

Terapia Metacognitiva Interpessoal nos Distúrbios de Personalidade

Giancarlo Dimaggio, Antonella
Montano, Raffaele Popolo,
Gianpaolo Salvatore



COISAS
DE LER

**Terapia Metacognitiva
Interpessoal nos Distúrbios
de Personalidade**

Terapia Metacognitiva Interpessoal nos Distúrbios de Personalidade

Giancarlo Dimaggio,
Antonella Montano,
Raffaele Popolo,
Gianpaolo Salvatore



Capítulo

Psicopatologia dos Distúrbios de Personalidade: Formas e Conteúdos da Experiência Subjetiva

Descrever os aspetos relevantes do transtorno de personalidade permite ter instrumentos fiáveis para conceptualizar o caso e planificar de forma produtiva o tratamento a seguir. Os distúrbios de personalidade (DP) são patologias complexas para as quais concorrem aspetos temperamentais, aprendidos, evolutivos, disfunções relacionais e da capacidade de compreender os estados mentais. Inclui-se a dificuldade em empreender ações autonomamente, regular os estados afetivos e gerir o sofrimento subjetivo de forma consciente.

As áreas que delineiam a psicopatologia dos DP e sobre as quais a TMI se foca, são as seguintes:

- 1) Pobreza narrativa/Estilo narrativo intelectualizante
- 2) Sentido de *agency* escasso ou oscilante
- 3) Esquemas interpessoais patogénicos
- 4) Ciclos interpessoais disfuncionais
- 5) Estados mentais recorrentes
- 6) Disfunções metacognitivas
- 7) Modalidades de *coping* desadaptativas, viéses cognitivos
- 8) Problemas na regulação emocional

Dado que neste volume propomos um modelo de tratamento que se aplica de forma coerente a todos os distúrbios de personalidade tratados, não iremos descrever de maneira sistemática de que forma cada área é alterada num distúrbio particular. Se por um lado a razão desta escolha se deve ao facto de numerosas disfunções e elementos da experiência se apresentarem de forma transversal nos vários distúrbios, por outro lado a coocorrência entre os vários distúrbios e a presença de traços disfuncionais de um no outro esvanecem os contornos da patologia.

No que diz respeito aos estados mentais, estas formas de experiência subjetiva repetem-se nos vários distúrbios de personalidade, mas não existem estados mentais patognomónicos próprios de um transtorno. A grandiosidade desdenhosa caracteriza sim o narcisismo, mas emerge no evitante como resultante de um reforço positivo da autoestima. No estado paranoide a característica mais vistosa é a desconfiança perante os outros, que são considerados como humilhantes, escarneadores e ameaçadores, mas este estado pode estar presente também no evitante e em muitos narcisistas vulneráveis. A severidade julgadora, guiada por um padrão de perfeccionismo moral, é uma característica do transtorno obsessivo-compulsivo de personalidade, estando também presente no passivo-agressivo, no depressivo e no narcisista, e é maioritariamente dirigida a si próprio no caso da personalidade evitante.

O mesmo discurso aplica-se nas disfunções metacognitivas. Nenhuma disfunção do sistema para a compreensão dos estados mentais é exclusiva de algum transtorno de personalidade, e muitas apareceram com diferentes graus de severidade em vários distúrbios, sendo que não podemos considerar que exista um mau funcionamento metacognitivo característico por cada transtorno de personalidade devido à ausência de provas convincentes na investigação (Carcione, Semerari, Nicolò et al., 2011; Dimaggio, Semerari, Carcione et al., 2007; Dimaggio, Carcione, Conti et al., 2009; Semerari, Dimaggio, Nicolò et al., 2005).

Assim a lógica da nossa definição de psicopatologia é fornecer ao clínico uma visão das alterações do funcionamento cognitivo/afetivo, interpessoal, metacognitivo e do que os pacientes pensam e sentem, para que o clínico possa construir uma formulação de caso específica para cada paciente. De qualquer modo iremos sublinhar os aspetos que se referem estritamente aos distúrbios específicos. O leitor poderá portanto reconhecer que tanto a vergonha e o evitamento nas relações em que nos sentimos julgados, como as dificuldades em reconhecer as nossas próprias emoções, são elementos que frequentemente caracterizam um transtorno de personalidade evitante. Raiva gélida desprezadora e vazia, alternada com a ideia de que os outros obstaculizem os nossos objetivos, a facilidade de ficar paralisado na ausência de reações de admiração dos outros, além da tendência para um estilo narrativo teorizador, podem ser sinais que identificam um transtorno narcisista.

Neste capítulo concentramo-nos na patologia da estrutura do discurso e nos conteúdos da experiência, enquanto que no próximo capítulo iremos descrever as disfunções metacognitivas, os viéses do raciocínio, o *coping* desadaptativo e as dificuldades na regulação das emoções e do comportamento.

POBREZA NARRATIVA/ESTILO NARRATIVO INTELECTUALIZANTE

Entende-se por pobreza narrativa a dificuldade em reevocar memórias autobiográficas que descrevam os aspetos cognitivos, emotivos e somáticos da experiência subjetiva, e a carência de memórias pessoais conscientes que edifiquem a identidade e que possam orientar a ação. Os pacientes com distúrbios ou traços disfuncionais de personalidade aqui tratados – lembramos: narcisista, evitante, obsessivo-compulsivo, paranoide, dependente e aspetos passivo-agressivos, depressivos e esquizoides, em diagnósticos particulares e em cada forma de comorbidade recíproca – têm dificuldade em utilizar episódios da própria autobiografia para descrever ao interlocutor os seus sofrimentos e problemas psicológicos (Dimaggio, Salvatore, Popolo et al., 2012; Spinhoven, Bamelis, Molendijk et al., 2009).

Tais pacientes descrevem frequentemente em termos vagos a razão pela qual recorrem a psicoterapia ou atribuem o problema a razões externas, utilizando como base teorias gerais do funcionamento humano; fornecem razões abstratas, intelectualizações, pelas quais os outros obstaculizariam os seus objetivos ou minariam a possibilidade de viver uma vida bem sucedida (Dimaggio, Salvatore, Fiore et al., 2012). O clínico observa um autorretrato estático e mal esboçado. O estilo narrativo é de tipo intelectualizante, a comunicação baseia-se na prevalência em abstrações semânticas, e o recurso à memória autobiográfica é marginal.

Giulia representa um exemplo típico de estilo narrativo intelectualizante. É afetada pelo distúrbio de ansiedade generalizada, hipocondria, e apresenta dificuldades relacionais com o parceiro. Tem trinta e quatro anos e um filho de cinco anos, trabalha como assessora de imprensa para um partido político. Sofre de DP Passivo-Agressivo, obsessivo-compulsivo abaixo do limiar e preenche na totalidade dezasseis critérios da SCID-II.

Iremos descrever detalhadamente a sua história nos capítulos dedicados ao tratamento. Durante a terceira sessão narra a forma como reagiu a um telefonema anônimo, atribuído à companheira do seu amante. A forma abstrata de narração não permitia ao terapeuta compreender o mundo interno da paciente:

P: Da minha parte houve uma diminuição de sentimento porque tive tantas experiências deste género em relações, foi um caminho feito de pequenas coisas. Se calhar nem sequer objeto de uma consciencialização completa, dita, manifesta, explícita e depois, não sei, um gesto faz, revela tudo, não é? Também tudo o que não se tinha dito...nesta circunstância ter-me ligado no domingo, era desesperado porque estava sozinho, ou tinha sido abandonado, não é? Esta sua procura, não foi como uma aproximação especificamente em minha direção, mas mais uma fase de desespero, isso fez com que eu me afastasse porque eu se bem que seja uma pessoa que se aproxima dos outros para reagir ao sofrimento que te dá, mas um pouco, devia tentar, como é que se diz... ele é um pouco insistente nisso, digamos, é uma pessoa muito delicada, está a ver? E depois às vezes uma pessoa também se sente um pouco prepotente ao dizer-lhe que não, não quero mais, não é?esta noite, tentava explicar-lhe estas coisas e ele estava, sentia-o a falar fora de tom, como se tivesse chateado comigo, é como se ele fosse, incapaz de lidar com o conflito, pronto, é isso!

Como se vê, Giulia recorre com facilidade a generalizações, e por conseguinte fornece informações mínimas sobre o próprio mundo interno. Perante frases como: “*Foi um caminho feito de pequenas coisas. Se calhar nem sequer objeto de uma consciencialização completa, dita, manifesta, explícita e depois, não sei, um gesto faz, revela tudo, não é?*” o terapeuta fica desorientado. O que sente Giulia? O que está a pensar? Como resposta a que ações por parte do outro? Giulia interpreta o comportamento do outro: “*mas mais uma fase de desespero*”, mas não o descreve de modo que o clínico possa criar uma ideia pessoal. O que está

a pensar e sentir uma pessoa “*incapaz de lidar com o conflito*”? Giulia também recorre frequentemente à terceira pessoa: “*uma pessoa também se sente um pouco prepotente*”, e o terapeuta é forçado a interrogar-se quem está a pensar ou a sentir.

Para compreender o paciente, o clínico necessita de descrições situadas, contextualizadas, sobre o sofrimento e fatores nos quais este emerge e se mantêm, ou seja da narração de episódios relativos às relações interpessoais. Um bom episódio narrativo, ou seja uma memória autobiográfica específica, desenvolve-se em certos limites espaciais (*onde*) e temporais (*quando*); devem ser identificados os atores presentes na cena (*quem*), o diálogo que a pessoa mantém com eles, o tema sobre o qual se desenvolve (*o que*) e a razão pela qual a história é contada (*porque*) (Neimeyer, 2000).

As narrações dos pacientes afetados pelos DP que aqui tratamos, muitas vezes não satisfazem tais requisitos. A cena da ação é indefinida, os limites temporais são vagos. Os outros são descritos de forma genérica – “a gente”, “os colegas”, “os homens”, “as mulheres”, “os familiares” – e o comportamento é explicado na base de estereótipos ou generalizações.

Por exemplo, um paciente narcisista com traços paranoides, que chega à psicoterapia devido a problemas relacionais, quando questionado sobre a motivação das suas dificuldades limita-se a responder com afirmações genéricas, como por exemplo: “*Tenho que manter as mulheres longe de mim porque tentam enganar-me e limitar a minha liberdade*”; um paciente com transtorno evitante e traços dependentes afirma: “*Se perder a minha namorada ninguém gostará de mim porque sou um incapaz*”. Descrições como estas fornecem poucas informações sobre aquilo que, no dia-a-dia, evoca pensamentos e emoções que geram sofrimento e deixam o clínico sem as informações necessárias para a compreensão do funcionamento do paciente.

Uma ilustração de pobreza narrativa é-nos exemplificada por Riccardo, um biólogo de trinta anos, com um transtorno da personalidade evitante de extrema severidade, com traços passivo-agressivos e esquizoides, e aspetos de narcisismo *covert*. Um ano antes de começar a terapia tentou suicidar-se cortando os pulsos num parque. Nos seguintes meses de tratamento, iniciou uma relação com uma mulher mas negava envolvimento afetivo, nem se encontravam nele indicadores não-verbais de real interesse por esta pessoa. Quando o terapeuta tenta esclarecer quais as razões por ter iniciado um relacionamento, Riccardo não consegue dar razões claras, além do interesse sexual. Utiliza antes explicações abstratas para se convencer a si próprio e ao terapeuta da ausência de qualquer ligação: “*Somos diferentes em tudo. As nossas famílias têm backgrounds diferentes e os amigos dela são todos de extrema esquerda, enquanto eu sou moderado*”. Riccardo alonga-se em teorizações. Após momentos de intenso mal-estar e afetivamente esmagado, descrevia-se como: “*Alguém que não é capaz de surfar entre situações, o meu estilo é navegar com elegância de forma a gerir eventuais problemas que, na verdade, podem não se apresentar*”. O terapeuta tem dificuldades em compreender como e porquê Riccardo sente e age de uma certa forma. Os pedidos de detalhes autobiográficos por parte do clínico geram apenas um enriquecimento mínimo da cena da ação; a capacidade de Riccardo aceder à memória autobiográfica estava severamente comprometida.

Para poder formular o caso em conjunto com o paciente, o clínico precisa dos detalhes da experiência subjetiva vivida, para compreender o que, nas circunstâncias interpessoais stressantes, desencadeou a ação. Na TMI o terapeuta não vai à procura de atribuições causais abstratas dos eventos, mas sim dos modos nos quais o paciente, através da especificidade dos episódios, no encontro com os outros, pensa e sente, e em como este pensar e sentir representam a raiz do sofrimento e dos comportamentos que obstaculizam o seu bem-estar, bem como a sua estabilidade relacional.

Uma das razões da procura persistente de episódios autobiográficos específicos, é a de que estes facilitam o acesso às emoções (Gonçalves, Mendes, Cruz et al., 2012). As pessoas avaliam os eventos significativos e relevantes de acordo com os seus objetivos e de forma quase inconsciente, e tais avaliações assumem o controlo de todos os sistemas comportamentais. As emoções são a força que move para a ação. Portanto os comportamentos emocionalmente guiados são colocados no topo da lista das prioridades de questionamento do terapeuta. Pelo contrário, as teorias abstratas oferecem um conhecimento escasso ou nulo dos processos emocionais.

As narrações destes pacientes são emocionalmente pobres. Os pacientes com DP aqui descritos têm dificuldades com as emoções, quer positivas quer negativas – um aspeto nuclear da disfunção metacognitiva que trataremos no capítulo 2 – desvalorizam as emoções, têm dificuldades em nomeá-las, reprimem-nas, e não as usam como orientação nas ações sociais, substituindo-as com teorias gerais sobre o funcionamento da mente humana.

Portanto uma boa memória autobiográfica inclui informações sobre as quais se poderá inferir o desejo (*wish*) que leva a pessoa a agir, o que fez ou pensou em fazer para o realizar, ou quais as condições nas quais imaginava vir a ser realizado; de que forma responderam os outros e como o paciente reagiu a esta resposta. Tipicamente, nas narrações empobrecidas dos pacientes que sofrem de DP, um ou muitos destes elementos são de difícil identificação.

Muitos pacientes com DP manifestam alguma pobreza narrativa, mas existem diferenças individuais relevantes. Alguns conseguem descrever cenas recorrentes, mas têm dificuldades em focar-se em episódios específicos. Por outro lado, outros quase não conseguem transformar a razão do problema em narração.

Muitas vezes a pobreza narrativa não depende da dificuldade em *recordar* os episódios. É possível que as recordações autobiográficas te-

nham sido mal *processadas*, e portanto a pessoa tenha uma base escassa de memórias pessoais (Liotti, 1994). Quando confrontados com o pedido de recordação das memórias que fundam a identidade, os pacientes podem sentir-se frustrados porque estão à procura de algo que está em falta. Devemos lembrar-nos que, nestes pacientes, a memória autobiográfica continua, diariamente, a ser inutilizada, e por isso permanece atrofada. A não ativação das áreas cerebrais destinadas à fixação, reevocação e uso dos episódios narrativos pessoais, deixa-as, num certo sentido, hipotónicas. Portanto, saber que a pobreza narrativa não é só relativa à história de desenvolvimento, mas é uma disfunção que se mantém a si própria automaticamente, autoriza o clínico a treinar novamente os pacientes a narrarem-se, como iremos ver no capítulo 6.

Menos típica destes pacientes é a desorganização narrativa, mais característica dos distúrbios borderline e histriónico (Adler, Chin, Kollisetty et al., 2012). De qualquer modo sublinhamos que alguns pacientes aqui descritos, apresentam um discurso fragmentado: têm dificuldade para criar hierarquias de relevâncias nos temas da narração, falam de forma caótica abrindo inúmeros parênteses que muitas vezes não fecham, e saltam de um argumento para outro sem possibilidade de reencontrar nexos de fácil compreensão. Por isso o clínico tem dificuldade em concentrar-se num tema específico.

SENTIDO DE *AGENCY* ESCASSO OU OSCILANTE

O sentido de *agency* refere-se à consciência subjetiva de ser habitado por desejos, intenções e propósitos, e à capacidade de iniciar, executar e controlar ações destinadas a alcançar os mesmos. Trata-se da consciência de ser a fonte das suas próprias ações. Os pacientes com DP podem agir e fazer escolhas na vida social sem ter consciência de as ter criado do interior. A falta de *agency* nos DP descreve-se como: 1) a escassez de fontes interna que geram o comportamento; 2) a dificuldade em

reconhecê-las quando presentes; 3) a incapacidade de programar e manter planos comportamentais criados por desejos compreendidos como autogerados (Adler et al., 2012; Dimaggio, Vanheule, Lysaker e outros, 2009). O teste de realidade permanece intacto e os pacientes não se sentem controlados por forças alheias.

No campo das ciências cognitivas, dos distúrbios neurológicos e da psicose, a falta de *agency* refere-se a uma severa incapacidade no reconhecimento do movimento físico e do pensamento como auto-gerados. Como tal pacientes neurológicos e com esquizofrenia podem ter dificuldades ou incapacidade no reconhecimento de ter movido voluntariamente um braço (percebido como movido do exterior) ou que um pensamento nasceu na própria mente e não foi inserido por outras entidades (alienígenas, por exemplo) (Frith, 1992; Lafargue, Franck, Sirigu, 2006).

Não mencionaremos aqui as fraturas de *agency* nas formas básicas, muitas vezes inconscientes. Referimo-nos, pelo contrário, à falta de conhecimento consciente de agir no domínio pessoal e social orientados pelos nossos próprios propósitos. Na ausência de uma consciência de ter intencionalmente gerado a ação, os pacientes não sabem que podem alterar o curso da mesma. Os pacientes com DP obsessivo-compulsivo podem dizer: “*Faço isto porque é a forma correta*”; uma paciente com transtorno de personalidade dependente: “*Não trabalho porque a minha mãe se sentiria abandonada e magoada*”. Confrontada com a ideia de que o problema não é a reação da mãe, mas o facto da paciente, perante ela própria, poder sentir-se culpada, sujeita à crítica e exposta ao abandono, não reconhece ter um poder de decisão. Está convencida de que não existe alternativa possível. Outras afirmações que indicam o problema são “*Não sei o que fazer*”, “*Não tenho ideias*”, “*Os outros ficariam tristes*”, “*É a única forma que conheço*”.

A falta de *agency* pode ser em parte atribuída a viéses cognitivos, como por exemplo, a referência constante ao sentido do dever como

orientador da ação (Ellis, 1962), mas não é redutível a estes. Um paciente com DP obsessivo-compulsivo, caso consiga reconhecer a referência excessiva aos standards morais para agir, e tendo compreendido que isso gera sofrimento, continuará a ter dificuldade em identificar fontes internas alternativas que poderiam orientá-lo na ação. Por outras palavras, assim que seja superado o viés cognitivo que obstaculiza a ação intencional, o paciente fica desprovido de uma referência interna sentida como própria e capaz de o reativar.

Portanto, a redução do sentimento de *agency* gera problemas na regulação das escolhas, de dois tipos em particular. O primeiro é a tendência a agir tendo como referência os propósitos e intenções dos outros. Na ausência de uma referência interna, e tendo necessidade de agir, decidir e escolher, o paciente submete-se ao outro, contenta-o, depende da sua vontade, perdendo assim um fundamento de identidade (Carcione, Conti, 2003).

O segundo, consequência do primeiro, é que faltando um motor interior, a percepção de pressão exterior é elevado. Os outros são percebidos com facilidade como tirânicos, constritivos, prontos a impor a sua própria vontade. A partir deste conjunto de escassa *agency*, e percepção dos outros como prepotentes, dominadores, origina-se o comportamento opositor, que acontece frequentemente quer no passivo-agressivo quer nos pacientes narcisistas *covert*, e por vezes também nos evitantes. Os pacientes com *agency* escassa, quando não regulam o seu comportamento em função da satisfação dos outros, se moldam aos outros, ou se rebelam e opõem, ficam paralisados.

Giovanni, trinta e cinco anos, afetado por DP de personalidade obsessivo-compulsivo e paranoide, e ansiedade generalizada, narra ter ido acampar com um amigo. Este último tinha um equipamento moderno, tecnológico e eficiente do qual o paciente tinha inveja. Assim que o terapeuta ajuda o paciente a superar o sentimento de inferioridade e inveja, o paciente sente espanto e paralisia. Naquele momento sentia que

em teoria não havia nada que o impedisse de comprar o equipamento: contudo não sabia como fazê-lo. Sentia-se vazio, fragmentado e confuso, ineficaz e paralisado. A parálise tinha correlações somáticas que se manifestavam em fraqueza muscular e dificuldades na movimentação dos membros.

A construção de um sentido estável de *agency* baseia-se na vinculação segura. A criança necessita sentir-se segura na relação com o cuidador, antes de iniciar a exploração do mundo circundante (Bowlby, 1988). A ativação do sistema exploratório envolve na criança o medo do desconhecido, juntamente com o desejo de ter novas experiências. A ativação do sistema exploratório persiste, mas o medo ativa paralelamente o apego. Se a criança se confronta com uma figura de vinculação presente, que valida e encoraja a autonomia, continuará a explorar, desenvolvendo *agency* e eficácia pessoal. Por outro lado, caso a figura de vinculação seja ausente ou invalidante, o medo da criança irá persistir, levando-a em breve a renunciar à exploração. Experiências repetidas deste gênero, irão impedir a descoberta do destino dos desejos e ideias enquanto os planeamos e perseguimos. Nem conseguiremos sentir a satisfação com a sua realização. Como consequência não nos apropriamos das memórias do nosso corpo e da nossa mente no processo de iniciar, desenvolver e completar um projeto. Assim não aprendemos a monitorizar a forma como os nossos planos se modificam de modo a superar os pequenos imprevistos. A ausência destas experiências deixa o adulto privado de estruturas que fazem de ponte entre o início da ação e a sua finalização. Como consequência emergem com facilidade as sensações de vazio, de confusão, de paralisia, e a percepção de se ser controlado do exterior.

Identificamos traços de como surgiu a ausência de *agency* em Tiziano, um paciente de trinta e seis anos, afetado por um distúrbio de personalidade evitante com perturbação obsessivo-compulsiva e paranoide de personalidade abaixo do limiar, com um total de vinte critérios preenchidos no SCID-II, perturbação obsessivo-compulsiva no eixo I,

e fobia social. O paciente, com seis anos pede à mãe para se inscrever numa escola de futebol, enquanto ela estava a fazer croché. A mãe sem olhar para o filho, desvaloriza o pedido dele: “*Mas o que tens de fazer com a bola?! Não querias tocar piano? É menos perigoso e mais bonito!*”. Quando Tiziano reevoca esta memória autobiográfica em sessão, lembra-se que naquele momento tinha desejado inscrever-se na escola de futebol, mas que hoje em dia duvida da autenticidade do que tinha sentido. Queremos sublinhar que está presente na narração a fonte do desejo que, no entanto, não foi validado pela mãe.

Existe alguma possibilidade de que as experiências de *agency* dos adultos resultem de histórias de desenvolvimento nas quais os cuidadores foram capazes de reconhecer desejos e intenções autónomas da criança, de lhes dar valor e atenção transpondo-as noutras atividades. Na base da *agency* no adulto, está a capacidade das figuras parentais de acompanhar, numa parte do percurso, o destino do desejo da criança, mostrando capacidade de interagir com ela na execução da ação e de forma dialógica e respeitadora, oferecendo sugestões e sem se sobrepor à própria criança na execução (Tomasello, Carpenter, Call e outros., 2005).

A diminuição da *agency* nos DP (Dimaggio, 2011; Dimaggio, Vanheule, Lysaker et al., 2009) pode conduzir à perda do sentido de identidade, porque agir diariamente sem qualquer consciência de influenciar voluntariamente os acontecimentos, priva a pessoa da ideia de ter núcleos estáveis que a orientam, nos quais possa espelhar-se e dizer: “*Sou feito assim, sou levado por estas tendências e desejos*”. Por exemplo, os pacientes com distúrbio de personalidade dependente podem perceber-se privados do poder de decisão e veem as suas ações orientadas por parceiros, leaders carismáticos. Reconhecem que a ideia e o estímulo de satisfazer o seu parceiro se encontra na sua mente, mas não conseguem ver que a pulsão tem uma fonte interna e não em regras ameaçadoras, inquietantes e abstratas. Quando o terapeuta tenta ajudá-los a perceber

que as suas ações são ditadas pelos seus desejos, eles bloqueiam, ficam confusos e assustados. Não encontram nas suas mentes nenhuma referência na qual possam confiar (Dimaggio, Semerari, Carcione et al., 2007).

Da mesma forma muito pacientes com DP obsessivo-compulsivo são guiados por regras morais exteriores ao próprio corpo e espírito, por standards inflexíveis e perfeccionistas de ética e performance (Millon, Davis, 1996). E por conseguinte, não sabem que têm o poder de decidir (Dimaggio, Carcione, Salvatore et al., 2011).

Os pacientes narcisistas apresentam uma anomalia particular de *agency*. Estes são “hiperagenciados” no sistema agonístico, mas sentem falta de *agency* se guiados por outros sistemas motivacionais. Fora do contexto competitivo, por exemplo na tentativa de satisfazer a necessidade de cultivar amizades, divertirem-se, gozar a vida, persistir num propósito superando as dificuldades e frustrações, entram rapidamente em estados reativos de acusação do outro, paralisam, revivem experiências primordiais de inadequação e param. É possível que os pais do futuro narcisista o tenham negligenciado e não tenham ensinado aos filhos que, se desejam alguma coisa, é porque têm uma motivação interna que os empurra e que, se quiserem alcançar os próprios objetivos, eles estão presentes para os apoiar. Aos narcisistas falta a experiência de serem acompanhados com afeto desde o desejo à sua realização.¹

Riccardo tinha uma severa carência de *agency*. Nas relações sentimentais nunca declarava a sua atração por uma mulher, exceptuando

¹ Lembramos que uma manifestação semelhante à falta de *agency* é descrita no distúrbio de personalidade borderline e denominado “eu alheio” (Vedi Allen, Fonagy, Bateman, 2008). A consequência de um estilo parental ineficaz e de uma relação de vinculação desorganizada, na qual o *cuidador* falha na importante tarefa de espelhamento e modulação dos estados afetivos, desenvolve na criança um núcleo de pensamentos, emoções e sensações percebidas como partes de si, mas não pertencentes ao si, como se fosse uma espécie de eu alheio, constituído pelo outro internalizado. Em idade adulta as pessoas com transtorno borderline continuariam a agir guiadas por este eu alheio, reduzindo a vontade, sentindo que têm como única escolha a de condescender aos seus pedidos, mesmo que por vezes seja possível compreender, por sinais verbais e sobretudo não verbais, que a vontade expressa não é a vontade própria. Ocasionalmente têm uma consciência limitada de que os objetivos que querem alcançar não são os que gostariam de alcançar se não fossem guiados pelo controlador alheio. Tornando-se mais conscientes das suas próprias necessidades, sentem-se sem poder nenhum porque o eu alheio ainda está a operar.

o desejo sexual que sentia ocasionalmente. Continuaría a encontrar-se com uma mulher apenas se esta manifestasse um interesse duradouro por ele, mas nunca declarando o seu próprio envolvimento. Assim descrevia-se como pressionado pelo exterior, e muitas vezes forçado a relacionar-se. Na área laboral o problema era ainda mais marcado. Uma vez licenciado, não mostrava nenhuma vocação, ficava passivamente no laboratório onde tinha feito o estágio, sem demonstrar particular interesse. O terapeuta perguntava se tinha desejos, planos e ambições laborais, mas nada aparecia. Riccardo declarava que tudo tinha o mesmo valor e nada fazia para encontrar um trabalho estável ou gratificante. Esta passividade era acompanhada por um sentido de vazio, aborrecimento, abulia, confusão sobre a própria identidade. Somente no momento em que perdia as oportunidades Riccardo descobria nele próprio a existência de tendências para a ação. Assim que a parceira, que dizia não amar, o abandona, tenta o suicídio por overdose de medicamentos. Durante anos declarou-se apaixonado. Por outro lado, quando começou uma relação com outra companheira, sentiu novamente a sensação de apatia, passividade e falta de entusiasmo, afirmando que estava no relacionamento por vontade dela e não queria desiludi-la.

ESQUEMAS INTERPESSOAIS PATOGÉNICOS

Os seres humanos agem na cena social orientados por propósitos e desejos e pelas suas crenças relativamente às condições que permitem, ou não, realizar tais desejos. Baseando-se em disposições caracteriais e, sobretudo, em experiências relacionais repetidas, os adultos formam estruturas estáveis de atribuição de significado sobre como os outros responderão aos seus próprios desejos, que tipo de reações obterão em resposta, planeando assim a realização dos seus próprios desejos (Caspar, Ecker, 2008; Kramer, Rosciano, Pavlovic et al., 2011). Estas estruturas designadas esquemas interpessoais, são estruturas cognitivo-afectivo-somáticas que as pessoas formulam tanto conscientemente como

automaticamente, e que os clínicos inferem através do discurso e do comportamento não verbal dos pacientes.

Os esquemas formam-se a partir de motivações primárias, selecionadas na evolução (Gilbert, 1989; Lichtenberg, 1989; Panksepp, 1988) como, por exemplo, a necessidade de amor, proteção, estabilidade, cuidado, aceitação (e que contribuem para a formação de ligações estáveis com os pais e o grupo), e também experienciando autonomia e explorando o ambiente. Cada indivíduo age segundo comportamentos guiados pelos chamados sistemas motivacionais interpessoais (Liotti, Monticelli, 2008) ou mentalidades sociais (Gilbert, 2005), ou seja sistemas de regras inatas que organizam o comportamento para satisfazer propósitos (motivações), direcionadas para a sobrevivência e adaptação no nicho social do indivíduo.

Os principais sistemas motivacionais interpessoais ativos nos seres humanos são:

- vinculação
- cuidados
- pertença ao grupo
- ligação sexualizada estável
- cooperação na realização de objetivos
- espírito de competição /classe social/competição para o acesso aos recursos
- autonomia/exploração

Os sistemas motivacionais mais articulados e tipicamente humanos são: *agir de forma espontânea, jogar simbolicamente, adquirir um sentido de competência, construir um sentido de identidade estável* que ajude a orientar-se numa mudança de contextos, manter um bom nível de *autoestima*. Na idade adulta, uma boa imagem de si mesmo depende maioritariamente da perceção de que os desejos subjacentes aos vários âmbitos motivacionais sejam potencialmente satisfeitos. Podemos ter

estima por nós próprios porque nos sentimos amados, sabemos cuidar, seduzimos com facilidade, ou temos sucesso social.

Durante a infância os comportamentos guiados pelos sistemas motivacionais têm que encontrar acolhimento e apoio. A partir das predisposições inatas da criança, o *caregiver* responde assim aos seus pedidos, atua utilizando comportamentos regulares e recorrentes, dependendo dos vários sistemas motivacionais ativados. A criança memoriza progressivamente estas recorrências, e através delas formula abstrações que são interiorizadas e transformadas em esquemas relacionais.

Por exemplo, caso a criança tenha um progenitor que se demonstre repetidamente indisponível a ouvir e satisfazer as suas exigências emotivas, ao ter aprendido estas recorrências, a criança irá imaginar que se desejar cuidados e expressar o seu pedido de forma explícita, o progenitor mais uma vez não estará disponível.

Esta previsão do comportamento do Outro significativo pode levá-lo a fechar-se de forma defensiva nele próprio e afastar-se de todos para se proteger da dor de ser incompreendido e recusado. Isso levá-lo-á, em idade adulta, e de forma crónica, a não se sentir amável, apesar disto acontecer de forma latente e nem sempre consciente. A previsão do comportamento do Outro e esta resposta do Eu, tornar-se-ão com o tempo, num esquema interpessoal que a pessoa usará para interpretar os eventos e para se orientar nas relações sociais.

Um esquema leva a selecionar somente as informações que o confirmam, ignorando ou desvalorizando as que o poderiam eventualmente invalidar, de forma automática e disfuncional e em consonância com o próprio esquema. Por exemplo, um indivíduo com um esquema no qual ele não é amável nem tampouco digno de ser ouvido, selecionará no ambiente informações relevantes para compreender se os outros o amam ou não; num contexto de interação

social, terá atenção aos mínimos sinais de recusa que suspeita ver no comportamento dos outros.

Este esquema tem como base o *desejo* e a crença central, a imagem de si próprio subjacente ao desejo. Uma crença central típica dos DP é “não sou passível de ser amado”. Judith Beck (2011) descreveu o modo como a autoimagem prevalente, a crença central, leva a viéses sistemáticos na elaboração das informações (*ver fig. 1*).

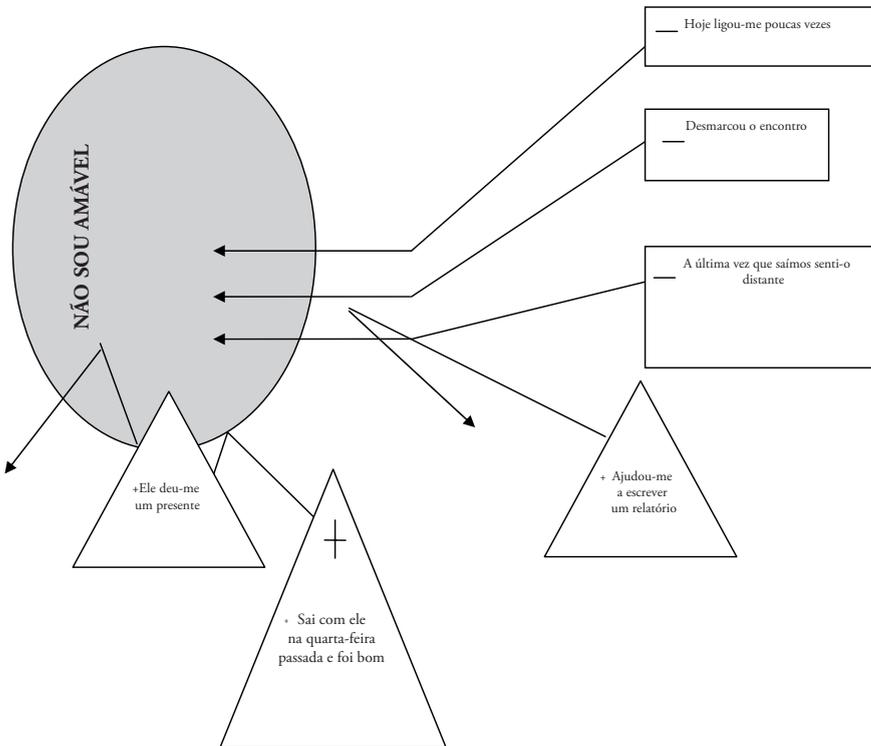


Figura 1 – A crença central e os viéses na elaboração das informações

Na figura 1 a crença central “não sou amável” corresponde à imagem de si próprio subjacente à motivação da vinculação. Pressionado por esta motivação e guiado por esta crença a priori, a pessoa está hiper-atenta aos sinais de possível recusa (“*senti-o distante*”) ou aceitação (“*deu-me um presente*”).

Um esquema causa respostas no ambiente e cumpre inúmeras funções:

1) seleciona a informação que entra: damos atenção ao que é relevante para o desejo ativo – se estiver à procura de comida irei notar as tabuletas dos restaurantes e não das lojas de roupa;

2) interpreta os eventos conforme as previsões: se receio a avaliação do outro, estarei hipersensível aos sinais de avaliação e a minha leitura das expressões faciais estará provavelmente distorcida nesta direção;

3) leva a pessoa a prever/antecipar o que irá acontecer: se o esquema prevê que o outro me irá recusar quando estiver à procura da sua atenção, então terei tendência a prever que isto irá acontecer com facilidade quando estiver à procura de atenção;

4) até certo ponto, mune os outros de intencionalidade e leva-os a adaptar-se de forma congruente com o próprio sistema.

Na gênese dos esquemas o temperamento desempenha um papel, ou seja, disposições caracteriais inatas, como o pessimismo, o otimismo, atitude na exploração, etc. O estilo de vinculação é importante, mas não é fundamental no nosso modelo: as representações ligadas à vinculação não são necessariamente estáveis no decorrer da vida, e portanto, uma vinculação insegura na infância pode tornar-se segura na idade adulta, através de experiências corretivas.

A história dos outros esquemas motivacionais, como por exemplo a forma como a pessoa aprendeu a modular a competição, é um fator que levará provavelmente à formação de esquemas desadaptativos no adulto.

A partir da sua base temperamental, o indivíduo seleciona, integra e organiza os acontecimentos pertencentes à sua vida, produzindo respostas pessoais. As emoções resultantes formam em seguida as experiências internas e interpessoais, gerando significações. Estes esquemas têm

plasticidade e estão em contínua evolução; um esquema que se formou nos primeiros anos de vida pode modificar-se, mais ou menos radicalmente, através de acontecimentos de vida subsequentes. Os esquemas interpessoais têm origem a partir do sucesso ou insucesso experienciado pelo paciente na realização de ações orientadas pelos sistemas motivacionais. Portanto a patologia no adulto pode ser desenvolvida também na presença de uma vinculação segura, caso outros sistemas motivacionais não encontrem um ambiente favorável às suas explicações. Um adolescente que tenha vivido num contexto rural, amado e cuidado, transfere-se para a escola superior de uma grande cidade. Neste contexto não se consegue inserir no grupo, é considerado grosseiro pelos rapazes que gozam com ele pelos seus modos e pelo seu sotaque, e não o convidam para ir às festas. As raparigas evitam-no, e consideram-no um *foleiro*. Falta-lhe agilidade na conversação típica dos pares e não consegue evitar a exclusão inicial. Nesta situação o rapaz sentir-se-á excluído socialmente e sentirá uma profunda insatisfação existencial porque o seu sistema motivacional, com vista a pertencer ao grupo, não encontra uma ancoragem satisfatória neste meio. Apesar da vinculação segura do adolescente, a sua autoestima poderá colapsar tornando-se terreno fértil para a psicopatologia.

Segundo a TMI na prática clínica não se pode dar atenção exclusiva aos primeiros anos de vida do paciente; a conceptualização do caso poder-se-á focar também em circunstâncias relativamente recentes que possam ter contribuído para a cristalização de um esquema patogénico.

A ESTRUTURA DOS ESQUEMAS INTERPESSOAIS PATOGENICOS

O esquema interpessoal é uma estrutura processual intrapsíquica, uma representação subjetiva do destino que será dado aos nossos desejos no decorrer dos relacionamentos com os outros. É uma estrutu-

ra que se consolidou no tempo e que provem de inúmeras experiências de aprendizagem generalizadas, das mais precoces às mais recentes, de relacionamentos entre pares, entre colegas, ou sentimentais. O esquema é uma “recordação generalizada” da forma como foram acolhidos os próprios desejos no passado, de qual o grau de satisfação de que disfrutaram, e é, ao mesmo tempo, uma expectativa interiorizada, uma configuração cognitivo-afectiva com caráter de previsão - “*as coisas irão correr assim*”-, que guia a ação - “*como as coisas irão correr assim, tentarei fazer isto*”.

O esquema articula-se a partir da ativação de um *Desejo (Wish)* guiado por imagens de si próprio que tendem a prever se aquele desejo será satisfeito ou não; o desejo ativa planos e procedimentos que são dirigidos à satisfação de tipo “se...então...” e que tipicamente evocam uma *Resposta do Outro*. Esta resposta gera uma *Resposta do Eu* de tipo emotivo, comportamental e cognitivo à resposta do outro. Iremos descrever em detalhe a estrutura do esquema interpessoal (fig.2) no capítulo 3.

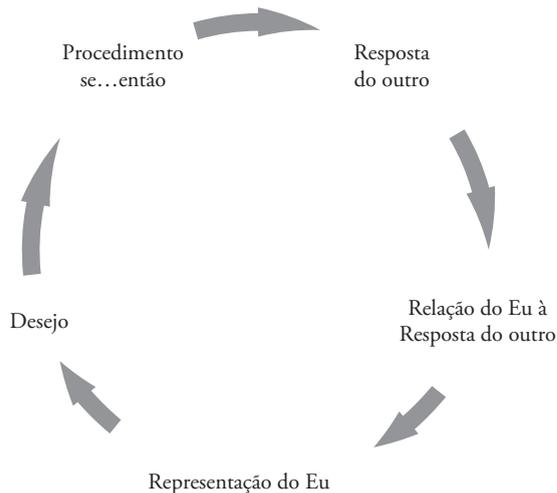


Figura 2 - Estrutura do esquema interpessoal

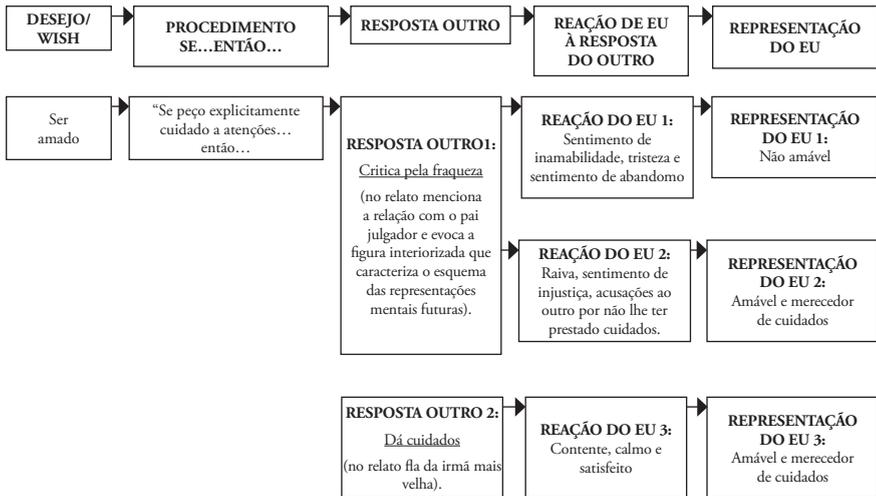
Nos DP os esquemas são ativados com facilidade e muitas vezes geram emoções intensas e desreguladas, que são difíceis de modular – por exemplo, raiva ou angústia – porque os temas em que se baseiam são difíceis de discutir. Todavia, os esquemas interpessoais não são leituras sensíveis daquilo que efetivamente acontece nas relações, mas geram interpretações rígidas e disfuncionais, impedindo visões alternativas.

Por exemplo, se um indivíduo tem a expectativa que o Outro não irá responder ao seu desejo de ser cuidado, pode aproximar-se com ansiedade, mantendo uma atitude defensiva e fechada, falando com voz contraída e tensa; a partir do comportamento transparece uma mistura de dor e raiva ressentida, que deriva do medo inconsciente de ser abandonado. Esta forma de se estar em relação irá induzir no Outro respostas de confirmação do esquema (Safran, Muran, 2000). Perante hostilidade e fecho, irá reagir agressivamente ou com desinteresse. Neste momento o desinteresse ou a hostilidade do Outro, irão confirmar a representação do Eu: “*Não sou digno de ser amado e cuidado*”.

Nos pacientes com DP as representações do Eu mais comuns e subjacentes à obtenção dos desejos, estão ligadas às seguintes crenças de base: *não amável, não adequado, com defeito, indigno de, de escasso valor, impotente, paralisado, culpado, incompetente, desconfiado, traído e onipotente* (Beck, 2013). Entre as representações típicas do outro, estão as seguintes crenças: *outro ameaçador, rejeitante, abusador, hipercrítico, controlador, inapto, incapaz, enganador, que merece ser punido, ideal* (Beck, 2013).

A partir do mesmo *wish* podem desenvolver-se mais esquemas interpessoais; por exemplo o mesmo *wish* “desejo ser amado”, e à mesma representação do Outro como rejeitante, crítico, desprezador, pode opor-se uma representação subjacente do Eu, saudável e adaptativa, como: “*Mereço ser amado*”. Neste caso a resposta do Outro será percebida como injusta, violenta e agressiva e a reação do Eu à resposta do Outro não será um fechamento depressivo, mas uma reação de raiva por não

ter satisfeito uma justa necessidade. Para maior clareza representamos o que descrevemos num esquema (fig. 3):



No exemplo supracitado relativo à não -amabilidade, os pacientes chamam à atenção do clínico para a representação patogénica do Eu. Porém, se o paciente tivesse somente esta representação do Eu, teria dificuldade em começar um percurso terapêutico, porque não imaginaria a existência de um Outro acolhedor capaz de o ajudar, estaria desde o início à espera de ser recusado e estaria cronicamente deprimido. Portanto, o clínico deve presumir que exista, ainda que minimamente, uma representação do Eu mais funcional, um Eu passível de ser amado e que merece cuidados – uma representação que podia ter sido adquirida e estruturada através de um *caregiver* secundário – o outro progenitor, um avô, um irmão mais velho o que explica a resposta de raiva caso o Outro seja rejeitante: “Se mereço ser amado e não me amas, és culpado”. Por isso a representação disfuncional do Eu, contida no esquema patogénico é a razão de base do sofrimento ou disfunção social, pela qual o paciente inicia uma terapia, enquanto a representação do Eu funcional se encontra na base da esperança do paciente de encontrar um parceiro relacional – a partir do terapeuta (Weiss, 1993) – que o valide e o faça sentir-se passível de ser amado.

TERAPIA METACOGNITIVA INTERPESSOAL
NOS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE

Reportamos nesta tabela 1 os esquemas encontrados com mais frequência nos DP aqui tratados.

DESEJO	RESPOSTA DO OUTRO	RESPOSTA DO EU	IMAGEM DO EU	DP
Cuidados	Distante Desinteressado Recusa cuidados	Triste Deprimido Sozinho	Não amável	PERVASIVO (presente em todos DP)
Cuidados	Recusante Crítico	Vergonha Indignidade	Imperfeição Não amável	EVITANTE DEPENDENTE OBSESSIVO- COMPULSIVO
Cuidados	Intrusivo Tirânico Agressivo	Fechamento Receio, retirada Complacência para acalmar o agressor	Vulnerável	DEPENDENTE EVITANTE OBSESSIVO- COMPULSIVO
Apreciação	Crítico Desprezador	Humilhação Falhanço Derrota Depressão	Escasso valor	NARCISISTA OBSESSIVO- COMPULSIVO EVITANTE DEPENDENTE DEPRESSIVO
Apreciação	Crítico Insatisfeito	Standard de Perfeição	Aceitável de forma condicionada Subordinado	NARCISISTA OBSESSIVO- COMPULSIVO PARANOIDE
Apreciação	Crítico Desprezador	Raiva Injustiça sofrida Protesto Oposição	Merece reconhecimento Capaz mas incompreendido Danificado	PERVASIVO (presente em todos DP)
Apreciação	Aceita Julga positivamente	Alívio transitório Eficaz Continua a temer o juízo	Moralmente digno Aceitável em função do juízo positivo do outro	OBSESSIVO- -COMPULSIVO DEPENDENTE
Autonomia ²	Obstaculiza Controla Desvaloriza Sofre Culpabiliza	Paralisia Ansiedade Dependência Culpa	Inadequação Frágil Incapaz Impotente Culpado Nocivo	DEPENDENTE EVITANTE PASSIVO-AGRES- SIVO NARCISIS- TA COVERT DEPRESSIVO
Autonomia	Obstaculiza Controla Desvaloriza	Raiva Sentido de opressão Fuga da relação	Capaz mas não suportado pelo ambiente	NARCISISTA DEPENDENTE EVITANTE PASSIVO- -AGRESSIVO PARANOIDE
Apreciação ³	Admira	Exaltação Elevada autoestima	Grandiosidade	NARCISISTA

PSICOPATOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE:
FORMAS E CONTEÚDOS DA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA

Segurança	Ameaçador Humilhante	Medo Fuga Desconfiança Raiva reativa	Vulnerável	PARANOIDE PASSIVO- -AGRESSIVO EVITANTE NARCISISTA <i>COVERT</i>
Inclusão no grupo ⁴	Diversas Incompreensí- veis Inacessíveis	Alienação Isolamento	Diversas Inferior Sozinho	EVITANTE DEPENDENTE (Se isolado socialmente)

Tabela 1 – Esquemas frequentes nos DP aqui tratados

² Descrevemos em esquema para abreviar as respostas divergentes do Outro e as ações do Eu. Perante o desejo de autonomia do paciente, o outro obstaculiza-o em diversos modos: desvaloriza explicitamente provocando parálise ou demonstra sofrimento perante a ideia de que o paciente o negligencie, induzindo culpa e tristeza.

³ O esquema associado à necessidade de apreciação no qual o outro julga positivamente não é patogénico por estrutura, mas pelo facto do paciente não conseguir desvincular-se da necessidade de aprovação e, na ausência de sinais continuados de confirmação, reemerge o esquema oposto, no qual o outro desvaloriza. É, portanto, um esquema de *coping* compulsivo.

⁴ O esquema associado à necessidade de inclusão no grupo encontra-se presente no distúrbio dependente exclusivamente em pacientes que dependem de escassas figuras de referência (pais, *partner*) e não se conseguem comprometer com os outros.

CICLOS INTERPESSOAIS

Os *ciclos interpessoais* podem ser ativados nas relações atuais, a partir do esquema interpessoal e do modo como os desejos da pessoa encontram os desejos, perspectivas, intenções e projetos dos outros (Safran, Muran, 2000).

Sublinhamos que os conceitos de esquema interpessoal e ciclo interpessoal são distintos: o primeiro é uma estrutura intrapsíquica que organiza a experiência e o comportamento, enquanto o segundo é um processo intersubjetivo. Em síntese, o esquema está na pessoa, o ciclo acontece entre as pessoas. Ao longo da vida a troca mútua entre estes dois elementos acontece: as estruturas internas formam os processos intersubjetivos que se repetem e são interiorizados tornando-se em estruturas estáveis e mudando o repertório de esquemas da pessoa (Hermans, Dimaggio, 2004).

O ciclo interpessoal tem início no momento em que a pessoa, guiada pelo próprio esquema, age e assiste à resposta do outro o qual, por sua vez, reage. As reações evocam emoções e pensamentos, induzindo a pessoa a experienciar afetos e ideias que confirmam o esquema patogénico, reforçando o motor das ações disfuncionais.

Neste ponto a saída do circuito comunicativo problemático é impedida. Logo, o ciclo interpessoal resulta de uma sequência de eventos intersubjetivos, de uma indução recíproca de ações, comportamentos, afetos que sustentam a disfunção relacional, para a qual os participantes acabam por contribuir em grande parte de forma automática e inconsciente.

Pense-se num paciente com DP obsessivo-compulsivo que tem a tendência para se sobrecarregar de tarefas e dificilmente pede ajuda ou delega. Não se sentindo ajudado, inconsciente do facto de que lhe faz falta a ajuda porque não a pediu, o paciente percebe o outro como não atento, egoísta, desinteressado. O outro, por sua parte, não recebendo pedidos de ajuda, ou melhor enfrentando a autossuficiência imposta pelo paciente com DP obsessivo-compulsivo, mantém-se distante. Sente que a sua ajuda é inútil ou as suas intervenções inadequadas e objeto de crítica. Porém, em alguns momentos, o paciente, sobrecarregado de trabalho e irritado pelo esforço, explode enraivecido perante o outro que não o apoia e protesta a ajuda que imoralmente, lhe foi negada. O outro sente-se injustamente criticado e responde às acusações ou reduz a sua disponibilidade para ajudar. O paciente, no ponto alto desta sequência, vê confirmada pela realidade a ideia de que quando deseja ser ajudado é abandonado e criticado. A consciência da contribuição do próprio para a criação do problema é, geralmente, ausente ou mínima. Naturalmente as atitudes do outro, independentes do próprio, têm um papel importante na ativação dos ciclos.

No decurso da descrição do tratamento, iremos clarificar que na TMI enfrentamos o esquema e o ciclo interpessoal de formas radical-

mente diferentes. O primeiro objetivo é ajudar o paciente a perceber que é guiado por estruturas internas que determinam o comportamento, ou seja os esquemas interpessoais. No entanto não recomendamos a promoção da consciencialização da existência dos ciclos interpessoais para os quais o paciente contribui. Esta consciencialização seria facilmente percebida como crítica ou culpabilizante, quase uma piada: “*Então você acha que eu sou a causa do meu próprio sofrimento?*”. A consciencialização do facto do paciente criar as condições para manter os seus próprios problemas, tem que ser promovida exclusivamente nas fases avançadas do tratamento, na altura em que é construído o conhecimento dos próprios esquemas e em que emergem formas de funcionamento mais adaptativas.

Contudo, desde o primeiro contacto com o paciente que o ciclo interpessoal é um instrumento fundamental para perceber o que acontece na relação terapêutica e, sobretudo, para ajudar o terapeuta a evitar contribuir para os processos intersubjetivos patológicos (*ver* capítulo 5). O terapeuta deve imediatamente pensar que contribui para a construção da relação e que pode ter um papel ativo para a tornar benéfica ou disfuncional. No capítulo sobre a relação terapêutica iremos observar alguns ciclos interpessoais típicos.

Na literatura não existem suficientes estudos longitudinais que expliquem a origem dos esquemas interpessoais disfuncionais. Certamente vários fatores concorrem no desenvolvimento e na sucessiva manutenção destes. A TMI subscreve a ideia de que cada indivíduo nasce com disposições inatas que constituem o temperamento (Cloninger, 1994), como por exemplo a tendência para o pessimismo ou otimismo, a instabilidade ou estabilidade emocional. O temperamento poderá determinar o tipo de sensibilidade e as atitudes segundo as quais os seres humanos enfrentam os acontecimentos da vida e condicionam as respostas dos outros. Ao temperamento juntar-se-ão os resultados dos processos de vinculação infantil (Bowlby, 1988), a satisfação das

necessidades primárias através da ativação dos sistemas motivacionais (Gilbert, 2005; Lichtenberg, 1989; Liotti, Monticelli, 2008) e a aprendizagem de recorrências e regularidades na interação entre as características individuais e as experiências de vida (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

ESTADOS MENTAIS RECORRENTES

Os estados mentais são formas de experiência subjetiva caracterizados por um conjunto estável e recorrente de elementos da experiência em si, tais como pensamentos, crenças, emoções, sentimentos, sensações físicas, intenções e desejos que no conjunto se manifestam no fluxo da consciência (Horowitz, 1987; Semerari, Carcione, Dimaggio et al., 2003a).

Alguns estados mentais, *dolorosos* e *temidos*, estão subjetivamente carregados de sofrimento e o paciente tenta evitá-los. Outros estados, de *coping*, têm como objetivos a gestão da dor ou até o próprio evitamento; são disfuncionais não enquanto qualidade negativa da experiência, mas porque são perseguidos de forma compulsiva para evitar conscientemente ou de forma semiautomática os estados negativos temidos. São fundamentais também os estados *egossintônicos* que a pessoa procura como algo de valor e não somente como uma fuga às experiências negativas. Trata-se de estados caracterizados por ideias que a pessoa não quer pôr em discussão e que considera como sendo valores, questões de princípio, que definem a identidade (Ruggiero, Sassaroli, 2012). Um estado egossintônico pode ter tido no decorrer do desenvolvimento uma função de *coping* mas, durante a observação clínica, o paciente não tem consciência dessa função e na sua experiência subjetiva não a considera como tal. A mesma ação pode ser sentida como um *coping* ou como um valor. Uma pessoa com traços dependentes, pode seduzir compulsivamente as mulheres por terror da solidão (*coping*), uma pessoa com

traços narcisistas fá-lo por diversão e prazer, e constitui parte natural da identidade masculina (*egossintónico*).

Cada paciente oscila dentro destes estados (Dimaggio, Semerari, 2003): uma pessoa com distúrbio evitante pode sofrer pelo julgamento negativo e sentir vergonha (*estado doloroso e temido*); procurar momentos de atividade solitária gratificantes para aliviar a dor da crítica temida e o distanciamento dos outros (*estado de coping*). Um paciente paranoide pode temer a agressão e sentir-se esmagado, humilhado e gozado (*estado temido*), contra-atacar defensivamente com raiva e fantasias de vingança (*estado de coping*) e pretender com zanga o respeito dos outros porque é um valor humano primário e indiscutível (*estado egossintónico com valência moral*).

Por fim existem *estados desejados*, que não se encaram como distúrbios específicos, mas antes correspondem a formas de experiência saudáveis, benéficas e sensíveis ao contexto, como a capacidade de relaxar, sentir o prazer de pertencer, a diversão do jogo social ou o sentido de atividade e autonomia na perseguição das próprias inclinações, no domínio eficaz das nossas próprias habilidades, ou no persistir na própria atividade superando a fadiga e a frustração.

Os pacientes encontram-se muitas vezes em estados mentais não específicos de patologias da personalidade, mas estes caracterizam o sofrimento ligado aos distúrbios sintomáticos: trata-se de estados de ansiedade ou depressivos multiformes, desde as fantasias catastróficas dos ataques de pânico, até ao desespero depressivo e ao receio de adoecer típico da hipocondria.

Outro aspeto do sofrimento subjetivo não específico dos DP, mas muitas vezes presente, é a tendência à desagregação da consciência em situações stressantes, que dá origem a experiências dissociativas. Estes não são propriamente estados mentais com conteúdos típicos, mas tratam-se antes de uma sucessão de temas, sensações, imagens mentais,

emoções múltiplas que emergem do nevoeiro. Nestes estados a pessoa teme enlouquecer e fragmentar-se, fica confusa, atordoada, tem dificuldade em formular projetos e o sentido de identidade vacila (Liotti, Farina, 2011). Às vezes existe uma sensação de verdadeiro vazio mental, mas com características diversas do sentimento de vazio e tédio dos estados de apagamento afetivo. Nestes últimos as sensações prevalentes são frieza, abulia, distanciamento; porém nos estados de confusão, prevalece a desagregação e a incapacidade de dominar a própria mente, encoberta pela angústia e perda de controlo. O estado de vazio e apagamento não dissociativo pode ser procurado no paciente para tornar saliente a experiência dolorosa, enquanto os estados de vazio com valência dissociativa, são receados pelo paciente: a iminente ausência de sentido, perda de objetivos e fragmentação é aterrorizante.

Nos pacientes com DP, os estados mentais são recorrentes e alternam entre si, intervalados ocasionalmente por estados de bem-estar nos quais a pessoa reage adequadamente ao contexto. Pode-se dizer intuitivamente que quanto mais uma pessoa for capaz de experienciar estados saudáveis ou de responder de modo congruente com os acontecimentos, menos invasivo será o DP.

Em muitos DP existem conjuntos de estados que se alteram de forma rígida, seguindo regras de transição previsíveis. Não existe nenhum estado típico de um distúrbio, mas é a própria alternância entre alguns estados com regras de transição rígidas entre os mesmos que ajuda a diagnosticar um protótipo específico de personalidade (Dimaggio, Carcione, Petrilli et al., 2005; Dimaggio, Semerari, Carcione et al., 2007). Por exemplo, no transtorno narcisista, o paciente oscila entre estados de vazio, fantasias de grandiosidade, estados de raiva, idealizando que os outros obstaculizem a viagem deles para a glória, e estados depressivos ou angustiantes, quando se sente derrotado ou excluído. A análise feita às transcrições das sessões com três pacientes narcisistas (do sexo feminino) levou à identificação de estados mentais coerentes com aquilo que

tinha sido posto em hipótese, em particular dum certo estado de raiva no qual se imagina que os outros constituem obstáculos, são prejudiciais, os magoem, e os excluem do grupo. Os aspetos frágeis e carentes do eu não eram expressos pelas mulheres analisadas, de modo coerente com a ideia de que estas pacientes não confiam nos outros e preferem auto-cuidar-se (Dimaggio, Nicolò, Fiore et al., 2008).

No campo da Schema Focused Therapy (Young, Klosko, Weishaar, 2003) foram explorados os chamados *schema mode* nos DP, um conceito em parte similar ao do estado mental e que se inspira no trabalho de Horowitz (1987). Um *schema mode* é um estado emotivo, cognitivo e comportamental ativo num indivíduo num dado momento (Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, 2007; Young, Klosko, Weishaar, 2003). Os *schema mode* foram inicialmente divididos em quatro categorias: Criança, *Coping* disfuncional, Progenitor disfuncional e Adulto funcional. O *mode* criança compreendia a *criança vulnerável*, a *criança zangada*, a *criança impulsiva* e a *criança feliz*. O *mode coping* disfuncional compreendia o *cuidador destacado*, o *vencido complacente* e o *híper-compensador*, o *mode* progenitor disfuncional incluía o *progenitor exigente* e o *progenitor punitivo*. Juntaram-se em seguida sete novos *mode* (Bernstein, Arntz, de Vos, 2007; Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, 2008; Bamelis, Renner, Heidkamp et al., 2011) que caracterizam de forma mais adequada os distúrbios de personalidade do cluster C, paranoide, histriónico e narcisista: *criança isolada*, *criança abandonada/abusada*, *criança dependente*, *cuidador evitante*, *procurador de atenção e aprovação*, *híper-controlador*, *perfeccionista* e *híper-controlador desconfiado*.

Portanto a Schema Therapy tem conjecturado ligações entre certos *mode* e DP específicos. Recentemente, algumas destas ligações foram confirmadas (Arntz, Klokman, Sieswerda, 2005; Bamelism, Renner, Heidkamp et al., 2011; Lobbestael, Arntz, Sieswerda, 2005). Na globalidade, o paranoide de personalidade é caracterizado pelos *mode criança zangada* e *híper-controlador suspeito*, enquanto se revelaram ausentes

os *mode* esperados da *criança abandonada/abusada*, *criança zangada* e *cuidador evitante*. O distúrbio de personalidade narcisista foi demonstrado como estando correlacionado com os *mode procura atenção e aprovação* e *criança impulsiva*, associações estas que não tinham sido teorizadas anteriormente e que poderiam: a) levar à conceptualização do narcisismo como resposta a uma necessidade extrema de atenção; b) dar fundamento à hipótese que o narcisismo dependa também da ausência de limites adequados impostos à criança durante a infância. As outras correlações com o *mode cuidador distanciado* foram confirmadas.

Em todos os *clusters* C os principais *mode* conjecturados foram confirmados: *cuidador evitante*, *cuidador distanciado* e *vencido complacente* no distúrbio evitante, a *criança dependente* e o *vencido complacente* no distúrbio dependente, o *híper-controlador perfeccionista* no distúrbio de personalidade obsessivo-compulsivo.

Emergiram inéditas ligações entre os distúrbios dependente e evitante e o *mode criança abandonada/abusada* e entre o transtorno evitante e o *mode híper-controlador desconfiado*. A primeira é coerente com a hipótese presente na literatura de que existe uma história de privação/abuso emocional na infância dos evitantes; a outra seria explicável devido ao medo do julgamento crítico e da humilhação que tornaria os pacientes evitantes cautelosos e desconfiados.

Apesar dos resultados destes estudos na área da Schema Therapy serem interessantes e pressuponham a existência de padrões específicos de experiência para alguns DP, a necessidade de investigação empírica (em particular da análise do discurso mais do que uma resposta a inquéritos predeterminados) permanece grande e, por agora, a descrição dos estados mentais na TMI é fundamentada na experiência clínica.

Nenhum estado mental individual é patológico em si; o que determina a patologia é o carácter pervasivo dos estados mentais, o facto de estes estarem carregados de dor subjetiva, a ausência de estados ligados

ao bem-estar e à adaptação, e a tendência para se ativarem ao mínimo sinal perante estímulos diferentes.

Para clarificar, a defesa do perigo relacional – vulnerabilidade física, humilhação, submissão – e a tendência para o contra-ataque antecipatório não é específica do paranoide: o automatismo resultante da necessidade de segurança e proteção do perigo leva os seres humanos a um estado de hipervigilância cuja função é descobrir os perigos e preparar a reação segundo formas reptilianas de ataque-fuga. O título do romance de Dostoevsky, *Humilhados e Ofendidos*, descreve os seres humanos na sua vontade de se refazerem ou de se vingarem, mas não o distúrbio paranoide. Pelo contrário, as pessoas afetadas pelo distúrbio paranoide, evitante e narcisista ficarão muito tempo nestes estados e, caso consigam sair, fá-lo-ão de modo igualmente problemático. Devido a isto o paranoide persiste no contra-ataque enraivecido (ataque) e isola-se (fuga) de modo a evitar a ameaça que agora, seja onde for paira no ar; o narcisista retira-se com desprezo na sua torre de marfim; o evitante colapsa na vergonha pela sua própria inaptidão social e sente-se por fim a causa da humilhação recebida. As pessoas relativamente bem adaptadas sairão, por sua vez, mais rapidamente destes estados, acolhendo as palavras animadoras de um parceiro ou distraíndo-se, por exemplo, com um telefonema de uma amiga que a convida para ir às compras. Portanto nos DP os estados mentais são menos flexíveis, e menos frequentemente originados por respostas congruentes com o contexto.

Elencamos de seguida os estados mentais típicos dos DP, sublinhando na tabela sinóptica (tab. 2) os que são associados mais tipicamente aos distúrbios objetos do nosso interesse (evitante, narcisista, dependente, obsessivo-compulsivo, paranoide, traços passivo-agressivo, depressivos, esquizoides).

Lembramos que o primeiro grupo identifica os estados dolorosos ou temidos que o paciente tende a evitar; o segundo identifica os estados de *coping*, que têm habitualmente a função de gerir a dor ou de a evitar.

TERAPIA METACOGNITIVA INTERPESSOAL
NOS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE

O terceiro grupo identifica os estados egossintônicos que o paciente procura ativamente e que têm habitualmente a característica de serem considerados como valores morais, definindo a própria identidade.

Tabela 2 - Os estados mentais típicos dos DP

<i>Tipo de Estado</i>	Estado mental	DISTÚRPIO DE PERSONALIDADE
<i>Estados dolorosos ou temidos</i>	Abandono, não amabilidade Indignidade	PERVASIVO (presente em todos DP)
	Estranheza, Alienação, exclusão do grupo	EVITANTE, NARCISISTA
	Vulnerabilidade, fraqueza Percepção de perigo relacional	PARANOIDE, EVITANTE NARCISISTA, PASSIVO-AGRESSIVO
	Escasso valor, receio de ser julgado, vergonha	PERVASIVO (presente em todos DP)
	Culpa moral e culpa do sobrevivente	OBSESSIVO-COMPULSIVO, DEPENDENTE, NARCISISTA, DEPRESSIVO
	Constrangimento, submissão forçada	EVITANTE, DEPENDENTE, PASSIVO-AGRES- SIVO, PARANOIDE, NARCISISTICO
<i>Estados de coping</i>	Raiva auto protetora Oposição ao opressor Rebeldia face ao constrangimento	PARANOIDE, NARCISISTA, PASSIVO-AGRESSIVO, EVITANTE
	Desconfiança	PARANOIDE, NARCISISMO COVERT, EVITANTE
	Vazio desvitalizado	NARCISISTA , DEPENDENTE, EVITANTE
	Evitamento, isolamento protetor	EVITANTE, PARANOIDE, NARCISISTA
	Complacência, submissão procurada	DEPENDENTE, EVITANTE
	Workaholism, perfeccionismo sobrecarregado	OBSESSIVO-COMPULSIVO, NARCISISTA, DEPENDENTE, DEPRESSIVO
	Idealização do outro, cuidador ideal	DEPENDENTE
	Estupefação	NÃO ESPECÍFICO

PSICOPATOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE:
FORMAS E CONTEÚDOS DA EXPERIÊNCIA SUBJETIVA

<i>Estados egossintônicos</i>	Grandiosidade	NARCISISTA, PARANOIDE, EVITANTE (TRANSITÓRIO)
	Superioridade moral, juízo crítico Desprezo	OBSESSIVO-COMPULSIVO, NARCISISTA PASSIVO-AGRESSIVO, DEPRESSIVO, PARANOIDE
	Procura e manutenção do status Territorialidade Consolidar o poder	PARANOIDE NARCISISTA
	Procura do prazer, hedonismo	NARCISISTA

ESTADOS TEMIDOS OU DOLOROSOS

Abandono/Não amabilidade: trata-se provavelmente de um dos estados mais relevantes, presente em todos os DP. É caracterizado pela sensação de solidão, de não ser amado, e também de que o outro está distante, perdido, inalcançável, e pela sensação de que, perante a necessidade de apoio, amor e calor, ficar-se-á sozinho. Nestes momentos o indivíduo pensa que o abandono é merecido porque se é indigno, inadequado, não se está à altura, se é merecedor de rejeição. Os pacientes sentem-se débeis, frágeis, deprimidos imaginando que o abandono não terá fim. No entanto se estes têm a esperança de serem cuidados e apoiados, é a ansiedade que domina devido ao medo de esta não se vir a cumprir. Este estado pode gerar diversos estados de *coping*, conforme a variação dos traços de personalidade dominantes: pode, por exemplo, gerar complacência e submissão com o fim de entrar nas boas graças do outro, ou com o objetivo de transitar para o sistema agonístico/classe social que culmina no perfeccionismo, “*se descobrem a minha essência, rejeitam-me, mas se for perfeito, à altura, irrepreensível, se calhar irei ser aceite*”.

Estranheza/Alienação/Exclusão do grupo: é um estado caracterizado pela sensação de diferença dos outros, distantes, inferiores, às vezes diferentes porque superiores, alheios, rejeitados, outras vezes por se ser

ostracizado e recusado. Muitas vezes os outros são percebidos como afastados, julgadores, *normais*, mas incompreensíveis (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011). Falta todavia a percepção de pertença ao grupo. Muitas vezes os pacientes descrevem os outros através de metáforas, como: “*Vejo os outros através de um vidro*” ou “*Uma parede separa-me dos*”, “*Sou como um peixe fora da água*”. Neste estado a pessoa pode facilmente pensar que os outros são julgadores e se encontram coesos entre eles para gozá-la; estas ideias levam a pessoa a transitar entre estados de temor de juízo/vergonha, vulnerabilidade/fraqueza/percepção de perigo relacional ou desconfiança.

Vulnerabilidade/Fraqueza/Percepção de perigo relacional: consiste numa experiência subjetiva de fraqueza, fragilidade tanto física como caracterial, bem como numa incapacidade de defender o território, o espaço particular, o grupo de pertença, da influência prepotente e controladora de outros (Salvatore, Lysaker, Procacci et al., 2012). A sensação de violação dos limites é imediatamente percebida como ameaçadora. As emoções características são a ansiedade e a ineficácia em face da eventual agressão por parte de outros. É um estado com uma componente somática forte, caracterizada por um sentido de fraqueza ou de inadequação física, por exemplo a sensação de ser-se ameaçado na virilidade ou feminilidade. Pelo contrário, os outros são lidos como fortes, dominadores, poderosos, capazes de influenciar. Existe a ideia de um iminente desafio, um confronto onde os outros, malévolos e superiores, irão conseguir realizar a intenção deles de esmagar, dominar, excluir. Por vezes a ideia de não ter aliados de confiança com os quais enfrentar o mundo hostil, inclui sentimentos de solidão. Este estado leva com facilidade a transitar para estados de isolamento protetor, ou raiva auto protetiva/desconfiança. Para além disso, a experiência de vulnerabilidade, em particular nos pacientes com distúrbio paranoide, pode conduzir à procura de uma posição social elevada devido à ideia de que o poder adquirido permitir-lhe-á submeter os outros e assim controlar o perigo. Esta estratégia pode conduzir ao estado de conservação do status/consolidação do poder.

Escasso valor/Temor de ser julgado/Vergonha com origem na ideia de valer pouco, o tema central é que os outros irão aperceber-se dos nossos defeitos e irão criticar e fazer pouco de nós, e por essa mesma razão irão provavelmente excluir-nos ou rejeitar-nos. As emoções dominantes são a vergonha e embaraço. A autoestima é baixa, o sentido de auto eficácia pessoal é mínimo. A tendência dominante é fugir ao olhar, afastando-se das relações e isolando-se. A pessoa tem a esperança de ser apreciada apesar da imagem apresentada de si própria ser falsa. O sujeito pode vestir uma máscara ou mentir para dar uma imagem de si próprio socialmente mais aceitável. Em alternativa pode também optar pela submissão de modo a ser aceite novamente no grupo. O estado corporal é caracterizado por uma intensa ativação, alarme generalizado, agitação, muitas vezes acompanhado de correlatos expressivos evidentes, como a vermelhidão, ou a baixa do olhar. Neste estado uma pessoa sente-se facilmente transparente.

Culpa moral e culpa do sobrevivente: a pessoa sente-se culpada por ter transgredido uma regra, um dever, ou por ter danificado os outros por incompetência, negligência ou, em geral, devido à própria responsabilidade, ou por ser a injusta detentora de uma sorte maior que os outros (Basile, Mancini, Macaluso et al., 2011). As tendências na ação são reparar ou se livrar da própria sorte. A autoestima abana facilmente e as autoacusações são invasivas, muitas vezes de forma ruminante: a pessoa avalia cuidadosamente os próprios comportamentos e intenções, interrogando-se se essas serão um sinal de fraqueza moral, de más intenções, ou se irão eventualmente danificar os outros. O paciente critica prontamente as próprias inclinações espontâneas ou a procura de prazer e relaxamento porque as considera imorais ou nocivas para os outros.

Constrangimento/Injustiça sofrida/Submissão forçada: o núcleo deste estado é representado pela sensação de constrangimento perante a vontade dos outros. O paciente acredita não poder controlar as suas próprias escolhas porque expressar o próprio ponto de vista levaria o

outro a puni-lo, submetê-lo ou abandoná-lo. Por conseguinte, o paciente conforma-se aos propósitos dos outros, mas fá-lo de mau humor, sente-se injustiçado e privado de poder de rebeldia. Silenciosamente acumula raiva. Pensa merecer um tratamento diferente, melhor, e de estar no direito de receber mais, de poder-se afirmar, mas apenas o aval do outro lhe poderia permitir a realização dos seus desejos, e isso não acontece. Ao acumular a rebeldia, tem fantasias em que resiste à tendência do conformismo, imagina pequenas rebeliões às escondidas, mas não se imagina capaz de desafiar abertamente a vontade do outro, percebido como opressivo, tirânico e poderoso. Às vezes o paciente teme a sua própria agressividade, e receia que caso se afirmasse, fá-lo-ia carregado de raiva destrutiva e perigosa para os outros e para si próprio. A partir deste estado os pacientes transitam para o isolamento/evitamento protetor, de modo a assim poder criar uma área de liberdade longe da influência dos outros. Por vezes passam do estado de raiva auto protetora/rebeldia à coerção, uma raiva que poderá verdadeiramente ficar fora do controlo.

ESTADOS DE COPING

Desconfiança: é um estado caracterizado por hipervigilância e alerta perante a ideia de que os outros nos podem ameaçar, enganar, humilhar, trair e prejudicar. O sistema de identificação dos perigos sociais (Gilbert, 1989) é hiperativo. A atenção é focada na mente dos outros; a pessoa atribui rapidamente conteúdos malévolos, muitas vezes com associações psicológicas causa – efeito que explicam porquê o outro querer magoar, associações por vezes plausíveis, mas sempre impossível criticar. O objeto de desconfiança pode ser um indivíduo ou um grupo inteiro, que o paciente imagina coligado contra ele, sem que esteja alterado o teste de realidade. As emoções dominantes são a ansiedade e a irritação. O corpo encontra-se são, em estado de vigilância, preparado para reagir caso a ameaça se apresente realmente. Esta vigilância associa-se ao sentimento de eficácia pessoal; a pessoa sente-se capaz de reagir e

que dificilmente será enganada. É um estado associado a metacognições positivas, como: “tenho que estar atento de modo a poder-me defender dos perigos” (*ver* estratégias de *coping* de tipo ruminante). O tema dominante – bem como no estado dominante – é a defesa do território, a integridade física e a proteção da autoestima, perante os outros que são potencialmente enganadores, predadores ou humilhantes. A partir deste estado, se o perigo temido é considerado verdadeiro e iminente, o paciente transita para um estado de raiva auto protetora ou de rebeldia ao opressor, muitas vezes manifestando aspetos paranoides ou narcisistas. Se a batalha é considerada arriscada, o paciente transita para o isolamento protetor, típico da paranoia ou do distúrbio evitante.

Raiva auto protetora/Oposição ao opressor/Rebeldia face ao constrangimento: este estado ativa-se quando o paciente sente ameaçada a sua autoestima, a sua imagem social, a sua integridade física, territorial, a sua autonomia e o seu acesso aos recursos. Isto representa uma reação ao estado de vulnerabilidade nos momentos em que a pessoa experiencia um ímpeto de força perante os outros que a humilham, agredem, prendam, submetem e bloqueiam. Este estado segue-se à ativação do sistema de identificação dos perigos que se dá durante o estado de desconfiança; agora o perigo é sentido como certo e o opressor é percebido em ação. O paciente deixa de oscilar entre o medo e a irritação assim que sente como iminentes os perigos de falhanço, de humilhação e de submissão; agora já não há volta a dar, o estrago está feito, e a injustiça realizada. Típico deste estado é o orgulho ferido, acompanhado sempre pela raiva, assim como as acusações aos outros e a tendência a desvalorizá-los como indignos, moralmente inferiores, enganadores ou incapazes. A agressividade pode ser atuada ou fantasiada. O comportamento não é propriamente dirigido para a criação de uma forma de realizar os próprios desejos, mas antes para impedir que o outro o continue a prejudicar, ameaçar e bloquear. É um estado que pode anunciar o acesso a estados de afastamento na relação, tais como o isolamento do paranoide, ou a procura da torre de marfim no narcisista. Em alguns casos o paciente

experiencia um sentimento de pertencer ao grupo com o qual, em conjunto, enfrenta o inimigo.

A raiva deste estado, ainda que não expressa, insinua-se silenciosamente nos comportamentos do paciente, que pode começar a ausentar-se do trabalho, evitar os amigos, ou afastar-se progressivamente das ligações sentimentais; o comportamento típico é afastar-se de forma ofendida. É um estado que é frequentemente encontrado nos distúrbios paranoide, narcisista, passivo-agressivo e em alguns casos no distúrbio obsessivo-compulsivo. No distúrbio evitante, está presente de forma silenciosa.

A partir deste estado o paciente pode transitar para estados de raiva contra si próprio; pensa que está a sofrer injustiças porque se sente frágil e dependente dos outros. Por exemplo os pacientes com transtorno evitante, dependente ou com traços passivo-agressivos sentem-se forçados a renunciar à apresentação do seu próprio ponto de vista por receio de que os outros os abandonem e que devido a isto, se julguem incapazes.

Vazio desvitalizado: o paciente sente-se apagado, emocionalmente monótono, apático, frio. A existência assume um tom metálico, sentimo-nos fora do tempo. É como uma espécie de anestesia afetiva: dor, fraqueza, fragilidade, depressão, angústia são ecos afastados e todas as sensações chegam amortecidas; a vida escorre noutra lugar. Os outros são distantes porque o paciente não os procura e não porque o excluem. A anestesia é procurada, porque garante a ausência de dor, mas ao mesmo tempo é desagradável. De facto tudo aparece, por momentos, irreal. O corpo está afastado, inanimado, exceto em breves momentos de intensa estimulação, muitas vezes erótica ou induzida quimicamente, ou gerada por atividades repetidas compulsivamente (por exemplo jogos eletrónicos ou pornografia). Este estado é por vezes acompanhado por uma espécie de sensação de segurança artificial e invulnerabilidade. Em alguns pacientes narcisistas podem ter presentes também fantasias de

sucesso e omnipotência, mas de forma fria; está ausente o eco triunfal que culmina num estado grandioso. Se este estado persistir torna-se também desagradável, crescendo entre o gelo e o aborrecimento, um desejo de relação mal confessado. É um estado típico do distúrbio *narcisista*, é frequente no *distúrbio evitante* e resulta associado a traços esquizoides. Os pacientes paranoides podem experienciá-lo como consequência de um isolamento relacional prolongado. Os pacientes com aspetos passivo-agressivos podem entrar neste estado como resultado de ter perseguido objetivos de oposição ao opressor.

Evitamento/Isolamento protetor: este estado ativa-se quando o paciente vê os outros como críticos, ameaçadores, agressivos e hostis, mas já não desconfia; está certo que o perigo é iminente e não tem as forças para o combater. Sente então a necessidade de se isolar fisicamente e mentalmente para terminar com o sofrimento relacional. Quando o paciente se distancia, experimenta medo e vergonha ao mesmo tempo que sente uma segurança e uma redução da ansiedade transitórias enquanto evita a relação. O *arousal* é elevado no momento em que o paciente entra neste estado e baixa quando o paciente tem a perceção de que é impossível evitar a situação receada. Os pacientes afetados por diversos distúrbios procuram o isolamento de formas reconhecíveis: o paciente paranoide isola-se num *bunker* armado (Nicolò, Nobile, 2003), o narcisista fecha-se na torre de marfim (Dimaggio, 2012; Modell, 1984), o evitante num covil escondido (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011). Às vezes este estado leva o paciente a entrar em outro estado de procura de prazer, numa forma de gratificação solitária.

Complacência/Submissão procurada: este estado ativa-se perante a ideia de que o outro seja mais forte e, se contrariado, agride ou abandona; a pessoa assusta-se, sente-se culpada e renuncia a perseguir os seus próprios propósitos. O paciente adere quase de forma automática ao projeto do outro, ganhando uma sensação de calma e segurança momentânea. Os sinais de submissão são manifestos, o paciente quer dar

sinais claros ao outro de que não o ameaçará, não será desobediente, será fiel. Neste estado o paciente pode ficar realmente convencido de estar de acordo com o outro, até mesmo chegando a perder a memória do seu próprio verdadeiro ponto de vista.

Workaholism/Perfeccionismo/Sobrecarga: neste estado a pessoa visualiza o objetivo a alcançar e propõe-se um *standard* de desempenho elevado. Monitoriza atentamente o *gap* entre o desempenho esperado e o atual, mantendo a ideia constante de que este *gap* persista e que a pessoa se deva empenhar novamente de modo a corrigir os seus erros: a discrepância entre o *standard* esperado e a *performance* registada é intolerável, pelo que a pessoa não sente os sinais de cansaço e fadiga. No estado de perfeccionismo procura-se o desempenho ideal num propósito específico ou em vários propósitos (Dimaggio, Semerari, 2003); o paciente tem que agir sem errar e isso cria fadiga em excesso, mas também acha que não pode renunciar a nada. O receio de errar é elevado, a dúvida de fazer a escolha errada é oprimente, e a ideia de não estar à altura das expectativas dos outros é invasiva, assim como a expectativa de que os outros o irão criticar de maneira dura e desprezadora e que irão por fim abandoná-lo (Frost, Marten, Lahart et al., 1990; Hewitt, Flett, 1991). As emoções típicas deste estado são a culpa, a vergonha e a ansiedade, antecipando o facto de não ter alcançado o *standard* de perfeição. A eficácia pessoal é muito baixa, mas em dados momentos nos quais o paciente se sente a dominar alguns dos propósitos, esta pode subir. A partir deste estado o paciente pode transitar para estados de paralisia nas escolhas, e de impotência depressiva.

Idealização do outros/Cuidador ideal: neste estado o outro é percebido como forte, cheio de qualidade, capaz de garantir proteção, orientação e conforto. É uma imagem acompanhada por uma sensação de conforto, segurança, auto eficácia e calor. A ideia é a de que o outro esteja sempre disponível e capaz para resolver os problemas e garantir proteção, segurança e bem-estar. Às vezes este estado adquire tonali-

dades oníricas. Outras vezes os elementos da realidade são ignorados, de modo que os problemas e perigos resultam irrelevantes na presença do outro, perfeito e preparado para socorrer. A pessoa procura o outro ideal para aliviar sentimentos de solidão, incapacidade, vulnerabilidade, ou simplesmente porque ter um protetor ideal a seu lado é considerada uma condição normal que permite a realização pessoal. A proximidade do outro, física ou mental, é percebida como indispensável. Se o outro se encontra longe ou indisponível, o paciente imagina-se frágil, incapaz, com uma vida sem sentido; no entanto neste estado esse é um risco que o paciente vê como distante, e com uma mistura de ansiedade e alívio por ter evitado o perigo.

Atordoamento: neste estado, perante a percepção da dor ou de emoções e pensamentos incontroláveis, a pessoa procura intencionalmente a diminuição do estado de vigília, ou seja, procura atordoar-se através do trabalho excessivo (ao contrário do trabalho perfeccionista, o objetivo não é a *performance*, é apenas não pensar), exercício físico, ou uso de substâncias. O paciente sente uma espécie de atordoamento, um alívio transitório das dores psíquicas e das ruminações.

ESTADOS EGOSSINTÓNICOS

Grandiosidade: o paciente sente-se superior, autossuficiente, admirado, e convencido de dominar o mundo; sente-se diferente dos outros que o rodeiam porque faz parte de uma elite imaginária que se encontra muitas vezes distante tanto no espaço como na época. A emoção que caracteriza estes pacientes é o desprezo, seguido por um sentido de força e eficácia pessoal, e eventualmente uma euforia transitória. A experiência da pessoa é determinada pela frieza e pelo distanciamento, sendo que nada afeta o indivíduo, que por sua vez se encontra envolvido num manto de onipotência. A grandiosidade pode tornar-se numa exaltação verdadeira com uma aceleração do

fluxo dos pensamentos, mas não perdura no tempo como acontece num estado de mania ou hipomania. Tal estado pode ser pontuado por um sentido de vingança: a pessoa pensa que o reconhecimento devido tenha chegado e deva ser exibido perante os que a menosprezavam. A atitude diante dos outros é muitas vezes condescendente como de um vassalo benévolo perante os próprios súbditos que são considerados inferiores. O estado de grandiosidade apaga-se com facilidade perante situações como a falta de reconhecimento de valor ou a percepção de abandono, rejeição e crítica, por parte de outros; isso leva a transitar para estados de vergonha/receio de ser julgado, exclusão/alienação, raiva auto protetora (na qual os outros são acusados de falhanços) ou isolamento protetor. São processos típicos do narcisismo, mas também presentes transitoriamente no evitante quando existe sucesso social. Nos distúrbios obsessivo-compulsivos e paranoides a superioridade moral pode induzir a entrada no estado grandioso: a pessoa sente-se especial e onipotente porque é melhor que os outros.

Superioridade moral/Juízo crítico, desprezo: consiste na sensação que a pessoa tem de se sentir justa, íntegra e irrepreensível. A pessoa ergue-se à condição de portadora de valores éticos e morais que sente como absolutos, universais e imprescindíveis. A expectativa é que os mesmos valores sejam automaticamente partilhados pelos outros. Em relação aos outros a pessoa sente-se melhor, com o direito de julgar. O sentido de dever orienta a ideação; caso surjam pensamentos e emoções discrepantes do valor perseguido, estes serão mantidos à distância com um sentido de força e domínio – “sou capaz de controlar os meus impulsos”. Emergem memórias de comportamentos íntegros, fieis às regras e autodefinidos como altruístas. Neste estado a pessoa seleciona as intenções e os comportamentos dos outros, julgando-os facilmente como imorais e egoístas, por conseguinte condenando-os, acusando-os e desprezando-os. As faltas dos outros são lidas como causadas por má vontade ou por falta de valores. É um estado acompanhado por energia e sentido de eficácia. *Procura e conservação do status/Territorialidade/*

Consolidação do poder: neste estado, tanto a dimensão do poder como o domínio dos outros são centrais. Estas duas dimensões estão fortemente interligadas, porque o poder, mesmo gerando em si próprio uma gratificação da autoestima e proporcionando intrinsecamente prazer, é na realidade funcional no domínio e controlo dos outros. Por outras palavras, no estado grandioso procura-se o domínio apenas se este vier apoiar a grandiosidade, enquanto neste estado procura-se a grandiosidade para dominar. O narcisista puro, onde é mais frequente o estado de grandiosidade, quer submeter para ganhar; o paranoide puro, onde por sua vez este estado é mais presente, quer ganhar para submeter e sentir que possui força e controlo resultantes do status que detém.

Aquilo que é ativamente procurado através da submissão do outro é um combinação de vingança e reaquisição de controlo sobre o perigo. No paciente evitante que ocupa uma posição de poder, o outro, normalmente representado como julgador e crítico perante o eu, é por sua vez “levado a sentir-se” inadequado. O paciente exalta-se reduzindo ao silêncio quem antes o humilhava. O paranoide que obtém o poder sente-se seguro e forte, de forma a que os outros pertencentes ao grupo o temam e sejam obrigados a respeitá-lo e a obedecer-lhe.

Assim como no estado grandioso, o paciente é desprezador e arrogante. Os afetos que surgem são a euforia, a sensação de força e de eficácia pessoal. Desconfiança e raiva podem pontuar este estado. No entanto neste caso, apesar do sujeito se encontrar intimamente enraivecido, ele pode não fazer transparecer as suas emoções e agir com uma frieza calculista. Finalmente, deve-se sublinhar que a eventual obtenção de uma posição de poder social elevado não muda habitualmente a imagem de se ser vulnerável perante os outros, considerados mais fortes e perigosos. Isto leva o estado a auto manter-se e ao aumento de comportamentos de procura de status ou domínio sobre os outros.

Procura do prazer/Hedonismo: A procura do prazer é um princípio humano universal e imprescindível, no entanto para alguns pacientes

este é um estado perseguido de forma cega e compulsiva. A pessoa pensa quase exclusivamente em modos de obter prazer e se divertir, e os outros projetos e ideias passam para segundo plano. O paciente vê facilmente os outros como instrumentos na obtenção do prazer ou como um impedimento. A gratificação pode ser de tipo sexual ou lúdica, e é tanto perseguida na relação com os outros como induzida artificialmente, como por exemplo através do uso de substâncias. Em alguns pacientes a procura do prazer tem características solitárias, e surge somente após o prazer da vida social ser lido como inalcançável. O paciente, fechado no seu próprio isolamento, aplica-se em atividades gratificantes, desde a pornografia à música, a navegar na internet, a ver filmes e séries televisivas, até jogar videojogos. Às vezes este estado possui valências explícitas de *coping*, quando tem funções intencionalmente consolatórias após ter recebido frustrações; classificamo-lo entre os estados egossintónicos porque o prazer é mais frequentemente procurado como um fim em si mesmo, acompanhado por cinismo, determinação e desinteresse pelas consequências das suas ações sobre os outros.

AS REGRAS DAS TRANSIÇÕES ENTRE OS ESTADOS MENTAIS

Em cada paciente não só é necessário descrever os estados mentais que experiencia recorrentemente, mas também os fatores internos e interpessoais que geram a passagem de um estado ao outro, ou seja a transição entre estados. Portanto a patologia não é criada só pelos estados problemáticos, mas também pelo facto dos pacientes transitarem de forma rígida entre estados disfuncionais devido a fatores de gatilho mínimos, dos quais muitas das vezes não estão conscientes. (Dimaggio, Semerari, 2003; Dimaggio, Carcione, Petrilli et al., 2005). Alguns desencadeadores são de tipo endógeno: se por exemplo uma pessoa sofrer de variações de humor com base temperamental, com uma tendência a experienciar estados depressivos, nestes momentos será mais provável

que a pessoa inicie uma série de estados negativos. Noutros casos, e mais frequentemente no caso dos DP, os desencadeadores são de natureza interpessoal ou são de qualquer forma representados por estímulos exteriores que provêm do ambiente. Ilustramos tais mecanismos de manutenção utilizando os distúrbios narcisista e obsessivo-compulsivo como exemplos.

O paciente narcisista deseja ser apreciado pelas suas qualidades especiais e sobretudo apoiado nos seus propósitos. Se isto acontecer, o paciente pode habitar o estado grandioso ou, transitoriamente, passar para estados de bom funcionamento nos quais se sente satisfeito, eficaz, ativo e produtivo. Porém os estados positivos são transitórios. A saída do estado é causada por eventos ambientais mínimos. A pessoa pensa ter realizado algo de excepcional, mas os outros não o apreciam, não lhe reconhecem o mérito ou, pior ainda, obstaculizam-no e excluem-no. Inicialmente o paciente narcisista transita no estado de raiva auto protetora, e começa a pensar que os outros são uns incapazes e desprezáveis rotulando-os de incompetentes, indolentes e inadequados. Neste estado o paciente é transitoriamente combativo, facilmente inferindo respostas hostis por parte dos outros, as quais confirmam a sua ideia de ser bloqueado, ostracizado e excluído, em vez de admirado e apoiado, como ele tão profundamente deseja. Neste ponto a via mais simples para sair da frustração é o isolamento protetor ou a entrada num estado de vazio desvitalizado. Neste estado pode agarrar-se à imagem de si próprio como ser superior/especial, acompanhado pela fantasia de que, assim que os outros parem de o bloquear, ser-lhe-ão reconhecidas as suas grandes capacidades, a sua inteligência e as suas habilidades; mas essa é uma imagem apagada, que não gera uma verdadeira sensação de grandiosidade. Apagamento afetivo e isolamento relacional são automatismos que protegem do sofrimento gerado por imagens de rejeição, julgamento negativo, falta de apoio e, por fim, abandono. Se as frustrações relacionais e a ausência de reconhecimento do seu valor especial persistirem, por exemplo um *partner* que não oferece a atenção

e admiração necessárias e esperadas, a duração do vazio desvitalizado aumenta e é possível que o paciente entre num estado de depressão e intensa ansiedade, muitas vezes carregados de vários sintomas. Por exemplo, o paciente toma consciência de que os sonhos da sua juventude não se realizaram, ou que as pessoas à sua volta obtiveram maiores gratificações, sucessos pessoais e laborais. Isolado e apagado torna-se facilmente presa de depressão intensa, sente que a vida não tem sentido, ou experiencia ataques de ansiedade, estados dissociativos ou receia pela própria saúde. A saída da depressão é difícil e requer tempo, normalmente é possível utilizar a imagem grandiosa do eu, com a ideia de que, em certas condições, o seu valor especial poderia ser novamente reconhecido. A presença de alguém que o admire é um impulso fundamental que reativa o paciente e lhe permite voltar ao estado grandioso, reativando porém o circuito de manutenção do distúrbio.

O paciente com DP obsessivo-compulsivo, como demonstrámos em parte na descrição dos ciclos interpessoais próprios deste distúrbio, é guiado por esquemas de necessidade de aprovação nos quais vê os outros como críticos e por esquemas de necessidade de cuidado nos quais vê o outro como distante, julgador, e punitivo caso transgrida as regras. Sentindo-se rejeitado tenta ser aceite procurando o perfeccionismo e a irrepreensibilidade moral. Nestes momentos o paciente coloca *standards* inalcançáveis, sobrecarrega-se de empenhos e tarefas que tem dificuldade em delegar, e para além disso não pede ajuda. Neste ponto, não se sentindo ajudado (não o tendo pedido) o paciente vê o outro como desatento e imoralmente privado da vontade de ajudar. O outro por sua parte, não ouvindo pedidos de ajuda, ou melhor, enfrentando a autossuficiência imposta pelo paciente, prefere manter-se afastado, sentindo a sua ajuda inútil, as intervenções inadequadas e sentindo-se objeto de repreensão. O paciente porém em alguns momentos, sobrecarregado pelo trabalho e irritável pelo cansaço, explode enraivecido com o outro que não o apoia, e protesta, julga, acusa. O

outro, neste ponto, sente-se com facilidade injustamente criticado e reage às acusações de uma forma que reduz a sua disponibilidade para oferecer ajuda. O paciente sente-se novamente abandonado e julgado, mas transita facilmente para estados de culpa pelo dano causado, sente-se egoísta por ter pedido, e isto renova as autoacusações e reforça os padrões perfeccionistas. Eliminar a sobrecarga de trabalho resulta impossível, devido à reprovação dirigida perante si próprio e ao sentimento de culpa; é de igual forma censurada a entrada em estados de prazer e relaxamento. Um fator que diminui a possibilidade de sair do ciclo é a dificuldade de acesso aos estados internos: o paciente com DP obsessivo-compulsivo identifica mal a fadiga e o cansaço e isto, juntamente com a autocritica moral, impedem-no de agir de modo a parar quando ultrapassa os seus próprios limites. No entanto, se ele tivesse uma monitorização funcional e uma capacidade de modular o esforço, poderia descontraír para sucessivamente trabalhar melhor. O paciente com DP obsessivo-compulsivo não consegue assim sair deste ciclo vicioso.

Terapia Metacognitiva Interpessoal nos Distúrbios de Personalidade



ISBN 978-989-4-659-35-4



www.coisasdeler.pt



sociedade portuguesa
de psicoterapias
construtivistas

LIVRO RECOMENDADO

www.sppc.org.pt