkbox"/> T focar na SOLUÇÃO DE PROBLEMAS na relação, quando surge um problema.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T pressupor que T e P estão motivados para resolver os problemas da relação.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> adotar uma postura dialética, acreditando que os problemas resultam dos procedimentos da terapia.</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> T discutir com a equipe de supervisão/consultoria sobre como corrigir os erros da terapia.</p> <p><input type="checkbox"/> T tratar diretamente a GENERALIZAÇÃO de comportamentos aprendidos na relação da terapia para outros relacionamentos.</p> <p style="text-align: center;">Táticas anti -TCD</p> <p><input type="checkbox"/> T manipular o momento para acabar com a dor.</p> <p><input type="checkbox"/> T ser defensivo.</p> <p><input type="checkbox"/> T pressupor que a aprendizagem na terapia se generalizará para fora da terapia.</p>
--

Fonte: Linehan (2010), p. 474.



A terapia comportamental dialética, não garante ou presume que as habilidades adquiridas serão utilizadas no cotidiano, assim o fortalecimento é utilizado para modelar e reforçar esses comportamentos, aprimorando e aumentando a probabilidade de suas utilidades. Com isso, é necessário que os treinadores incentivem seus clientes à transferirem essas habilidades para o seu cotidiano.

Nesse sentido, outra estratégia que pode ser muito útil é o preenchimento do cartão diário da terapia dialética apresentado no Anexo 18, juntamente com as instruções de preenchimento no Anexo 19, assim tanto o terapeuta quanto o cliente conseguem acompanhar como anda o desenvolvimento e a aplicabilidade das estratégias de tratamento.

Sem a prática reforçada, uma habilidade não pode ser aprendida; nunca é demais enfatizar esse ponto, já que a prática da habilidade é um comportamento esforçado e neutraliza diretamente as tendências dos indivíduos com desregulação emocional de empregarem um estilo de comportamento passivo (LINEHAN, 2010, p. 67).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo consistiu em uma revisão bibliográfica a fim de apresentar estratégias, técnicas e protocolos de tratamento baseados nas diversas abordagens cognitivas para o manejo clínico do Transtorno de Personalidade *Borderline* com a finalidade de contribuir cientificamente para a comunidade profissional que trabalham diretamente com esses indivíduos. Acredito que pude alcançar os objetivos desse estudo, delineando e explanando as suas propostas conforme discutidas desde o início de sua construção e confecção.

Conforme discussão, é indagável que os estudos apresentados acrescentem bastante no manejo clínico e no tratamento do transtorno, clientes esses que apresentam grandes dificuldades na regulação das emoções, na manutenção de boas relações em seus ambientes de convívio e estratégias extremamente desadaptativas a fim de lidar com os aspectos e conflitos que cercam o referido transtorno.

Linehan (2010), conseguiu apresentar, explicar e discutir técnicas e estratégias boas e capazes de compreender o indivíduo em sua singularidade, abarcantes seus aspectos emocionais, comportamentais, com a perspectiva de levar o cliente a reflexão e também a mudança. Para que essas técnicas apresentem efeitos são necessárias obviamente que sejam postas em prática, em consultório clínico, seja elas em contexto grupal ou individual, com a contribuição tanto do profissional quanto do cliente.

Reforço ainda, os achados sobre as estratégias de regulação emocional que podem ser utilizadas não apenas no transtorno estudado, mas também outros que abrangem o humor, os comportamentos e emoções desadaptativas, e estratégias para o controle tanto dos sentimentos negativos quanto para os aspectos em envolve relações disfuncionais desses indivíduos.

Caso alguém queira continuar com a linha de trabalho da temática, recomendo que faça ensaios clínicos ou pesquisas experimentais que possam apresentar dados, números e resultados que possam expressar o grau de eficiência na população brasileira. Outras sugestões, é que a comunidade científica e as áreas da saúde como geral, possa abrir mais espaço para discussão desses achados, com a finalidade de levar informações acerca do transtornos e estratégias que podem ser utilizadas nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

- BECK, Aaron T.; DAVIS, Denise D.; FREEMAN, Arthur. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 424 p. Tradução: Daniel Bueno, Revisão técnica: Cristiano Nabuco de Abreu.
- BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre/rs: Artmed Editora S.a, 2014. 399 p. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa.
- BURNS, D.D. *The felling good handbook*. New York: William Morrow, 1989.
- CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade**. São Paulo: Santos. 2007.
- CAVALHEIRO, Carine Viegas; MELO, Wilson Vieira. **Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética**. Pesquisa em Psicologia, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p.579-595, dez. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n3/v22n3a04.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.
- CAPITÃO, C. G; ROMARO, R. A. **Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da universidade São Francisco**. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (1), 111-121. 2003.
- CHIARA, I. D. et al. **Normas de documentação aplicadas à área de saúde**. Rio de Janeiro: Editora E-papers, 2008.
- CLANDININ, D. Jean. CONELLY, F. Michael. **Pesquisa narrativa: experiências e história na pesquisa qualitativa**. Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2011.
- CUNHA, Paulo Jannuzzi; AZEVEDO, Maria Alice Salvador B. de. **Um caso de transtorno de personalidade borderline atendido em psicoterapia dinâmica breve**. In: XXVII CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA, 27. 1999, Caracas - Ven. Anual. São Paulo - Sp: Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2001. v. 17, p. 05 - 11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n1/5400.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre/RS: Artmed Editora Ltda., 2019. 866 p.
- FINKLER, Débora Cassiane; SCHÄFER, Julia Luiza; WESNER, Ana Cristina. **Transtorno de personalidade borderline: estudos brasileiros e considerações sobre a DBT**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, Online, v. 19, n. 3, p.274-292, 15 dez. 2017. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/1068>>. Acesso em: 29 mar. 2019.
- GIL, A. C. **Método e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HOFMANN, S. G et al. **The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses.** *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. 2012.  
doi:10.1007/s10608-012-9476-1

JANOVIK, Nathalia. **A neurobiologia do Transtorno de Personalidade Borderline: uma ponte para a análise comportamental.** 2018. Médica psiquiatra e psicoterapeuta formada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Dependência Química pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Possui treinamento avançado em Terapia Comportamental Dialética pelo Linehan Institute. Disponível em:  
<<https://www.comportese.com/2018/01/neurobiologia-do-transtorno-de-personalidade-borderline-uma-ponte-para-analise-comportamental>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

KNAPP, Paulo. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica.** Porto Alegre/RS: Artmed Editora S.A, 2004. 522 p.

KUPFER, David J. et al. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5.** 5. ed. *American Psychiatric Association.* Artmed Editora S.A. Porto Alegre/RS, 2013. 992 p. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento.

LEAHY, Robert L.; TIRCH, Dennis; NAPOLITANO, Lisa A. **Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental.** Porto Alegre/RS: Artmed, 2013. 331 p. Tradução: Ivo Haun de Oliveira; Consultoria, supervisão e orientação técnica: Irismar Reis de Oliveira.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta.** 2. ed. Porto Alegre/rs: Artmed Editora S.a, 2018. 536 p.

LINEHAN, Marsha M. **Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta.** 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2018. 496 p. Tradução: Henrique de Oliveira Guerra; Revisão técnica: Vinícius Guimarães Dornelles.

\_\_\_\_\_. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline.** Porto Alegre/RS: Artmed Editora S.A, 2010. 506 p. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa.

\_\_\_\_\_. **Vencendo o Transtorno de Personalidade Borderline com a Terapia Cognitivo-Comportamental: Manual do Paciente.** Porto Alegre/rs: Artmed Editora S.a, 2010. 254 p. Tradução: Ronaldo Cataldo Costa.

NEUFELD, Carmem Beatriz; AFFONSO, Gabriela. FBTC: uma jornada de 15 anos em prol das terapias cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.136-139, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130018>. Disponível em: <[http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=186](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=186)>. Acesso em: 17 abr. 2019.

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, 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150011>.

POELMAN, Ana Maria Sarmiento Seiler et al. **A Clínica de Psicologia: Unidade Coração Eucarístico**. Revista Comemorativa dos 50 Anos do Instituto de Psicologia, Belo Horizonte, p.41-52, abr. 2009.

RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Artmed Editora S.A, 2011. 974 p.

RANGÉ, Bernard Pimentel; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; SARDINHA, Aline. History and current panorama of cognitive therapies in Brazil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], v. 3, n. 2, 2007. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20070014>.

SADI, Hérika de Mesquita. **Análise dos Comportamentos de Terapeuta e Cliente em um Caso de Transtorno da Personalidade Borderline**. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2011.

SILVEIRA, Denise Tolfo; GERHARDT, Tatiana Engel. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. 120 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

VANDENBERGHE, Luc; VALADÃO, Valquíria César. Acceptance, validation and mindfulness in contemporary cognitive behavior therapy. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.126-135, 09 abr. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130017>

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um guia ilustrado**. Porto Alegre/RS: Artmed Editora S.A, 2008. 221 p. Tradução: Mônica Giglio Armando.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema**. (3. ed.). Porto Alegre: Artmed. 2003.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Lista de estratégias para crise, no contexto grupal.

- \_\_\_ T prestar atenção nas emoções, em vez de no conteúdo.
- \_\_\_ T analisar o problema no agora.
  - \_\_\_ T concentrar-se no tempo imediato.
  - \_\_\_ T identificar eventos fundamentais que desencadearam as atuais emoções e percepção de crise.
  - \_\_\_ T formular e resumir o problema.
- \_\_\_ T concentrar-se em resolver problemas.
- \_\_\_ T dar conselhos e fazer sugestões.
- \_\_\_ T formular soluções possíveis em termos das habilidades que o grupo está aprendendo.
  - \_\_\_ T prever consequências futuras de planos de ação.
  - \_\_\_ T confrontar ideias ou comportamentos desadaptativos do grupo diretamente.
  - \_\_\_ T esclarecer e reforçar respostas adaptativas do grupo.
  - \_\_\_ T identificar fatores que interferem em planos de ação produtivos.
- \_\_\_ T concentrar-se na tolerância ao afeto.
- \_\_\_ T ajudar o grupo a se comprometer com um plano de ação.
- \_\_\_ T avaliar o risco de suicídio dos membros do grupo (se necessário).
- \_\_\_ T prever reincidência da resposta de crise.

Fonte: Linehan (2010), p. 98.





## ANEXO 3 - Ficha de planejamento para crise em DBT. (Continuação)

MEDICAMENTOS			
Receita 1 _____	Nome genérico _____	Data _____	
Médico _____	Telefone _____		
Farmacêutico _____	Telefone _____		
Dose diária _____ mg/g	Nº. caps. por dia _____	Dose por cap. _____ mg/g	
Quant. prescrita _____	Cuidados _____		
Obs. _____			
Data parou de tomar _____	Número caps. restantes _____		
Receita 2 _____	Nome genérico _____	Data _____	
Médico _____	Telefone _____		
Farmacêutico _____	Telefone _____		
Dose diária _____ mg/g	Nº. caps. por dia _____	Dose por cap. _____ mg/g	
Quant. prescrita _____	Cuidados _____		
Obs. _____			
Data parou de tomar _____	Número caps. restantes _____		
Receita 3 _____	Nome genérico _____	Data _____	
Médico _____	Telefone _____		
Farmacêutico _____	Telefone _____		
Dose diária _____ mg/g	Nº. caps. por dia _____	Dose por cap. _____ mg/g	
Quant. prescrita _____	Cuidados _____		
Obs. _____			
Data parou de tomar _____	Número caps. restantes _____		

Fonte: Linehan (2010), p. 444.

## ANEXO 4 –Lista de estratégias para comportamento suicida.

PARA O TERAPEUTA PRIMÁRIO, QUANDO TIVER OCORRIDO COMPORTAMENTO DE CRISE SUICIDA/PARASSUICIDA:
___ T não ter contato telefônico com P por 24 horas depois do incidente (exceto em uma emergência médica); o comportamento ser discutido na próxima sessão de terapia individual.
___ T AVALIAR a frequência, a intensidade e a gravidade do comportamento suicida.
___ T fazer uma ANÁLISE EM CADEIA do comportamento.
___ T discutir SOLUÇÕES ALTERNATIVAS OU TOLERÂNCIA.
___ T concentrar a atenção nos EFEITOS NEGATIVOS do comportamento suicida.
___ T REFORÇAR as respostas não suicidas.
___ T ajudar P a se COMPROMETER com um plano comportamental não suicida.
___ T VALIDAR a dor de P.
___ T CONECTAR o comportamento atual com o padrão geral.
PARA O TERAPEUTA PRIMÁRIO, QUANDO EXISTIREM AMEAÇAS DE SUICÍDIO OU PARASSUICÍDIO IMINENTE:
___ T AVALIAR o risco de suicídio ou parassuicídio.
___ T usar fatores conhecidos relacionados com o comportamento suicida para prever o risco de longo prazo.
___ T usar fatores conhecidos relacionados com o comportamento suicida iminente para prever o risco iminente.
___ T fazer, disponibilizar e usar uma planilha de planejamento para crise.
___ T conhecer a letalidade provável de diversos métodos de suicídio/parassuicídio.
___ T consultar os serviços de emergência ou orientadores médicos sobre o risco médico do método planejado e/ou disponível.
___ T REMOVER ou fazer com que P remova materiais letais.
___ T INSTRUIR P, DEMONSTRANDO EMPATIA, para não cometer suicídio ou parassuicídio.
___ T manter a posição de que o suicídio NÃO É UMA BOA SOLUÇÃO.
___ T gerar afirmações e soluções ESPERANÇOSAS.
___ T manter o CONTATO e seguir o PLANO DE TRATAMENTO quando o risco de suicídio é iminente e elevado.
___ T ser mais ativo quando o risco de suicídio é elevado.
___ T geralmente não intervir ativamente para impedir o parassuicídio, a menos que o risco médico seja elevado.
___ T ser mais conservador com uma nova P.
___ T avaliar se o comportamento suicida é um comportamento respondente.
___ T tentar impedir os fatos precipitantes.
___ T ensinar a P como preveni-los no futuro.
___ T avaliar se o comportamento suicida é um comportamento operante.
___ T procurar uma resposta que satisfaça os requisitos do plano de tratamento e também seja uma contingência natural.
___ T proporcionar uma contingência um pouco aversiva – uma resposta terapêutica que não seja uma resposta de reforço.
___ T procurar uma resposta que seja natural, reduzir ao mínimo os fatores precipitantes (comportamento respondente) e reforço (comportamento operante).
___ T tentar evocar uma melhora comportamental em P antes de intervir ativamente.
___ T ser flexível quanto às opções de resposta consideradas.
___ Se T considerar uma intervenção involuntária, T ser honesto quanto às razões para isso.
___ T PREVER reincidência.
___ T COMUNICAR o risco de suicídio de P a outras pessoas em sua rede social.

Fonte: Linehan (2010), p. 433.

## ANEXO 5 – Lista de estratégias para comportamento suicida. (Continuação)

PARA O TERAPEUTA PRIMÁRIO, QUANDO UM ATO PARASSUICIDA ESTÁ ACONTECENDO DURANTE O CONTATO OU ACABA DE ACONTECER.

\_\_\_ T AVALIAR O RISCO MÉDICO POTENCIAL do comportamento, consultar serviços de emergência locais ou outros recursos médicos para determinar o risco, quando necessário.

\_\_\_ T avaliar a capacidade de P de obter tratamento médico por conta própria.

\_\_\_ T determinar a presença de outras pessoas por perto.

\_\_\_ Se houver uma emergência médica, T ALERTAR indivíduos próximos a P e CHAMAR SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.

\_\_\_ T telefonar para P e manter o contato até que a ajuda chegue.

\_\_\_ Se for necessário tratamento médico não emergencial, e P estiver disposta, T treinar P para obter tratamento médico.

\_\_\_ T instruir P para telefonar do local do tratamento médico, limitar a ligação a um resumo do tratamento e do estado médico.

\_\_\_ Se for necessário tratamento médico não emergencial, e P não estiver disposta, T usar ESTRATÉGIAS DE SOLUÇÃO DE PROBLEMAS.

\_\_\_ T não aceitar não como resposta.

\_\_\_ T identificar e trabalhar com os medos de P da hospitalização involuntária.

\_\_\_ T treinar P em como interagir com profissionais médicos.

\_\_\_ T dizer aos profissionais auxiliares para seguir seus procedimentos normais.

\_\_\_ T intervir, se necessário, para impedir a hospitalização involuntária.

\_\_\_ Se estiver claro que a atenção médica não é necessária, T MANTER A REGRA DAS 24 HORAS.

PARA TERAPEUTAS AUXILIARES:

\_\_\_ T manter P SEGURA.

\_\_\_ O treinador de habilidades ajudar P a aplicar habilidades comportamentais até que o T individual possa ser contactado.

\_\_\_ O farmacoterapeuta orientar P para fazer ajustes na medicação que possam ajudar até que o T individual possa ser contactado.

\_\_\_ O terapeuta da equipe de internação usar estratégias de intervenção para crise, solução de problemas e/ou de treinamento de habilidades até a próxima consulta de P com o T individual.

\_\_\_ T ENCAMINHAR P ao T individual ou primário.

Fonte: Linehan (2010), p. 434.

## ANEXO 6 – Lista de estratégias para lidar com comportamentos que interferem na terapia.

\_\_\_ T DEFINIR, em termos comportamentais, o que P está fazendo que interfere na terapia.

\_\_\_ T fazer uma ANÁLISE EM CADEIA dos comportamentos que interferem; T propor hipóteses sobre a função do comportamento e não pressupor funções.

\_\_\_ T adotar um PLANO de solução de problemas.

\_\_\_ Quando P se recusar a modificar o comportamento:

\_\_\_ T discutir os objetivos da terapia com P.

\_\_\_ T evitar disputas de poder desnecessárias.

\_\_\_ T considerar implementar férias da terapia ou encaminhar P a outro T.

Táticas anti-TCD

\_\_\_ T culpar a paciente.

\_\_\_ T inferir, sem avaliação, que P não quer mudar ou progredir.

\_\_\_ T ser rígido na interpretação do comportamento de P.

\_\_\_ T colocar toda a responsabilidade pela mudança em P.

\_\_\_ T adotar uma posição e se recusar a mudar.

\_\_\_ T ser defensivo.

\_\_\_ T não enxergar a sua contribuição para o comportamento de P.

Fonte: Linehan (2010), p. 456.

## ANEXO 7 - Lista de estratégias para o uso do telefone.

- \_\_\_ T ACEITAR telefonemas de P conforme o necessário em situações variadas.
  - \_\_\_ T informar P da regra das 24 horas para telefonemas após o comportamento parassuicida e a cumprir.
  - \_\_\_ Durante telefonemas para resolver problemas, T instruir P sobre o uso das habilidades de sobrevivência em crises e outras habilidades para guiá-la até a próxima sessão.
  - \_\_\_ T buscar corrigir a alienação de P durante os telefonemas.
  - \_\_\_ T considerar MARCAR horários regulares para ligações telefônicas de P.
  - \_\_\_ T tomar a INICIATIVA nos contatos telefônicos:
    - \_\_\_ Para extinguir a conexão funcional entre a atenção de T e o comportamento suicida.
    - \_\_\_ Para interferir na evitação de P.
  - \_\_\_ T dar FEEDBACK a P sobre o comportamento ao telefone durante as sessões de terapia.
- Táticas anti-TCD
- \_\_\_ T fazer psicoterapia pelo telefone.
  - \_\_\_ T ser maldoso com relação aos telefonemas.
  - \_\_\_ T fazer interpretações pejorativas dos telefonemas de P para T.
  - \_\_\_ T não estar disponível durante períodos de crise.

Fonte: Linehan (2010). p. 459.

## ANEXO 8 – Formulário de registro “diário de emoções”.

**FORMULÁRIO 11.1**  
**Diário de emoções**

Todos os dias vivenciamos uma ampla gama de emoções. Utilizando o formulário a seguir, observe quais emoções você experimenta a cada dia, marcando o quadro ao lado do respectivo sentimento. Por exemplo, se você sentiu medo, marque o quadro ao lado dessa emoção. Faça isso todos os dias. Quando terminar o seu dia, volte e circule as três emoções que foram mais difíceis para você e as três que foram mais agradáveis. Faça isso todos os dias da semana. Você percebe algum padrão? Há determinados eventos ou pessoas que desencadeiam certas emoções? Que tipos de pensamentos você tem com essas emoções?

Dia: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Ávido	<input type="checkbox"/> Orgulhoso
<input type="checkbox"/> Amedrontado	<input type="checkbox"/> Embaraçado	<input type="checkbox"/> Rejeitado
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Invejoso	<input type="checkbox"/> Triste
<input type="checkbox"/> Irritado	<input type="checkbox"/> Entusiasmado	<input type="checkbox"/> Forte
<input type="checkbox"/> Ansioso	<input type="checkbox"/> Frustrado	<input type="checkbox"/> Aprisionado
<input type="checkbox"/> Envergonhado	<input type="checkbox"/> Culpado	<input type="checkbox"/> Vingativo
<input type="checkbox"/> Impressionado	<input type="checkbox"/> Indefeso	Outras emoções:
<input type="checkbox"/> Aborrecido	<input type="checkbox"/> Desesperançado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Desafiado	<input type="checkbox"/> Hostil	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Compassivo	<input type="checkbox"/> Magoado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Confiante	<input type="checkbox"/> Interessado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Curioso	<input type="checkbox"/> Inspirado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Corajoso	<input type="checkbox"/> Enciumado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Determinado	<input type="checkbox"/> Solitário	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Desapontado	<input type="checkbox"/> Amado	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Aflito	<input type="checkbox"/> Amando	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Desconfiado	<input type="checkbox"/> Sobrecarregado	<input type="checkbox"/> _____

Fonte: Leahy (2018), p. 430.

## ANEXO 9 – formulário de registro “emoções que evito”.

<b>FORMULÁRIO 11.2</b>		
<b>Emoções que evito</b>		
<p>Existem algumas emoções que você pode evitar ou das quais pode tentar se livrar imediatamente. Registre essas tentativas de evitar ou de livrar-se das emoções usando o formulário a seguir. Indique o que você faz para evitar a emoção. Por exemplo, você evita situações em que poderia ter uma emoção, se distrair, comer compulsivamente, tentar suprimir a emoção, etc.?</p>		
	Emoção que tentei evitar	O que fiz para evitá-la
<b>Domingo</b>		
<b>Segunda-feira</b>		
<b>Terça-feira</b>		
<b>Quarta-feira</b>		
<b>Quinta-feira</b>		
<b>Sexta-feira</b>		
<b>Sábado</b>		

Fonte: Leahy (2018), p. 431.

## ANEXO 10 – Formulário de registro “mantendo um diário”.

**FORMULÁRIO 11.3**

**Mantendo um diário**

Durante a próxima semana pode ser útil fazer o registro de experiências em que você tem sentimentos positivos ou negativos. Pode ser um diário – lembranças do que você vivencia no dia a dia. Na coluna da esquerda, escreva uma experiência cotidiana em que teve algumas emoções – positivas ou negativas. Depois, escreva, com suas próprias palavras, como isso foi para você – como se sentiu, o que pensou, o que aconteceu, o que fez sentido, o que não fez sentido. Revise seu diário a cada dia para ver se existe um padrão em suas experiências e sentimentos.

Situação que recordo hoje	Descrição do que aconteceu, como me senti, o que pensei, o que fez sentido, o que não fez sentido

Fonte: Leahy (2018), p. 432.

## ANEXO 11 – Formulário de registro “redação de uma história”.

<b>FORMULÁRIO 11.4</b>	
<b>Redação de uma história</b>	
<p>Às vezes, é útil escrever uma história sobre o que você recorda ter acontecido. Usando o formulário a seguir, responda a cada pergunta.</p>	
<p>Descreva a lembrança de sua história com o máximo de detalhes que puder. Tente visualizar os detalhes, o que estava acontecendo, como eram as coisas, de quais sons você recorda, como se sentiu, que sensações teve, e assim sucessivamente.</p>	
<p>Que sentimentos ou emoções você experimentou nessa história?</p>	
<p>Que pensamentos você tem quando relembra essa história?</p>	
<p>Que pensamentos o incomodam quando relembra?</p>	
<p>Que partes da história – quais lembranças – foram mais dolorosas? Por quê?</p>	
<p>Há partes da história que são difíceis de lembrar? Descreva o que precede essa parte difícil e o que acontece depois.</p>	
<p>Como você se sente depois de ter escrito essa história?</p>	

Fonte: Leahy (2018), p. 433.



## ANEXO 12 – Formulário de registro “identificação dos pontos de tensão”.

**FORMULÁRIO 11.5**

**Identificação dos pontos de tensão**

Quando recordamos experiências, pode ser difícil lembrar de alguns detalhes porque podemos tê-los bloqueado ou porque nos deixam incomodados ao recordá-los. Esses são “pontos de tensão” em nossa memória, e às vezes recuperar os detalhes nos leva a compreender melhor nossas emoções e pensamentos. Na coluna da esquerda, descreva a história ou imagem com o máximo de detalhes que puder. Na coluna do meio, descreva as partes que são mais perturbadoras. Na coluna da direita, tente identificar os sentimentos e pensamentos que surgem com esses pontos de tensão.

Descreva a história ou imagem com o máximo de detalhes que puder.	Que partes específicas dessa história são mais incômodas? Esses são os pontos de tensão.	Que sentimentos e pensamentos você tem diante desses pontos de tensão?

Fonte: Leahy (2018), p. 434.

## ANEXO 13 – Formulário “escala de esquema emocionais de Leahy-II (LESS-II).

**FORMULÁRIO 11.6**

**Escala de esquemas emocionais de Leahy-II (LESS-II)**

Estamos interessados em como você lida com seus sentimentos ou emoções – por exemplo, como lida com sentimentos de raiva, tristeza, ansiedade ou sentimentos sexuais. Todos diferimos no modo como lidamos com esses sentimentos – assim, não há respostas certas ou erradas. Por favor, leia cada sentença cuidadosamente e classifique o quanto é verdadeira ou falsa para você – usando a escala abaixo – para ver como lidou com seus sentimentos durante o mês passado. Coloque o número referente à sua resposta ao lado da sentença.

**1 = muito falso**  
**2 = moderadamente falso**  
**3 = levemente falso**  
**4 = levemente verdadeiro**  
**5 = moderadamente verdadeiro**  
**6 = muito verdadeiro**

1. \_\_\_\_ Frequentemente penso que respondo com sentimentos que outras pessoas não teriam.
2. \_\_\_\_ É errado ter determinados sentimentos.
3. \_\_\_\_ Existem coisas a meu respeito que simplesmente não compreendo.
4. \_\_\_\_ Acredito que é importante me permitir chorar para deixar meus sentimentos “saírem”.
5. \_\_\_\_ Se me permitir ter alguns desses sentimentos, temo perder o controle.
6. \_\_\_\_ Outras pessoas compreendem e aceitam meus sentimentos.
7. \_\_\_\_ Meus sentimentos não fazem sentido para mim.
8. \_\_\_\_ Se as outras pessoas mudassem, eu me sentiria muito melhor.
9. \_\_\_\_ Às vezes, temo que, se me permitisse ter um sentimento forte, ele não iria mais embora.
10. \_\_\_\_ Sinto vergonha dos meus sentimentos.
11. \_\_\_\_ Coisas que incomodam outras pessoas não me incomodam.
12. \_\_\_\_ Ninguém se importa com meus sentimentos.
13. \_\_\_\_ Para mim, é importante ser razoável e prático em vez de sensível e aberto a meus sentimentos.
14. \_\_\_\_ Quando me sinto para baixo, tento pensar nas coisas mais importantes na vida – o que valorizo.
15. \_\_\_\_ Sinto que posso expressar meus sentimentos abertamente.
16. \_\_\_\_ Frequentemente digo a mim mesmo: “O que há de errado comigo?”.

(continua)

Fonte: Leahy (2018), p. 435.

ANEXO 13 – Formulário “escala de esquema emocionais de Leahy-II (LESS-II)  
(Continuação).

Escala de esquemas emocionais de Leahy-II (LESS-II) (página 2 de 2)

17. \_\_\_\_ Fico preocupado com não ser capaz de controlar meus sentimentos.
18. \_\_\_\_ Você precisa se policiar contra determinados sentimentos.
19. \_\_\_\_ Sentimentos fortes duram apenas um curto período de tempo.
20. \_\_\_\_ Frequentemente me sinto “anestesiado” emocionalmente – como se não tivesse sentimentos.
21. \_\_\_\_ Outras pessoas me provocam sentimentos desagradáveis.
22. \_\_\_\_ Quando me sinto para baixo, fico sozinho e penso muito sobre como me sinto mal.
23. \_\_\_\_ Gosto de ter absoluta certeza quanto à maneira como me sinto em relação a outra pessoa.
24. \_\_\_\_ Aceito meus sentimentos.
25. \_\_\_\_ Acho que tenho os mesmos sentimentos que as outras pessoas.
26. \_\_\_\_ Aspiro a valores mais elevados.
27. \_\_\_\_ Penso que é importante ser racional e lógico em quase tudo.
28. \_\_\_\_ Gosto de ter absoluta certeza quanto à maneira como me sinto em relação a *mim mesmo*.

Fonte: Leahy (2018), p. 436.

ANEXO 14 – Formulário de pontuação das 14 dimensões da escala de esquemas emocionais de Leahy-II.

**FORMULÁRIO 11.7**

**Guia para pontuação das 14 dimensões da Escala de esquemas emocionais de Leahy-II**

**Observação: R = Escore invertido (1 = 6; 2 = 5; 3 = 4; 4 = 3; 5 = 2; 6 = 1)**

**Invalidação = (Item 06R + Item 12) / 2**  
 Item 6. Outras pessoas compreendem e aceitam meus sentimentos. **(Escore invertido)**  
 Item 12. Ninguém realmente se importa com meus sentimentos.

**Incompreensibilidade = (Item 03 + Item 07) / 2**  
 Item 3. Existem coisas a meu respeito que simplesmente não compreendo.  
 Item 7. Meus sentimentos não fazem sentido para mim.

**Culpa = (Item 02 + Item 10) / 2**  
 Item 2. É errado ter determinados sentimentos.  
 Item 10. Sinto vergonha dos meus sentimentos.

**Visão simplista da emoção = (Item 23 + Item 28) / 2**  
 Item 23. Gosto de ter absoluta certeza quanto à maneira como me sinto em relação a outra pessoa.  
 Item 28. Gosto de ter absoluta certeza sobre o modo como me sinto em relação a mim mesmo.

**Desvalorizado = (Item 14R + Item 26R) / 2**  
 Item 14. Quando me sinto para baixo, tento pensar nas coisas mais importantes na vida – o que valorizo. **(Escore invertido)**  
 Item 26. Aspiro a valores mais elevados. **(Escore invertido)**

**Perda do controle = (Item 05 + Item 17) / 2**  
 Item 5. Se me permitir ter alguns desses sentimentos, temo perder o controle.  
 Item 17. Fico preocupado com não conseguir controlar meus sentimentos.

**Paralisia = (Item 11 + Item 20) / 2**  
 Item 11. Coisas que incomodam outras pessoas não me incomodam.  
 Item 20. Frequentemente me sinto “anestesiado” emocionalmente – como se não tivesse sentimentos.

**Excessivamente racional = (Item 13 + Item 27) / 2**  
 Item 13. Para mim, é importante ser razoável e prático em vez de sensível e aberto a meus sentimentos.  
 Item 27. Penso que é importante ser racional e lógico em quase tudo.

**Duração = (Item 09 + Item 19R) / 2**  
 Item 9. Às vezes, temo que se me permitisse ter um sentimento forte, ele não iria mais embora.  
 Item 19. Sentimentos fortes duram apenas um curto período de tempo. **(Escore invertido)**

(continua)

Fonte: Leahy (2018) p. 437.

ANEXO 14 – Guia de pontuação das 14 dimensões da escala de esquemas emocionais de LEAHY-II. (Continuação)

**Guia para pontuação das 14 dimensões da escala de esquemas emocionais de Leahy-II (página 2 de 2)**

**Baixo consenso** = (Item 01 + Item 25R) / 2

Item 1. Frequentemente penso que respondo com sentimentos que outras pessoas não teriam.

Item 25. Acho que tenho os mesmos sentimentos que as outras pessoas. **(Escore invertido)**

**Não aceitação de sentimentos** = (Item 24R + Item 18) / 2

Item 24. Aceito meus sentimentos. **(Escore invertido)**

Item 18. Você precisa se policiar contra determinados sentimentos.

**Ruminação** = (Item 22 + Item 16) / 2

Item 22. Quando me sinto para baixo, fico sozinho e penso muito sobre como me sinto mal.

Item 16. Frequentemente digo a mim mesmo: "O que há de errado comigo?".

**Baixa expressão** = (Item 04R + Item 15R) / 2

Item 4. Acredito que é importante me permitir chorar para deixar meus sentimentos "saírem". **(Escore invertido)**

Item 15. Sinto que posso expressar meus sentimentos abertamente. **(Escore invertido)**

**Acusação** = (Item 08 + Item 21) / 2

Item 8. Se as outras pessoas mudassem, eu me sentiria muito melhor.

Item 21. Outras pessoas me provocam sentimentos desagradáveis.

## ANEXO 15 – Formulário de esquemas emocionais: dimensões e intervenções.

**FORMULÁRIO 11.8****Esquemas emocionais: dimensões e intervenções****Validação**

Existem pessoas que aceitam e compreendem seus sentimentos? Você tem regras arbitrárias para validação? As pessoas devem concordar com tudo que você diz? Você está compartilhando suas emoções com pessoas críticas? Você aceita e apoia outras pessoas que têm essas emoções? Você tem um duplo padrão? Por quê?

**Compreensibilidade**

As emoções fazem sentido para você? Quais poderiam ser boas razões para que você esteja triste, ansioso, com raiva, etc.? Em que você pensa (que imagens você tem) quando está triste, etc.? Que situações desencadeiam esses sentimentos? Se outra pessoa passasse por esse acontecimento, que tipos de sentimentos ela poderia ter? Se você acha que seus sentimentos não fazem sentido neste exato momento, o que isso o faz pensar? Você tem medo de ficar louco ou perder o controle? Existem coisas que aconteceram a você quando criança que poderiam explicar por que se sente assim?

**Culpa e vergonha**

Por que você pensa que suas emoções não são legítimas? Por que não deveria ter os sentimentos que tem? Quais são as razões que dão sentido aos seus sentimentos? É possível que outras pessoas tenham os mesmos sentimentos nessa situação? Você consegue perceber que ter um sentimento (p. ex., raiva) não é o mesmo que colocá-lo em ação (p. ex., ser hostil)? Por que certas emoções são boas e outras ruins? Se outra pessoa tivesse esse sentimento, você pensaria mal dela? Como você sabe se uma emoção é ruim? E se você visse os sentimentos e emoções como sinais que lhe dizem que alguma coisa o está incomodando – como um sinal de alerta, um sinal de “pare” ou uma luz de alerta piscando? Alguém é ferido por suas emoções?

**Simplicidade versus complexidade**

Você acha que ter sentimentos confusos é normal ou anormal? O que significa ter sentimentos confusos em relação a alguém? As pessoas são complicadas, então por que você teria sentimentos diferentes, até mesmo conflitantes? Qual é a desvantagem de você se permitir ter apenas um único sentimento?

**Relação com valores mais elevados**

Às vezes nos sentimos tristes, ansiosos ou com raiva porque estamos perdendo algo que é importante para nós. Digamos que você se sente triste com o rompimento de um relacionamento. Isso não significa que você tem um valor mais elevado que é importante para você – por exemplo, um valor de proximidade e intimidade? Esse valor não diz algo bom sobre você? Se você aspira a valores mais elevados, isso não significa que ficará desapontado algumas vezes? Você gostaria de ser um clínico que não valoriza nada? Há outras pessoas que compartilham seus valores mais elevados? Que conselho você lhes daria se estivessem passando pela mesma situação que você?

(continua)



ANEXO 15 – Formulário de esquemas emocionais: dimensões e intervenções.  
(Continuação)

Esquemas emocionais: dimensões e intervenções (página 2 de 4)

**Controlável**

Você acha que tem controle sobre seus sentimentos e consegue se livrar dos "negativos"? O que pensa que aconteceria se não conseguisse se livrar daquele sentimento completamente? É possível que tentar se livrar de um sentimento completamente o torne muito importante para você? Você teme que ter um sentimento forte seja um sinal de algo pior? Talvez de estar ficando louco? Perdendo o controle completamente? Não há diferença entre controlar suas ações e controlar seus sentimentos? Identifique uma emoção que o preocupa (p. ex., tristeza). Registre essa emoção a cada hora durante a próxima semana, classificando sua intensidade numa escala de 0 a 10. A intensidade da sua emoção apresenta variações?

**Torpor**

Existem situações que desencadeiam o "distanciamento" em você? Nenhum sentimento? Existem situações que incomodam a maioria das pessoas, mas não o incomodam? As pessoas acham que você tem sentimentos embotados? Não tem sentimentos? Que tipo de sentimentos fortes você tem? Você já percebeu que tem um sentimento forte e, então, tentou não tê-lo? Já teve o sentimento de que ia chorar, mas bloqueou o choro? O que você teme que poderia acontecer se deixasse acontecer e se permitisse ter esses sentimentos? Que tipo de pensamentos você tem quando experimenta sentimentos fortes? Você bebe ou usa drogas ou come compulsivamente para se livrar desses sentimentos fortes?

**Racionalidade, antiemocionalidade**

Você pensa que deve ser sempre lógico e racional? O que o preocuparia se não fosse racional/lógico? Você acha que as pessoas racionais ou lógicas são melhores? O que aconteceu no passado quando você não foi lógico/racional? É possível que algumas experiências não sejam lógicas/racionais, mas simplesmente emocionais? Existe tal coisa como pintura racional? Uma música racional? Suas emoções podem lhe dizer o que o machuca? As emoções são fonte importante de informações sobre nossas necessidades, desejos e até mesmo nossos direitos como seres humanos? Você conhece outras pessoas que são menos racionais que você, mas que têm uma vida mais feliz ou mais completa?

**Duração de sentimentos fortes**

Você teme que um sentimento forte dure muito tempo? Você já teve sentimentos fortes antes? O que aconteceu? Eles passaram? Por que passaram? Sentimentos fortes aumentam e diminuem? Se você tivesse um sentimento forte em nossa sessão, o que acha que aconteceria? Se chorasse ou se sentisse muito mal por alguns minutos, o que acha que aconteceria? O que ganharia se descobrisse que seus sentimentos fortes podem ser expressos e em seguida passam? Por exemplo, você está dizendo a si mesmo para parar de se sentir assim? Você está buscando reassuramento? Está evitando ou fugindo de situações desagradáveis? Em contraste com essas estratégias inúteis, tente o seguinte: imagine-se recuando e observando o que está acontecendo no momento. Imagine-se observando sua respiração enquanto inspira e expira. Apenas observe e deixe que aconteça como é, sem controlá-la. Observe se sua mente divaga e, então, traga sua atenção de volta para sua respiração. Pratique essa respiração consciente por 15 minutos e observe por onde vaga sua atenção. Permanecendo no presente, observando o que existe neste momento em sua respiração, observe sua inspiração e expiração, e deixe que aconteça.

ANEXO 15 – Formulário de esquemas emocionais: dimensões e intervenções.  
(Continuação)

### Esquemas emocionais: dimensões e intervenções (página 3 de 4)

#### Consenso com outros

Exatamente quais sentimentos você tem que pensa que outras pessoas não têm? Se outra pessoa tivesse esses sentimentos, o que pensaria dela? Por que você acha que peças de teatro, filmes, romances ou histórias muito emotivas agradam as pessoas? Você acha que as pessoas gostam de descobrir que outros têm os mesmos sentimentos? Existem outras pessoas tristes, com raiva ou ansiosas? É normal ficar incomodado ou ter fantasias? Se você tem vergonha dos seus sentimentos e não conta para as pessoas, esse encobrimento não impede que você descubra que outros têm os mesmos sentimentos?

#### Aceitação ou inibição

O que acontecerá se você se permitir aceitar uma emoção? Você a transformaria em ação? Você teme que, se aceitar uma emoção, ela não irá mais embora? Ou você acha que não aceitar suas emoções irá motivá-lo a mudar? Quais são as consequências negativas de inibir um sentimento? Uso excessivo de atenção e energia? Efeito rebote? A emoção entra em conflito com uma crença em relação a sentimentos bons versus ruins? Se você negar que algo o incomoda, como poderá resolver o problema?

#### Ruminação versus estilo instrumental

Quais são as vantagens e desvantagens de focar no quanto você se sente mal? Quando está focando no quanto se sente mal, que tipo de coisas você pensa ou sente? Você se senta e pensa: "O que há de errado comigo?" ou "Por que isso está acontecendo comigo?"? Você foca na tristeza, repetindo na sua mente as mesmas coisas continuamente? Às vezes, pensa que, se continuar pensando no que o perturba, vai encontrar uma solução? Sua preocupação o faz sentir que não consegue controlar seus pensamentos estressantes? Tente reservar 30 minutos por dia, durante os quais você irá se preocupar intensamente. Você deve deixar de lado todas as suas preocupações até aquele momento. Transforme suas preocupações em comportamentos que possa realizar, problemas que possa resolver. Distraia-se fazendo alguma coisa ou ligando para um amigo e conversando sobre outra coisa que não suas preocupações. Exatamente o que você prevê que irá acontecer? Suas previsões já se revelaram falsas? Quando está ruminando, você remói as coisas sem parar. Existe alguma "verdade" ou "realidade" que você simplesmente se recusa a aceitar?

#### Expressão

Se você expressasse um sentimento, acha que perderia o controle? Iria sentir-se pior? Por quanto tempo se sentiria pior? Expressar um sentimento pode ajudá-lo a clarear seus pensamentos e outros sentimentos? De modo inverso, se você focar apenas na expressão de um sentimento, focará excessivamente nele? Vai ficar autoabsorvido? Existem coisas que você poderia fazer para se distrair ou resolver seus problemas?



ANEXO 15 – Formulário de esquemas emocionais: dimensões e intervenções.  
(Continuação)

Esquemas emocionais: dimensões e intervenções (página 4 de 4)

**Culpabilização dos outros**

O que outras pessoas disseram ou fizeram para você se sentir assim? Que pensamentos você teve que o fizeram sentir-se triste, com raiva ou ansioso? Se você pensasse sobre essa situação de forma diferente, o que sentiria ou pensaria? Seus sentimentos dependem do que os outros pensam de você? Você está focado em obter aprovação, respeito, apreciação ou justiça? Quais seriam as vantagens e desvantagens de não precisar de aprovação, etc.? Que recompensas a outra pessoa controla atualmente? Você pode ter experiências recompensadoras apesar do que a pessoa disse ou fez? É possível que seus sentimentos sejam uma combinação do que está lhe acontecendo e do que você está pensando? Como seria sentir raiva, tristeza, curiosidade, indiferença, aceitação, desafio? Quais são os custos e benefícios desses diferentes sentimentos? Dada a situação, o que você precisaria pensar para ter cada um desses sentimentos? O que gostaria que acontecesse? Como você pode ser mais assertivo? Resolver problemas? Quais pensamentos você teria que modificar?

Fonte: Leahy (2018), p. 442.

## ANEXO 16 – Formulário de registro “aceitação das emoções”.

**FORMULÁRIO 11.9**

**Aceitação das emoções**

Em vez de tentarmos nos livrar de uma emoção desagradável, podemos escolher aceitá-la como uma experiência que estamos tendo no momento, e, depois que você aceita que tem uma emoção, ainda pode escolher realizar algum comportamento significativo ou prazeroso. Por exemplo, você pode perceber que se sente triste, mas ainda assim pode ver seus amigos ou fazer seu trabalho. No formulário a seguir, escreva na coluna da esquerda alguns exemplos de emoções que pode experimentar. Na coluna do meio, escreva algumas palavras de aceitação dessa emoção. As “palavras de aceitação” podem incluir o seguinte: “Percebo esse sentimento”, “Aí está”, “Estou sentindo [X] neste momento”. Na coluna da direita, escreva alguma atividade significativa que você pode realizar.

Emoção ou sensação que percebo	Palavras de aceitação	Atividade significativa

Fonte: Leahy (2018), p. 443.

## ANEXO 17 – Formulário de registro “fazendo o que não quero”.

**FORMULÁRIO 11.11**

**Fazendo o que não quero**

Muitos de nós ficam paralisados porque há algumas coisas que simplesmente não queremos fazer. Isso pode ser por pensarmos nessas coisas como desagradáveis, achamos que podemos não nos sair bem ou que não deveríamos ter que fazer coisas que não queremos. Alguns esperam estar “prontos”, mas isso raramente ocorre – então continuamos a procrastinar. Na primeira coluna do formulário a seguir, liste alguns comportamentos que, se realizados, melhorariam as coisas. Esses são comportamentos que você evita atualmente. Na segunda coluna, liste algumas razões para não realizá-los. Nas terceira e quarta colunas, liste os custos e benefícios de realizar os comportamentos.

Comportamentos que evito porque não quero realizá-los	Por que não quero realizá-los	Custos de realizá-los	Benefícios de realizá-los

(continua)

Fonte: Leahy (2018), p. 445.

## ANEXO 17 – Formulário de registro “fazendo o que não quero”. (Continuação)

## Fazendo o que não quero (página 2 de 2)

Agora, vamos ver o que acontece quando você escolhe fazer coisas que não quer. Na primeira coluna, liste comportamentos que não quer realizar. Na segunda coluna, liste comportamentos que está disposto a tentar, mesmo que não queira. Na terceira coluna, liste os sentimentos e pensamentos que teve enquanto fazia isso. Na quarta coluna, liste como se sentiu e o que pensou depois de fazer isso. O que você conclui?

Comportamentos que evito porque não quero realizá-los	O que estou disposto a tentar fazer	O que senti e pensei enquanto fazia isso	O que senti e pensei depois que fiz isso
<b>Que conclusões você tira depois de ter feito este exercício?</b>			
<b>Esta poderia ser uma forma de desenvolver autodisciplina?</b>			

ANEXO 18 – Cartão de registro diário e lista de habilidades mais importantes ensinadas na DBT.

Cartão diário da terapia comportamental dialética				Nome:			Preenchido na sessão?		Quantas vezes você preencheu?				Último dia preenchido:						
							S N		Diariamente 4 – 6x		2 – 3x Uma vez		Dia – Mês – Ano						
Circulo o dia inicial	Maior impulso de ação para:			Classificação mais alta para cada dia			Drogas/medicamentos						Ações		Emoções		Opcional		
	Cometer suicídio	CASIS	Usar drogas	Sofrimento emocional	Sofrimento físico	Alegria	Álcool	Drogas ilegais	Medicamentos vendidos conf. receita médica	Medicamentos vendidos sem receita	Auto-lesão	Mentiu	Habilidades usadas*						
Dia da semana	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	#	Qual?	#	Qual?	S/N	#	Qual?	S/N	0-5	0-7			
SEG																			
TER																			
QUA																			
QUI																			
SEX																			
SÁB																			
DOM																			
Med. alterada esta semana										*Habilidades usadas									
Tarefas atribuídas e resultados desta semana:										0 = não pensou em usar e não usou 1 = pensou em usar, mas não usou, porque não quis 2 = pensou em usar, não usou, mas quis usar 3 = tentou, mas não conseguiu usá-las 4 = tentou, conseguiu usá-las, mas elas não ajudaram 5 = tentou, conseguiu usá-las, e elas ajudaram 6 = usou automaticamente, mas elas não ajudaram 7 = usou automaticamente, e elas ajudaram									
										Impulsos de ação para:		Durante a sessão (0-5)		Convicção de que posso mudar ou regular minhas/meus:		Durante a sessão (0-5)			
										Abandonar a terapia				Emoções					
										Usar drogas				Ações					
										Cometer suicídio				Pensamentos					
Foco das habilidades desta semana:																			

Cartão diário da DBT	Preencheu este cartão?	Diariamente	2-3x	4-6x	Uma vez	Na sessão	Assinale as habilidades; circule os dias em que a habilidade foi praticada										
<b>Mente sábia</b> Observar: apenas perceba Descrever: registre com palavras, apenas os fatos Participar: entre na experiência Adotando uma postura não julgadora Fazendo uma coisa de cada vez: momento atual Ser efetivo: concentre-se no que funciona							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM				
	<b>DEAR</b> DEAR MAN GIVE FAST							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM			
		<b>Efetividade interpessoal</b> Trilhar o caminho do meio; dialéticas Validação Estratégias de modificação comportamental							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM		
			<b>Regulação emocional</b> Verificar os fatos Ação oposta Solução de problemas Acumular emoções positivas A Construir maestria (Build mastery) B Antecipação (Cope ahead) C Reduzir vulnerabilidade: SABER Mindfulness das emoções atuais							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM	
				<b>SOBREVIVÊNCIA A CRISES</b> Habilidade STOP Prós e contras TIP Distração							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM
					<b>Tolerância ao mal-estar</b> Autoacalmar-se Melhorar o momento ACEITAÇÃO Aceitação radical DA REALIDADE Meio sorriso, mãos dispostas Estar disposto, mindfulness dos pensamentos atuais							SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB

Fonte: Linehan (2010), p. 71.

## ANEXO 19 - Instruções para ajudar um paciente a completar o cartão diário da DBT.

1. **Nome:** Insira aqui o nome, as iniciais ou o número de identificação (ID) clínica do paciente.
2. **Preenchido na sessão?** Se o cartão foi preenchido durante a sessão, faça o paciente circular o “S” de “sim”; caso contrário, circule “N” de “não”.
3. **Com que frequência você preencheu [este lado]?** Na semana passada, o paciente preencheu o cartão diariamente, 2-3 vezes ou apenas uma vez?
4. **Data de início:** Peça para o paciente anotar a primeira data em que o cartão foi iniciado, incluindo o ano.
5. **Dia da semana:** Instrua o paciente a registrar as informações para cada dia da semana.
6. **Usando a escala de classificação de 0 a 5:** Você vai notar que muitas das colunas exigem que o paciente registre um valor numérico de 0 a 5. Essa é uma escala subjetiva e contínua destinada a comunicar a experiência do paciente ao longo de uma gama de comportamentos ou experiências. O ponto de âncora 0 representa a ausência de uma experiência particular (p. ex., falta de algum impulso de ação); o ponto de âncora 5 refere-se ao grau mais intenso da experiência (p. ex., os impulsos de ação mais fortes imagináveis).
7. **Impulsos de ação para:** A coluna “**Cometer suicídio**” refere-se a quaisquer impulsos de ação para cometer suicídio. A coluna “**CASIS**” refere-se a impulsos de ação para praticar quaisquer tipos de CASIS. A coluna “**Usar drogas**” refere-se ao uso de qualquer droga de abuso (p. ex., medicamentos vendidos sem receita médica/de venda livre, medicamentos vendidos sob prescrição médica, drogas de rua/ilícitas) – ou, para pacientes que não usam drogas, a qualquer impulso de ação de evitação.
8. **Classificação mais alta** refere-se às avaliações da intensidade do sofrimento emocional, da intensidade do sofrimento físico ou dor e do grau de alegria (ou felicidade) experimentados durante o dia. Faça o paciente classificar cada emoção diariamente, usando a escala de 0 a 5.
9. **Drogas/medicamentos:** Em se tratando de álcool, solicite ao paciente que anote a quantidade e qual o tipo de bebida alcoólica ingerida (p. ex., “3” para 3 cervejas). Para drogas ilegais, peça para o indivíduo especificar o tipo de droga usada (p. ex., heroína) e a quantidade utilizada. Para medicamentos vendidos sem receita médica/de venda livre, peça que anote a quantidade e qual o tipo de medicação consumiu. Para medicamentos conforme prescrição, se tomados de acordo com a receita, peça para marcar “S” para sim; se tomado em desacordo com a receita (seja muito ou pouco, ou alguns medicamentos, mas não outros), peça para registrar um “N” de não.
  - Escreva marcas de “idem” nos quadrinhos específicos seguintes, para indicar uso igual ao do dia anterior.
  - Uma maneira mais fácil: o paciente pode passar um risco na linha ou nas colunas para indicar nenhum uso. Por exemplo, se ele não usou quaisquer medicamentos com receita na semana em questão, uma linha vertical na coluna “S/N” abaixo de “Medicamentos conforme receita” é suficiente. Ou, se o paciente não usou álcool, medicamentos de venda livre ou medicamentos conforme receita na quarta-feira, então uma linha horizontal pode ser riscada através dos quadros correspondentes para esse dia da semana.
10. **Ações...:** A coluna “**Autolesão**” refere-se a qualquer tipo de CASIS ou tentativa de suicídio. A coluna “**Mentiu**” refere-se a todos os comportamentos abertos e privados que mascaram contar a verdade. É importante que o paciente adote uma postura não julgadora ao completar isso. Instrua o indivíduo para registrar o número de mentiras contadas por dia na coluna, e coloque um \* nela para indicar mentira no cartão diário. A coluna **Habilidades usadas** (0-7) serve para relatar o uso mais alto da habilidade naquele dia. Ao fazer essa classificação, ele deve basear-se na Tabela de 0 – 7 das “**Habilidades usadas**” logo abaixo das colunas. As últimas duas colunas são opcionais. Duas subcolunas servem para rastrear emoções específicas, e as outras duas se destinam a quaisquer outros comportamentos que você e o paciente queiram rastrear. Observe que, aqui, não há escala de classificação. Assim, quando vocês estiverem decidindo o que rastrearão, também decidam como rastrear – por exemplo, com um “S”, “N”, uma escala de 0 a 5 ou 0 a 7 ou, ainda, descrevendo o que e quanto (ou seja, “Qual?” e n°).
11. **Med. alterada esta semana:** Instrua o paciente a escrever quaisquer alterações nos medicamentos prescritos. Essas alterações podem consistir em modificações na dose (aumentar ou diminuir) dos fármacos (p. ex., aumento de 5 para 10 mg; diminuição de 20 para 10 mg), retirada de um medicamento ou adição de um novo fármaco. Se o espaço for insuficiente, ele deve descrever essas mudanças em um pedaço de papel separado.
12. **Tarefas atribuídas e resultados desta semana:** Solicite ao paciente registrar todos os comportamentos atribuídos para a semana, descrever o que foi feito e indicar quais foram os resultados.
13. **Impulsos de ação de usar drogas (0-5) e Impulsos de ação de abandonar a terapia (0-5):** Faça o paciente avaliar a intensidade dos impulsos de ação atuais para se envolver nesses comportamentos, no início da sessão.
14. **Foco das habilidades desta semana:** Instrua o paciente a escrever quaisquer habilidades que estejam especificamente em foco e foram utilizadas ou praticadas durante a semana. Esse espaço também pode ser utilizado para anotar quais habilidades precisam de mais foco durante a semana.

15. **Convicção de que posso modificar ou regular...** Usando a mesma escala de classificação 0-5, classifique a sua convicção no que tange à sua capacidade de modificar ou regular suas emoções, ações e pensamentos na hora de começar a sua sessão de terapia.

Fonte: Linehan (2010), p. 72.