

FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA TREINAMENTO DE HABILIDADES PSICOSSOCIAIS COM CLIENTES *BORDERLINE*¹

1

Atualmente, indivíduos que preenchem critérios para o transtorno da personalidade *borderline* (TPB) têm lotado consultórios de profissionais clínicos e da saúde mental. Mesmo quando se institui uma farmacoterapia potencialmente eficaz, costuma-se supor que seja necessária alguma forma de tratamento psicossocial para clientes *borderline*. O treinamento de habilidades psicossociais apresentado neste manual baseia-se em um modelo de tratamento chamado terapia comportamental dialética (TCD). A TCD é um tratamento cognitivo-comportamental amplo, desenvolvido especificamente para o TPB. Foi a primeira psicoterapia a se mostrar eficaz, por meio de ensaios clínicos controlados, para esse transtorno (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon e Heard, 1991; Linehan e Heard, 1993; Linehan, Heard e Armstrong, no prelo). O treinamento de habilidades psicossociais é uma das partes do tratamento, e a forma de TCD que se mostrou eficaz com clientes *borderline* é uma combinação de psicoterapia individual com o treinamento de habilidades.

A TCD, incluindo o treinamento de habilidades, baseia-se em uma teoria dialética e biossocial do TPB. Este capítulo começa com uma breve síntese da visão de mundo dialética e das regras inerentes a essa visão. Em seguida, apresenta a teoria biossocial do TPB e seu desenvolvimento, bem como as características comportamentais e dilemas dialéticos que são previstos a partir dessa teoria.

Entender a filosofia de tratamento e as bases teóricas da TCD como um todo é crucial para o uso eficaz deste manual. A filosofia e a teoria são importantes porque determinam a postura dos terapeutas para com o tratamento e seus clientes. Essa postura, por sua vez, é um componente importante da relação dos terapeutas com seus clientes. A relação terapêutica é central para o tratamento eficaz com indivíduos suicidas e *borderline*. Este manual acompanha meu texto mais completo sobre a TCD, *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno da personalidade borderline*, no qual os princípios são discutidos detalhadamente. (Como me refiro ao livro

com frequência neste manual, a partir daqui, irei chamá-lo simplesmente de “texto”.) Fundamentos científicos e referências para muitas de minhas afirmações e posições estão plenamente documentados do Capítulo 1 ao 3 do texto. Portanto, não os revisarei ou citarei novamente aqui.

Visão de mundo e regras básicas

Conforme sugere o seu nome, a TCD baseia-se em uma visão de mundo dialética. A “dialética”, conforme aplicada à terapia comportamental, tem dois significados: o da natureza fundamental da realidade e o do diálogo e relacionamento persuasivos. Como visão de mundo ou posição filosófica, a dialética configura-se na base da TCD. De maneira alternativa, como diálogo e relacionamento, a dialética refere-se à abordagem ou a estratégias de tratamento que o terapeuta usa para levar à mudança. Essas estratégias são descritas no Capítulo 7 do texto e resumidas no Capítulo 5 deste manual.

As perspectivas dialéticas sobre a natureza da realidade e do comportamento humano compartilham de três características principais, cada uma com sua importância própria para se entender a TCD. Em primeiro lugar, assim como as perspectivas dos sistemas dinâmicos, a dialética enfatiza a interconexão ou integralidade fundamental da realidade. Isso significa que a abordagem dialética considera que as análises de partes individuais de um sistema têm valor limitado em si, a menos que a análise relacione claramente a parte com o todo. Desse modo, a dialética direciona nossa atenção para os contextos imediatos e maiores do comportamento, bem como para a interconexão entre padrões individuais de comportamento. Com relação ao treinamento de habilidades, o terapeuta deve primeiro levar em conta a interconexão entre déficits em habilidades. É extremamente difícil aprender um novo

grupo de habilidades sem aprender outras habilidades afins simultaneamente – uma tarefa que, por si só, é ainda mais difícil. A visão dialética também é compatível com as visões contextuais e feministas da psicopatologia. É particularmente difícil aprender habilidades psicossociais quando o ambiente imediato da pessoa ou a cultura mais ampla não sustentam tal aprendizagem. Assim, o indivíduo não apenas deve aprender habilidades de autorregulação, como novas habilidades para influenciar seu ambiente. (Como a maioria dos clientes *borderline* é formada por mulheres, e como os ensaios clínicos que demonstram a eficácia da TCD foram realizados apenas com clientes do sexo feminino, uso o pronome “ela” neste manual para me referir à cliente típica. Todavia, não existe razão para crer que o tratamento não seria eficaz com homens.)

Em segundo lugar, a realidade não é considerada estática, mas compreende forças internas opostas (tese e antítese), de cuja síntese evolui um novo conjunto de forças opostas. Uma ideia dialética muito importante é que todas as hipóteses contêm em si seus próprios opostos. Conforme observa Goldberg (1980, p. 295-296), “creio que a verdade é paradoxal, que cada fragmento de sabedoria contém em si suas próprias contradições, que *verdades andam lado a lado*” (ênfase de Goldberg). A dialética, nesse sentido, é compatível com os modelos de conflitos psicodinâmicos da psicopatologia. Pensamentos, emoções e comportamentos dicotômicos e extremados, que são característicos do TPB, são considerados fracassos dialéticos. O indivíduo se prende a polaridades, incapaz de avançar para a síntese. Com relação ao treinamento de habilidades psicossociais, três dessas polaridades tornam o progresso extremamente difícil. O terapeuta deve prestar atenção a cada uma e ajudar cada cliente a avançar rumo a uma síntese que seja atingível.

A primeira dessas polaridades é a dialética entre a necessidade de que o cliente se aceite como é no momento e a necessidade de mudar. Essa dialética específica é a tensão mais fundamental em qualquer psicoterapia, e deve ser negociada com habilidade pelo terapeuta para que a mudança ocorra. A segunda é a tensão entre os clientes conseguirem o que precisam e perderem o que precisam ao se tornarem mais competentes. Uma vez, tive uma cliente no treinamento de habilidades que, a cada semana, dizia que não tinha feito nenhuma das tarefas comportamentais prescritas para casa e insistia que o tratamento não estava funcionando. Quando, depois de seis meses, sugeri que talvez não fosse o tratamento adequado para ela, ela disse que vinha experimentando as novas habilidades o tempo todo e que elas *havi*am ajudado. No entanto, ela não havia me contado porque tinha medo de que, se demonstrasse qualquer melhora, eu a liberaria do treinamento de habilidades. Uma terceira polaridade muito importante tem a ver com o cliente manter sua integridade pessoal e validar suas visões de suas dificuldades ou aprender novas habilidades que o ajudem a sair de seu sofrimento. Se o cliente melhora por aprender novas habilidades, ele valida sua explicação de que o problema sempre foi que ele não conseguia se ajudar. Ele não estava tentando manipular ninguém, como o haviam acusado. Ele não está motivada para machucar ninguém, ou não tem nenhuma motivação. Porém, o fato de o cliente aprender novas habilidades também pode validar as opiniões dos outros: pode provar que todos estavam certos (e o cliente estava errado) – que o problema era o cliente, não o ambiente. A dialética não apenas concentra a atenção do cliente nessas polaridades, como também sugere saídas. (As saídas são discutidas no Capítulo 7 do texto.)

A terceira característica da dialética é uma suposição, baseada nas duas ante-

riores, de que a natureza fundamental da realidade é mudança e processo, em vez de conteúdo ou estrutura. A implicação mais importante nesse sentido é que tanto o indivíduo quanto o ambiente estão em constante transição. Assim, a terapia não se concentra em manter um ambiente estável e consistente, mas visa ajudar o cliente a se tornar confortável com a mudança. Dentro do próprio treinamento de habilidades, os terapeutas devem se manter cientes não apenas de como seus clientes estão mudando, mas de como eles mesmos e o tratamento que estão aplicando estão mudando ao longo do tempo.

Teoria biossocial do transtorno da personalidade *borderline*²

O princípio básico da teoria biossocial é que o transtorno nuclear no TPB é a desregulação emocional. A desregulação emocional é considerada o resultado da função da disposição biológica, do contexto ambiental e da transação entre os dois durante o desenvolvimento. A teoria estabelece que os indivíduos *borderline* têm dificuldades para regular várias, senão todas as emoções. Essa desregulação sistêmica é produzida pela vulnerabilidade emocional e por estratégias desadaptativas e inadequadas de modulação das emoções.

Vulnerabilidade emocional é definida pelas seguintes características: (1) sensibilidade muito elevada a estímulos emocionais, (2) resposta muito intensa a estímulos emocionais, e (3) um retorno lento ao nível basal emocional depois que ocorreu excitação emocional. Modulação das emoções é a capacidade de: (1) inibir o comportamento inapropriado relacionado com emoções negativas ou positivas fortes, (2) organizar-se para a ação coordenada a serviço de um objetivo eterno (i.e., agir de um modo que não seja dependente do humor quando necessário), (3) acalmar qualquer excitação fisiológica que a emoção forte tenha

induzido, e (4) retomar o foco da atenção na presença de emoções fortes. A desregulação emocional em indivíduos *borderline*, então, é a combinação entre um sistema de resposta emocional que é hipersensível e hiper-reativo e a incapacidade de modular as emoções fortes resultantes e as ações associadas a elas. Como um todo, a disposição para a desregulação emocional tem base biológica (embora não necessariamente pela hereditariedade). Uma disfunção em qualquer parte do extremamente complexo sistema humano de regulação emocional pode proporcionar a base biológica para a vulnerabilidade emocional inicial e as dificuldades subsequentes na modulação das emoções. Desse modo, a disposição biológica pode ser diferente em pessoas diferentes, e é improvável que se encontre uma *única* anormalidade biológica que esteja por trás de todos os casos de TPB.

Papel do ambiente invalidante na desregulação emocional

A circunstância evolutiva crucial que produz a desregulação emocional descrita é o “ambiente invalidante”. Tal ambiente é particularmente prejudicial para a criança que começa a vida com alta vulnerabilidade emocional. Por outro lado, o indivíduo emocionalmente vulnerável e reativo elucida invalidação de um ambiente que, por sua vez, poderia ter sido solidário.

Uma característica que define o ambiente invalidante é a tendência de responder de maneira errática e inapropriada à experiência privada (p.ex., opiniões, pensamentos, sentimentos, sensações) e, particularmente, ser insensível à experiência privada que não tenha exposição pública. Ambientes invalidantes também tendem a responder de maneira extrema (i.e., a reagir demais ou reagir de forma insuficiente) à experiência privada que não tenha exposição pública. Componentes fenomenológicos, fisiológicos e cognitivos das emo-

ções são experiências privadas prototípicas que levam à invalidação nesses ambientes. Para esclarecer a contribuição do ambiente invalidante para os padrões de comportamento *borderline*, iremos compará-lo com ambientes que promovem habilidades mais adaptativas de regulação emocional.

Na família ideal, a validação pública da experiência privada ocorre com frequência. Por exemplo, quando uma criança diz que está com sede, seus pais lhe dão de beber (no lugar de dizer: “Não, não está. Você acabou de tomar água”). Quando uma criança chora, os pais a tranquilizam ou tentam descobrir o que está errado (no lugar de dizer: “Deixe de ser chorão!”). Quando uma criança expressa raiva ou frustração, familiares a levam a sério (no lugar de dizer que não é importante). Quando uma criança diz: “Fiz o melhor que pude”, os pais concordam (no lugar de dizer: “Não, não fez”). E assim por diante. Na família ideal, as preferências da criança (p.ex., para a cor do quarto, atividades ou roupas) são levadas em conta; as crenças e os pensamentos da criança são elucidados e respondidos com seriedade; e as emoções da criança são consideradas comunicações importantes. A comunicação bem-sucedida da experiência privada nessa família é seguida por mudanças no comportamento dos outros familiares, que aumentam a probabilidade de que as necessidades da criança sejam atendidas e que reduzem a probabilidade de consequências negativas. A resposta de sintonia e solidariedade dos pais resulta em filhos mais capazes de discriminar suas emoções das dos outros.

Em comparação, uma família invalidante é problemática porque as pessoas que a compõem respondem à comunicação de preferências, pensamentos e emoções sem demonstrar sintonia – especificamente, com falta de sensibilidade ou consequências mais extremas do que ambientes sociais mais sensíveis e validantes. Isso leva a uma intensificação das diferenças en-

tre a experiência privada de uma criança emocionalmente vulnerável e a experiência que o ambiente social realmente proporciona e à qual responde. As discrepâncias persistentes entre a experiência privada da criança e o que as pessoas do ambiente descrevem ou a que respondem como sua experiência proporcionam o ambiente fundamental de aprendizagem necessário para muitos dos problemas comportamentais associados ao TPB.

Além de falha precoce de responder de forma adequada, um ambiente invalidante costuma enfatizar o controle de expressão emocional, especialmente da expressão de afeto negativo. Experiências dolorosas são banalizadas e atribuídas a traços negativos como falta de motivação, falta de disciplina e ausência de uma atitude positiva. Emoções positivas fortes e preferências associadas a elas podem ser atribuídas a traços como falta de juízo e reflexão ou impulsividade. Outras características do ambiente invalidante são restringir demandas que a criança pode fazer ao ambiente, discriminar a criança com base no gênero ou outras características arbitrárias, e usar punição (desde crítica até abuso físico e sexual) para controlar o comportamento.

O ambiente invalidante contribui para a desregulação emocional deixando de ensinar a criança a rotular e a modular a excitação, a tolerar estresses ou a confiar em suas próprias respostas emocionais como interpretações válidas dos fatos. Também ensina ativamente a criança a invalidar suas experiências, tornando necessário que ela procure sinais no ambiente que lhe indiquem como deve agir e sentir e, desconsiderando a dificuldade para resolver os problemas da vida, ele não ensina à criança como definir objetivos realistas. Além disso, ao punir a expressão de emoções negativas e reforçar erratically a comunicação emocional somente depois de exageros da criança, a família molda um estilo de expressão emocional que oscila entre a

inibição extrema e a desinibição extrema. Em outras palavras, a resposta usual da família às emoções impede a função de comunicação das emoções comuns.

Invalidação emocional, particularmente de emoções negativas, é um estilo de interação característico de sociedades que valorizam o individualismo, incluindo o autocontrole individual e as realizações individuais. Assim, ela é bastante característica da cultura ocidental em geral. Uma certa quantidade de invalidação é necessária, é claro, para criar um filho e ensinar autocontrole. Não se pode responder a todas as comunicações de emoções, preferências ou crenças de maneira positiva. A criança que é muito emotiva e que tem dificuldade para controlar o comportamento emocional evoca grandes esforços do ambiente (especialmente dos pais, mas também dos amigos e professores) para controlar a emotividade externada. A invalidação pode ser bastante eficaz para inibir a expressão emocional temporariamente. No entanto, ambientes invalidantes têm efeitos diferentes sobre crianças diferentes. Estratégias de controle emocional utilizadas em famílias invalidantes podem ter pouco impacto negativo, ou mesmo ser úteis para certas crianças que são fisiologicamente bem-equipadas para regular suas emoções. Entretanto, acredita-se que essas estratégias tenham um impacto devastador em crianças emocionalmente vulneráveis. É essa interação entre biologia e ambiente que se acredita resultar em TPB.

Essa visão transacional do desenvolvimento *borderline* não deve ser utilizado para diminuir a importância de ambientes abusivos na etiologia do TPB. Uma das experiências invalidantes mais traumáticas é o abuso sexual na infância. Pesquisadores estimam que até 75% dos indivíduos com TPB sofreram algum tipo de abuso sexual na infância. Históricos desse abuso parecem distinguir indivíduos *borderline* de outros grupos diagnósticos de pacientes

externos. Essa pesquisa indica fortemente que o abuso sexual na infância é um fator importante no desenvolvimento do TPB. Porém, não está claro se o abuso em si facilita o desenvolvimento de padrões *borderline*, ou se o abuso e o desenvolvimento do transtorno resultam ambos do nível de disfunção e invalidação da família. Em outras palavras, o histórico de vitimização e os problemas com a regulação emocional observados em indivíduos *borderline* podem surgir do mesmo conjunto de circunstâncias evolutivas. No entanto, a elevada incidência de abuso sexual em indivíduos com TPB aponta para a possibilidade de que isso seja um precursor importante para o transtorno.

Patogênese da desregulação emocional

Maccoby (1980) afirma que a inibição da ação é a base para a organização de todo comportamento. O desenvolvimento de repertórios autorregulatórios, especialmente a capacidade de inibir e controlar o afeto é um dos aspectos mais importantes do desenvolvimento de uma criança. A capacidade de regular a experiência e a expressão das emoções é fundamental, pois sua ausência leva à distorção do comportamento, especialmente o comportamento voltado para objetivos e outros comportamentos pró-sociais. De maneira alternativa, a emoção forte reorganiza ou redireciona o comportamento, preparando o indivíduo para ações que competem com o repertório comportamental de base não emocional ou menos emocional.

Características comportamentais dos indivíduos *borderline* podem ser conceituadas como efeitos da desregulação emocional e de estratégias desadaptativas de regulação emocional. Pode-se considerar o comportamento impulsivo e, principalmente, o parassuicídio como estratégias desadaptativas, mas altamente eficazes, de

regulação emocional. Por exemplo, tomar *overdoses* geralmente causa longos períodos de sono, que reduzem a susceptibilidade à desregulação emocional. Embora o mecanismo pelo qual a automutilação exerce suas propriedades de regulação do afeto não seja claro, é bastante comum indivíduos *borderline* relatarem alívio substancial da ansiedade e de outros estados emocionais negativos e intensos depois desses atos. O comportamento suicida também é bastante eficaz para evocar comportamentos solidários do ambiente, que podem ajudar a evitar ou mudar situações que evoquem sofrimento emocional. Por exemplo, o comportamento suicida geralmente é a maneira mais eficaz para um indivíduo que não seja psicótico ser admitido a uma unidade de internação psiquiátrica. Finalmente, cometer um ato parassuicida (bem como seus efeitos, se ele se tornar público) pode reduzir emoções dolorosas, proporcionando uma distração interessante.

A incapacidade de regular a excitação emocional também interfere no desenvolvimento e na manutenção do senso de *self*. De um modo geral, o senso de *self* do indivíduo se configura por observações de si mesmo e das reações dos outros às suas ações. A consistência e previsibilidade emocionais, ao longo do tempo e em situações semelhantes, são prerequisites do desenvolvimento da identidade. A instabilidade emocional imprevisível leva ao comportamento imprevisível e inconsistência cognitiva e, conseqüentemente, interfere no desenvolvimento da identidade. A tendência dos indivíduos *borderline* de inibir ou tentar inibir respostas emocionais também pode contribuir para a ausência de um sentido forte de identidade. O indivíduo sente a insensibilidade associada à inibição do afeto como um vazio, contribuindo ainda mais para um senso de *self* inadequado e às vezes completamente ausente. De maneira semelhante, se a percepção que o indivi-

duo tem dos fatos nunca está “correta” ou é impossível prever quando está “correta” – a situação encontrada em um ambiente invalidante – pode-se esperar que o indivíduo desenvolva uma dependência excessiva dos outros.

Relacionamentos interpessoais eficazes dependem de o indivíduo ter um senso de *self* estável e capacidade de demonstrar espontaneidade na expressão emocional. Os relacionamentos bem-sucedidos também exigem a capacidade de autorregular as emoções de maneiras apropriadas e de tolerar certos estímulos emocionalmente dolorosos. As dificuldades com a regulação emocional prejudicam o senso de *self* estável e a expressão emocional normal. Sem essas capacidades, é compreensível que os indivíduos *borderline* desenvolvam relacionamentos caóticos. As dificuldades que esses indivíduos têm para controlar comportamentos impulsivos e expressões de emoções negativas extremas destroem os relacionamentos de muitas maneiras. Em particular, dificuldades com a expressão da raiva impedem a manutenção de relacionamentos estáveis.

Programa de tratamento

A TCD aplica uma ampla variedade de estratégias da terapia cognitiva e comportamental ao problema do TPB, inclusive comportamentos suicidas. Como os programas de terapia cognitivo-comportamental comuns, a TCD enfatiza a avaliação e coleta de dados contínuas sobre os comportamentos atuais; uma definição clara e precisa das metas do tratamento; e uma relação de trabalho entre terapeuta e cliente, incluindo atenção para orientar o cliente para o programa de terapia e o comprometimento mútuo com os objetivos do tratamento. Muitos componentes da TCD – solução de problemas, exposição, treinamento de habilidades, controle das contingências e modificação cognitiva

– são proeminentes nas terapias cognitivas e comportamentais há anos.

Do ponto de vista estilístico, a TCD mescla uma atitude prosaica, um tanto irreverente e às vezes ultrajante em relação ao parassuicídio e outros comportamentos disfuncionais atuais e prévios com afeto, flexibilidade, sensibilidade ao cliente e autorrevelação estratégica por parte do terapeuta. Os esforços contínuos na TCD para “reformular” os comportamentos suicidas e outros comportamentos disfuncionais como parte do repertório aprendido de solução de problemas do cliente, e para voltar a terapia para uma solução de problemas ativa, são equilibrados por uma ênfase correspondente em validar as respostas emocionais, cognitivas e comportamentais do cliente exatamente da maneira como se apresentam. O foco na solução de problemas exige que o terapeuta aborde todos os comportamentos problemáticos do cliente (dentro e fora das sessões) e problemas na terapia de maneira sistemática, fazendo uma análise comportamental colaborativa, formulando hipóteses sobre as variáveis possíveis que influenciam o problema, gerando mudanças possíveis (soluções comportamentais) e experimentando e avaliando soluções.

A atenção às contingências que atuam dentro do ambiente terapêutico exige que o terapeuta preste muita atenção na influência recíproca que o terapeuta e o cliente têm um sobre o outro. Embora as contingências naturais sejam enfatizadas como um meio de influenciar o comportamento do cliente, o terapeuta não está proibido de usar reforços arbitrários, bem como contingências aversivas, quando o comportamento em questão for letal ou o comportamento que se exige do cliente não ocorrer facilmente em condições terapêuticas normais. A tendência dos indivíduos *borderline* de evitar ativamente situações ameaçadoras é um foco contínuo na TCD. Prepara-se e estimula-se a exposição a estímulos que evoquem

medo durante a sessão e *in vivo*. A ênfase na modificação cognitiva é menos sistemática do que na terapia cognitiva pura, mas, mesmo assim, é considerada um componente importante da análise comportamental e da promoção da mudança.

O foco em validar os pensamentos, os sentimentos e as ações do cliente exige que o terapeuta procure o grão de sabedoria ou verdade inerente a cada resposta do cliente e comunique essa sabedoria a ele. A crença no desejo essencial do cliente de crescer e progredir, bem como uma crença em sua capacidade inerente de mudar, forma a base do tratamento. A validação também envolve o reconhecimento solidário e frequente da sensação de desespero emocional do cliente. O tratamento, como um todo, enfatiza construir e manter uma relação colaborativa positiva e interpessoal entre cliente e terapeuta. Uma característica importante da relação terapêutica é que o principal papel do terapeuta é o de conselheiro do cliente, e *não* conselheiro de outros indivíduos. O terapeuta está sempre do lado do cliente.

Modificações de terapias cognitivas e comportamentais para indivíduos *borderline*

Terapias cognitivas e comportamentais foram desenvolvidas originalmente para indivíduos sem problemas sérios de personalidade. No entanto, com o passar dos anos, elas passaram a ser cada vez mais aplicadas a indivíduos que também têm transtornos da personalidade, incluindo o TPB. As aplicações da terapia cognitivo-comportamental a indivíduos com TPB exigiram certas mudanças na ênfase e a expansão dos princípios teóricos. Na TCD, são enfatizadas quatro áreas que, embora não sejam novas, não recebem tanta atenção nas aplicações cognitivo-comportamentais tradicionais: (1) ênfase na aceitação e validação do comportamento, tal qual ocorre no momento;

(2) ênfase em tratar os comportamentos que interferem na terapia, tanto do cliente quanto do terapeuta; (3) ênfase na relação terapêutica, como um fator essencial ao tratamento; e (4) ênfase em processos dialéticos. Em primeiro lugar, a TCD enfatiza a aceitação do comportamento e realidade atuais mais do que a maioria das terapias cognitivas e comportamentais. De fato, em uma ampla medida, pode-se pensar na terapia cognitivo-comportamental como uma tecnologia de mudança. Ela deriva grande parte de suas técnicas do campo da aprendizagem, que é o estudo da mudança comportamental por meio da experiência. Em comparação, a TCD enfatiza a importância de equilibrar a tecnologia de mudança e uma tecnologia de aceitação. Embora aceitar os clientes como são seja crucial para qualquer boa terapia, a TCD vai um passo além da terapia cognitivo-comportamental padrão, enfatizando a necessidade de ensinar aos clientes a aceitarem plenamente a si mesmos e o mundo como estão no momento. A aceitação defendida é bastante radical – ela não é aceitação apenas para criar mudança. O foco na aceitação na TCD é uma integração de práticas psicológicas e espirituais orientais (principalmente a prática Zen) em abordagens ocidentais de tratamento.

A ênfase da TCD nos comportamentos que interferem na terapia assemelha-se mais semelhante à ênfase psicodinâmica em comportamentos de “transferência” e comportamentos de “contratransferência” do que a qualquer outra coisa nas terapias cognitivo-comportamentais comuns. De um modo geral, os terapeutas comportamentais têm dedicado pouca atenção empírica ao tratamento dos comportamentos dos clientes que interferem no tratamento. (As exceções nesse caso são a grande literatura sobre os comportamentos de adesão ao tratamento e as diversas abordagens que costumam ser descritas sob a rubrica da “moldagem”, que recebem uma quantidade razoável de atenção no tratamento de

crianças, pacientes crônicos em internação psiquiátrica e com retardo mental.) Isso não significa dizer que o problema foi totalmente ignorado. Patterson e colaboradores desenvolveram uma medida da resistência ao tratamento para usar com famílias submetidas a suas intervenções comportamentais familiares (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh e Forgatch, 1984; Patterson e Forgatch, 1985). Embora a situação esteja começando a mudar, quase nada foi feito para entender os comportamentos do terapeuta que interferem em tratamentos cognitivo-comportamentais eficazes.

Minha ênfase na relação terapêutica como um fator crucial para o progresso terapêutico na TCD advém principalmente de meu trabalho em intervenções com indivíduos suicidas. Às vezes, a relação é a única coisa que mantém a pessoa viva. No treinamento de habilidades psicossociais, a relação entre cliente e terapeuta (e, em ambientes de grupo, a relação entre clientes) também é uma força poderosa para manter o paciente em terapia. Indivíduos *borderline* são notórios por abandonarem a terapia precocemente. Assim, deve-se prestar atenção em fatores que possam aumentar o seu vínculo com a terapia e com a própria vida. Finalmente, o foco nos processos dialéticos diferencia a TCD da terapia cognitivo-comportamental padrão, mas não tanto quanto parece à primeira vista. Por exemplo, as teorias contextuais são bastante próximas do pensamento dialético. A ênfase da terapia cognitiva nas inter-relações entre diferentes tipos de comportamento em uma mesma pessoa (p.ex., a influência do comportamento cognitivo sobre o comportamento emocional) também é compatível com a perspectiva dialética.

Se essas diferenças entre a TCD e terapias cognitivas e comportamentais são fundamentalmente importantes ou não, é claro, isso é uma questão empírica. Certamente, depois que tudo está dito e feito, os componentes cognitivo-comportamentais

talvez sejam os principais responsáveis pela eficácia da TCD. Ou, à medida que as terapias cognitivas e comportamentais expandirem seu alcance, possamos observar que as diferenças entre elas e a TCD não são tão claras quanto sugiro.

Relação entre psicoterapia individual e treinamento de habilidades

A TCD foi desenvolvida a partir de um modelo do TPB como uma combinação de problemas motivacionais e déficits em capacidades. Primeiramente, segundo o argumento apresentado, indivíduos *borderline* carecem de habilidades importantes de autorregulação, interpessoais e de tolerância a estresse. Em particular, não conseguem inibir os comportamentos desadaptativos dependentes do humor ou ter iniciativa para comportamentos que sejam independentes do humor atual e necessários para alcançar objetivos a longo prazo. Em segundo lugar, as emoções fortes e os pressupostos e as crenças disfuncionais aprendidos no ambiente invalidante original, juntamente com outros ambientes invalidantes, configuram um contexto motivacional que inibe o uso das habilidades comportamentais que a pessoa tem e muitas vezes reforçam comportamentos *borderline* inadequados. No entanto, quando meus colegas e eu desenvolvemos esta abordagem de tratamento, logo ficou claro que: (1) o treinamento de habilidades psicossociais, no nível que consideramos necessário, é extraordinariamente difícil ou impossível no contexto de uma terapia orientada para reduzir motivação para morrer e/ou agir de maneira *borderline*; e (2) não se pode dedicar suficiente atenção para questões motivacionais em um tratamento com o rigoroso controle da agenda da terapia que é necessário para o treinamento de habilidades. A partir daí, nasceu a ideia de dividir a terapia em dois componentes: um concentrado

principalmente no treinamento de habilidades psicossociais e outro concentrado principalmente em questões motivacionais, incluindo a motivação para permanecer vivo, para substituir comportamentos *borderline* por comportamentos hábeis, e para construir uma vida que valha a pena viver.

Relação entre padrões de comportamento *borderline* e treinamento de habilidades

Os critérios para o TPB, conforme a definição atual (ver o Capítulo 1 do texto para uma discussão detalhada), refletem um padrão de instabilidade e desregulação comportamentais, emocionais e cognitivas. Essas dificuldades podem ser sintetizadas em cinco categorias. Na TCD, quatro módulos específicos de treinamento de habilidades são voltados diretamente para essas cinco categorias. Primeiramente, conforme vinha discutindo, indivíduos *borderline* geralmente experimentam desregulação e instabilidade das emoções. As respostas emocionais são reativas, e os indivíduos geralmente têm problemas com a raiva e a sua expressão, bem como com depressão episódica, ansiedade e irritabilidade. Um módulo de treinamento de habilidades da TCD visa ensinar habilidades de regulação emocional.

Em segundo lugar, os indivíduos *borderline* muitas vezes experimentam desregulação interpessoal. Seus relacionamentos geralmente são caóticos, intensos e marcados por dificuldades. Apesar disso, os indivíduos *borderline* consideram extremamente difícil abrir mão de suas relações, podendo apresentar esforços intensos e frenéticos para impedir que pessoas significativas os abandonem. Mais do que a maioria das pessoas, indivíduos *borderline* parecem ficar bem quando estão em relações positivas e estáveis e pioram quando não estão em relacionamentos estáveis. Por isso, outro módulo do treinamento de habilidades visa ensinar habilidades de eficácia interpessoal.

Em terceiro, indivíduos *borderline* têm padrões de desregulação comportamental, conforme evidenciado por seus comportamentos impulsivos extremos e problemáticos, bem como por tentativas de se ferir, mutilar ou matar. Na TCD, os comportamentos impulsivos e suicidas são vistos como comportamentos de solução de problemas desadaptativos, que resultam da incapacidade do indivíduo de tolerar estresse emocional por tempo suficiente para procurar soluções potencialmente mais eficazes. Portanto, um módulo do treinamento de habilidades da TCD visa ensinar habilidades de tolerância a estresse.

Em quarto lugar, a desregulação do senso de *self* é comum. Não é raro um indivíduo *borderline* relatar que não tem nenhum senso de *self*, que se sente vazio e que não sabe quem é. E, em quinto lugar, as perturbações cognitivas não psicóticas e breves (incluindo despersonalização, dissociação e delírios) às vezes são causadas por situações estressantes e geralmente passam quando o estresse diminui. Para lidar com ambos os tipos de desregulação, um módulo do treinamento de habilidades da TCD visa ensinar um conjunto básico de habilidades de “atenção plena” – ou seja, habilidades que têm a ver com a capacidade de experimentar e observar conscientemente a si mesmo e os acontecimentos do entorno.

Olhar para frente

Nos próximos quatro capítulos, discuto aspectos práticos do treinamento de habilidades; formato de sessão e o início de treinamento de habilidades; aplicações de estratégias estruturais da TCD e procedimentos de treinamento de habilidades ao treinamento formal de habilidades; e aplicação de outras estratégias e procedimentos da TCD ao treinamento de habilidades. Juntos, esses capítulos preparam o caminho para decidir como conduzir treinamento de habilidades em uma clínica ou consul-

tório. Os cinco capítulos seguintes trazem diretrizes específicas sobre como ensinar habilidades comportamentais que formam o componente formal do treinamento de habilidades da TCD. Devo observar aqui que, embora façamos treinamento de habilidades individual em minha clínica, em nossos ensaios clínicos, esse treinamento foi todo realizado em grupos. Muitas das diretrizes de tratamento contidas neste manual pressupõem que o treinamento de habilidades está sendo conduzido em grupos, principalmente porque é mais fácil adaptar técnicas de treinamento de habilidades em grupo ao trabalho com clientes individuais do que o contrário. (A questão do treinamento de habilidades ser individual ou em grupo será discutida em mais detalhe no próximo capítulo.)

Notas

1 Os psicoterapeutas geralmente usam a palavra “paciente” ou a palavra “cliente” em referência a um indivíduo que faz psicoterapia. Neste manual, uso o termo “cliente”.

No texto que o acompanha, uso “paciente”. Pode-se fazer um argumento razoável para o uso dos dois. A razão para usar o termo “cliente” pode ser encontrada na definição do termo dada pelo *Original Oxford English Dictionary on Compact Disc* 1987: “uma pessoa que emprega serviços profissionais ou comerciais de um homem ou mulher em qualquer linha de trabalho, ou para a qual este age em uma qualidade profissional; um freguês”. A ênfase aqui está na natureza profissional da relação e dos serviços prestados (treinamento de habilidades), no lugar de suposta “doença” da pessoa que recebe os serviços. Outros usos menos comuns do termo – como “aquele que está sob proteção ou apoio de outra pessoa, um dependente” (como em “estado cliente”) ou “um partidário ou seguidor de um mestre” – são menos aplicáveis, pois não transmitem plenamente o caráter independente atribuído ao cliente no treinamento de habilidades da TCD.

2 As ideias apresentadas nesta seção foram tiradas não apenas do texto, como também de Linehan e Koerner (1992), que traz uma discussão condensada da teoria biossocial do TPB.