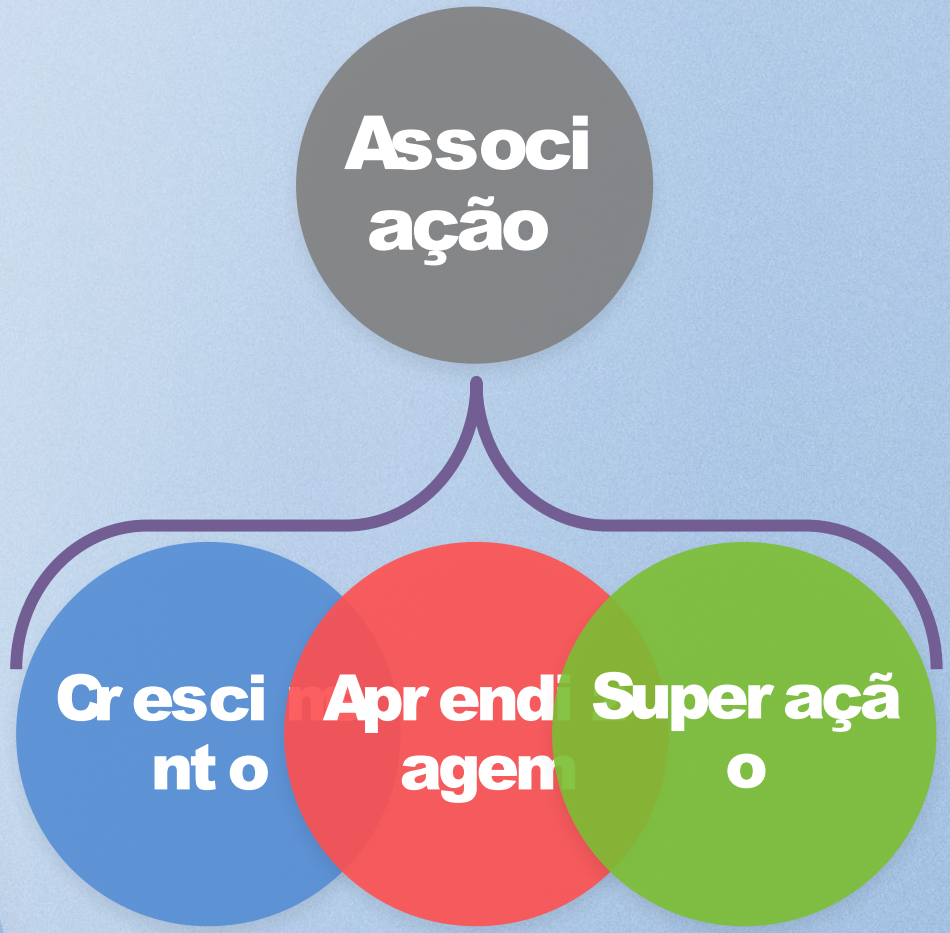
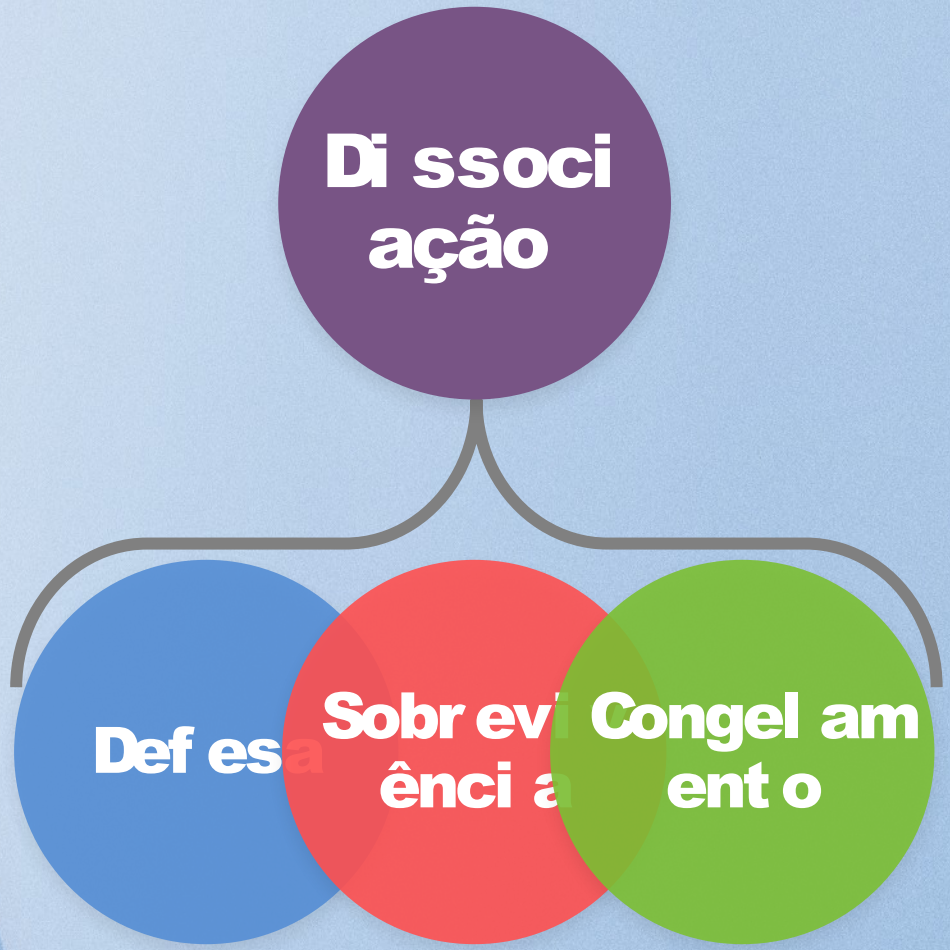
Teoria e Psicoterapia dos Transtornos Dissociativos

Professor André Monteiro

Teoria



Teoria



Teoria

- Contextualização
- **Capacidade Integrativa e Suas Limitações**
- Personalidade – unidade versus multiplicidade
- Origens possíveis dos Estados de Ego
- Como diagnosticar transtornos dissociativos? DSM-V
- Transtorno Dissociativo de Identidade
- Amnésia Dissociativa
- Transtorno de Despersonalização/Desrealização

Teoria

- Estatísticas Transtorno Dissociativo de Identidade
- Energias e Funcionamento da Personalidade
- Sujeito e Objeto
- Apropriações de sujeito/objeto
- Modelo psicodinâmico - Teoria da libido – Freud
- Modelo energético - Psicologia do Ego e o conceito de catexia – Paul Federn
- Modelo sistêmico estrutural – Sistema de Família Interna e passos de tratamento das partes

Teoria

- Dissociação Estrutural
- Sistemas de ação e janela de tolerância
- Tratamento Orientado por Fases de Transtornos de Trauma Complexo
- Fobias no Tratamento Orientado por Fases

Clínica

Fase 1 - preparação

- História Clínica Geral
- Introdução para pacientes
- Instalação Contínua de Orientação ao Presente
- Construção do Ponto de Encontro
- Mapeamento das personagens internas
- História das partes interiores
- Tipos possíveis de Partes
- Avaliação de recursos e levantamento de necessidades das Partes

Clínica

Fase 2 - enfrentamento

- Prontidão para enfrentamento do trauma
- Discurso direto / Discurso indireto
- Fracionamento do alvo e Alvos múltiplos para diferentes EE
- Enfrentamento de lembranças traumáticas
- Transferência e Contratransferência

Clínica

Fase 3 – integração e preparação para alta terapêutica

Integração versus Preservação da multiplicidade

Contraindicações

Contextualização

Modelos explicativos...

Pierre Janet

Watkins e Watkins – tornar Ics => Cs x criar mais dissociação?

Plano B – a verdade na clínica...

Pontual – TEPT versus intervenção abrangente –

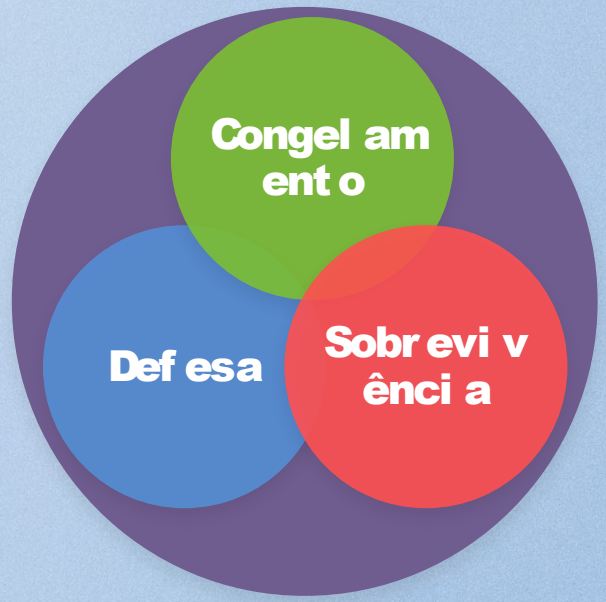
Como diferenciar TEPT simples de TEPT complexo => egodistônico – isso não me pertence x egossintônico – essas coisas aconteceram porque sou assim – proteção contra a psicose/errância

Contextualização

Associação | Aprendizagem | Crescimento | Superação

Contextualização

Dissociação | Defesa | Sobrevivência | Congelamento



Opostos? Complementares

* Memória traumática é memória dissociada!

Capacidade Integrativa e Suas Limitações

Nossa personalidade é uma construção

Temos que integrar experiências altamente aversivas em nossa personalidade

Isso requer elevada capacidade integrativa

Quando nossa capacidade integrativa é muito reduzida, não conseguimos integrar essas experiências

Essa incapacidade gera ferimento mental, i.e., trauma

Envolve uma perda de integração, uma dissociação da personalidade

Integração

Integração envolve 2 componentes maiores:

Síntese

Em um momento construído, nosso presente experienciado, ao longo de um tempo construído;

Consciencialização

Personificação e Presentificação

Transtornos relacionados a Trauma são desordens de síntese e conscientização

Janet descreveu esses transtornos como transtornos de não-conscientização.

Personalidade

Definições: Personalidade é uma organização dinâmica dentro do indivíduo daqueles sistemas que determinam suas características – inspirado por Allport (1981) e Janet (1907)

St. Agostinho (Confissões) – será a personalidade unitária?

Personalidade dividida era conceito conhecido no final do século XVII

Pierre Janet – sistema de ideias torna-se dissociado da personalidade principal e pode existir como uma personalidade inconsciente – pode ser tornada consciente por hipnose.

Personalidade

Janet descreveu sintomas histéricos, que hoje seriam qualificados como Transtornos Dissociativos: Histeria "é uma doença da síntese pessoal".

"Histeria é [1] uma forma de depressão mental[i.e., redução da capacidade integrativa], caracterizada pela [2] retração do campo de consciência pessoal e [3] uma tendência à dissociação e emancipação de sistemas de ideias e funções que constituem a personalidade".

Problema – conceito de dissociação derivado de pacientes histéricos ou psicopatologicamente comprometidos => dissociação seria uma desordem, necessariamente um transtorno.

Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise | Sigmund Freud | Ego-id -Superego

Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise	Sigmund Freud	Ego-id -Superego
Teoria das Relações objetais	Melanie Klein Otto F. Kernberg	Objeto interno, partes cindidas

Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise	Sigmund Freud	Ego-id -Superego
Teoria das Relações objetais	Melanie Klein Otto F. Kernberg	Objeto interno, partes cindidas
Terapia dos Estados de Ego	John e Helen Watkins, Paul Federn	tados de Ego constróem um Self

Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise	Sigmund Freud	Ego-id -Superego
Teoria das Relações objetais	Melanie Klein Otto F. Kernberg	Objeto interno, partes cindidas
Terapia dos Estados de Ego	John e Helen Watkins, Paul Federn	tados de Ego constróem um Self
Psicossíntese	Roberto Assaglioli, Piero Ferrucci	Subpersonalidades, trabalho de partes

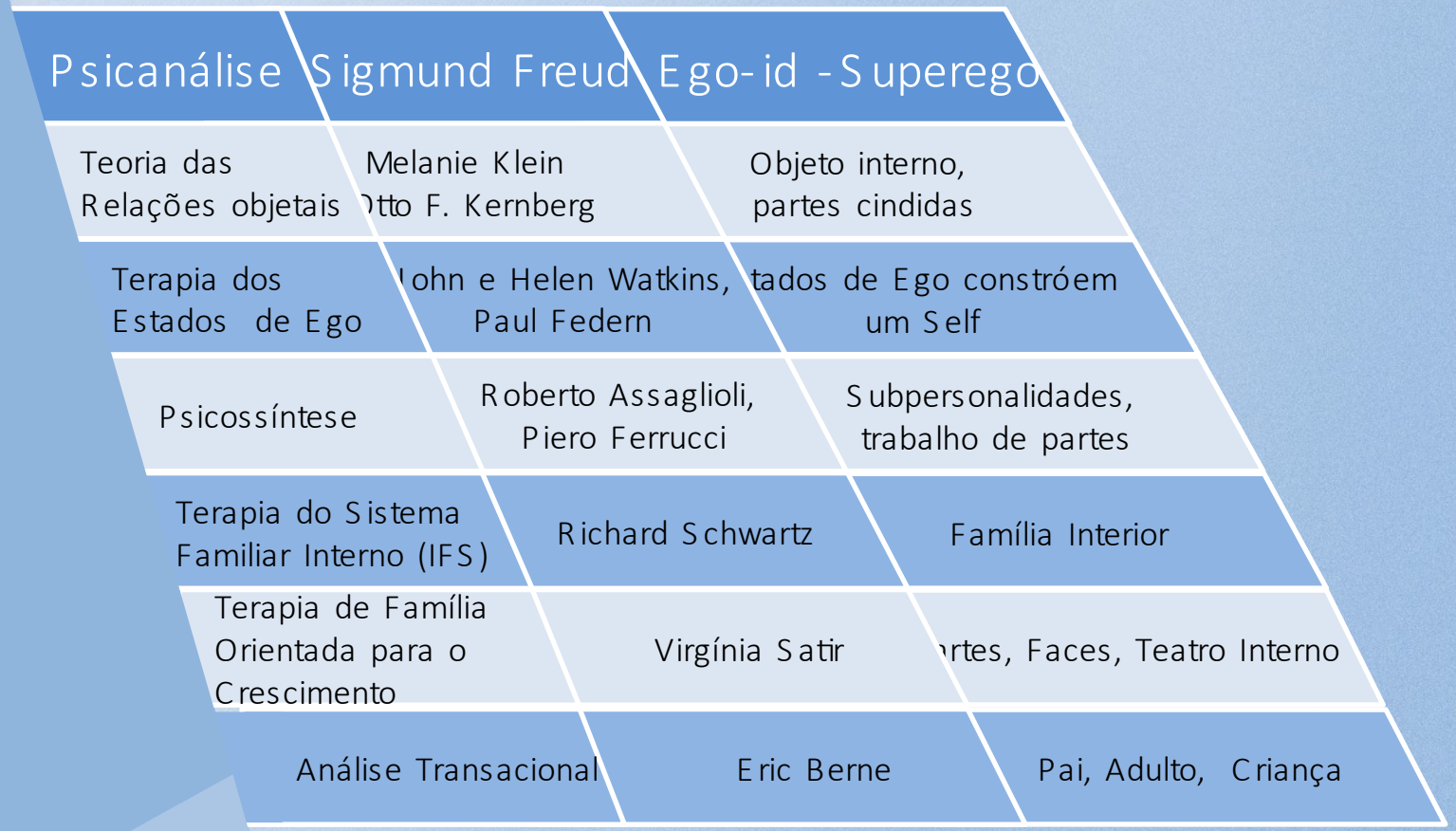
Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise	Sigmund Freud	Ego-id -Superego
Teoria das Relações objetais	Melanie Klein Otto F. Kernberg	Objeto interno, partes cindidas
Terapia dos Estados de Ego	John e Helen Watkins, Paul Federn	tados de Ego constróem um Self
Psicossíntese	Roberto Assaglioli, Piero Ferrucci	Subpersonalidades, trabalho de partes
Terapia do Sistema Familiar Interno (IFS)	Richard Schwartz	Família Interior

Teorias sobre Self Multidimensional

Psicanálise	Sigmund Freud	Ego-id -Superego
Teoria das Relações objetais	Melanie Klein Otto F. Kernberg	Objeto interno, partes cindidas
Terapia dos Estados de Ego	John e Helen Watkins, Paul Federn	tados de Ego constróem um Self
Psicossíntese	Roberto Assaglioli, Piero Ferrucci	Subpersonalidades, trabalho de partes
Terapia do Sistema Familiar Interno (IFS)	Richard Schwartz	Família Interior
Terapia de Família Orientada para o Crescimento	Virgínia Satir	rtes, Faces, Teatro Interno

Teorias sobre Self Multidimensional



Resumo de Teoria do Apego/ Vínculo

Estilos de apego seguro – quebra e recomposição do vínculo

Estilos de apego inseguro – evitativo /auto-suficiente

– resistente/conflitivo

Apego desorganizado/desorientado

Origem das Partes do Self

Diferenciação normal – entre coisas que despertam sentimentos bons/maus; criança desenvolve repertório comportamental de adaptação ao ambiente, familiares, observamos os diferentes Estados de Ego (Watkins e Watkins); papéis versus personagens.

Origem das Partes do Self

Introjeção dos outros significativos e formação de modelos de interação, com desenvolvimento de papéis e representantes internos desses objetos – processo de generalização;

Possibilidade de introjeção e identificação não somente com personagens, mas também com estilos de relacionamentos – repetições futuras: não vou educar meus filhos como fui educada/o – jamais me relacionarei com alguém como meu pai/minha mãe/ ex-marido!

Origem das Partes do Self

Reação a trauma e/ou abandono – para lidar com este mundo cruel a criança pode:

a. psicotizar – criar outro mundo;

b. suicidar – acabar com este mundo;

c. dissociar - fingir que está neste mundo, pero no mucho

Origem das Partes do Self

investe de forma objetal em parte de do Eu, criando amigo imaginário, recalcado em anos escolares e reativado por estresse mais tarde.

EE - Normalmente ativados em estados hipnóticos ou por inversão de papel no psicodrama.

Dissociação geralmente ocorre diante de uma ou mais experiências ameaçadoras ao nosso bem-estar; à nossa sobrevivência;

experiências ocorridas quando a pessoa não tem amadurecimento emocional/biológico para integrar à própria vida, e precisa continuar vivendo.

Origem das Partes do Self

Reconhecimento de vulnerabilidade – risco de extermínio e impotência para enfrentar esse desafio contribuem para uma resposta dissociativa.

Uma parte da pessoa avança e de certo modo "finge" estar normal, enquanto outra (s) partes ficam presas à vivência perturbadora.

Como lidar com a dissociação? Primeiro devemos pensar em

como está organizada essa composição de partes emocionais, para somente depois

enfrentar as lembranças do passado e tentar integrá-las à biografia da pessoa.

Origem das Partes do Self

O que agrava dissociação?

Variáveis biológicas – tendência genética a dissociação, a maior dificuldade de integração, mais facilidade para se distrair, se desligar, ou ainda ser muito novinho, com cérebro imaturo, com pouco desenvolvimento;

Variáveis sociais – dificuldade para se reconhecer como portador de uma personalidade mais definida, um senso de quem são, sentimentos de baixa auto-estima, conhecimento de quais são seus valores e conceitos morais mais definidos e sedimentados, melhor definição do que é certo e errado;

Origem das Partes do Self

Variáveis sociais – falta de apoio de amigos a quem a pessoa possa recorrer, em caso de necessidade, carência de rede que sustente socialmente a pessoa, em especial quando há vivências de negligência e abandono;

Variáveis ambientais – família desestruturada, com pouca capacidade para lidar com emoções intermediárias, o que significa ausência de bons modelos para a criança aprender a lidar com conflitos e a negociar dificuldades interpessoais.

DIAGNÓSTICO

Como diagnosticar transtornos dissociativos?

As principais referências são o Código Internacional de Doenças (CID), publicado pela Organização Mundial de Saúde – atualmente CID em sua 10ª versão; ou O Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Doenças Mentais (DSM), recentemente em sua 5ª versão.

Em geral o CID-10 é mais usado na Europa e o DSM nos EUA. No Brasil há predominância do CID-10, mas o DSM também é uma referência importante.

O foco principal deste curso refere-se aos clientes portadores de Transtorno Dissociativo Não Especificado (Dissociative Disorders not Otherwise Specified – DDNOS) – que podemos definir como pacientes portadores de traumas complexos.

DIAGNÓSTICO

Transtorno Dissociativo de Identidade (Dissociative Identity Disorder – DID), amnésia dissociativa e transtorno de despersonalização/ desrealização; Transtornos de Estresse Pós-Traumático Complexo, ou Estresse Extremo (Disorders of Extreme Stress Not Specified – DESNOS).

São muitos nomes para tentar descrever vivências de pessoas que podem apresentar sintomas múltiplos e de difícil diagnóstico convergente, como:

ansiedade, depressão, pânico, transtornos de sono, transtorno alimentar, auto-mutilação, abuso de substâncias, tendências suicidas, transtornos somáticos e dificuldades graves de relacionamento, às vezes tudo ao mesmo tempo, ou oscilando entre um e outro sintoma de sessão para sessão.

DIAGNÓSTICO

A compreensão de transtornos dissociativos pode auxiliar terapeutas e clientes a encontrarem uma forma de entendimento que oferece mais lógica de funcionamento para esses sintomas aparentemente desconexos e desafiadores.

DSM V – Transtornos Dissociativos

Transtornos Dissociativos (TD) são caracterizados por uma perturbação e/ou descontinuidade na integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento.

Sintomas dissociativos podem perturbar qualquer área do funcionamento psicológico. Sintomas dissociativos são experienciados como:

Positivos = intrusões na consciência e comportamento (fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização), com acompanhamento de perdas de continuidade na experiência subjetiva; e/ou

Negativos = inabilidade para acessar informação ou para controlar funções mentais que normalmente estão disponíveis (amnésia).

DSM V – Transtornos Dissociativos

No DSM V os transtornos dissociativos são colocados próximos dos transtornos relacionados a trauma e estressores, refletindo o relacionamento íntimo entre essas classes diagnósticas.

Tanto **Transtorno de Estresse Agudo** (TEA) quanto **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** (TEPT) contêm sintomas dissociativos, tais como amnésia, flashbacks, anestesiamento, e despersonalização/desrealização.

Transtorno de despersonalização/ desrealização é caracterizado por sintoma clinicamente significativo de **despersonalização** persistente ou recorrente = experiências de irrealidade ou descolamento do próprio corpo, mente ou self;

e/ou **desrealização** = experiências de irrealidade ou descolamento do ambiente, não pertencimento, sensação de sonho).

DSM V – Transtornos Dissociativos

Essas perturbações são acompanhadas por teste de realidade intacto. As pessoas podem ter predominância de despersonalização, desrealização ou ambos.

Amnésia dissociativa = inabilidade para recuperar informação auto-biográfica, inconsistente com esquecimento comum.

Pode ser localizada (um evento ou período de tempo), seletiva (aspecto específico do evento, como um rosto ou conteúdo de uma conversa), ou mais raramente amnésia generalizada (infância completa).

Pode incluir ou não vagueamento. Embora alguns reconheçam lacunas de tempo, a maioria das pessoas não se dá conta de suas amnésias (quando perguntados sobre partes de suas vidas ou confrontados com circunstâncias que atestam falta da informação de eventos).

DSM V – Transtornos Dissociativos

Portanto, a maioria das pessoas apresenta amnésia de suas amnésias.

Transtorno dissociativo de identidade é caracterizado por

a) Presença de dois ou mais estados de personalidade ou uma experiência de possessão; e

b) Episódios recorrentes de amnésia

A fragmentação de identidade varia conforme a cultura (apresentações religiosas ligadas a possessões).

Portanto, indivíduos podem experienciar descontinuidades de identidade e memória que podem não ser imediatamente evidentes para os outros ou seja camufladas pelas tentativas de esconder essa disfunção.

DSM V – Transtornos Dissociativos

Normalmente experienciam, dependendo do nível de estresse:

a) Intrusões recorrentes, inexplicáveis em seu funcionamento consciente e senso de self => vozes, ações dissociadas e falas, pensamentos intrusivos, emoções e impulsos);

b) Alterações no senso de self => atitudes, preferências, e sentir como se o corpo ou as ações não pertencem à pessoa;

c) Mudanças estranhas na percepção => despersonalização ou desrealização, como se sentir descolado do corpo enquanto se corta; e

d) Sintomas neurológicos funcionais intermitentes.

Transtorno Dissociativo de Identidade

Critérios Diagnósticos 300.14 (F44.81)

A. Rupturas de personalidade caracterizadas por 2 ou mais estados distintos de personalidade, o que pode ser descrito em algumas culturas como uma experiência de possessão.

A ruptura envolve descontinuidade marcante no senso de self e senso de agência (controle sobre o que ocorre), acompanhado por alterações nos afetos, comportamento, consciência, memória, percepção, cognição e/ou funcionamento sensório-motor. Esses sinais podem ser relatados pelo indivíduo ou por outros.

Transtorno Dissociativo de Identidade

B. Lacunas recorrentes na lembrança de eventos diários, informação pessoal importante e/ou eventos traumáticos que são inconsistentes com esquecimento normal.

C. Os sintomas causam estresse clínico significativo ou comprometimentos em áreas social, ocupacional ou outra do funcionamento diário.

D. A perturbação não é parte de uma prática cultural/religiosa corrente – em crianças os sintomas não são bem explicados por amiguinhos imaginários ou fantasia.

E. Os sintomas não são atribuíveis ao efeito de substâncias (ex. apagar por excesso de álcool) ou outro distúrbio médico (convulsões parciais complexas).

Aspectos de desenvolvimento

Normalmente encontra-se associado a experiências extremadas, eventos traumáticos e/ou abuso ocorrido na infância.

O transtorno pode se manifestar em qualquer idade.

Dissociação em crianças pode se manifestar por meio de problemas de memória, concentração, apego e jogo traumático (encenação de temas traumáticos).

Normalmente não apresentam mudanças de identidade, mas sim com descontinuidades de experiência.

Em adolescentes reações impulsivas e mudanças de humor podem ser confundidas como rebeldia dessa fase, ou início de algum outro transtorno psiquiátrico.

Aspectos de desenvolvimento

Pessoas de mais idade podem buscar tratamento para aparentes oscilações de humor, TOC, paranoia, transtornos psicóticos de humor, ou mesmo transtornos cognitivos, devidos a amnésia dissociativa.

Aspectos de desenvolvimento

Descompensação psicológica e mudanças significativas de identidade podem ser disparadas por

- Saída de lugar traumatizante – saída de casa;
- Os filhos da pessoa alcançarem a mesma idade do cliente, quando sofreu abusos ou traumas;
- Experiências traumáticas inconsequentes, como acidente automobilístico mais simples;
- Morte ou doença terminal do abusador.

Gênero

Mulheres com TDI apresentam costumam apresentar estados dissociativos mais agudos (flashbacks, amnésia, fugas, sintomas neurológicos conversivos, alucinações e auto-mutilações.

Homens tendem a apresentar comportamento criminoso ou violento, sendo disparados por combate, aprisionamento e violência física ou sexual.

Risco de suicídio

Tentativas situam-se em torno de 70%, com tentativas múltiplas e outros comportamentos de auto-mutilação.

Pode haver amnésia parcial ou total das tentativas de suicídio e a personalidade preponderante agora pode não se perceber com risco, apesar de outras interiores se encontrarem em perigo de agir impulsivamente.

Amnésia Dissociativa

Critérios Diagnósticos 300.12 (F44.0)

A. Incapacidade para se lembrar de informação autobiográfica importante, usualmente de natureza traumática ou estressante, que seja inconsistente com esquecimento normal.

Nota: A.D. normalmente consiste de amnésia localizada ou seletiva para um evento específico ou eventos; ou amnésia generalizada para identidade e história de vida.

Amnésia Dissociativa

B. Os sintomas causam estresse significativo ou impedimentos em áreas de funcionamento social, ocupacional, etc.

C. O transtorno não é atribuído a efeitos fisiológicos de substância (álcool, drogas ou medicamento) ou transtorno neurológico o médico.

D. A perturbação não é mais bem explicada por outro Transtorno Dissociativo, TEPT, TEA, Transtorno de Sintoma Somático, ou outro Transtorno Neurocognitivo.

Amnésia Dissociativa

Amnésia pode ser localizada, seletiva ou generalizada.

Amnésia generalizada tende a se instalar de forma repentina e aguda, com perplexidade, desorientação, e vaguear, normalmente chamando atenção da polícia ou serviços de emergência psiquiátrica. Pode ocorrer com veteranos de combate, vítimas de estupro ou pessoas vivenciando estresse ou conflitos extremos.

Nos casos de amnésia localizada, a pessoa tende a minimizar o sintoma, mas se mostra incomodada quando interpelada sobre o assunto esquecido.

Amnésia Dissociativa

Em amnésia seletiva a pessoa pode perder memória para assunto específico, como abuso sexual na infância, todas as memórias referentes à família de origem ou a uma pessoa em especial.

Muitas dessas pessoas têm dificuldades em manter relacionamentos, atingidas por flashbacks contínuos de traumas passados.

Tendem a desenvolver quadros depressivos, tentativas de suicídio e comportamentos de alto risco. Despersonalização e disfunções sexuais são comuns.

Amnésia Dissociativa

Normalmente algum evento intolerável precede o início de amnésia localizada, apesar de que às vezes a própria pessoa não percebe a manifestação do sintoma.

Remissão da amnésia pode deflagrar quadro de sofrimento com o conteúdo traumático relembrado, TEPT, risco de suicídio, ou depressão.

Transtorno de Despersonalização/ Desrealização

Critérios Diagnósticos 300.6 (F48.1)

A. Presença de experiências persistentes ou recorrentes de Despersonalização, Desrealização ou ambas:

- Despersonalização: experiências de irrealidade, descolamento, de ser um observador externo com respeito aos próprios pensamentos, sentimentos, sensações, corpo ou ações – senso de tempo alterado, anestesiamento físico ou emocional.
- Desrealização: experiências de irrealidade ou descolamento do ambiente (impressão de estar em um sonho, de não pertencimento, de ambiente enevoado).

Transtorno de Despersonalização/ Desrealização

B. Durante experiências de Despersonalização, Desrealização teste de realidade permanece intacto.

C. Os sintomas causam sofrimento significativo em áreas importantes de funcionamento.

D. A perturbação não pode ser atribuída a efeitos fisiológicos de substância ou outro distúrbio médico.

E. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, TAE, TEPT, ou outro transtorno dissociativo.

Transtorno de Despersonalização/ Desrealização

Sintomas transitórios (horas/dias) são muito frequentes e se estima que todos os adultos tenham ao menos uma vez um episódio.

Já sintomas mais permanentes são mais raros (2% da população), com distribuição igual para homens e mulheres.

A idade média de início é de 16 anos e pode ser breve – horas/dias – ou prolongado – meses a anos.

Início acima dos 40 anos deve ser investigado para exclusão de distúrbio médico subjacente.

Transtorno de Despersonalização/ Desrealização

Portadores tendem a exibir padrão de comportamento mais evitativo, com defesas imaturas (projeção e negação da realidade), que sugerem mais dificuldade de adaptação.

Personalidade

- Amnésia Dissociativa;
- Fuga Dissociativa;
- Transtorno Dissociativo de Identidade;
- Transtorno de Despersonalização;
- Transtorno Dissociativo sem outra especificação;

Personalidade

Diagnóstico de Transtorno Dissociativo não vale se sintomas dissociativos ocorrem exclusivamente durante Transtorno de Estresse Agudo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Somatização.

Levar em conta aspectos culturais/religiosos.

Estatísticas TDI?

- 3 a 9 mulheres para cada homem;
- 50% - 1 outra personalidade/50% - várias outras;
- Mesmo nos múltiplos, 50% é de menos de 10 personalidades;
- Mulheres múltiplas tendem a 15 e homens a 8 personalidades;
- Apresentam maior sugestionabilidade tica;
- Tipicamente associado a histórico de abuso severo na infância, em particular sexual;

Estatísticas TDI?

Sintomas Positivos (especialmente ansiedade e depressão) e psicopatologia geral mais severos no grupo TDI do que em padrões para esquizofrenia, ao passo que sintomas negativos foram mais severos na esquizofrenia (retraimento social, apatia, perda cognitiva);

Maior risco de tentativas e suicídio do que em outros transtornos psiquiátricos;

Ausência de teste diagnóstico específico, a não ser parâmetro do DES mais elevado;

Mais co-morbidade com outros transtornos mentais (TEPT, Borderline, transtorno conversivo);

Fingimento do transtorno por molestadores de crianças, personalidade antissocial e síndrome de Munchausen, para escapar dos rigores da lei.

Energias e Funcionamento da Personalidade

Experienciamos nossa existência por causa de duas funções dicotômicas da personalidade: **consciente- inconsciente; sujeito-objeto**

O que seria a consciência?

Indivíduo assistir a um filme e chorar com uma cena, perdendo contato momentâneo com o ambiente à volta;

Pessoa em estado sonambúlico – olhos abertos e conversa com os outros, mas sem recordação posterior;

Podemos ter consciência de nossa atividade mental durante um sonho, apesar de os outros não terem acesso;

Energias e Funcionamento da Personalidade

A pessoa pode ter consciência de uma alucinação, mas sem consciência de que a manifestação resulta de um processo mental de alteração de uma função interna;

Há pessoas que tem consciência de suas ações, mas sem consciência das motivações que as iniciaram - "Ele não tem consciência de seu impacto nos outros"... tema ligado à justiça !

Sujeito e Objeto

Pessoa tem consciência da alucinação e perceber o **objeto** como exterior a si mesmo;

Pessoa toma a ideia de outro e pensa ser ela fruto de sua autoria, uma parte de sua criatividade de seu **sujeito**.

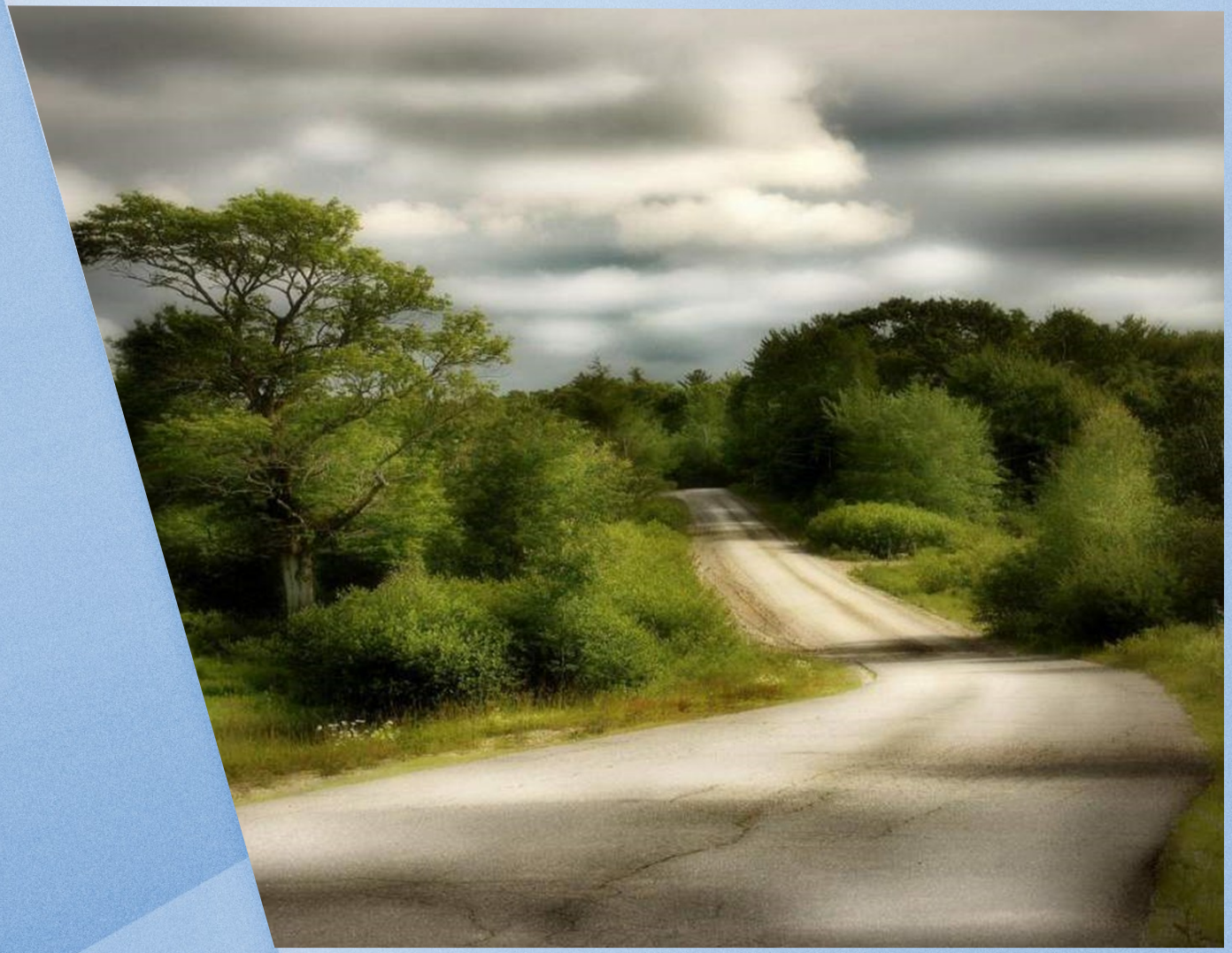
Sujeito é (1) uma experiência com estímulo (2) originado no próprio self. Eu sou o lócus de origem.

Se minha mão se move, sou Eu me movendo, apesar de poder ser entendida como um objeto, uma parte minha.

Sujeito e Objeto

Transições sujeito-objeto: a leitura de “uma praia de verão” = estímulo exterior – uma frase **objeto**;

Se imagino o céu azul ou nublado, a origem já está em mim, no **sujeito**;



Apropriações de sujeito/objeto

em sonhos baseados na mesma ideia, mas com diferente identificação com sujeito/objeto – diferentes estados de ego podem ter partes diferentes do mesmo sonho:

Sonhei ter visto um homem que batia em um menino, mas isso não me incomodou. Não reconheci nenhum deles;

Sonhei ter visto um homem batendo em um menino, e fiquei penalizado com o menino. Ele não merecia aquilo;

Sonhei ter visto um homem que batia em um menino que se parecia comigo;

Sonhei que meu pai me dava uma surra e doeu muito;

Apropriações de sujeito/objeto

Sonhei que bati em meu filho, por ter se comportado mal.

Importância de sempre avaliar a perspectiva do sujeito e do objeto.

Freud e a teoria da libido

Freud desenvolveu o conceito de libido (1905, 1922) para explicar como fluxos de energia ativavam vários processos psicológicos. Essa energia seria de natureza erótica.

Freud usou o termo de catexia com libido para indicar uma carga de energia que ativava um processo. Quando a imagem de outro indivíduo fosse catexizada com libido, isso significava um investimento erótico e essa pessoa se tornava um objeto de amor.

Libido seria inicialmente uma energia de objeto, tornando-os importantes e externos ao self.

Freud e narcisismo

Freud (1914) explicou narcisismo como redirecionamento dessa energia objetal para o próprio Eu, denominando-a de libido do ego (mesma energia, mas de direção externa voltada para dentro).

Psicologia do Ego – Paul Federn (1952)

Paul Federn não aceitou que as duas energias fossem a mesma coisa e substituiu libido pelos termos **catexia de ego e catexia de objeto**, com energia não sexual.

Uma **percepção** interior de uma pessoa investida com catexia de objeto, poderia torná-la um **introjeto** ou uma **representação de objeto**

Quanto mais quantidade catexia de objeto, mais importante esse fica para a pessoa, mas não percebido como uma parte da pessoa e sim um não-eu!

Catexia

Se a imagem interna de meu irmão for investida por catexia de objeto, experiencio-o como uma percepção (não-Eu); se for investido por catexia de ego, a experiência é de ser meu pensamento sobre meu irmão.

Se uma representação se torna objeto (não-Eu) ou sujeito (Eu), depende do tipo de energia empregada nesse investimento (catexização)

Do alemão Besetzung (= possessão – tomar posse, apropriar-se), catexia pode ser entendida como desejo, investimento.

Catexia de ego e de objeto

Catexia do ego não é apenas uma energia do Eu (self), mas sim é o próprio self. Self é uma energia e não um conteúdo; uma energia com um sentimento de egóico, eu-ismo;

Pode investir um elemento psicológico (pensamento) ou fisiológico, provendo senso de unidade, continuidade, contiguidade e causalidade nas experiências do indivíduo (Federn, 1952).

Parte do corpo catexizado (braço) = meu braço

Pensamento catexizado = meu pensamento

Catexia de ego e de objeto

Exemplo: se o **pensamento** de minha mãe falecida atinge a consciência e for ativado por catexia de ego = minha lembrança subjetiva dela.

Se o pensamento for ativado por catexia de objeto, posso **percebê-la** como objeto real, uma alucinação.

Importante para compreensão do fenômeno paranóide.

Processo de introjeção e identificação

No processo de introjeção, primeiro (a) engolimos uma pedra no estômago – não Eu = um introjeto investido com catexia de objeto (objeto interno);

Se for investido por catexia de ego, passa a ser não mais um introjeto, mas uma identificação = torna-se parte do Eu – tento agir e falar como essa pessoa de origem externa.

Resumindo: representação de objeto transforma-se em representação de self = processo de aprendizagem a partir de modelos (cuidadores/abusadores).

Estados de Ego

Definição – (Federn -1952) sistema organizado de comportamento e experiência cujos elementos se encontram conectados por algum princípio comum, e que se encontra de outros tais estados por uma fronteira mais ou menos permeável;

Na maioria dos casos, alters surgem como resposta defensiva do indivíduo, como reação ao que é experienciado como vivência traumática esmagadora.

John & Helen Watkins (1979)

Estados de Ego...

"um sistema organizado de comportamento e experiência, cujos elementos se conectam por algum princípio comum e estão separados de outros estados por uma fronteira que é mais ou menos permeável" ;

Eles viram a formação dos estados de ego em um contínuo de desenvolvimento, estipulando que a personalidade era segmentada em estados do self, como resultado da diferenciação normal, introjeção ou trauma.

Watkins, J. & Watkins, H. (1979). The theory and practice of ego state therapy In H. Grayson (Ed.), Short-term approaches in psychotherapy (pp. 176-120).

Dr Richard Schwartz

desenvolveu a abordagem Sistema da Família Interna (IFS) nos anos 80;

Utilizou os princípios sistêmicos das escolas de Terapia de Família, Escola Estruturalista, de Salvador Minuchin;

Há papéis comuns entre pessoas? A partir de amostra mais ampla, começamos a identificar certos padrões;

A maioria têm partes que tentam mantê-los funcionais e seguros.

Dr Richard Schwartz

Diferença entre ouvir a teoria e ouvir os clientes.

Quando for o caso, perguntar sobre os participantes dessas conversas internas.

(Fazer perguntas, tais como): O que desejam; como se parecem; como se dão uns com os outros; quais deles os clientes tentam mais ignorar ou têm medo, etc.

Significa assumir um ponto de vista de multiplicidade em relação às vozes dos clientes, não mensagem de ser sinal de loucura deles.

Tomar certo cuidado com a revelação de conversas ocultas, considerando que por conta da velocidade do dia-a-dia e de nossa carência de vocabulário, prestamos pouca atenção a essa dinâmica interior.

Dr Richard Schwartz

Impressionante a rapidez com que alguns clientes se tornam conscientes dessas personalidades interiores.

Dr Richard Schwartz

Partes

Dependendo do modelo empregado, podem ser chamadas de subpersonalidades, subselves, personagens internos, arquétipos, complexos, objetos internos, estados de ego ou vozes.

O que importa é com qual conceito o cliente se sente mais confortável.

Em geral usamos "parte", mas se o cliente não gostar, podemos usar aspecto, pensamento, personagem, sentimento, voz interior.

Por causa de nossa religiosidade cultural, algumas pessoas acham que essas vozes são intuitivas, espíritos, manifestações de si mesmos em uma vida passada ou anjos.

Dr Richard Schwartz

Todas essas possibilidades podem ser empregadas com o propósito maior de uma busca de mais integração interior, mas o objetivo deste trabalho não é o de mistificar ou espiritualizar essa expressão interior.

Entendemos que uma parte não é apenas um estado emocional habitual ou um padrão de pensamento, mas um sistema mental com relativa autonomia, com capacidade de expressão emocional, habilidades, necessidades a serem atendias e certa visão de mundo, normalmente mais infantil.

Dr Richard Schwartz

Diferença em relação a outros modelos teóricos:

1. As partes são consideradas não somente na relação com o self, mas principalmente entre elas, em suas redes relacionais, no sistema interno;

2. Apesar de traumas vários, todos temos um self, um Eu, mesmo que por vezes escondido e substituído por uma parte, por motivos de proteção (para ser preservado);

3. Estabelecimento de fronteiras (Minuchin e Fishman, 1981) = pedir para a parte que está interferindo para dar um passo atrás e respeitar a fronteira (com o Eu).

Dr Richard Schwartz

Exemplo: Se a pessoa X está se sentido com muito medo de uma parte interior monstruosa, posso pedir para ela encontrar/identificar e se separar da parte que a deixa com medo => encontrar o Self/Eu;

4. Influência direta da física quântica, compreende-se que o Self pode ser ao mesmo tempo uma partícula e uma onda.

Quando partícula, destaca-se sua unicidade, um estado de consciência, que reconhece sua existência e diferenciação com relação aos outros.

Quando onda, conecta-se com outras pessoas de modo empático e com compaixão, reduzindo o senso de isolamento e ampliando o senso de pertencimento.

Dr Richard Schwartz

5. Auto-proteção - diante do risco de um trauma grave, ou de uma retraumatização, algumas partes separam o Self do próprio corpo, para protegê-lo de danos, medos ou dores => relatos de estar fora do corpo, logo depois de um trauma.

6. Auto-confiança - objetivo maior da terapia é o de fazer com o que o cliente diferencie o Self das partes, que elas consigam confiar em sua capacidade de se proteger, e de que elas não precisam agir de modo extremo, sem ter mais que assumir o controle.

O self apresenta as qualidades de liderança do conjunto, como um maestro interno, diferenciado dessas partes e atento aos mundo interno e externo, podendo não apenas observar passivamente, mas atuar como ator, protagonista de dramas internos e externos.

Dr Richard Schwartz

Polarização

- Sistemas em desequilíbrio interno ou externo tenderão a polarizar, com partes abandonando seus papéis tradicionais e assumindo papéis competitivos, extremados.
  - Exemplo: paciente com bulimia - come e em seguida purga alimento (vômitos ou laxantes). Pedir-se para paciente tentar parar esse sintoma significa a pessoa enfrentar seu lado perfeccionista de outro modo, ou lidar com o impacto que seu corpo provoca em outras pessoas
    - Diante de rejeições, abandonos, medos ou abusos (físico, sexual ou emocional), os sistemas internos podem se polarizar.

Sistema de Família Interna

3 subgrupos de partes:

1. **Gerentes:**

tentam manter controle de ambiente interno e externo;

evitam que a pessoa fique perto demais ou dependente demais dos outros;

criticam a aparência ou desempenho, de modo a fazê-los agir ou aparentar o melhor possível;

Incentivo a tomar conta dos outros mais do que das próprias necessidades.

Partes do Eu ou subpersonalidades

Gerentes querem manter sentimentos negativos fora da consciência e manter partes vulneráveis, carentes trancadas em armários interiores;

2. **Exilados:**

partes encarceradas, com memórias perturbadoras do passado;

3. **Bombeiros:**

entram em ação quando **Exilados** se mobilizam ao ponto de inundar a pessoa com sentimentos extremos ou fazer a pessoa vulnerável a ser machucada novamente.

Bombeiros

Tendem a ser altamente impulsivos e buscam estimulação que se sobreponha ou dissocie a pessoa dos sentimentos dos Exilados. Atividades comuns são consumo exagerado de álcool, drogas, comida, sexo, compras ou trabalho;

Desafio terapêutico:

remover legado dos **Exilados**, de modo que os **Bombeiros** (sintoma) não precisem acudir e desviar atenção a qualquer custo.

EINKELLER
ZUR
HWARZEN KATZ

Joseph LeDoux

"Por você ser um indivíduo único, os aspectos particulares e multifacetados do self que definiram "você" estão presentes somente em seu cérebro.

Para que você permaneça quem você é minuto a minuto, dia a dia, ano a ano, seu cérebro tem que, de alguma forma, reter a essência de quem você é ao longo do tempo.

Então, no final das contas, o self é, essencialmente, uma memória, ou mais precisamente, um conjunto de memórias."

LeDoux, J. (2003). Annals of the New York Academy of Sciences, 1001: 290-300

Joseph LeDoux

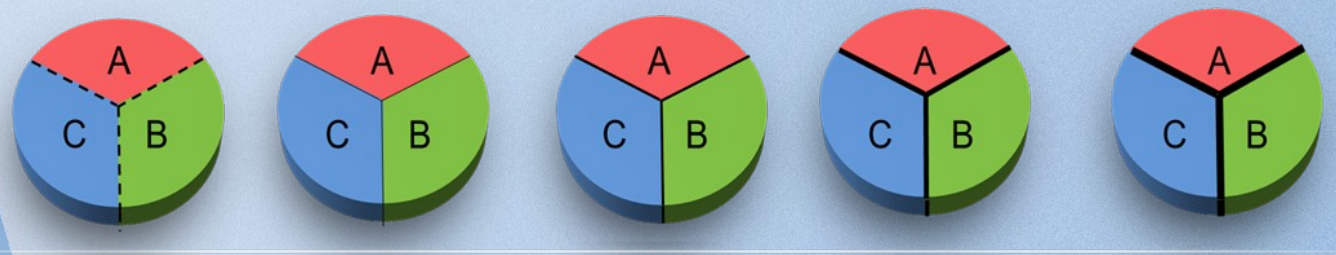
Enquanto alguns aspectos da experiência são armazenados em um sistema que torna possível recuperar conscientemente a experiência, a maioria da aprendizagem ocorre em sistemas que funcionam inconscientemente ou implicitamente.

Quando vistos em termos de memória, a multiplicidade do Eu se torna menos misteriosa e mais compreensível pelo cérebro.

LeDoux, J. (2003). Annals of the New York Academy of Sciences, 1001: 290-300

Contínuo de Dissociação

Estados de Ego



Normal
Bem – Ajustado

Neurótico

Borderline

Transtorno Dissoc
de Identidade

Diferenciação Adaptativa

Defensivo

Dissociação Patológica

O Contínuo de diferenciação-dissociação

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Consciencialização dos Estados de Ego

Anexo 1 - Psicoeducação – evitar crises de ansiedade

Metáfora do trauma como soco no espelho

1. dói a mão, mas espelho fica inteiro;
2. trinca o espelho, mas o reflexo do conjunto permanece;
3. espelho cai em pedaços diferentes, cada um com reflexo do todo, mas cada pedaço diferente

Descrição evolutiva – a criança dentro do adolescente dentro do adulto. Crescemos e o que somos não morre

Canção no chuveiro, conversar sozinho no carro, conversas internas

Diferentes contextos, diferentes papéis;

Dilema do anjinho vs. diabinho, razão vs emoção, lado bom, lado mau; eu público, eu privado, etc

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Ponto de Encontro

Ponto de Encontro– imaginação ou 3-D

Ajuda a estabilizar dinâmica interna que contribui para sintomas;

Oferece espaço para vozes desqualificadas do sistema;

Expressa dinâmica interna e propicia resolução de conflitos;

Cria alianças internas e recursos;

É ritmado para resultados melhores;

Aprofunda confiança e apego no relacionamento terapêutico.

Componentes parciais do Ponto de Encontro

- Tela de memória – distanciamento;
- Lugar seguro
- Meta cognição – semente para cura e completude;
- Cadeira de acolhimento;
- Sala de espera;
- Cofre de memória/biblioteca – paciente pode olhar pelo vidro e ver títulos nos livros;

Componentes parciais do Ponto de Encontro

- Alto-falante;
- Espelho uni-direcional;
- Dimmer – controle da luminosidade;
- Objeto de contenção;
- Quadros de crenças positivas/ negativas na parede;
- Cliente – o que eu gostaria de acrescentar ao meu desenho.

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Mapeamento Interior

Como está essa composição interior? Desenho/ 3D – almofadas/ cadeiras

começar a avaliação – quem em geral está no comando? É mais visível? Com quem devo / não devo conversar? Qual é mais fácil / difícil ver?

Quem faz o quê melhor?

Se além desses houvesse mais ainda? Onde estariam?

Alguém teria alguma pergunta para cliente ou terapeuta?

Dependendo do vínculo: quem está mais à vontade, quem precisa de mais ajuda? quem precisa de mais tempo?

Como seria uma configuração inicial de personagens de desenho? Genograma

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e das sistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Anfitrião/ Eu executivo versus fragmentos

Qual o nível de **interferência** das personalidades inconscientes na personalidade principal?

Melhor termo = **influência** das sub-entidades pode modificar ou até mesmo aprimorar o funcionamento do Eu executivo.

Avaliação das personagens / alters

Terapeuta precisa desenvolver nível de empatia para com as auto-percepções de cada personalidade – estabelecer aliança terapêutica;

Alters relatam auto-conceito diferente, imagens corporais e valores. Observam-se em diferentes faixas etárias e comportamento que varia conforme eixo de desenvolvimento; em casos mais graves, podem-se descrever com gênero diferente ou orientação sexual diferente do eu executivo, ou pouco definida.

Tentar contato primeiro com os mais poderosos – normalmente um introjeto, não necessariamente os mais machucados – normalmente crianças – para obter autorização.

Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Tipos de Personagens

Eu executivo – aquele que tem controle executivo do corpo a maior parte do tempo; normalmente não tem consciência das outras partes;

consumo externo ou máscara social. Pode assumir muitas expressões:

Pode ser excessivamente amável e bem socializado;

Pode ser agressivo, com a máscara do defensor.

Crianças e bebês

Crianças e bebês– quase sempre presentes e em geral excede em número as versões adultas;

Normalmente encontram-se congelados no tempo e guardam memória do trauma ou protegem boas memórias ;

Quando aliviadas de seus fardos, podem crescer primeiro; e

depois buscar integração.

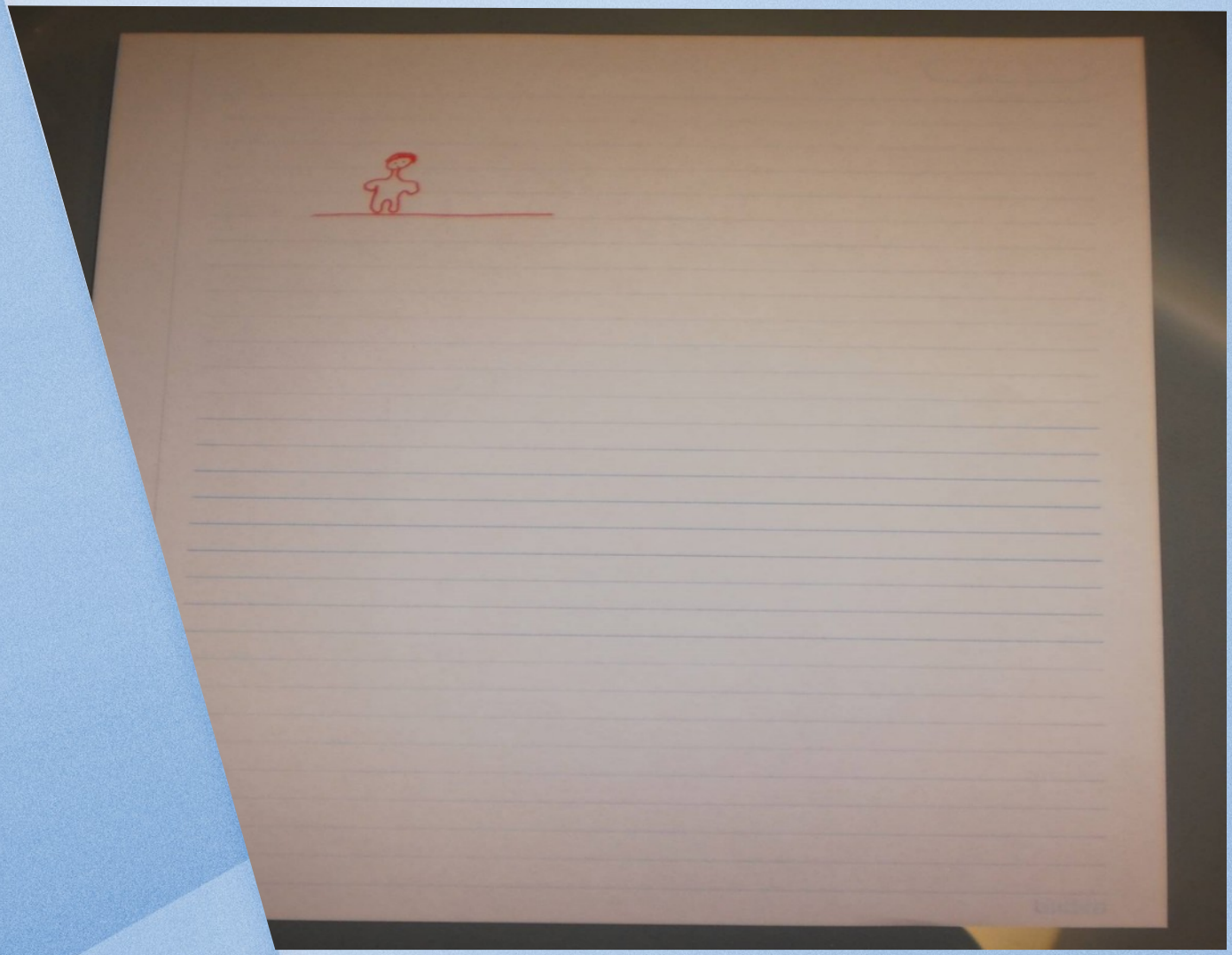
Exemplo 1

20 e poucos anos, médico.

Abuso sexual na infância aos 5, 7, 9 e 11/12 – a maioria com vizinhos. Muito bullying na escola, até os 15 anos. Pai alcoolista. Tinha que sair de casa para procurar pai embriagado pela cidade (interior). Muita solidão.

Muita vergonha do último abuso – "já era grande" – nojo do que houve e de si mesmo.

Chamado para ser modelo quando criança. Medo de ser bonito. Transtorno alimentar (ataques de comida) e sobrepeso.



Crianças e bebês

Quando surgem, podem normalmente reencenar de forma catártica aspectos do trauma;

Podem assumir postura fetal, ficar sem voz ou reagir de forma perigosa – podem reagir como se terapeuta fosse abusador;

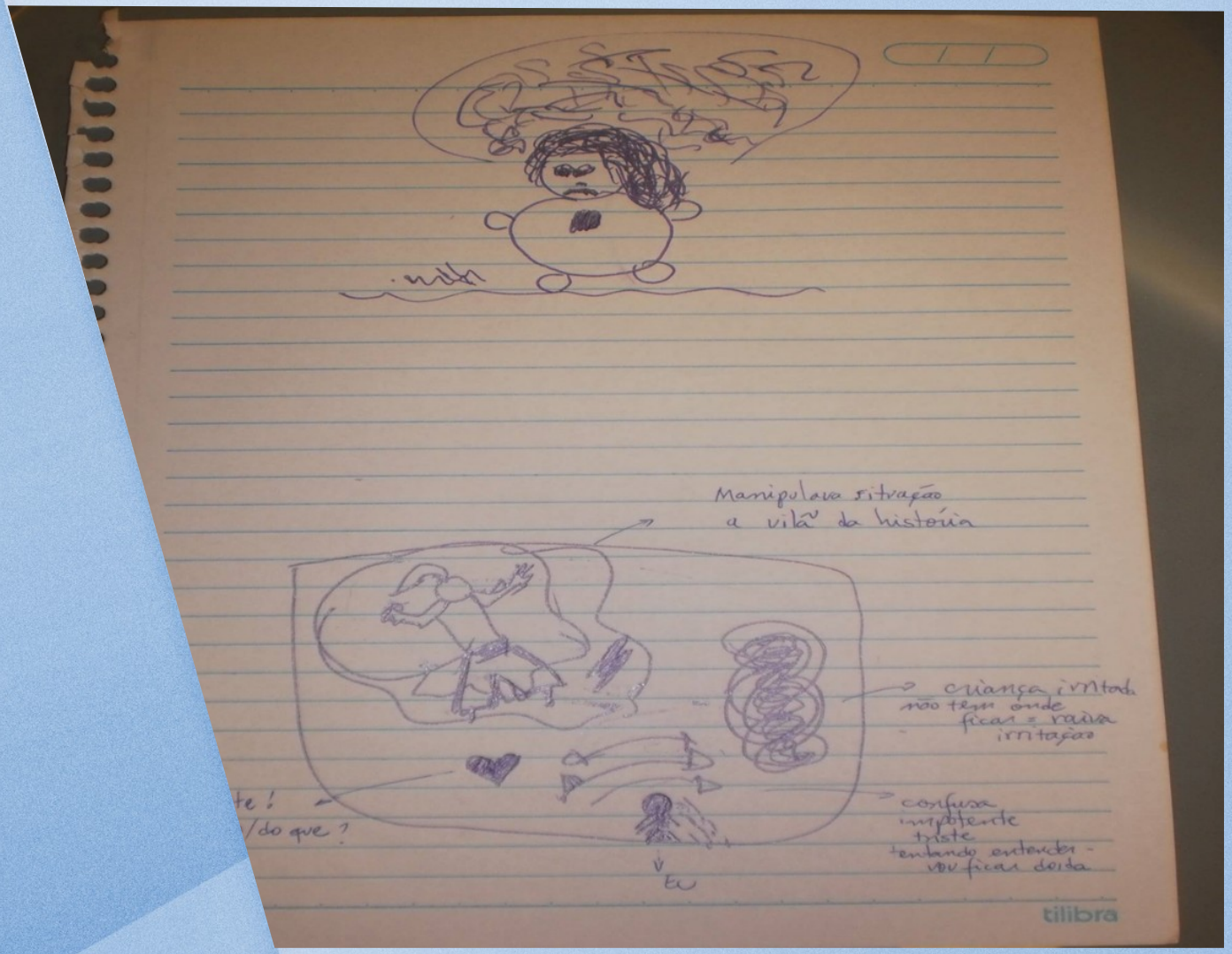
Além das versões traumatizadas, normalmente há versões carentes e inocentes. Idealizam os abusadores e carecem de habilidades ou julgamento para lidar com situações de onde emergem

Exemplo 2

Não sabe se foi abusada pelo pai, que parece ter abusado da irmã e pratica zoofilia. Avó e mãe têm pavor de homens.

Sofreu acidente pouco depois de casada e quase morreu. Passou a estranhar marido e casa. O que estou fazendo aqui?

Não consegue perder peso.

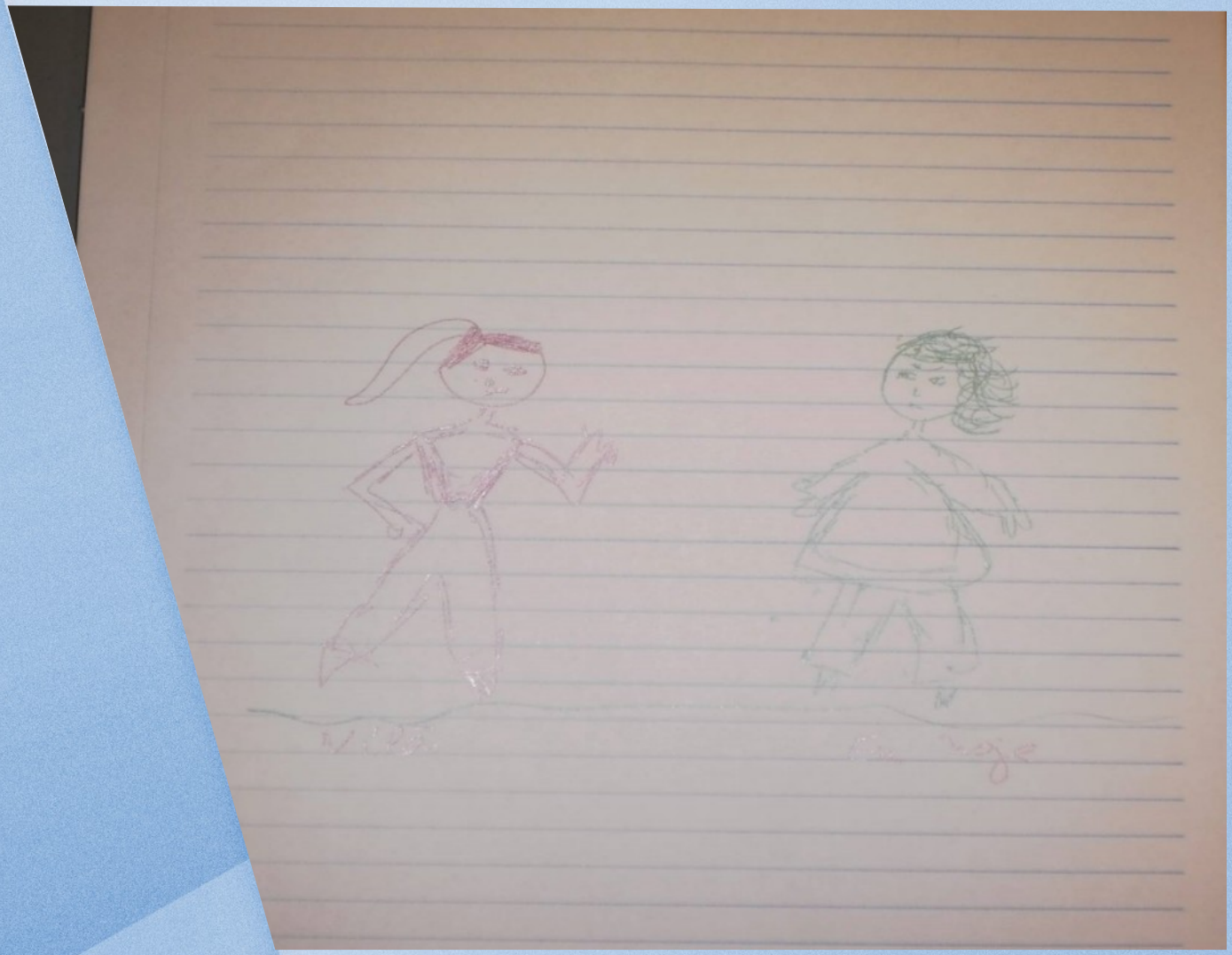

Manipulava situação
a vilã da história
criança irritada
não tem onde
ficar = raiva
irritação
confusa
impotente
triste
tentando entender -
ou ficar doida
te!
/do que?
Eu
tilibra

Cuidadores e Antepassados

Com frequência os temas e conflitos trazidos pelos pacientes não se relacionam diretamente a vivência atual e refletem sim traumas não resolvidos de antepassados, que foram transmitidos de modo mais ou menos implícito para a geração seguinte.

Assim como na identificação inicial dos EE, torna-se fundamental explicitar esses legados, aos quais o paciente aderiu com lealdade inconsciente, de modo a se libertar desse jugo, abrindo possibilidades de fazer escolhas.

Pode-se empregar genograma – que mensagens foram passadas à geração seguinte?



Perseguidores Internos

Quase sempre há uma personalidade interna que se vê em conflito diametralmente oposto ao anfitrião; normalmente sabotam vida e infligem ferimentos ao corpo, de modo a tentar matar outras personalidades e o anfitrião – tentativas de homicídio interno;

Podem surgir como composições introjetadas de abusadores ou de ex-ajudadores que farão de tudo para destruir relação com terapeuta e terapia;

Podem ser conquistados quando feito reenquadre cognitivo de lutadores para melhora da qualidade de vida do anfitrião – a qualquer preço – a raiva deles pode ser energia de vida para sobreviver e melhorar!

Suicidas e loucos

Perigosos, determinados a se matarem; sem consciência ou contato com o anfitrião/ outras personalidades – negociação muito difícil com terapeuta;

Ameaçam desestabilizar o sistema e perder o controle;

Sistema de personalidades pode ser recrutado para vigiar os impulsos suicidas;

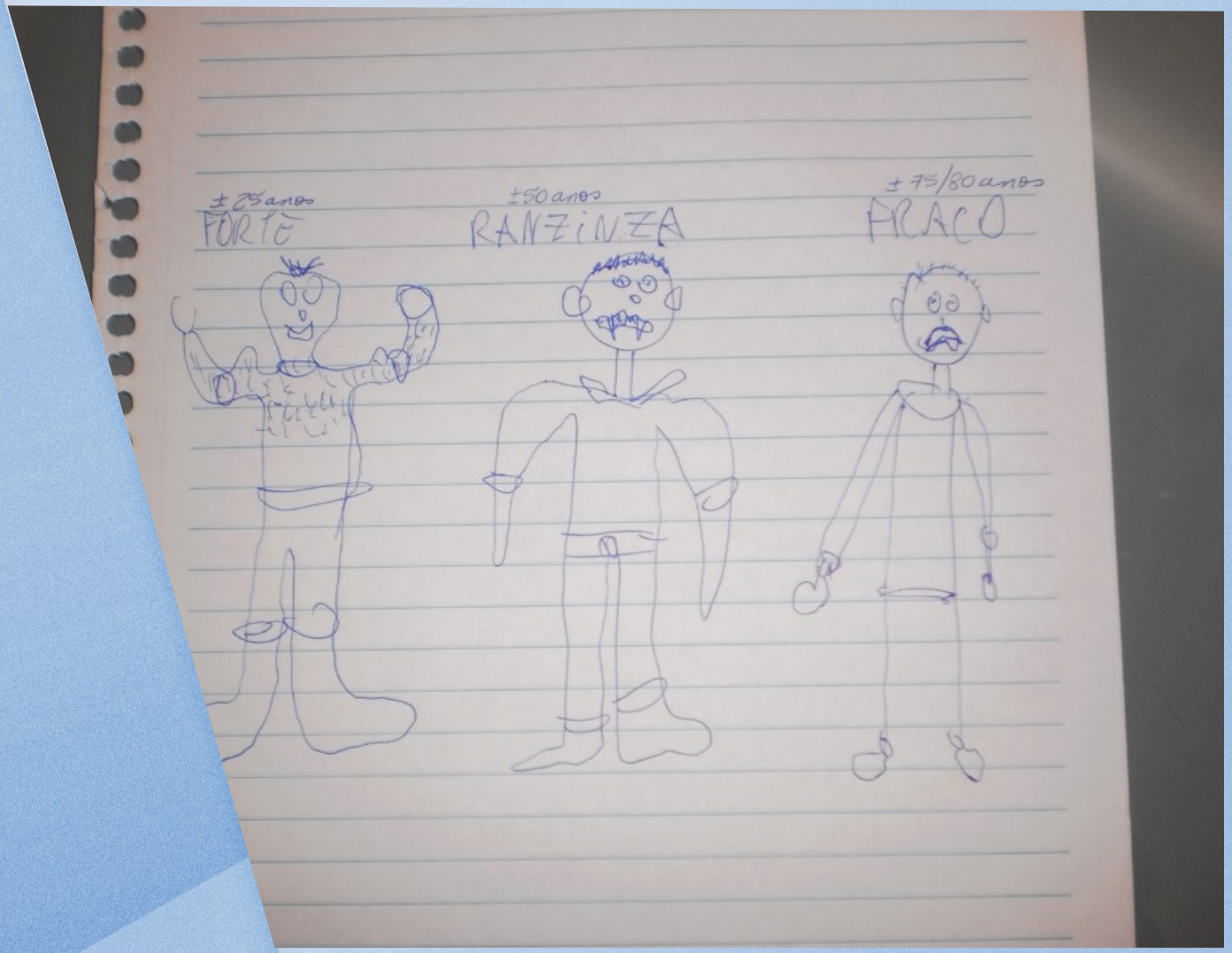
anfitrião pode ter muito medo de enfrentá-los.

Exemplo 3

30 anos. Medo de avião. Teve surto há alguns anos; toma antidepressivo e ansiolítico desde o surto.

Mãe ansiosa, com medo de tudo, inclusive de terapia;

Ele trabalha em empresa da família. Rotina fixa: dorme até de tarde, trabalha até de noite, vai para casa, faz ginástica na academia do prédio, toma banho, assiste tv, joga vídeo game e dorme. Vida social restrita; nunca teve namorada.


± 25 anos
FORTE
± 50 anos
RANZINZA
± 75/80 anos
FRACO

Dores ou partes do corpo

Manifestações mais primitivas de EE podem acontecer com presença de dores crônicas e/ ou transtornos de partes do corpo, como no caso de disfunções sexuais.

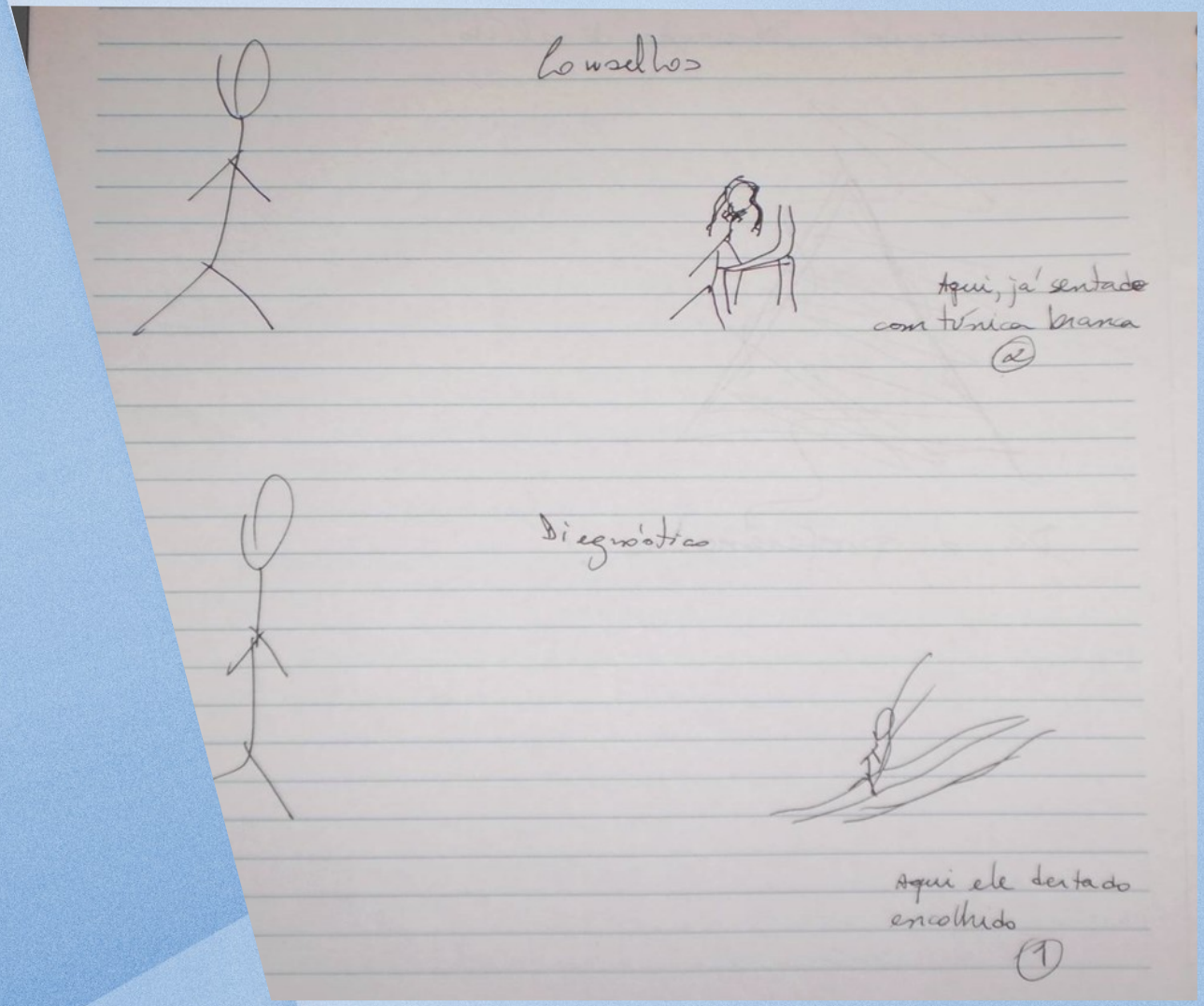
Processo de integração pode ser mais lento, considerada a abstração do tema e a dificuldade de reconhecimento dessas partes como integradas ao Self propriamente dito.

Exemplo 4

40 e poucos anos, segundo casamento.

Há 3 anos não tem ereção quando vai se relacionar com a esposa. Sem histórico aparente de abuso sexual, família de origem relativamente aberta para o tema, vida sexual pregressa “normal”.

Retorna a lembrança de uma traição que cometeu e apesar de ter feito a DR, continua a se sentir culpado. Em fase de recuperação.


Conselhos
Aqui, já sentado com túnica branca
(2)
Diagnóstico
Aqui ele deitado encolhido
(1)

Monstros e pavor - pânico

O medo de enlouquecer pode esconder monstros interiores = crianças machucadas/ abusadas, que se vestem assustadoramente para não serem mais molestadas. Engordam, se mutilam, enchem-se de tatuagens.

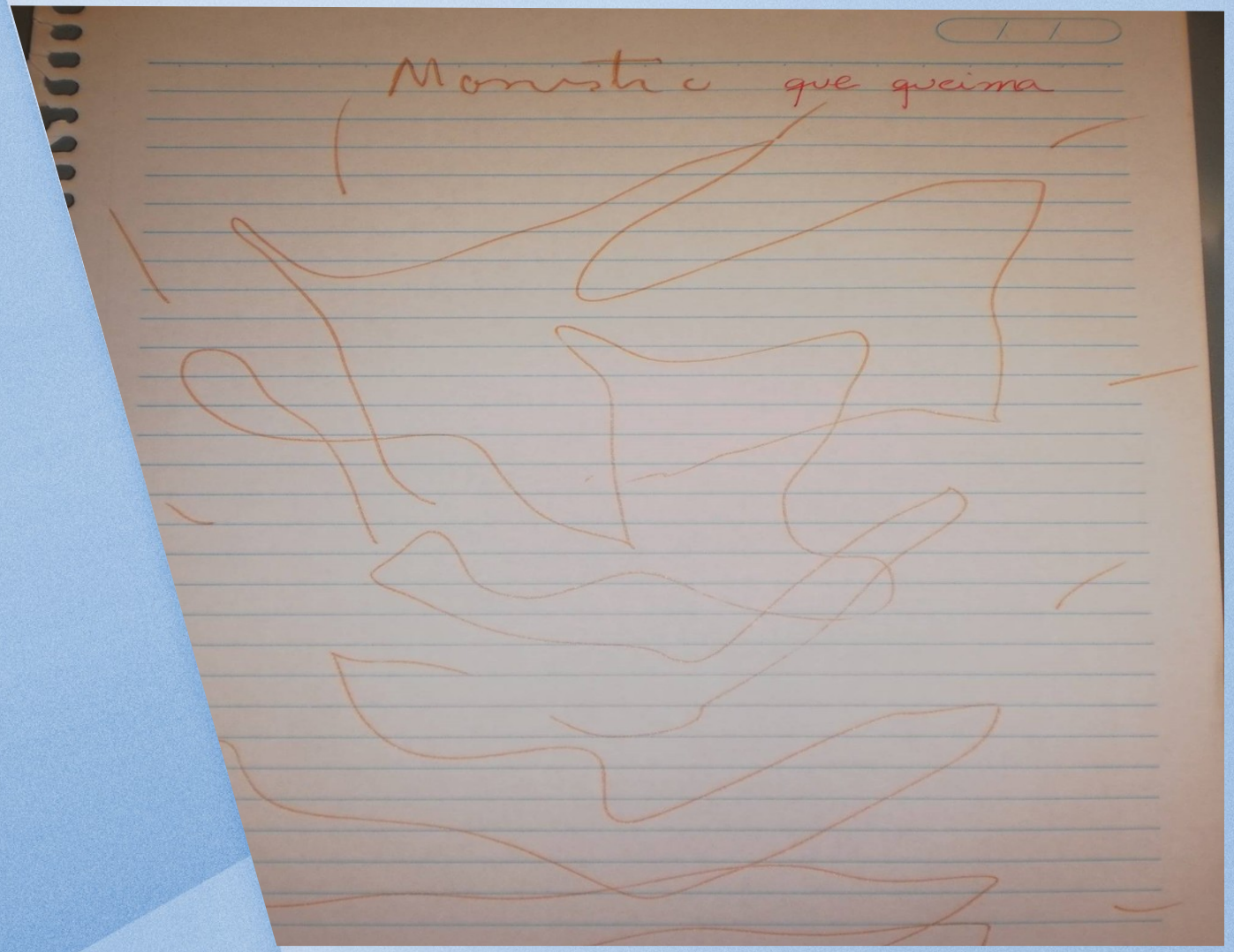
Pânico pode ser reação fóbica à intuição interior de sentimentos e registros de memórias próximas ao consciente. Reação à consciência da amnésia dissociativa

Exemplo 5

Muito abuso sexual na infância – primos

Mãe traía o pai promiscuamente e paciente tinha que vigiar para relatar quando o pai chegasse;

Afastamento do trabalho há mais de 2 anos por Muito assédio moral – competição entre os colegas para quem a conquistaria primeiro.


Monstro que queima

Exemplo 6

Diagnóstico de bipolaridade;

Doença de pele na infância, com curativos feitos nela sem roupa na frente de várias pessoas;

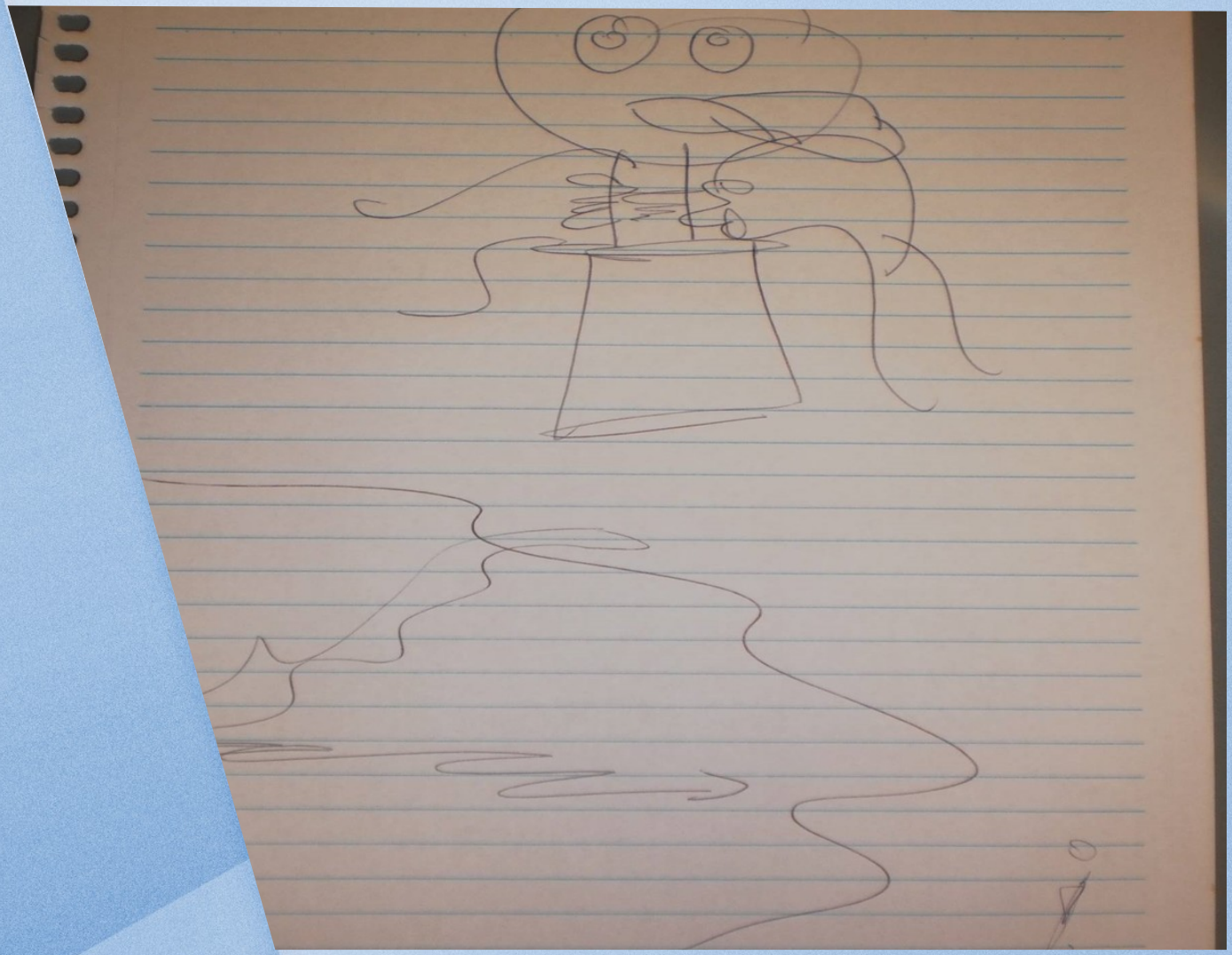
Pai alcoolista, já tentou impedir suicídio da mãe várias vezes;

Em acesso de fúria, pegou todas as roupas do marido e ateou fogo, quase queimou a casa;

Muito instável, choro fácil, anos de análise;

Tudo muito intenso, fibromialgia, sensações de estrangulamento.

Algo quer me matar.



Psicoterapia dos Estados de Ego

- Conscientização dos EE (psicoeducação)
- Ponto de Encontro
- Mapeamento interior
- Avaliação das personagens colaboradoras e dassistentes
- Estabelecimento de contato
- Levantamento de necessidades
- Negociações
- Processos de integração

Criar Aliança

O terapeuta forma alianças com estados de ego durante tratamento;

Particularmente com estados de ego raivosos, destrutivos, auto-destrutivos ou punitivos;

Identificá-los, reconhecer sua dor/papéis é crucial;

Desenvolver meios de comunicação, negociações e conflitos.

Reassegurar Cliente/ Sistema

Terapeuta assegura ao sistema de que os estados de ego não serão expulsos ou destruídos;

Medida psicoeducativa, esclarecer que todos já foram adaptativos em algum momento;

Partes evoluem; mudam por meio de decisões internas e cooperação.

Pedir licença para trabalhar material traumático e agradecer a participação ao final. Só participa do trabalho quem tiver disponibilidade. Às vezes, dissociação para manter certas partes ausentes do trabalho é fundamental.

Instalação Centrada de Orientação Presente e Segurança - ICOPS

Escala back of the head - BHS

1 – Permissão do paciente para trabalhar com memória muito perturbadora de modo gradual e seguro;

2 – assegurar que paciente tenha consciência da realidade objetiva do presente no consultório e sua segurança aqui e agora

b- o que há de bom de estar aqui agora em vez de em outro lugar? objetivo = *grounding*

c- pode jogar almofada para intensificar presença

Restauração Sentida de Orientação Presente e Segurança – ICOPS

3. avaliar a efetividade do ICOPS com a escala da nuca – BHS;
4. orientação presente bem estabelecida – perguntar se pct teria vontade de experimentar entrada na imagem da memória, mas por pouco tempo (2 a 10 segs). Encorajamento nas voltas bem sucedidas;
5. Assegurar retorno ao presente com BHS e ICOPS. Repetir o passo 5;
6. confiança do paciente em retornar ao presente => coragem para enfrentar memória traumática.

Orientação de Presente e Segurança – ICOPS

- Exercício de Preparação;
- Quanto % do tempo está presente ou dissociado?
- Usar escala BHS – o quanto está mais ou menos presente agora?
- Tente ficar o mais presente possível;
- Agora, tente se desligar por alguns instantes, 10 seg. e te chamo de volta;

Restauração Centrada de Orientação

Presente e Segurança – ICOPS

Escala BHS – agora faça o possível para ficar mais presente ;

Compartilhar brevemente a experiência;

Repetir, se necessário – aumentar um pouco intervalo de dissociação.

Origens da Dissociação

De onde vem a dissociação ou o que promove sua instalação?

Dissociação geralmente ocorre diante de uma ou mais experiências

Ameaçadoras ao nosso bem-estar;

à nossa sobrevivência; ou

a pessoas a quem estamos emocionalmente ligados

experiências ocorridas quando a pessoa não tem amadurecimento emocional/biológico para integrar à própria vida, e precisa continuar vivendo.

Reconhecimento de vulnerabilidade – risco de extermínio e impotência para enfrentar esse desafio contribuem para uma resposta dissociativa.

Origens da Dissociação

Uma parte da pessoa avança e de certo modo “finge” estar normal, enquanto outra (s) ficam presas à vivência perturbadora.

Como lidar com a dissociação?

Primeiro devemos pensar em

1. como está organizada essa composição de partes emocionais, para somente depois

2. enfrentar as lembranças do passado e tentar integrá-las à biografia da pessoa.

O que agrava dissociação?

Variáveis biológicas – tendência genética a dissociação, a maior dificuldade de integração, mais facilidade para se distrair, se desligar, ou ainda ser muito novinho, com cérebro imaturo, com pouco desenvolvimento;

Variáveis emocionais – dificuldade para se reconhecer como portador de uma personalidade mais definida, um senso de quem são, sentimentos de baixa auto-estima, conhecimento de quais são seus valores e conceitos morais mais definidos e sedimentados, melhor definição do que é certo e errado;

Variáveis sociais – falta de apoio de amigos a quem a pessoa possa recorrer, em caso de necessidade, carência de rede que sustente socialmente a pessoa, em especial quando há vivências de negligência e abandono;

O que agrava dissociação?

Variáveis ambientais – família desestruturada, com pouca capacidade para lidar com emoções intermediárias, o que significa ausência de bons modelos para a criança aprender a lidar com conflitos e a negociar dificuldades interpessoais.

Como diagnosticar transtornos dissociativos?

As principais referências são o Código Internacional de Doenças (CID), publicado pela Organização Mundial de Saúde – atualmente CID em sua 10ª versão; ou

O Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Doenças Mentais (DSM), recentemente em sua 5ª versão.

Em geral o CID-10 é mais usado na Europa e o DSM nos EUA. No Brasil há predominância do CID-10, mas o DSM também é uma referência importante.

O que agrava dissociação?

O foco principal deste curso refere-se aos clientes portadores de Transtorno Dissociativo Não Especificado (Dissociative Disorders not Otherwise Specified – DDNOS) – que podemos definir como pacientes portadores de traumas complexos. Não chegam a padecer de Transtorno Dissociativo de Identidade (Dissociative Identity Disorder – DID), mas sofrem de Transtornos de Estresse Pós-Traumático Complexo, ou Estresse Extremo (Disorders of Extreme Stress Not Specified – DESNOS).

O que agrava dissociação?

São muitos nomes para tentar descrever vivências de pessoas que podem apresentar sintomas múltiplos e de difícil diagnóstico convergente, como:

ansiedade, depressão, pânico, transtornos de sono, transtorno alimentar, auto-mutilação, abuso de substâncias, tendências suicidas, transtornos somáticos e dificuldades graves de relacionamento, às vezes tudo ao mesmo tempo, ou oscilando entre um e outro sintoma de sessão para sessão.

A compreensão de transtornos dissociativos pode auxiliar terapeutas e clientes a encontrarem uma forma de entendimento que oferece mais lógica de funcionamento para esses sintomas aparentemente desconexos e desafiadores.

Dissociação Estrutural

(Onno van der Hart, Ellert R. S, Nijenhuis e Kathy Steele)

Divisões dissociativas não ocorrem apenas em ações mentais (como experimentar sensações ou afetos), mas ocorrem principalmente entre duas categorias de sistemas psicobiológicos, que compõem a personalidade.

Dissociação Estrutural

Sistemas de Ação – propensão a agir voltado para alcançar objetivos:

1ª categoria = curiosidade e aproximação de estímulos atrativos (comida e companhia)

Sistemas de Ação de Vida Diária:

Sobreviência da Espécie

Engajamento Social

Apego

Sociabilidade

Dissociação Estrutural

- Cuidado dos outros (prole)
- Exploração
- Jogo
- Regulação de Energia (descansar, comer etc.)
- Sexualidade / Reprodução
- Predominantemente mediadi pelo sistema vagal ventral
  (ramo do sistema nervoso parassimpático)

Dissociação Estrutural

2ª categoria = esquiva e escape de estímulos aversivos (ameaças) e recuperação

Sistema de Ação de Defesa:

Mobilizando Ações

Grito/Choro em busca de Apego

Hipervigilância

Fuga

Luta

Dissociação Estrutural

- Mediado pelo sistema nervoso simpático
- Imobilização
- Congelamento (tônus muscular rígido) e analgesia

Dissociação Estrutural

- Sistema de Ação de Defesa:
  - Imobilizando Ações
    - Colapso
      - Submissão com anestesia
        - Fingir Morte como defesa contra predadores
          - Catalepsia
            - Falta de consciência
              - Não responsividade
                - Predominantemente mediado pelo sistema vagal dorsal (ramo do sistema nervoso parassimpático)

Dissociação Estrutural

Objetivos

a - distinguir entre experiências úteis e prejudiciais e

b - gerar melhores respostas adaptativas a circunstâncias atuais de vida

Tendências de ação não são apenas propensões a agir de certas maneiras, mas envolvem o ciclo completo de ação: latência, preparo, iniciação, execução e completude (Janet, 1934).

Envolvem adaptações a desafios ambientais

Difícil engajamento simultâneo de ambos os sistemas de ação.

Alternância entre os sistemas => Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Dissociação Estrutural

Essa divisão é a forma básica da dissociação estrutural da personalidade.

As partes dissociativas são mediadas pelos sistemas de ação.

Conceitos de

Personalidade Aparentemente Normal (PAN) e

Personalidade Emocional (PE)

cunhados por Charles Samuel Myers (psicólogo e psiquiatra inglês - 1873 – 1946)

Personalidade emocional não quer dizer que PAN não tenha emoção, mas sim que as emoções vividas pela PE são ligadas a trauma e “veementes” = muito mais intensas do que as vividas pela PAN.

Dissociação Estrutural

Quanto mais essas emoções são expressas, mais sobrecarregada e disfuncional o sobrevivente se sente, como no caso do paciente borderline.

Dissociação estrutural primária – a pessoa sabe que viveu um determinado trauma (ex. um acidente automobilístico), mas não se recorda de certos detalhes.

Resumo: Eu estava lá, mas não me lembro de tudo.

PAN assume maior parte do funcionamento da personalidade e PE permanece não elaborada e não muito autônoma na vida diária.

Dissociação Estrutural

Dissociação estrutural secundária – a pessoa começa a ter dúvidas se certa lembrança do trauma é resultado de uma fantasia, um pesadelo nítido ou impressão por causa de um relato de trauma.

Resumo: Eu não tenho certeza se isso aconteceu mesmo, ou se foi um sonho, nem tenho certeza se ocorreu comigo ou com minha irmã ou outra criança amiga.

Incluem-se elementos de

desrealização (foi real ou fantasia?) e de

despersonalização (foi comigo ou apenas vi acontecer?)

Eventos traumáticos mais prolongados e mais intensos provocam dissociação adicional das partes PE, enquanto a parte PAN permanece relativamente intacta. Dissociação resulta em falha nos processos defensivos de luta, fuga, congelamento e submissão total.

Dissociação Estrutural

Dissociação estrutural terciária – Dificuldade de manter rotina diária. Dificuldade de reconhecer a própria identidade, com comprometimento de diversas áreas de convivência/ocupacionais.

Resumo: Eu não tenho certeza se isso aconteceu. Acho que nada de ruim aconteceu. Às vezes tenho sintomas que não consigo entender, nem me lembro de minha infância ou adolescência.

Parte PAN também se divide em mais de uma, além das partes PEs, mais inconscientes e sem contato com PAN.

Resumo dos Níveis de Dissociação Estrutural da Personalidade e Patologias correspondentes:

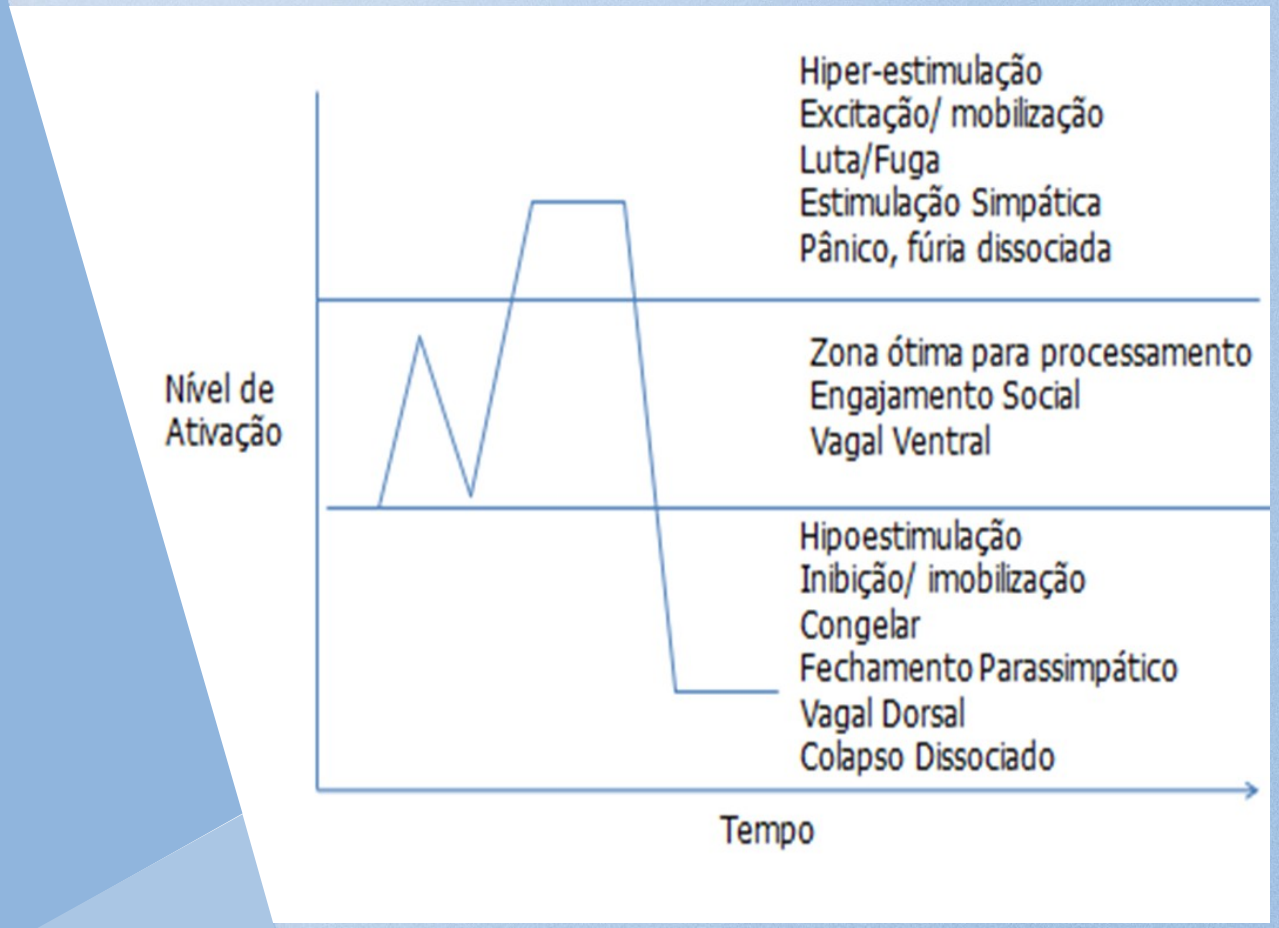
Dissociação Estrutural

PRIMÁRIA – TEPT Simples e Transtornos Dissociativos Simples
SECUNDÁRIA – TEPT Crônico, Complexo – DESNOS, Borderline, DDNOS TERCIÁRIA – TDI

Diante disso tudo, como oferecer proposta de tratamento para esses clientes?

Antes de uma fase mais específica de enfrentamento de memórias do passado – normalmente requer terapeuta com relativa experiência com situações emocionais mais intensas – podemos iniciar atividades que sejam mais voltadas para preparo do cliente, de estabilização do quadro.

Janela de Tolerância



Exercícios iniciais para clientes com Transtorno Dissociativo e Trauma Complexo

Exercício = Aprender a Ficar no Aqui e Agora (Suzette Boon, Kathy Steele e Onno van der Hart)

Clientes com dissociação mais intensa apresentam muita dificuldade de permanecer conectados ao ambiente. Tendem a se desligar com muita facilidade, como estratégia de proteção contra emoções e lembranças que podem ser evocadas, bem como diante do risco de ameaças de ataque ou abandono. Para contornar esse hábito, precisam aprender a se conectar.

Exercícios iniciais para clientes com Transtorno Dissociativo e Trauma Complexo

Observe 3 objetos (ou pessoas) no ambiente e preste atenção aos seus detalhes (forma, cor, textura, tamanho etc). Sem pressa. Observe cada um com calma e diga para si mesmo quais são 3 características de cada um que chamam sua atenção.

Perceba 3 sons que você escuta no presente (dentro ou fora da sala). Observe a qualidade deles: são altos ou baixos, constantes ou intermitentes, agradáveis ou desagradáveis. Tente nomear 3 características, como por exemplo – é um som alto, persistente e com certeza irritante!

Agora toque 3 objetos próximos de você e descreva em voz alta como você os sente;

Retorne aos 3 objetos que havia escolhido observar com os olhos. À medida que os observa, concentre-se no fato de que você está aqui e agora com esses objetos no presente, nesta sala. Em seguida, observe os sons e concentre-se no fato de estar aqui nesta sala com esses sons. Finalmente faça o mesmo com os objetos que tocou.

Exercícios iniciais para clientes com Transtorno Dissociativo e Trauma Complexo

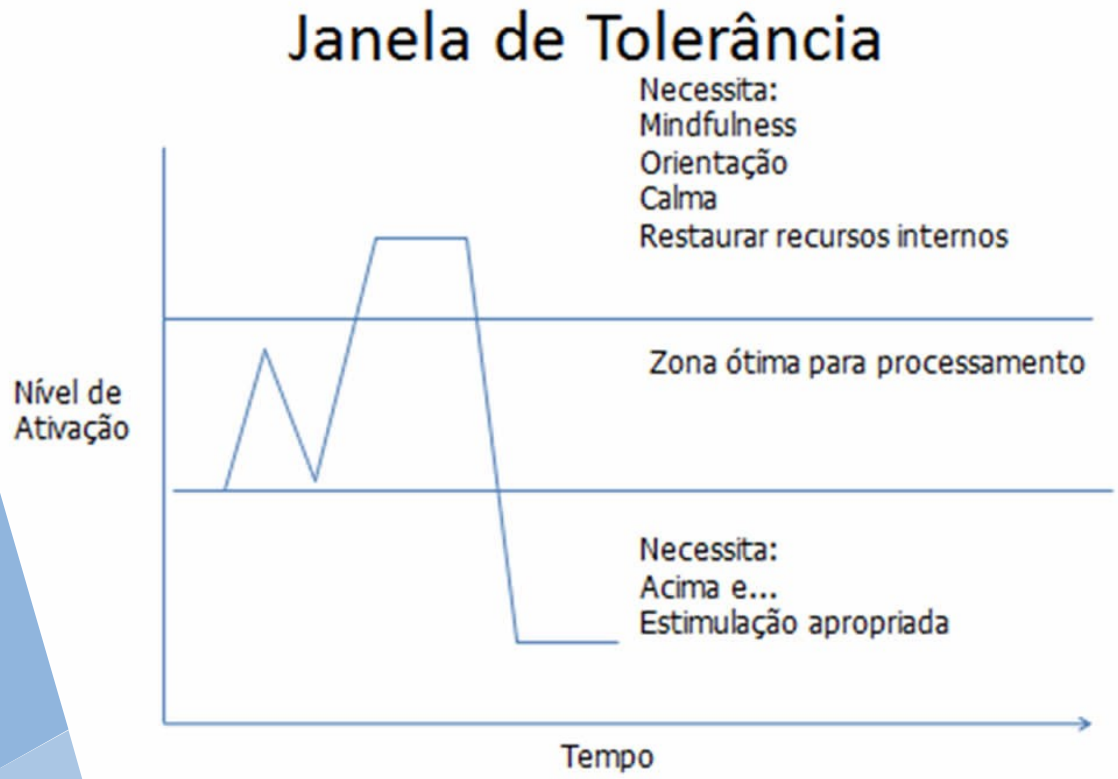
Você pode variar esse exercício passando de 3 para 2 e 1 (e retornar a 3), ou escolher objetos diferentes; pode ainda carregar algo de comer e em momentos em que perceba o desligamento do presente, colocar o alimento na boca e prestar atenção às características do gosto.

O mesmo pode se aplicar a um cheiro que goste – pode carregar um paninho com cheiro agradável, que sempre ajuda a trazer de volta ao presente.

Em relação a toque, pode se sentar e empurrar o chão com os pés, apertar as mãos uma na outra, se abraçar, pressionar a língua contra o céu da boca etc.

Observar e regularizar a respiração, contando até 3 para inspirar e 3 para expirar e incluir pequeno intervalo entre inspiração e expiração.

Janela de Tolerância



Janela de Tolerância

Reconhecimento de Sintomas de Dissociação - Como saber se o que experimento é dissociação?

As manifestações dissociativas podem ser severas ou mais discretas, podem ser agudas ou tenderem à cronicidade. Os terapeutas também têm certa dificuldade de reconhecer ou de concordar com quais sintomas são dissociativos.

Janela de Tolerância

Alguns mais frequentes são:

- Problemas com identidade ou senso de Eu/Self – a maioria das pessoas busca terapia por outros motivos e têm vergonha de falar sobre o medo de enlouquecer, porque às vezes têm a consciência de que os pensamentos, emoções, comportamentos, memórias e eventos parecem não pertencer a elas, bem como muitas vezes têm senso profundo de não pertencerem aos grupos e lugares – estão acompanhadas, mas se sentem perturbadoramente
- A sensação geral é de haver partes que "não são Eu", até mesmo com vozes ou sensação de o corpo não pertencer, de se sentirem muito mais velhas ou com mais frequência mais novas do que realmente são. Esse deslocamento é típico, bem como a impressão de divisão interior, de ausência de lar. A pessoa sente "de menos", ou "demais".

Janela de Tolerância

Experimentando “de menos” e impressão de aparente perda de funções:

- A pessoa sente perder uma parte de si, com amnésias sobre passado – não se lembra de aspectos importantes da infância, ou não se lembra da infância inteira; perde a habilidade de desempenhar atividades na qual tem maestria, como administrar o próprio dinheiro e as contas pessoais;
- Sente-se como se estivesse anestesiado, com reconhecimento de não acessar emoções ou o próprio corpo. Essas perdas podem ser resultado de atividade mental de outras partes de sua personalidade – não relacionadas a motivo médico ou demencial. Se observar com cuidado, partes suas sentem muito pouco, enquanto que outras sentem demais. Esse pode ser um sinal dessa dificuldade de integração.

Janela de Tolerância

Distorção de tempo – a pessoa pode ter a impressão de que o tempo passa muito devagar ou depressa demais, às vezes fica meio confusa com o tempo vivido;

Alienação de si mesmo/a ou do próprio corpo (despersonalização) – sempre podemos sentir um pouco disso quando estamos estressados, mas por vezes há persistência de se perceber observado, como se estivesse fora do corpo, ou como se estivesse observando outra pessoa, como se estivesse em um sonho ou um filme, como se fossem observadores da própria vida e não participantes;

Alienação em relação ao ambiente (desrealização) – impressão de que lugares deixam de ser familiares, ficam estranhos, assim como pessoas à volta, como se estivesse visitando a casa de alguém. As vozes das pessoas aparentam distância, o que gera confusão.

Janela de Tolerância

Experimentando “demais” e impressão de se sentir invadido
A pessoa pode se sentir tomada por lembranças repentinas (flashbacks), que podem ser traumáticas, podendo o mesmo ocorrer com pensamentos, emoções, percepções, necessidades, desejos, movimentos, sem uma causa aparente. Muitas vezes há a impressão de que dentro da cabeça há vozes que acusam, discutem, choram, ou sussurram, criando senso de confusão. Tudo isso pode ocorrer repentinamente e ser muito perturbador.

Algumas pessoas podem recorrer a remédios ou a drogas para tentar recuperar certo auto-controle.

Diante desses sintomas, importante cliente aprender com seu terapeuta exercício para aprender a ficar no presente, encontrar âncoras para permanecer no aqui-e-agora, de modo a administrar melhor os sintomas dissociativos.

Janela de Tolerância

Aos poucos, depois dessa aprendizagem, pode ser feito enfrentamento de lembranças que contribuíram para que esses sintomas se organizassem.

Como reconhecer partes e encontrar lógica interna

Importante reconhecer qual parte é a central, que tem controle executivo do conjunto – essa parte tende a ser a principal, com melhor funcionamento diário.

A partir disso, o cliente deve ser encorajado a observar quais outras partes se fazem mais presentes quando apresenta este ou aquele sintoma, ou em quais situações aparenta perder um pouco desse controle executivo sobre si.

Janela de Tolerância

As partes mais frequentes são:

Partes menores, mais infantis – frágeis, dependentes, carentes, sozinhas, desconfiadas, abandonadas;

Partes ajudadoras – força interior, com habilidade para tranquilizar a pessoa;

Partes que imitam pessoas que machucaram a pessoa, em geral guardam muita fúria, auto-sabotagem, busca por relacionamentos destrutivos;

Partes lutadoras – briguentas, que enfrentam perigos às vezes desnecessários ou de forma imprudente;

Partes envergonhadas – que guardam lembranças de humilhação, bullying, de sentimentos negativos pelo que a pessoa deixou que acontecesse com ela.

Tratamento Orientado por Fases de Transtornos de Trauma Complexo

Tratamento orientado por Fases envolve uma sequência de intervenções que sistematicamente referem-se a fobias voltadas para dentro ou para fora, sendo a fobia de memórias traumáticas a mais básica de todas.

Essas fobias podem ser categorizadas como: (1) fobia de memória traumática; (2) fobia de apego,((3) fobia de ações mentais relativas aottrauma;;(4) fobia de partes dissociativas da personalidade.

Superar essas fobias envolve completar ações previamente incompletas ou mal sucedidas, aumentando a capacidade integrativa (Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006).

Treinamento de habilidades (ex. habilidades interpessoais, habilidades regulatórias) pode ser uma parte essencial para aumentar a capacidade integrativa.

Fobias no Tratamento Orientado por Fases

Fase um: Redução de Sintomas e Estabilização

Superando a fobia de apego (perda) no PAN(s) em relação ao terapeuta

Superando a fobia de ações mentais relacionadas ao trauma

Superando a fobia das partes dissociativas (PANs e PEs

Fobias no Tratamento Orientado por Fases

Fase Dois: Tratamento de Memórias Traumáticas

Superando a fobia de apego não resolvido com o perpetrador

Superando a fobia de apego dos PEs em relação ao terapeuta

Superando a fobia de memórias traumáticas

Fobias no Tratamento Orientado por Fases

Fase Três: Integração e Reabilitação

Superando a fobia de ter uma vida normal

Superando a fobia de assumir mudança em direção à saúde

Superando a fobia de intimidade