

Author Posting. (c) Psychologica, 2014.

This is the author's version of the work. It is posted here by permission of Psychologica for personal use, not for redistribution.

The definitive version was published in: Psychologica, Volume 57 Issue 2, 2014, pages 95-109.

Machado, A. A. C. & Vandenberghe L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente borderline. [Therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy: challenges and possibilities with a *borderline* patient]. *Psychologica*, 57, 95-109.

doi: 10.14195/1647-8606_57-2_5.

Access: <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/2315/1514>

Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente *borderline*.

Therapeutic relationship in cognitive behaviour therapy: challenges and possibilities with a *borderline* patient

Adriane Aires Cruvinel Machado¹ e Luc Vandenberghe²

Abstract. While the traditional model of cognitive-behaviour therapy emphasises conceptual and rational processing, this study highlights an alternative current that emphasises experiential processes in clinical practice. The study discusses therapeutic opportunities in impasses during a difficult treatment. A qualitative case study examines the treatment of a 38 year old, female client with Borderline Personality Disorder (BPD). Three vignettes illustrate specific challenges: (1) avoidance patterns hinder Socratic questioning and collaborative empiricism; (2) logical disputation does not convince the client on an emotional level; and (3) interpersonal problems inherent in the disorder interfere in the therapist-client relationship. The case study shows how the analysis of the therapist-client relationship aids in overcoming gridlocks that are frequent with borderline clients, and how it adds a strong experiential dimension to the therapeutic process. The discussion suggests a stronger emphasis on emotional and interpersonal work - besides the traditionally emphasized cognitive interventions - can make the therapeutic process more flexible and effective.

Keywords: treatment challenges; experiential process; therapist-client relationship; borderline personality disorder

Resumo. Considerando que o modelo cognitivo-comportamental tradicional enfatiza o processamento conceitual e racional, este trabalho chama a atenção para processos vivenciais na prática clínica. O objetivo é discutir oportunidades para intervenções vivenciais num tratamento difícil. Utilizou-se como método o estudo de caso qualitativo, examinando-se o tratamento de uma cliente com transtorno *borderline* da personalidade (TBP), de 38 anos de idade. Escolheram-se excertos que ilustram desafios no trabalho cognitivo-comportamental, a saber: (1) padrões de fuga e esquiva dificultam o questionamento socrático e o empirismo colaborativo; (2) a disputa lógica não convence a cliente a nível emocional; e (3) problemas interpessoais, inerentes ao transtorno, interferem no relacionamento com a terapeuta. O estudo mostra como a análise da relação terapeuta-cliente ajuda na superação de impasses típicos com clientes com TBP, acrescentando uma dimensão vivencial ao processo terapêutico. Como sugestão para a prática clínica o estudo argumenta a favor de maior valorização - além do trabalho cognitivo tradicionalmente enfatizado - do trabalho emocional e interpessoal no processo terapêutico.

Palavras-chave: desafios terapêuticos; processos vivenciais; relação terapêutica; transtorno *borderline* da personalidade

A terapia cognitiva surgiu no início da década de 60 nos Estados Unidos. Fundada por Aaron T. Beck, como uma psicoterapia breve para a depressão, tornou-se, na década de 70, uma modalidade de psicoterapia madura e um movimento mundial importante. O modelo cognitivo é bastante diretivo. Propõe um mecanismo relativamente linear em que o processamento conceptual

¹ Consultório particular - Goiânia/GO.

² Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Email: luc.m.vandenberghe@gmail.com

da vivência do cotidiano é um determinante importante da saúde mental (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979/1997).

De acordo com esse modelo, as crenças centrais que temos sobre nós, o mundo e o futuro existem na forma de esquemas mentais, muitas vezes rígidos e sobregeneralizados, que filtram a nossa percepção das situações e influenciam os nossos comportamentos e as nossas emoções. Quando uma pessoa se defronta com situações que dizem respeito ao conteúdo dos seus esquemas, estes são ativados, assim como as crenças intermediárias que contêm suposições mais específicas, regras e “fórmulas” prontas que determinam a análise das situações e a escolha de ações. Este processo gera pensamentos automáticos com temas específicos derivados das cognições envolvidas (Beck, 2005/2007).

Os pensamentos automáticos são afirmações ou imagens que não surgem de deliberação ou raciocínio lógico. O conteúdo dos pensamentos automáticos aponta para as regras e suposições irracionais que os geraram. Ao observarem a sua realidade pelas lentes de crenças disfuncionais, as pessoas fazem interpretações idiossincráticas a respeito das suas vivências. Desse modo, podem emergir leituras da realidade extremamente rígidas e pouco sensíveis à diversidade da experiência. Assim, ao distorcer a sua percepção da realidade, uma pessoa pode tornar-se resistente a evidências contrárias às suas crenças (Beck et al., 1979/1997; Beck, 2005/2007).

A reestruturação cognitiva consiste em modificar os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais envolvidos nos problemas do cliente. No processo, as distorções da realidade são também identificadas e diretamente trabalhadas. A avaliação crítica do pensamento automático e a sua substituição por pensamentos mais realistas produzem progresso clínico. Porém, a melhoria duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais subjacentes a esses pensamentos e da adoção de um estilo de pensar mais indutivo e empírico (Beck et al., 1979/1997). Podemos resumir o material revisto acima, afirmando que tanto o modelo cognitivo dos problemas psicológicos quanto a reestruturação cognitiva como método de tratamento se apoiam numa visão racionalista que valoriza o processamento conceitual lógico do dia-a-dia.

Porém, o tratamento não se limita ao trabalho conceitual de reestruturação cognitiva e aprendizagem de técnicas racionais. Elementos relacionais e afetivos possuem um papel importante. Pesquisas mostraram que a qualidade da aliança está mais fortemente relacionada com melhorias clínicas em terapia cognitivo-comportamental como é o caso de tratamentos menos diretos (Arnou et al., 2013). Demonstrou-se que, particularmente em amostras com depressão mais grave e menos responsiva ao tratamento, a qualidade da aliança é um bom preditor do uso ativo e proveitoso da reestruturação cognitiva pelo cliente (Webb et al., 2013).

É sabido que o relacionamento em terapia cognitiva raramente é sereno e pode dificultar o trabalho (Beck, 1979/1997). Os problemas interpessoais do cliente tendem a dificultar a qualidade da aliança em terapia cognitiva (Renner et al., 2012). A postura tradicional consiste em utilizar as técnicas cognitivas para eliminar os problemas diligentemente e retornar para as tarefas planeadas da terapia (Beck et al., 1979/1997; Beck, 2005/2007). Porém, explorar rupturas do vínculo com o cliente pode esclarecer processos disfuncionais do seu dia a dia que este esteja a repetir na relação com o terapeuta. Esmiuçar a interação entre o comportamento do terapeuta e as maneiras do cliente conceituar o relacionamento pode providenciar novos *insights* importantes (Safran, 1984; Safran & Segal, 1996).

Uma pesquisa indicou que rupturas não resolvidas prejudicam os resultados da terapia (McLaughlin, Keller, Feeny, Youngstrom, & Zoellner, 2014). Mas a resolução de rupturas pode ser utilizada para identificar necessidades ainda não detetadas do cliente. E a capacidade deste de responder aos esforços do terapeuta para consertar a ruptura é um indício do progresso clínico do

cliente (Safran & Muran, 1996; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2001). A terapia cognitiva traz resultados superiores quando o tratamento inclui rupturas de intensidade moderada, seguidas por resoluções contíguas, em comparação tanto com tratamentos que careçam de tensão no vínculo quanto com tratamentos que incluam rupturas graves seguidas por demora nas tentativas de resolução (Strauss et al., 2006). Juntos, estes resultados empíricos sugerem que as dinâmicas do relacionamento terapeuta-cliente são parte integral do processo terapêutico em si.

Não é necessário esperar uma ruptura explícita para recorrer ao relacionamento como instrumento terapêutico. Cada vez que ocorrem dificuldades emocionais do cliente em relação ao terapeuta, é uma oportunidade privilegiada para abordar essas dificuldades. Recomenda-se testar as crenças do cliente quando são acionadas em reação à pessoa do terapeuta. Muitas vezes, alguma forma de auto-revelação pelo terapeuta permite verificar as suposições que o cliente tem sobre os sentimentos ou as intenções daquele (Young 1994/2003). Além disso, os sentimentos do terapeuta em relação ao cliente ajudam a detetar, durante a sessão, amostras clinicamente relevantes de comportamentos do cliente. As reações emocionais do terapeuta ao que o cliente faz ajudam a analisar padrões interpessoais deste que são diretamente ligados aos seus problemas. Assim, o terapeuta pode abordá-los enquanto estão a ocorrer. Essa prática também requer que o terapeuta desvele como se sente e explique como isso é relevante para os problemas que o cliente tem no seu quotidiano (Kohlenberg, Kohlenberg, & Tsai, 2009).

A psicoterapia analítica funcional (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman, & Loudon, 2012) propõe que as melhorias clínicas decorrem da interação pessoal em que o terapeuta reforça naturalmente, no cliente, maneiras mais saudáveis de relacionar-se. A relação com o terapeuta evoca os problemas do cliente (por exemplo, o evitamento ou as atitudes rígidas que causam os problemas no seu dia a dia). O terapeuta, depois, responde de maneira contingente, reforçando, seletivamente, melhoras no comportamento que o cliente emite espontaneamente em relação às suas dificuldades. As melhoras (por exemplo, o cliente rígido ou evitativo vem a agir de forma mais flexível ou chega a conseguir enfrentar mais as suas dificuldades) generalizam-se, posteriormente, para situações do dia a dia. Alguns estudos de caso sustentam que esse mecanismo operante pode explicar a influência da relação terapêutica sobre os efeitos do tratamento (Kanter, Rusch, Landes et al., 2009; Landes, Kanter, Weeks, & Bush, 2013).

O TBP é caracterizado por emoções intensas e instáveis, e relações interpessoais tumultuosas, como também por problemas de controlo de impulso, envolvendo comportamentos destrutivos ou de alto risco, incluindo automutilação e tentativas de suicídio (Linehan et al., 2006). As crenças centrais negativas que essas pessoas têm a respeito de si são marcadamente resistentes à reestruturação cognitiva (Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993). A terapia dialética comportamental (Linehan, 1993), desenvolvida para tratar clientes *borderline*, consiste num trabalho integrativo que inclui terapia individual, cujo foco é, primeiro, eliminar comportamentos perigosos e que ameaçam a qualidade de vida, seguido por uma fase em que se reduzem os impulsos relacionados a traumas passados e se promove a vivência não traumática de emoções intensas; e, finalmente, por uma fase em que se desenvolve a compaixão consigo mesmo, e também a capacidade de conectar-se com outros. Paralelamente, ocorre um treino de competências interpessoais e de regulação de emoções, muitas vezes em grupo. Ao longo do tratamento, as dificuldades típicas com o vínculo exigem uma supervisão intensiva para o terapeuta.

A lógica clínica da terapia comportamental dialética baseia-se no uso equilibrado de estratégias para mudar crenças irracionais e comportamentos disfuncionais; estratégias de validação que ajudam a superar a desorganização emocional e de identidade; e estratégias dialéticas que focam o manejo das dinâmicas de mudança e aceitação; de razão e emoção; e de

validação e esforço para enfrentar as contradições inerentes à vida humana e às incoerências da experiência (Koerner, 2012). O terapeuta procura equilibrar os dois polos de cada uma dessas díades, no intuito de, simultaneamente, validar a vivência do cliente e ajudar a modificar processos disfuncionais (Linehan, 1993).

As rupturas de vínculo e os desafios no manejo do relacionamento são mais frequentes e mais destrutivos com clientes *borderline*. O trabalho colaborativo da terapia cognitivo-comportamental pode tornar-se difícil pela instabilidade emocional e interpessoal característica do distúrbio, que “emperra” a sessão ou torna-a demasiadamente tumultuosa. Por este motivo, a adaptação da terapia cognitiva tradicional para este grupo (Layden et al, 1993) e também o tratamento especificamente desenvolvido para ele (Linehan, 1993) integram uma atenção especial ao manejo da relação terapêutica.

O presente estudo de caso tem como objetivo discutir a importância da vivência emocional e interpessoal na terapia cognitivo-comportamental, a partir de relatos de momentos difíceis no tratamento. Propõe-se que o foco em processos emocionais e interpessoais no relacionamento pode tornar uma intervenção terapêutica que seria puramente racional numa vivência profunda e curativa. Desse modo, pretende-se contribuir para a discussão sobre o lado vivencial da terapia cognitivo-comportamental.

MÉTODOS

Participante

A cliente será chamada pelo nome fictício de Dara. Tem 38 anos, é fotógrafa, brasileira, casada (o marido dela será chamado pelo nome fictício de João) e mãe de dois filhos. Procurou ajuda para depressão e dificuldades nos relacionamentos. Em tratamentos psiquiátricos e psicológicos anteriores, recebeu vários diagnósticos, como depressão e distúrbio do pânico. As repetidas interrupções repentinas de tratamentos anteriores e o padrão de relações interpessoais turbulentas, como também a inconstância do quadro clínico, levantaram a suspeita de transtorno *borderline* da personalidade, que foi verificado por comparação ao seu quadro clínico detalhado no prontuário com os critérios diagnósticos do *DSM IV* (American Psychiatric Association, 2002). Destacou-se autoimagem instável, esforços frenéticos para evitar rejeição imaginária, impulsividade em relação à alimentação e ao sexo sem segurança, instabilidade afetiva e explosões de raiva inapropriadas, sentimentos crônicos de vazio e relacionamentos intensos e instáveis.

A história de Dara incluiu agressões sexuais por adultos, em várias fases da infância e adolescência. O pai rejeitava-a quando ela expressava sentimentos, com afirmações do tipo que ela iria terminar louca como a avó. Abertamente, manifestava preferência pelo irmão de Dara, e abandonou a família quando ela tinha seis anos. Dara queria muito que o seu pai a amasse. Relata que a mãe estava sempre de mau humor e delegava aos empregados e às avós os cuidados com as crianças. Durante anos, pensou em matar-se, mas considerou os valores da igreja que frequentava. Quando a terapia se iniciou, tomava conta da mãe, diagnosticada com depressão e distúrbio do pânico.

O tratamento foi iniciado de acordo com os princípios da terapia cognitiva (Beck, 2005/2007; Layden et al., 1993). Os objetivos acertados foram a superação da insegurança e instabilidade interpessoais, e das dificuldades em estabelecer intimidade. Combinou-se com a cliente verificar, primeiro, como as suas crenças e maneiras de pensar influenciavam as suas interações com outras pessoas, para, depois, descobrir como ela poderia tornar seus relacionamentos mais seguros e mais estáveis. A cliente foi introduzida ao modelo cognitivo e foi-

lhe explicado como a reestruturação cognitiva, os experimentos comportamentais e as tarefas de casa podiam ajudá-la a alcançar os objetivos acordados.

O tratamento iniciou-se com a identificação dos pensamentos e das crenças relativos aos problemas de relacionamento. Dara defendia a suposição de que pessoas significativas iam rejeitá-la, sem apresentar evidência qualquer de que essas pessoas, realmente, estavam dispostas a abandoná-la. Evidenciou, com frequência, um raciocínio emocional, por exemplo, argumentando: “é assim que me sinto”, como prova suficiente para uma suposição qualquer. Mostrou-se difícil estabelecer as crenças que tinha a respeito de si: “ao mesmo tempo que me acho inteligente, eu já penso que não sou”, “penso que sou capaz, e já não me acho capaz” ou até de seus sentimentos: “eu me sinto vazia, triste, por baixo, humilhada, como se tivesse num buraco e, às vezes, bem esperançosa”.

Nas sessões, Dara reagia a críticas com agressividade. A terapeuta sentiu-se cada vez mais desconfortável com sua falta de colaboração. Decidiu-se, durante a supervisão, procurar recursos na terapia comportamental dialética (Linehan, 1993), e colocar mais ênfase em estratégias de aceitação, validar os sentimentos da cliente e aumentar a reciprocidade interpessoal no relacionamento. Na supervisão, uma revisão dos motivos que levaram Dara a procurar a terapia para trabalhar seus relacionamentos funcionou como um impulso para se concentrar no relacionamento terapêutico, integrando um foco maior na relevância clínica da maneira como a cliente se relacionava com a terapeuta (Tsai et al., 2012). A proposta, feita à cliente, de examinar junto com a terapeuta o que estava a acontecer entre as duas foi o primeiro passo para as intervenções descritas neste trabalho.

Procedimento

A cliente assinou o termo de consentimento para a utilização da informação fornecida em contexto terapêutico, procedimento costumeiro no centro de atendimento. No total, houve 58 sessões de 50 minutos cada. Dara desmarcou sessões frequentemente e não compareceu a oito confirmadas. Durante cinco meses, a cliente foi atendida, em coterapia pela primeira autora e outra terapeuta, com duas sessões por semana. Após uma interrupção de um mês, apenas a primeira autora continuou como terapeuta. Essa segunda fase, ainda com duas sessões semanais, também durou cinco meses. O segundo autor acompanhou o processo como supervisor clínico durante o tempo todo. Uma terapeuta afastou-se devido a uma revisão da carga de trabalho no centro de atendimento. Considerando a dificuldade da cliente com o tema de abandono, solicitou-se a esta que escolhesse a terapeuta com quem ia dar prosseguimento às sessões. Ela relatou ter aceitado a mudança com tranquilidade e ter escolhido a terapeuta devido ao vínculo positivo com ela, apesar de esta perceber frequente irritação da parte de Dara para com a sua pessoa.

Os dados foram organizados durante encontros semanais dos autores. Das notas detalhadas das sessões feitas pela primeira autora, foram selecionados excertos em que a reestruturação cognitiva apresentou dificuldades. Usou-se como critério para incluir os excertos as dificuldades no tratamento relacionadas com os problemas da cliente. As relações entre as dificuldades, suas soluções e os objetivos do tratamento foram analisadas em consenso entre os autores. Selecionaram-se três exemplos representativos: o primeiro, recolhido durante o segundo mês; e os outros, durante os últimos meses do tratamento.

RESULTADOS

Desafio 1. Um padrão de fuga e evitamento dificulta questionar as suposições irracionais da cliente.

No início do tratamento, Dara agia com reservas extremas. Não confiou e não se abriu. Quando a terapeuta explicou que esse comportamento dificultava muito o seu trabalho, justificava-se com regras do tipo: “Se demonstrar o que eu estou sentindo, você pode-me abandonar”. Ao ser indagada, frisou que esta regra valeu para todos os seus relacionamentos: “Não posso demonstrar quem sou”, “Se eu demonstrar sentimentos, eu serei abandonada”. Fizeram-se várias tentativas para desafiar esta crença. A cliente reconheceu que ela lhe trouxe muito sofrimento, mas, mesmo assim, não queria arriscar-se a questioná-la. “Esforçar-me para mostrar que estou bem me traz um peso enorme. Mas se eu fico descontrolada, as pessoas se afastam de mim.” Outra defesa da crença incluía a seguinte afirmação: “Tenho medo dos meus filhos não me aguentarem, do João me abandonar. Se eu me revelar, se afastarão de mim.” A regra descrevia corretamente o que ela vivia durante fases importantes da sua vida. Como exemplo, todos os seus relacionamentos amorosos anteriores terminaram em abandonos traumáticos.

O maior entrave parecia ser o fato de Dara seguir sempre a regra, e assim não pôde descobrir que abrir-se para outra pessoa nem sempre leva à rejeição. A regra ajudava Dara a evitar magoar-se. Porém, dessa forma, não entrava em contacto com novas vivências que poderiam derrubar a crença de que ela seria rejeitada ao abrir-se para outras pessoas. Já que debater a crença não surtiu efeito, a terapeuta, então, combinou com Dara ajudá-la a enfrentar emoções difíceis, em vez de fugir delas, dentro do contexto do relacionamento terapêutico. Ao analisar em tempo real o que ocorria nas sessões, a terapeuta pôde impedir que Dara se esquivasse de emoções difíceis decorrentes da possibilidade de ser rejeitada pela terapeuta. Cada vez que Dara se afastava de um assunto carregado de emoção dolorosa, que emergia nas interações entre elas, a terapeuta trazia a cliente de volta para o assunto ameaçador. Enfrentar as emoções de Dara na sessão não foi fácil para a terapeuta, que sentia o desprezo e a raiva da cliente ao fazer qualquer pergunta a respeito das suas regras. Porém, quando perguntou a respeito dos seus sentimentos em relação às perguntas, a cliente desmarcou as sessões durante duas semanas seguidas.

Quando compareceu à sessão novamente, questionada acerca do seu sumiço, a cliente relatou que desconfiava das intenções da terapeuta e sentia-se ameaçada pelos questionamentos. Desde que a cliente revelou à terapeuta o medo de que esta a rejeitasse, a terapeuta pôde trabalhar de forma mais focada no relacionamento. Em vez de criticar a crença irracional, a terapeuta aceitou a autorevelação como uma primeira amostra de abertura e entrega por parte de Dara. Ao contrário do que Dara acreditava, a terapeuta não a rejeitava quando era vulnerável no relacionamento. Terapeuta e cliente concordaram que a ruptura evidenciou a necessidade de Dara de sentir-se validada pelas pessoas com quem ela se relacionava. Em concordância, estabeleceram como novo objetivo intermediário aprender a tolerar emoções negativas e pensamentos de que outras pessoas não apoiam seus pontos de vista. A cliente descreveu a ruptura como sendo difícil e, inicialmente, humilhante, mas estava satisfeita por ter superado esse momento de forma positiva.

Desafio 2. A reestruturação cognitiva não convence a cliente num nível emocional.

Numa sessão, a cliente relatou um momento em que se sentiu abandonada:

Estava falando com o meu marido no *skype* e ouvi barulho de pessoas. Pensei que as colegas tinham interesse nele e perguntei se o chefe dele havia saído, pois, se saiu, o

galinheiro³ iria entrar em ação. Ele ficou calado, acabou a conversa. Sei que ele não gosta. Agindo assim, vou passar uma imagem de insegura e chata; senti-me péssima, sem valor. Tentei-me controlar e não consegui.

Ao discutir este episódio, ficou em destaque uma crença que acompanhava Dara desde sua infância - “Mulher não tem valor para ninguém, nem para seu próprio marido”.

A terapeuta questionou a falta de evidência para manter essa crença. Destacou o papel do raciocínio emocional no episódio, apontando que o fato de ela ter medo de traição não comprova que o marido a traia. Juntas, terapeuta e cliente examinaram também as consequências de esta ter agido de acordo com uma suposição baseada num sentimento. Dara admitiu ter consciência (intelectual) de que ela distorcia os fatos, mas não havia mudança no nível emocional. Mesmo sabendo que as suas interpretações da realidade eram irracionais, elas determinaram como ela se sentia e como agia.

Dara reagiu aos questionamentos com tristeza e irritação. Relatou pensar que a terapeuta a achava errada e ficava com vergonha. Depois de várias tentativas improdutivas de questionar as crenças, a terapeuta mudou de estratégia. Percebeu que, caso tentasse convencê-la pela lógica, correria o risco de invalidar as emoções da cliente. Reconheceu que elas tinham validade no universo subjetivo de Dara. A terapeuta decidiu mostrar consideração pelos seus pensamentos e suas opiniões idiossincráticas, ao contrário do que, normalmente, as pessoas importantes na sua história anterior tinham sentido e feito. A partir desta aceitação, a terapeuta pôde ajudá-la a ver que as crenças do tipo “mulher não tem valor” descreviam a vivência da sua infância, durante a qual ela não tinha sido valorizada e sua mãe tinha sido abandonada.

O resultado dessa mudança de estratégia foi, de acordo com Dara, que ela sentiu que a terapeuta a aceitava como pessoa apesar de não concordar com ela. A afirmação da terapeuta de que esses pensamentos tinham sentido no contexto da história de Dara, e por isso não precisavam ser modificados, significava para Dara que não tinha sido rejeitada. Ela podia ver-se mais como uma pessoa aceitável, apesar dos seus defeitos.

Desafio 3. Problemas interpessoais interferem na reestruturação cognitiva

Dara repetiu, no relacionamento com a terapeuta, os padrões interpessoais que faziam parte do seu problema no dia a dia. Durante as sessões, esses padrões atrapalhavam as tentativas da terapeuta de reestruturar as crenças de Dara. A desconfiança e o medo de rejeição retornaram em várias sessões e tiveram que ser trabalhados repetidamente. O diálogo socrático esbarrava nas tentativas da cliente de se adequar às expectativas da terapeuta. Ela não respondia genuinamente e tornava, assim, o trabalho impossível.

Este padrão interpessoal era também parte do cotidiano da cliente. Parecia ter sido adaptativo em relacionamentos importantes que moldaram a sua maneira de interagir com outras pessoas. Dara tinha aprendido que precisava prestar atenção às feições do pai ou da mãe antes de expressar-se. Atualmente, essa dependência de dicas externas e passageiras atrapalhava tanto os seus relacionamentos com as pessoas importantes no seu cotidiano, quanto o andamento da terapia. Ao ser questionada, ela admite: “Eu estou cansada de mascarar as coisas, de fugir. Eu me escondo. É difícil aceitar ajuda dos outros.”

³ No Brasil, a expressão “homem-galinha” significa mulherengo. Pode, também, ser aplicada à mulher (mulher-galinha), significando mulher que se envolve sexualmente com vários homens.

Terapeuta (T): Você se sente assim em relação à terapia?

Cliente (C): Eu me sinto humilhada com essa ajuda também. [A cliente, nesse momento, chora muito]. No início, era bem pior, [...]. Você conseguiu interagir comigo e isso é, definitivamente, difícil. Mas existe ainda uma coisa estranha com o jeito de me relacionar com as pessoas do trabalho. Isso é ruim. Com meus filhos também é assim, não conseguia nem beijá-los. Não consigo conversar numa boa com ninguém.

T: A dificuldade que você tem de expressar os seus sentimentos agora comigo é a mesma que você tem com [outras pessoas]?

C: É a mesma.

T: Como era quando você expressava algum sentimento? Como seus pais reagiam?

C: Era muito artificial, minha mãe não exercia o papel de mãe, não sentia seu calor, estava sempre doente. Eu cuidava do meu irmão e era responsável pela casa. Meu pai gostava mais do meu irmão do que de mim, eu não podia sentir fraqueza.

Entregar-se, no relacionamento com a terapeuta, significaria aventurar-se pelo novo e desconhecido. Assim, as expectativas da cliente a respeito de relacionamentos íntimos, em geral, podiam ser trabalhadas por meio do contexto vivencial construído neste novo relacionamento. O ato de Dara se revelar à terapeuta e ser aceite, sem atender às expectativas desta, constituía uma experiência emocional corretiva.

O seguinte excerto ilustra um momento em que a cliente detetou que a terapeuta estava a sentir-se frustrada pela sua atitude fechada. A terapeuta optou por evocar o sentimento de rejeição temido por Dara, e, assim, ofereceu à cliente a oportunidade de absorver uma avaliação negativa num relacionamento íntimo. Dara disse: “No início da terapia, era tudo frio e estranho. Agora, eu percebo que consegui chorar e expor realmente o que sinto, e percebi que só pude ver e desfrutar esse momento porque mostrei o que sinto.”

T: Você controla o que sente aqui na terapia?

C: Eu tento controlar o que eu sinto aqui. O que fiz a minha vida toda foi controlar o que eu sentia, mas descobri que até o fato de estar péssima e deprimida pode ser útil e positivo. Ainda acontece quando eu vou falar uma coisa e falo de outro jeito, eu tenho medo do que você vai pensar.

T: O que você acha que eu poderia pensar?

C: Que sou um verdadeiro fracasso.

T: Você acha que teria que ser uma boa cliente?

C: Eu acho isso. Eu me esforço. Esse esforço de mostrar que estou bem é que me traz um peso. Eu me sinto mal, mas eu penso que as pessoas têm um limite em aguentar as outras pessoas.

T: O que te leva a concluir isso?

C: Se eu fico descontrolada, as pessoas se afastam de mim. Eu fico chata. Eu tenho medo de as pessoas se afastarem de mim.

T: Eu percebo que você se aventura em adivinhar meus sentimentos a seu respeito. Seu equívoco tem sempre o mesmo sentido [...]. Tira conclusões precipitadas de que eu a veria como um fracasso e sem valor.

C: Eu queria conseguir ser assertiva e ver sem os “óculos escuros” da infância. Sinto que você está descontente com as minhas atitudes.

A terapeuta sentira a necessidade de assegurar à cliente que havia um bom relacionamento entre elas, e de lhe mostrar que a sua suposição de que a terapeuta estava descontente era irracional. Porém, entendeu que isso seria falso e que, se insistisse nessa atitude, perderia a oportunidade de ajudar Dara a entender que não precisava fugir dos sentimentos de frustração da terapeuta. Ofereceu à cliente a oportunidade de ver que sentimentos negativos podem fazer parte de um relacionamento íntimo sem, por isso, desqualificar o valor do relacionamento. Disse: “É verdade. Estou sim.”

C: Pra mim, é sempre difícil ouvir isso, me dá uma ansiedade horrível cada vez que passo por perdas. Por outro lado, você me olha com firmeza e doçura, me sinto importante e sinto que você sabe o que está fazendo. [Choro. Silêncio.]

T: Que pensamentos e sentimentos você está tendo?

C: É muito difícil lidar com os meus sentimentos e pensamentos. Ao mesmo tempo, percebo que você gosta de mim e continua interessada em me ajudar, mesmo quando não me comprometo o suficiente.

Num momento posterior da terapia, a cliente volta a comentar o momento relatado acima, dizendo que essa vivência ajudou-a a diferenciar sua luta com os pensamentos como um contexto separado do relacionamento interpessoal. Sendo que pensamentos e sentimentos de rejeição decorrentes da sua história não desqualificam o valor de um relacionamento atual, ela se empenhava a conduzir os seus relacionamentos com outras pessoas a partir do que ocorre no presente.

Com a sua autorevelação, a terapeuta ofereceu à cliente a oportunidade de lidar com uma avaliação negativa genuína de outra pessoa (a terapeuta), no âmbito de um relacionamento íntimo (o relacionamento terapêutico). Ao expressar a sua frustração, a terapeuta procurou tornar a colaboração mais produtiva. Da mesma forma, num relacionamento romântico ou de amizade, a outra pessoa pode expressar o seu descontentamento, com o intuito de melhorar o relacionamento, sem que isso remeta às agressões do tipo que Dara vivenciou no seu passado. Se a terapeuta tivesse retido a sua resposta negativa, teria apoiado, inadvertidamente, a estratégia de esquiva da cliente.

O relacionamento com a terapeuta forneceu a Dara cabimentos para reavaliar as suas suposições. A cliente disse que muitas interações vivenciadas nas sessões eram reflexos do que acontecia na sua vida social. Mas havia uma diferença. A terapeuta cuidou para que a cliente não interrompesse o tratamento. Enfatizou que estaria à sua disposição para que pudesse descobrir, através do relacionamento com ela, algo que nunca foi possível aprender em outros relacionamentos.

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo identificar oportunidades terapêuticas oferecidas por impasses num tratamento difícil. A análise de três impasses na terapia aponta para a importância de processos não conceituais na prática da terapia cognitivo-comportamental. Os objetivos do tratamento, de superar a insegurança e instabilidade, e ser capaz de estabelecer maior intimidade foram alcançados gradativamente pelas respostas da terapeuta a três desafios. O primeiro desafio levou a uma ruptura do vínculo. A resolução dessa ruptura evidenciou uma dificuldade (Safran, 1984; Safran et al., 2001) que Dara precisava superar para atender ao seu objetivo de melhorar seus relacionamentos interpessoais. As pressões que ela exercia para obter validação explícita da outra pessoa (p. ex. da terapeuta) dificultavam a construção de relacionamentos. De acordo com o

princípio de que as reações do terapeuta na sessão podem reforçar os comportamentos interpessoais do cliente (Tsai et al., 2012), a terapeuta, atendendo ao segundo desafio, expressou sua consideração pelo que Dara falava, em vez de questioná-la. Ao validar os pensamentos e as crenças de Dara como resultados lógicos da sua história, a terapeuta ofereceu-lhe motivos reais para rever as suas opiniões negativas a respeito do seu próprio valor.

A partir do trabalho feito pela terapeuta, para superar o terceiro desafio, a cliente aprendeu a interpretar as reações emocionais que ela provocava em outra pessoa, no relacionamento com a terapeuta. Esta envolveu-se e expôs-se, como exigido na terapia comportamental dialética, no tratamento, como uma pessoa real e genuína, com as suas limitações, e não como uma profissional desempenhando um papel (Linehan, 1993). Em vez de a sua suposição de que outra pessoa pode ficar chateada com ela ser considerada disfuncional pela terapeuta, Dara pôde lidar diretamente com um momento real em que a terapeuta ficou chateada com ela. Tal oportunidade de aprendizagem ao vivo (Tsai et al., 2012) ajudou a compreender que o sentimento negativo não invalida um relacionamento.

As maneiras como, normalmente, a cliente interpretava, de forma equivocada, os acontecimentos entre ela e outras pessoas, manifestavam-se também nas suas maneiras de interpretar as intervenções terapêuticas. E sentimentos que Dara cultivava em relação às pessoas do seu convívio manifestavam-se na relação com a terapeuta. A literatura adverte que um cliente que já acredita ser inferior ou inadequado pode sentir essa crença confirmada quando a sua maneira de pensar é exposta como disfuncional na terapia. Quando a pessoa percebe o diálogo socrático como uma desqualificação da sua maneira de pensar, corre-se o risco de repetir experiências de rejeição e de alienação que já a prejudicaram no passado (Newman, 2007; Tsai et al., 2012). O passo estratégico adotado pela terapeuta foi colocar em primeiro plano o trabalho com as dificuldades no relacionamento entre terapeuta e cliente, e abordá-las de maneira vivencial, em vez de maneira intelectual ou racional.

Analisar racionalmente, na sessão, os pensamentos que ocorreram durante a semana, tende a distanciar o cliente daquela vivência. Fala-se, então, de cognições frias, porque o calor do momento difícil já passou. Em contraste, as cognições são quentes quando ativadas por um problema que está a ocorrer. Crenças envolvidas numa vivência já esfriada podem ter relevância reduzida quando são discutidas. O terapeuta pode ter mais sucesso trabalhando com cognições quentes, isto é, cognições que estão num estado de ativação no momento da terapia. Este ponto é considerado na terapia cognitiva tradicional (Beck, 2005/2007; Newman, 2007) e enfatizado em correntes que confiam mais na vivência subjetiva e menos no racionalismo (e.g. Kohlenberg & Tsai, 1987; Tsai et al., 2012).

Como sugerido por Tsai et al. (2012), a terapeuta pôde observar diretamente uma amostra dos problemas quotidianos da cliente e sentir na pele os efeitos que a cliente teve sobre outras pessoas. Devido ao fato de a sua família de origem, frequentemente, invalidar a sua vivência e as suas perspectivas com reações desproporcionais, uma história encontrada com frequência em clientes *borderline* (Linehan, 1993), Dara não tinha aprendido a compreender as emoções negativas dela ou de outras pessoas. As tensões interpessoais na sessão possibilitaram trabalhar com as dificuldades interpessoais da cliente, enquanto estavam a ocorrer na relação com ela. As suas crenças e maneiras de pensar a respeito das suas interações com outras pessoas foram validadas como resultado compreensível da sua história (Koerner, 2012), e o relacionamento com a terapeuta foi utilizado para propiciar uma nova história de aprendizagem (Kohlenberg et al., 2009).

O método de estudo de caso qualitativo utilizado neste trabalho, para poder oferecer uma interpretação individualizada do processo, não permite segurança na generalização das conclusões para outros clientes. Além disso, o envolvimento dos autores como terapeuta e supervisor, que permitiu uma análise mais clínica das ocorrências na sessão, não garante a imparcialidade esperada de um estudo controlado. Apesar dessas limitações, os autores esperam que o artigo possa contribuir para estimular a discussão sobre as dimensões vivenciais e relacionais inerentes à terapia cognitivo-comportamental. Estudos futuros poderiam examinar as contribuições relativas aos resultados dos tratamentos dessas intervenções, em comparação com as técnicas cognitivas mais tradicionais.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª ed. rev.) Porto Alegre: Artmed.
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., ... Kocsis, J. H. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 627-638.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1979).
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona* (S. M. Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2005).
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Landes, S. J., Holman, G. I., Whiteside, U., & Sedivy, S. K. (2009). The use and nature of present-focused interventions in cognitive and behavioral therapies for depression. *Psychotherapy, 46*(2), 220-232.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388–443). New York: Guilford Press.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford.
- Kohlenberg, R. J., Kohlenberg, B., & Tsai, M. (2009). Intimacy. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Orgs.). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 131-144). New York: Springer.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W., & Parker, C. R. (2009). Self and mindfulness. In M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette, & G. M. Callaghan (Eds.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism* (pp. 103–130). New York: Springer.
- Landes, S. J., Kanter, J. W., Weeks, C. E., & Bush, A. M. (2013). The impact of the active components of functional analytic psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*, 49-57.
- Layden, M. A., Newman, C., Freeman, A., & Morse, S. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham: Allyn & Bacon.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical

- behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- McLaughlin, A. M. A., Keller, S. M., Feeny, N. C., Youngstrom, E. A., & Zoellner, L. A. (2014). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 112-121.
- Newman, C. F. (2007). The therapeutic relationship in cognitive therapy with difficult to engage clients. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Orgs.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 165-184). London: Routledge.
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2012). Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 138, 458-467.
- Safran, J. D. (1984). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-348.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 406-412.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 337-345.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive features*. Hove: Routledge.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., & Shelton, R. C. (2013). Convergence and divergence in the delivery of cognitive therapy in two randomized clinical trials. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 493-498.
- Young, J. E. (2003). *Terapia Cognitiva para transtornos de personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: ArtMed. (Obra original publicada em 1994).