

ANA CAROLINA AQUINO DE SOUSA¹

**O IMPACTO SOBRE A PESSOA DO TERAPEUTA
DO ATENDIMENTO AO CLIENTE *BORDERLINE***

Orientador: LUC MARCEL A. VANDENBERGHE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

2004

¹ Bolsista CNPQ

ANA CAROLINA AQUINO DE SOUSA

**O IMPACTO SOBRE A PESSOA DO TERAPEUTA
DO ATENDIMENTO AO CLIENTE *BORDERLINE***

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado da Universidade Católica de Goiás
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Orientador: LUC MARCEL A. VANDENBERGHE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

2004

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao orientador Luc pela sua atenção, compreensão, disponibilidade e compromisso.

Às terapeutas e clientes que tornaram o trabalho possível.

Aos assistentes de pesquisa (especialmente, à Daniele Pereira e Silva, Artur Vandrê Pitanga e Juliana Brasiliense Vilela) pela colaboração imprescindível na transcrição e digitação das fitas.

Aos colegas mestrandos pelas contribuições dadas nas discussões teóricas e práticas.

Em especial, à minha família que contribuiu para a execução e conclusão deste trabalho.

**“A sensação é de estar construindo uma
casa no meio de um furacão.”**

(Cukier, 1998; p. 91; *referindo-se ao atendimento ao
cliente borderline*)

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1. Critérios Diagnósticos do TPB.....	13
Tabela 2 . Esquema de participação das terapeutas na pesquisa.....	76
Tabela 3. Sentimentos mencionados por T1, pela sua cliente durante todo o processo de coleta de dados.....	82
Tabela 4. Sentimentos mencionados por T2, com relação ao seu cliente, durante toda a coleta de dados	121
Tabela 5. Sentimentos relatados por T3, com relação à sua cliente, durante toda a coleta de dados.....	141
Tabela 6. Sentimentos relatados por T4, com relação à sua cliente, durante todo o processo de coleta de dados.....	179

SUMÁRIO

Agradecimentos	i
Epígrafe	ii
Sumário de Tabelas	iii
Sumário	iv
Resumo	ix
Abstract	x
Introdução	1
1. O <i>Borderline</i>	3
1.1. O Surgimento do Termo “ <i>Borderline</i> ”	3
1.2. Comportamento Interpessoal	8
1.3. A Formação da Personalidade Segundo o Behaviorismo Radical	11
1.4. A Classificação Topográfica	13
1.5. Millon e a Inovação da Noção de Psicopatologia	16
1.6. A Formação do “eu” (ou self) Segundo o Behaviorismo Radical	18
1.7. Fatores Etiológicos do Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>	20
1.7.1. O Desenvolvimento do Self: o papel da aprendizagem.....	20
1.7.2. Fatores Sociais	24
1.7.3. Fatores Biológicos	26
1.8. O Impacto Interpessoal dos Padrões <i>Borderlines</i>	27
2. O Papel da Relação Terapêutica	30
2.1. Terapias Validadas Empiricamente: Pós e Contras	30
2.2. Relacionamentos Terapêuticos Apoiados Empiricamente	37
2.3. A Relação Terapêutica como um Instrumento de Mudança	45

2.3.1. Comportamentos Clinicamente Relevantes	48
2.3.2. Conduas do Terapeuta	50
2.3.3. Transferência e Contra-transferência	50
2.3.4. A Necessidade da Supervisão	56
2.3.5. Estratégias de Mudança	59
2.3.5.1. Desafios e Tentativas de Solução.....	62
2.4. Condução de Pesquisas Sobre a Relação Terapêutica	67
3. Objetivos	71
Método	72
Participantes	72
Materiais	72
Procedimento	73
Análise de dados	78
Resultados	81
Terapeuta 1	81
1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 1 (T1) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram.....	83
1.1. Incompetência	83
1.2. Maternal e/ou medo de fazer mal à cliente	88
1.3. Raiva	93
1.4. Desvalorização	101
1.5. Dificuldade de trabalhar	104

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão	106
2.1. Comportamento de “dar razões”, quando confrontada por Mestranda, que referia-se à possível saída da cliente	106
2.2. “Desespero”	110
3. Principais Alvos da Supervisão	115
3.1. Enfraquecer CCRs1 da cliente.....	115
3.2. Se vulnerabilizar na relação terapêutica	116
3.3. Modelar Tatos de Eventos Privados.....	118
Terapeuta 2	120
1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 2 (T2) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram.....	122
1.1. Aversão/ vontade de não atendê-lo mais ou de se distanciar	122
1.2. Alívio	127
1.3. Culpa	128
1.4. Ódio e/ou Raiva	130
1.5. Dificuldade de trabalhar	132
2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão	133
2.1. Comportamento Desesperado.....	133
3. Principais Alvos da Supervisão	135
3.1. Se vulnerabilizar na relação terapêutica.....	135
3.2. Apontar Similaridades Funcionais	135
3.3. Usar Táticas de Intervenções Produtivas	136

Terapeuta 3	140
1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 3 (T3) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram.....	142
1.1. Dificuldade de trabalhar.....	142
1.2. Desvalorização/Desrespeito	148
1.3. Desmotivação/ Frustração/ Vontade de não atender mais a cliente.....	155
1.4. Distanciamento	162
1.5. Insegurança.....	167
2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão	172
2.1. Comportamento de “dar razões”.....	172
3. Principais Alvos da Supervisão	175
3.1. Enfraquecer CCRs1 da cliente	175
3.2. Vulnerabilizar-se na relação terapêutica	172
3.3. Tentativa de Fortalecer CCR3	176
3.4. Evocar CCR2	177
Terapeuta 4	178
1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 4 (T4) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram.....	180
1.1. Incompetência.....	180
1.2. Sentimentos Contraditórios	184
1.3. Impaciência / Irritação / Raiva.....	190
1.4. Dificuldade de Trabalhar / Impotência	195
1.5. Desânimo.....	198

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão	200
2.1. Comportamento de “dar razões”	200
3. Principais Alvos da Supervisão	201
3.1. Enfraquecer CCRs1 da cliente.....	201
3.2. Vulnerabilizar-se na relação terapêutica	203
3.3. Validação X Mudança.....	203
Discussão	204
Referências Bibliográficas	210
Anexos	223
Anexo 1	224
Anexo 2	226
Anexo 3	228
Anexo 4	230
Anexo 5	232
Anexo 6	235

RESUMO

O presente trabalho é um esforço em explorar sentimentos que o atendimento ao cliente *borderline* provoca em terapeutas, a partir de uma visão analítico-funcional. Primeiro, a relação terapêutica é descrita como um instrumento de mudança que pode promover mudanças no repertório do cliente. Esta abordagem parte do pressuposto de que se o indivíduo se comporta em relação ao terapeuta da mesma maneira que o faz no seu dia a dia com outras pessoas, esses ambientes são funcionalmente idênticos, e que, portanto, se um deles for mudado, esta alteração afetará os demais. Além disso, os sentimentos que os comportamentos do cliente provocam no terapeuta (fenômeno conhecido na literatura psicoterápica como contra-transferência) podem servir como dicas sobre o que outras pessoas do seu cotidiano sentem. Desta forma, a relação terapêutica seria um contexto que possibilita o aprendizado ao vivo para o indivíduo, já que o comportamento pode ser reforçado ou enfraquecido imediatamente após a sua ocorrência. Participaram deste trabalho, quatro terapeutas comportamentais que atendiam clientes *borderlines*. Elas realizavam os atendimentos semanalmente com sessões de uma hora de duração. Relatos de sentimentos dos terapeutas foram gravados durante entrevistas semi-estruturadas e durante supervisões mensais com cada terapeuta separadamente. Todas as gravações foram transcritas e exploradas de acordo com os métodos da teoria fundamentada nos dados. Os resultados apontaram que os terapeutas percebem a ocorrência de comportamentos clinicamente relevantes e de contra-transferência na relação terapêutica. Tentou-se, nas supervisões, levar as participantes a utilizar dos seus próprios sentimentos em relação ao cliente, como dicas para atuar de modo a promover mudanças no repertório do cliente. Elas relataram que muitos dos novos comportamentos adotados por elas, foram punidos pelos seus clientes – sendo isto “coerção” para continuar reagir de forma complementar aos seus comportamentos. As terapeutas, que voltavam a se comportar de modo mais “seguro” para si – reforçaram os comportamentos problemáticos dos clientes. Tal comportamento contra-terapêutico parece relacionado com a esquiva experiencial. Os resultados sugerem que atenção particular para os padrões interpessoais durante a sessão poderia evitar que a relação terapêutica chegasse a manter os problemas do cliente e que um melhor proveito das respostas encobertas do terapeuta para este fim é possível.

Palavras-chave: contra-transferência, transtorno de personalidade *borderline*, relação terapêutica.

ABSTRACT

This research is an effort to explore, from a functional analytic perspective, the feelings that dealing with borderline clients causes in therapists. First, the therapeutic relationship is described as an instrument that can promote changes in the client's repertoires. This approach considers that if an individual behaves in relation to a therapist in the same way as he behaves in his daily life in relation to other people, these settings are functionally identical. So, changes in one context, will affect the others. Besides, the client's behaviors cause feelings in the therapist (a phenomenon known in psychotherapy literature as counter-transference) that can be used as cues about how other people feel in the client's daily life. So, the therapeutic relationship would be a context that makes in-vivo learning possible for the client, since the behavior can be immediately reinforced or weakened after its occurrence. Four behavioral therapists, who worked with borderline clients, took part in this research. The sessions were conducted weekly and lasted one hour each. Reports by the therapists concerning their feelings were recorded during semi-structured interviews and during monthly supervisions with each therapist separately. All recordings were transcribed and explored according the methods of grounded theory. The results indicate that the therapists noted the occurrence of clinically relevant behaviors and counter-transference in the therapeutic relationship. During supervision it was tried to lead the participants to use their own feelings (about the client) as cues to promote changes in clients' behaviors. They reported that their clients punished many of their new behaviors – they were “coerced” to continue reacting in ways that were complementary to the client's behaviors. The therapists what went back to behave in a way that was “safe” for them reinforced the problem behaviors of their clients. This counter-therapeutic behavior seems related to experiential avoidance. The results suggest that particular attention to interpersonal interactions during the session is important. It could avoid that the therapeutic relationship maintains the client's problems and can make it possible to take better advantage of the therapist's private responses.

Key-words: counter-transference, borderline personality disorder, therapeutic relationship.

O presente trabalho trata do que hoje é chamado de Transtorno de Personalidade *Borderline*, sob a perspectiva analítico-funcional. É imprescindível ressaltar, entretanto, que o termo *Borderline* emergiu dentro da abordagem psicanalítica, num contexto histórico específico que o possibilitou.

Partindo do princípio de que o comportamento de um organismo, bem como de um grupo é função de sua história, torna-se primordial uma análise histórica do termo *Borderline*. Isso significa reportar à história dos comportamentos dos cientistas da época e de suas práticas para a produção do conhecimento. Andery e Micheletto (1999), apontam a necessidade de que sejam criadas condições para que a análise histórica constitua um elemento essencial dentro da Análise do Comportamento.

O conhecimento da história consiste em identificar quais as variáveis que estão controlando o comportamento de um indivíduo, em particular, ou de uma comunidade verbal, em geral. Assim, uma análise histórica do termo *Borderline* leva à identificação de variáveis que controlaram o comportamento dos estudiosos que o tornaram um conceito diagnóstico. Deve-se reconhecer que os cientistas (assim como qualquer ser humano) se comportam em função de uma dada comunidade verbal. Por isso, outro elemento constitutivo de um estudo histórico é a identificação e caracterização das práticas da comunidade verbal em questão, ou seja, da identificação de metacontingências. Em outras palavras, é necessário descrever as práticas da comunidade verbal relacionadas com o comportamento de ‘conhecer’ dos cientistas (Andery & Micheletto, 1999). Além disso, é imprescindível destacar a relevância não só das contingências sócio-verbais, mas também das econômicas e empregatícias envolvidas, já que também podem ser responsáveis para a modelagem do uso de um termo científico. Enfim, trata-se de considerar o conceito de *borderline* como produto de exposição a um contexto complexo.

A utilização do termo ‘conhecer’ identifica um tipo diferente de comportamento. Skinner (1953), define o conhecimento como um comportamento verbal que se estabelece devido ao reforçamento social, ou seja, mediado por um outro organismo. Deste modo, o ‘conhecer’ pode ser traduzido em termos de regras, sendo estas instâncias de comportamento verbal de descrever contingências. Assim, o conhecimento científico pode ser caracterizado como um conjunto de regras construídas pelo cientista, que passa a controlar a ação de uma comunidade (Andery & Micheletto, 1999).

Todos estes elementos ficarão evidentes na análise que se segue da perspectiva histórica do que hoje é denominado *Borderline*.

1. O *Borderline*

1.1. Surgimento do Termo '*Borderline*'

Até o século XIX, a psiquiatria lidava com a 'loucura' através do encarceramento em asilos. As pessoas eram colocadas nesses ambientes devido aos defeitos que apresentavam em sua razão. Foi somente com Pinel, que reconheceu não só a existência de pessoas 'loucas', mas também das que mantinham certos aspectos da razão, que tornou-se possível atentar-se a indivíduos que, embora apresentassem disordens comportamentais e emocionais, mantinham o senso da realidade (Mack, 1975).

Em 1905, Kraepelin (apud Mack, 1975) escreve que existiam diversas combinações e estados '*limítrofes*', que podem ser definidos como uma fronteira entre insanidade e condições normais ou apenas estranhas. Autores hoje considerados precursores da psiquiatria moderna (Kretschmer, 1925, Kasanin, 1933, e Schneider, 1920, apud Millon, 1981) apontavam a existência daqueles pacientes, cujo equilíbrio emocional sofria grandes oscilações, podendo chegar a um estado de fúria mesmo diante de circunstâncias banais; pensamentos suicidas, queixas hipocondríacas, pessimismo, impulsividade e irritação extrema. Estas descrições compuseram, posteriormente, a base para o estabelecimento de critérios diagnósticos do *borderline* no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Ao mesmo tempo em que a psiquiatria atentava às psicopatias e apontava a existência de estados limítrofes, a psicanálise estava desenvolvendo um conjunto de conceitos e uma prática científica que, mais tarde, iriam possibilitar falar sobre uma personalidade *borderline*. No início, porém, a maioria das pesquisas dentro da abordagem psicanalítica, envolvia distúrbios considerados neuróticos em pessoas relativamente bem adaptadas socialmente (Mack, 1975).

Na década de 30, tinha-se métodos específicos para o tratamento de pacientes classificados como neuróticos ou psicóticos. Esta classificação estava bem definida a partir da

teoria freudiana, que havia desenvolvido um modelo explicativo da formação da personalidade, em termos destas duas estruturas. Englobava as defesas do ego, esclarecendo diferenças fundamentais entre os mecanismos de defesa de pessoas neuróticas ou psicóticas (Mack, 1975; Millon, 1981).

Começou a ficar evidente a existência de um grupo de pessoas que não se conformavam a esta dicotomia. Eram indivíduos que apresentavam sintomas neuróticos (como a ansiedade, depressão, compulsões, obsessões, distúrbios emocionais etc), mas que numa análise apurada, não se encaixavam neste diagnóstico. Além disso, apresentavam episódios psicóticos, mas que diferentemente do esquizofrênico, ‘quebravam’ com a realidade apenas temporariamente.

No final da década de 30, Adolf Stern publica o primeiro artigo formal da designação *borderline* (Mack, 1975, Pfeiffer, 1975, Millon, 1981). A partir da década de 40, apareceram mais esboços conceituais deste grupo residual. Deutsch denomina de ‘*as-if*’ personalidade, aqueles indivíduos que se comportam como se mantivessem uma relação genuína e completa com a realidade. É como se respondessem adequadamente às circunstâncias da vida, mas transmitiam a sensação de que havia algo não verdadeiro no seu comportamento. Além disso, a autora aponta também a caracterização de uma pseudo-afetividade, em que, apesar de aparentemente tudo estar bem, internamente há uma vivência de vazio (Pfeiffer, 1975).

Nos anos 50, Wolberg e Frosh (Millon, 1981) e principalmente Knight (Mack, 1975; Pfeiffer, 1975; Chessick, 1974; Millon, 1981) são citados como autores que contribuíram com a descrição da categoria limítrofe.

O primeiro estudo sistemático de pacientes *borderlines* foi publicado em 1968 por Grinker e seus colaboradores (Mack, 1975; Pfeiffer, 1975; Chessick, 1974). Talvez uma maior contribuição foi o interesse em questionar a que se devia a emergência da síndrome – características específicas da cultura, como o stress da vida urbana, o aumento da ansiedade

existencial, bem como as várias mudanças tanto na estrutura familiar como na social. Deste modo, chamaram a atenção para o funcionamento do paciente em relação ao seu ambiente social. Além disso, apontaram a necessidade de estudos que tratassem não só do relacionamento mãe-criança, como os trabalhos psicanalíticos até então, mas também de outros membros da família (Mack, 1975).

O contexto histórico em que o conceito do *borderline* emergiu e as contingências que controlaram o comportamento dos autores acima referidos, pode ser retomado. Havia uma definição de patologia em termos neuróticos ou psicóticos de um lado, e a existência de pessoas que manifestavam uma combinação de características tanto neuróticas quanto psicóticas, de outro lado. Foi necessário elaborar uma entidade distinta que englobasse esse novo grupo, que poderia ser descrito, com os termos existentes na época, como estando na fronteira entre o neurótico e o psicótico – daí a utilização do termo '*borderline*'. Pode-se perceber que o comportamento de escrever dos investigadores a respeito dos pacientes, estava sendo controlado por aquele contexto histórico. Estratégias para que fossem entendidos dentro daquela comunidade verbal específica, isto é, falando de pacientes que não se conformavam à teoria existente foram moldados pelas contingências sociais. A comunidade verbal psicanalítica pôde reforçar novas formulações, à medida que conseguiam falar de modo coerente com as convenções psicanalíticas, a respeito do que estava acontecendo nos consultórios.

Partiu-se para a formulação de relações objetais proposta por Klein que permitia melhor falar sobre a instabilidade apresentada pelo *borderline*, já que a teoria freudiana ortodoxa dificultava a descrição das contradições extremas apresentadas pelo grupo de pessoas que não eram nem psicóticas, nem neuróticas. A teoria kleiniana com seus conceitos de cisão, objetos bons e maus, e identificação projetiva, possibilita falar sobre a instabilidade apresentada pelo '*borderline*'.

Segundo Fairbairn (1952, apud Guntrip, 1974), por exemplo, o paciente esquizóide tem perigosos impulsos. Seu ego é infantil e dependente. Isto se dá, de acordo com o autor, devido a uma falha na relação objetal materna, em amá-lo por ele mesmo. A não ser que as relações objetais fossem boas suficientemente para manter a criança em contato genuíno como o mundo externo, poderia vir a ser mais e mais dominada pelo medo, e perder o contato com a realidade externa, voltando-se para o mundo da fantasia.

Nos anos 60, tais formulações foram integradas por Otto Kernberg, em sua representação conceitual da personalidade *borderline*. Propôs uma nova teoria das relações objetais que enfatizava a importância das relações com pessoas significativas em geral. Esta se tornaria o veículo mais importante da popularização do conceito de *borderline*. Desde o nascimento, as relações com estas pessoas, sob o impacto de afetos fortes seriam internalizadas como memória afetiva. As pessoas absorveriam o que ocorre ao seu redor. O ego armazenaria informações, integrando-as e aprendendo a selecionar o que é importante, bom, ruim, útil e perigoso. Assim, tornaria possível o controle do próprio corpo e, gradativamente, um mundo interno vai sendo construído. A possibilidade de falhas nestes processos podia explicar de maneira mais elegante do que a teoria tradicional, o quadro clínico do paciente *borderline* (Kernberg, 2003a; 2003b).

Um excelente artigo sobre o impacto das idéias de Kernberg sobre a psicanálise americana é “The Seeds of the Self” (Kernberg, 2003a). Aponta um aspecto interessante do contexto histórico dos anos 60, em que a psicanálise estava marginalizada, sendo portanto, retirada dos cursos de psiquiatria. Uma forte crítica era que a psicanálise era lenta, com alto custo e que não estava sendo eficaz. Pode-se imaginar uma comunidade cujas perspectivas de emprego e seu status científico, estavam ameaçados.

A psicanálise estava sendo ameaçada. As contingências de sobrevivência desta “cultura” científica favoreceram mudanças nas práticas do “grupo” de estudiosos e clínicos que constituem

a psicanálise. Isso ocorreu a partir da proposta de Kernberg que, ao criar uma ‘Nova Psicanálise’, argumentava pertencer a outra linha psicanalítica.

Vale ressaltar que, ao construir um ‘saber’ o cientista (como descrito acima) está sob controle (embora nem sempre tenha consciência disto) não só do objeto que está analisando, mas também de sua história em particular, que moldou uma ou outra forma de pensar, e ainda, deve-se considerar que está inserido numa sociedade, que reforça certas linguagens na descrição dos objetos que estuda.

Percebe-se que os ‘novos’ psicanalistas quando não conseguiam mais ser compreendidos apresentaram um novo discurso para se restabelecer. Estas foram, portanto, as contingências sócio-verbais, empregatícias e econômicas da época que controlavam o comportamento dos autores. O investigador é controlado pelo público (isto é, pelos colegas, pelas instituições) e pelos resultados de dados comportamentos verbais, que quando não são eficazes, requerem a adoção de uma revisão tanto conceitual, quanto metodológica, que tenham melhores resultados. Isto não significa, contudo, que os integrantes da cultura científica utilizem conscientemente estas estratégias. A análise proposta é a de seleção por conseqüências, o que quer dizer que são as contingências que reforçam as práticas culturais mais eficazes. Neste caso, trata-se de novas práticas verbais que estão sob controle do objeto da teorização (a realidade no consultório) e a evolução sócio-cultural.

1.2. Comportamento Interpessoal

Ficou claro que a organização da personalidade borderline surgiu como termo, no seio da comunidade psicanalítica. Prossegue-se a verificar como terapeutas comportamentais se interessaram pelo conceito.

Mais ou menos na mesma época de Kernberg, surge uma teoria (a do Círculo Interpessoal) que trouxe os pré-requisitos para o tratamento, dentro da psicoterapia comportamental, dos transtornos de personalidade. Abaixo, segue-se uma breve descrição.

Segundo Leary (1957), há uma variedade de comportamentos interpessoais que compartilham de alguns elementos comuns, podendo por isso, ser distribuídos em classes de comportamento representadas como segmentos de um círculo. O autor propôs oito categorias para descrever todos os padrões interpessoais possíveis, sendo que seria freqüente um indivíduo favorecer mais alguns segmentos do que outros. Pode-se associar seus comportamentos interpessoais com a noção de personalidade, de modo que a rigidez, inflexibilidade e o uso excessivo de estratégias pertencente a um segmento particular, produzidas intensamente, podem ser caracterizados como mal ajustamento – ou transtorno de personalidade (Leary, 1957).

Um ponto central no trabalho de Leary (1957) é a idéia de que os comportamentos interpessoais são operações empregadas pelas pessoas com a finalidade de manter relativo conforto, segurança, e de se livrar da ansiedade nas interações com as demais. Para isso, é necessário induzir respostas complementares nos outros – aprendemos a treinar os outros a nos responder de modo que supram as nossas necessidades. Passamos, portanto, a utilizar estratégias que são eficazes para obter os comportamentos que desejamos dos outros. Assim, a não complementaridade pode passar a ser evitada, já que adquire valor negativo devido à resposta emocional de ansiedade ou desprazer que ficou a ela associada.

Posteriormente, Kiesler (1986) elaborando idéias de Leary, propôs 16 categorias para descrever os diferentes padrões interpessoais possíveis, mantendo também que a característica básica do comportamento interpessoal (categorias ou segmentos do círculo) mal adaptativo é a sua rigidez e inflexibilidade, ao invés do uso de várias estratégias interpessoais dadas diferentes situações, como ocorre com uma pessoa bem adaptada.

A maior contribuição do trabalho de Kiesler (1986) para a presente discussão é a noção da necessidade de que o terapeuta observe o impacto do cliente sobre ele durante a sessão. Uma vez tendo identificado quais os segmentos utilizados pelo cliente, o terapeuta pode prever quais as reações que ele próprio irá experienciar, isto é, pode antecipar as reações interpessoais complementares.

No contexto terapêutico, a complementaridade ocorre quando o terapeuta responde ao cliente com comportamentos interpessoais recíprocos em termos de controle e afiliação. Se ao contrário, o terapeuta reagir de modo não complementar (enfraquecendo comportamentos – problema), denomina-se de anti-complementaridade. Algumas vezes pode ocorrer também a não complementaridade parcial, em que o terapeuta reage complementando apenas uma dimensão (ou afiliação ou controle) e não a outra (Kiesler, 1986).

Dos três tipos de reações do terapeuta apontadas acima, pode-se classificar o primeiro como sendo o mais confortável para o cliente, o segundo como o mais aversivo, e o último, com nível médio de desconforto. Uma vez que o comportamento do cliente é mais rígido e extremo do que o do terapeuta, o cliente tem mais poder de determinar a natureza da relação terapêutica. Além disso, nas primeiras sessões, o terapeuta freqüentemente não pode evitar emitir respostas complementares, reforçando assim, os padrões rígidos do cliente (Kiesler, 1986).

É imprescindível notar o círculo vicioso que mantém comportamentos desadaptativos. As reações dos outros confirmam ou validam suas experiências. Num dado momento, podem por

exemplo, se sentir maltratados pelo cliente e não conseguir parar de dar respostas complementares, que reforçam os comportamentos dominadores do cliente. Assim, geram mensagens que, por sua vez, provocam ansiedade no cliente, que mais desesperado ainda, tenta utilizar as mesmas estratégias, na tentativa de corrigir as reações aversivas dos outros. De modo similar, o terapeuta vivenciará sentimentos aversivos, a não ser que detecte o padrão interpessoal do cliente, para então, interrompê-lo, evocando estratégias diferentes e respondendo diferentemente, não emitindo respostas complementares às estratégias rígidas e extremas (Kiesler, 1986).

No início do processo, o terapeuta inevitavelmente dá respostas complementares ao cliente, que podem manter sua comunicação mal adaptativa. Por esta razão, o terapeuta deve detectar o que o cliente evoca nele, e em seguida, emitir comportamentos que não são complementares, e compartilhar diretamente com o mesmo, o impacto de seu comportamento (do cliente) sobre ele (o terapeuta), fornecendo assim, informações a respeito dos indesejáveis efeitos de seus comportamentos sobre os outros, e ao mesmo tempo, ensinando uma nova forma de agir com eles. O cliente aprende, então, a tornar seu comportamento mais flexível e menos extremo (Kiesler, 1986). A relação terapêutica é, portanto, uma arena na qual as mudanças podem ser facilitadas, ponto este, bastante semelhante à proposta do presente trabalho, cujo enfoque é analítico-comportamental, como será elucidado posteriormente.

1.3. A Formação da Personalidade Segundo o Behaviorismo Radical

A visão do behaviorismo radical mostra similaridades acentuadas com o modelo interpessoal. Ambos rejeitam a existência de um ‘eu’ interior que dirige a ação do outro. Reagem contra o pressuposto que haveria um ‘eu’, ou seja, uma força que impulsionaria o outro ‘eu’ (o que se comporta), a agir. Na visão rejeitada por ambos, observa-se a ocorrência do comportamento, e infere-se a existência de uma entidade (a força propulsora) como causa do mesmo. Essa concepção pode ser observada, por exemplo, com o termo personalidade, que é tratado como um eu que é responsável pela ocorrência de comportamentos. Explica-se, por exemplo, que uma pessoa tem comportamentos delinquentes porque tem uma personalidade anti-social (Skinner, 1953), quando, na realidade, este conjunto de comportamentos delinquentes, é denominado de personalidade anti-social e, portanto, a causa não pode ser atribuída à personalidade.

Numa linguagem behaviorista radical, pode-se definir o eu como um conjunto de respostas funcionalmente unificado, sendo que o importante é explicar a unidade funcional desse conjunto, estabelecendo as relações existentes entre estas respostas e suas variáveis de controle (estímulos discriminativos e conseqüências). Conclui-se, portanto, que a personalidade é aprendida (Skinner, 1953).

Personalidade consiste no repertório comportamental de cada um, e é multideterminado. Skinner (1953) apontava a importância de entender os três níveis de seleção do comportamento: filogênese, ontogênese e a cultura. Esses três fatores se combinam e interagem durante toda a vida formando o que chamamos de personalidade. Ao nascer, apresentamos comportamentos inatos (reflexos). Mas desde o momento inicial as contingências começam a influenciar a probabilidade futura dos nossos comportamentos. Podemos observar isso já nas primeiras interações de uma mãe com o seu bebê. Se a mãe espera a criança chorar para dar-lhe alimento,

esta aprenderá que através do choro ganha comida. Entretanto, se a mãe a amamenta antes que chore, por imaginar que pode estar com fome, o que a criança aprenderá será muito diferente – o alimento será, neste caso, contingente aos comportamentos que para a mãe são dicas de que o bebê está com fome.

Falar em personalidade significa apontar uma tendência a se comportar de uma dada maneira em função de uma história passada de reforçamento, que é individual. Refere-se, portanto, a um conjunto de comportamentos que ocorrem de forma consistente em muitas situações. Estes padrões consistentes são resultantes de um ambiente com contingências consistentes ao longo do tempo. Os pais, por exemplo, não mudam radicalmente na maneira de lidar com os filhos no dia a dia. A cultura valoriza padrões consistentes de comportamentos porque é útil para predizer como vão se comportar e facilita a manutenção do funcionamento da sociedade (Parker, Bolling, & Kohlenberg, 1998).

Há, entretanto, aquelas pessoas que não são muito previsíveis, e que por isso, podem ser consideradas como apresentando um transtorno de personalidade. A inconsistência também deve ser entendida a partir de uma análise funcional. Se, por exemplo, uma criança tem pais que ora são atenciosos, ora não, ou que às vezes afirmam o seu intenso amor, e outras a punem severamente, cresce esperando as mesmas atitudes de outras pessoas, e pode inclusive, começar a observar pistas que podem ser irrelevantes (isto é, não relacionadas com os estímulos antecedentes dos comportamentos dos pais) para identificar se os pais estão irritados ou não. Ao crescer, elas podem funcionar como estímulos discriminativos para comportamentos considerados contraditórios e confusos diante das pessoas (Parker et al, 1998).

1.4. A Classificação Topográfica

O DSM-IV-TR (APA, 2003), o quarto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, é um manual descritivo que foi criado para descrever sintomas, adotando uma linguagem clara, para facilitar o diagnóstico, com a pretensão de ser a-teórico. Distancia-se de uma visão contextualista, como a de Skinner, à medida que preocupa-se com a descrição topográfica dos diversos transtornos. A seguir, apresenta-se como o manual descreve o transtorno de personalidade *borderline*, para então, discutir brevemente se esta análise pode ser integrada à uma visão behaviorista radical.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003), no Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), o indivíduo apresenta um padrão instável no que se refere a relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos, padrões constantes de impulsividade, que estão presentes em uma variedade de contextos, tendo início na idade adulta, preenchendo cinco ou mais dos critérios citados abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios Diagnósticos do TPB, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2003).

Critérios Diagnósticos
1. Esforços para evitar um abandono real ou imaginário – são pessoas intolerantes à solidão;
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, em que a pessoa alterna entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade – instabilidade constante da auto-imagem ou do sentimento do “eu”;
4. Impulsividade em duas ou mais áreas, prejudicando significativamente a sua vida (sexo, abuso de substâncias, comer compulsivo etc);
5. Comportamentos, gestos ou ameaças de suicídio ou de comportamentos automutilantes;
6. Instabilidade afetiva – oscilação freqüente de humor;
7. Sentimentos crônicos de vazio;
8. Raiva intensa ou dificuldade em controlar a raiva;
8. Episódio de ideação paranóides relacionados ao <i>stress</i> à sintomas dissociativos intensos.

Uma pergunta relevante é: será útil uma classificação como a apresentada no DSM-IV-TR (APA, 2003), dentro de uma proposta, cujos pressupostos são skinnerianos? Trabalhos publicados vêm demonstrando senão a adesão, ao menos o uso coloquial por alguns terapeutas comportamentais, desta classificação topográfica (Linehan, 1993; Kohlenberg & Tsai, 2001;

Conte & Brandão, 2001; Guimarães, 2001; Craske & Barlow, 1999; Vasconcelos, 2002; Martone & Zamignani, 2002; Ingberman, 2001; Lotufo Neto, 2001; etc).

Skinner (1953) já apontava para a importância de uma análise funcional para entender o comportamento. O DSM-IV-TR (APA, 2003), ao classificar cada transtorno de acordo com critérios específicos, atenta para uma análise topográfica, e não funcional. Assim, poderia questionar-se que este uso significa convergir em pontos de vista frequentemente considerados opostos (Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Cavalcante & Tourinho, 1998).

Devido aos princípios filosóficos do behaviorismo radical, pode-se apontar objeções ao uso de um manual classificatório. Uma delas refere-se ao obscurecimento da individualidade. Pessoas caracterizadas ou classificadas em uma mesma categoria diagnóstica podem apresentar comportamentos diferentes, ou preencher critérios diferentes. Além disso, um sistema classificatório pode gerar estigmatização em função do rótulo recebido. Finalmente, cabe ressaltar que o sistema classificatório não diz nada sobre o que está mantendo o problema. Numa análise comportamental o mais importante é a identificação de variáveis controladoras do comportamento, pois são estas que direcionam a intervenção. Uma análise topográfica pode distanciar a possibilidade de uma análise funcional, uma vez que ao identificar só a topografia corre-se o risco de punir uma melhora do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1987; 1994; 1995b; 2001; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Cavalcante & Tourinho, 1998).

Suponha, por exemplo, dois clientes. O primeiro cliente traz a agressão como um problema em sua vida, e que portanto, precisa ser mudado. O segundo, entretanto, busca a terapia devido à sua dificuldade em expressar seus sentimentos. Imagine que ambos apresentem diante do terapeuta, o comportamento agressivo. Considerar este comportamento como um problema para o primeiro cliente seria adequado, embora o mesmo não seja verdadeiro para o segundo, que

ao ser agressivo está sinalizando uma melhora, pois apresenta dificuldades em expressar sentimentos. Portanto, embora a topografia seja a mesma, a função é diferente.

Algumas vantagens práticas são apontadas, contudo, por Koerner et al (1996) para a utilização de um sistema de classificação diagnóstico. Pode alertar o terapeuta para ocorrências de problemas e melhoras dentro da sessão. Dar nomes para classes de respostas auxilia na identificação de comportamentos similares entre si. Ressalta-se que, sendo os transtornos de personalidade sinônimos de problemas difíceis de tratar, um processo diagnóstico que os identifique, leva o terapeuta a uma maior tolerância às lentas mudanças (ao invés de comportar-se impacientemente com a demora dos progressos) e aumenta a probabilidade de que reforce as pequenas melhoras, pois considera que a obtenção da saúde é um processo contínuo. Portanto, a conclusão de um diagnóstico é útil porque pode ter impacto sobre as mudanças no repertório do cliente. Pesquisas sobre transtornos de personalidade enfatizam a continuidade entre o saudável e o patológico, e assim, terapeutas influenciados por estes dados, podem ser menos susceptíveis a estigmatizar o indivíduo, ou seja, são mais sensíveis à natureza contextual do transtorno e ao reforçamento de melhoras. Contudo, como ficará evidente nas próximas seções, do ponto de vista behaviorista radical, o sistema classificatório deve ser complementado com uma análise funcional. Por isso, serão discutidos e descritos a seguir uma visão analítico-comportamental a respeito da formação do eu “normal” e *borderline*.

1.5. Millon e a Inovação da Noção de Psicopatologia

Sob influência da conceitualização do diagnóstico de organizações de personalidade de Kernberg, da proposta do círculo interpessoal (de Leary) e das abordagens de aprendizagem (incluindo a teoria de Skinner), Millon (1969/1979), que também participou da construção do DSM, propôs uma abordagem através da aprendizagem biosocial. É imprescindível notar que antes dele, os behavioristas não tiveram facilidade para tratar dos transtornos de personalidade. Acreditava que a personalidade era formada por fatores biológicos combinados e interagindo reciprocamente com as experiências, no decorrer da vida. Assim, se a criança é alegre e adaptável, torna-se mais fácil cuidar dela, e então, a mãe teria uma atitude positiva. Já se a criança é ansiosa e nervosa, os cuidados dispensados consomem mais tempo, e a mãe pode reagir com desânimo e/ou hostilidade. Há investigações que demonstram este jogo recíproco de influências (Gewirtz & Boyd, 1977).

Defendia que a criança inicialmente explora o ambiente, apresentando grande flexibilidade e mutabilidade dos padrões de comportamentos. Na sua interação com as pessoas, seus comportamentos vão sendo selecionados pelas conseqüências que os mesmos provocam. Portanto, as experiências levam ao aprendizado de estratégias adaptativas que passam a caracterizar nossa maneira de nos relacionarmos com os outros – ou seja, nossa personalidade. Os comportamentos persistem em função de uma história de reforçamento intermitente, e por isso, são altamente resistentes à extinção (Millon, 1969/1979).

A etiologia da psicopatologia é explicada seguindo o mesmo raciocínio. Tanto a normalidade quanto a patologia devem ser consideradas como pontos num continuum. Isso significa que não há como definir uma linha divisória clara entre o normal e o patológico, uma vez que o comportamento pode ser adequado em um dado momento, e não em outro, dada a

circunstância. Pode-se definir, contudo, alguns critérios que sugerem a ocorrência de funcionamento patológico (Millon, 1969/1979; 1981):

- ✓ Inflexibilidade Adaptativa: consiste no uso rígido de um repertório estreito de comportamentos diante de diversas e variadas situações.
- ✓ Círculos Viciosos: se engajar em comportamentos que pioram suas dificuldades, trazendo mais conseqüências auto-derrotantes.
- ✓ Estabilidade Tênu: o indivíduo é susceptível a experienciar situações estressantes, pela escassez das novas estratégias interpessoais.

Ao apresentar estes três elementos, a vida da pessoa torna-se mais complicada, já que estes perpetuam os problemas.

A influência do trabalho apresentado por Millon é inegável para a psicopatologia, já que foi convidado posteriormente a escrever o esboço de critérios operacionais dos distúrbios de personalidade no DSM III, e principalmente, inovou a visão tradicional de “normalidade” e “patologia”, reinterpretando-a em termos de processos de aprendizagem que poderiam gerar níveis diferentes (num continuum) de saúde ou desadaptação, abordando-a em termos de comportamentos privados e interpessoais, tornando assim, os transtornos de personalidade acessíveis à terapia comportamental. Até então, o conceito era puramente psicanalítico.

Segundo Millon (1969/1979), o funcionamento da personalidade pode ser analisado, a partir da combinação de dois elementos:

- ✓ Os comportamentos interpessoais: são de fundamental relevância porque dependendo de como se relaciona com as pessoas, dadas reações que evocam nas mesmas, serão modeladas, sendo que elas, posteriormente, influenciarão a permanência, estabilidade, melhora ou piora da patologia atual do indivíduo.

- ✓ Os tipos de reforçadores procurados: se positivos ou negativos, onde (se em si mesmo ou nos outros), e ainda, quais estratégias utilizadas para a sua obtenção (ativamente ou passivamente).

Propôs uma taxonomia de transtornos de personalidade, baseado nestes princípios, com suas respectivas explicações etiológicas (Millon, 1981).

No presente trabalho adotou-se a compreensão do cliente *borderline* elaborada nesta visão. O ponto central a ser considerado é que embora sejam utilizadas diversas estratégias pelo *borderline*, cuja finalidade é a busca permanente para evitar rejeição, através de estratégias extremas e incoerentes, perpetua as dificuldades da pessoa e impedem esforços por uma vida melhor, já que fracassa em alcançar suas metas, resultando assim, em relacionamentos marcados por hostilidade, ansiedade e conflitos, que conseqüentemente, conduzem à comportamentos ainda mais desesperados (Millon, 1981).

1.6. A Formação do ‘eu’ (self) Segundo o Behaviorismo Radical

Kohlenberg e Tsai (1987), propuseram a Psicoterapia Analítico-funcional (FAP), fundamentada no behaviorismo radical. Nos anos subseqüentes (1991/2001; 1995a) apresentaram sua formulação do desenvolvimento do “eu”. Na teoria proposta, o “eu” emerge inicialmente como uma unidade funcional a partir de unidades maiores diretamente aprendidas, como “estou com calor, estou com fome, estou aqui” – tendo em comum, portanto, o “eu estou”. Uma vez estabelecidas unidades funcionais como “eu estou”, “eu quero”, a criança passa a utilizar uma série de combinações de palavras que nunca havia dito ou ouvido anteriormente. Posteriormente, emerge o eu como referência, primeiro sob controle de estímulos públicos, depois privados. Deste modo, a experiência do ‘eu’ é explicada através da identificação e descrição do que é experienciado.

Koerner et al (1996) apresentam algumas características importantes da visão de self proposta pela FAP:

- ✓ A experiência do self é paralela ao desenvolvimento do uso de nomes e pronomes pessoais, como por exemplo ‘eu’, ‘me’ ‘Paula’.
- ✓ O uso destes nomes e pronomes é ensinado pelas pessoas que cuidam da criança, que modelam, reforçam ou punem respostas, conforme consideram apropriadas ou não.
- ✓ O uso destes auto-referentes não pode ser ensinado diretamente. São aprendidos indiretamente a partir de sentenças como “estou com fome”, “estou com sede”, “estou com calor” etc, através de um tipo de aprendizagem que Skinner (1957) denominou de ‘subproduto da aquisição de respostas maiores, contendo elementos idênticos’. Ou como Koerner et al (1996) preferem ‘emergência’.
- ✓ A emergência, conforme apontado no parágrafo anterior, é progressiva. A progressão de unidades maiores a menores tem sido observada em crianças aprendendo a falar.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991/2001; 1995a), o conceito de *self* engloba ainda diferentes características. O *self* não é físico, no sentido em que refere-se a algo que difere do corpo. É resultante de contingências externas – as pessoas com as quais um indivíduo convive modelam seu repertório, e que em um dado momento, deixa de ser sujeito ao controle dos outros. Este é o momento em que a pessoa passa a se ver como única e constante, mesmo que as circunstâncias às quais é exposta estejam em constante mudança, pode-se ouvir afirmações sobre o eu. Isto foi possibilitado a partir da comunidade verbal que reforça a palavra eu repetidas vezes diante de situações nas quais o indivíduo estava se comportando.

O eu depende de experiências públicas, mas à medida que ocorrem concomitantemente com eventos privados, estes podem passar a controlar o uso da palavra eu quando uma pessoa

fala sobre si mesma. Uma vez que a aprendizagem do eu é complexa e imprecisa, ocorrem necessariamente, falhas neste processo. O indivíduo pode ser exposto à experiências em que o eu não é colocado sob controle de eventos privados, mas apenas de eventos públicos, o que pode levar à instabilidade e dependência (Conte & Brandão, 2001). Portanto, pode-se dizer que em um desenvolvimento normal as afirmações do eu são inicialmente controladas por eventos públicos e que posteriormente, ficam sob controle de eventos privados.

Pode-se concluir dizendo que, dependendo da experiência passada, as pessoas serão sensíveis a diferentes contextos, o que explica o fato de duas pessoas reagirem diferentemente diante de uma mesma circunstância. Embora haja a crença de que essas diferentes reações surgem de dentro do corpo, tais fatores não são os únicos a serem considerados, inclusive porque há evidências de que a experiência pode alterar aspectos fisiológicos (Parker et al, 1998). Cada organismo é exposto à uma história de reforçamento, que é única e, por isso, a mesma situação evocará diferentes respostas, em pessoas diferentes.

1.7. Fatores Etiológicos do Transtorno de Personalidade Borderline (T.P.B.)

1.7.1. O Desenvolvimento do Self: o papel da aprendizagem

Os clientes com diagnóstico de T.P.B., em geral, trazem ao terapeuta, sentimento de impotência e confusão, pois afirmam não saber quem são, do que gostam ou do que esperam da vida. Seus comportamentos (tanto públicos quanto privados) tendem a ser contraditórios entre si e mudam rapidamente. É comum desistirem do tratamento ou não aproveitarem bem a terapia. Diante de situações de escolhas, tendem a ter dificuldades para tomar decisões. É freqüente a tentativa de suicídio em função da intensidade do sofrimento. Muitas vezes, relatam crises de identidade (Conte & Brandão, 2001). Deve-se lembrar, entretanto, que para um diagnóstico

comportamental, mais importante que a topografia, é analisar as funções destes comportamentos na vida de uma pessoa, em particular.

O cliente relata, geralmente, “eu me sinto vazio”. Segundo Kohlenberg e Tsai (1991/2001; 1995a), tal declaração ocorre em função da falta de estímulos discriminativos privados que controlam o eu. Quando a experiência do eu depende de estímulos externos, a pessoa pode se sentir instável e insegura. Assim, a sensação descrita como vazio pode ser entendida a partir da ausência de estímulos externos, que antes estavam presentes. Além disso, a ausência destes estímulos externos pode levar à sensação de despersonalização. Com isso, a pessoa pode isolar-se, criando um contexto para ser ela mesma, livre do controle dos outros. Muitas podem passar a esquivar-se tanto fisicamente quanto emocionalmente dos outros, pois assim, não dão oportunidade para que estes as controlem. Temem perder a sua identidade ao se envolverem (Melges & Swartz, 1989; Conte & Brandão, 2001; Livesley, 2000).

Kohlenberg e Tsai (1991/2001) apontam que a pessoa torna-se capaz de identificar quaisquer mudanças nos comportamentos dos outros, e estas servem como estímulos discriminativos para que ela mude sua forma de pensar, sentir e ver em relação ao eu. Pessoas com o eu sob controle de estímulos públicos não sabem o que querem, o que podem fazer e o que sentem, a menos que outras digam-lhes o que fazer e o que é permitido sentir (Parker et al, 1998).

Por apresentarem pouco controle privado sobre a experiência do eu, a pessoa pode achar intolerável ficar só. De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991/2001), o fato de temerem a solidão se explica não só pela invalidação, mas também pela experiência de negligências, em que suas necessidades básicas não foram atendidas. Enfim, pais que ao não fornecer suporte emocional quando imprescindível à criança, ou que a deixavam só, tornaram a experiência do eu assustadora, acarretando assim, na idade adulta, em buscas incessantes pela companhia de outras pessoas.

A pessoa, muitas vezes, busca evitar o sentimento de vazio, através de encontros casuais. Porém, à medida que ocorre uma aproximação mais íntima, a pessoa fica com raiva, sente-se sufocada e se afasta. Seus comportamentos podem variar. É comum apresentarem raiva excessiva (ou “explosões”) e repertórios de esquiva. Podem ir do extremo da idealização do outro até a desvalorização. É comum expressarem necessidade de atenção e de intimidade, mas após um pequeno período de tempo, rejeitar intimidade, podendo até pôr fim a relacionamentos.

Se baseados em idéias esboçadas por Millon (1969/1979; 1981) Wasson e Linehan (1993), Linehan (1993), Linehan, Cochran e Kehrer (2001), e Korner e Linehan (2002), apontam que indivíduos com T.P.B. apresentam uma vulnerabilidade biológica que os leva a ser extremamente sensíveis a estímulos emocionais. Em geral, vêm de famílias em que seus relatos, quando crianças, em relação à sua própria experiência, eram invalidados. Assim, ao relatar as suas experiências, especialmente as negativas, foram ridicularizadas, ignoradas ou dito-lhes que não estavam sentindo raiva, por exemplo, quando, de fato, estavam. Além disso, os pais deixaram a mensagem de que os pensamentos, sentimentos e emoções devem ser controlados, o que invalida a vivência de dificuldades e o carecimento de apoio. Por fim, a criança foi punida de alguma forma, por manifestar opiniões e preferências que fossem conflitantes com as dos pais. As respostas da criança que estavam sob controle privado não foram reforçadas positivamente, mas sim punidas, o que levou ao reforçamento negativo de auto-relatos inadequados, pois para evitar conseqüências aversivas, a criança passa a experienciar o *self* a partir de estímulos externos, o que a torna extremamente sensível ao humor e aos desejos dos outros.

Gunderson, Kerr e Woods (1980) realizaram um estudo que apoia as explicações etiológicas para a formação do *borderline*. Investigaram se havia características específicas que pudessem ser identificadas em famílias *borderlines*. Para isso, foram comparadas famílias de

borderlines com famílias de pacientes psiquiátricos diagnosticados como esquizofrênicos e neuróticos.

Dentre as características específicas das famílias de *borderlines*, pode-se ressaltar o investimento dos pais na relação conjugal, em detrimento da relação pais e criança, sendo esta, negligenciada pelos mesmos, pois o casal tende a se atacar, utilizando a criança, e portanto, não oferecendo-lhe atenção, empatia, apoio e proteção necessários, nem os cuidados básicos. As relações interpessoais são marcadas pela hostilidade e dominação. A mãe tende a ser não afetuosa. A criança é deixada de lado pelos pais, já que centram-se nos seus problemas conjugais. A relação entre pais e filhos tende a ser pobre e distante. Este achado sugere uma possível explicação para a percepção que o *borderline* apresenta sobre os seus pais como sendo um ‘grupo unido e/ou indiferenciado’ (Gunderson et al, 1980). Além disso, apoia as explicações de Linehan da importância da negligência para o desenvolvimento deste transtorno.

A negligência, muitas vezes, leva à hospitalizações da criança. Os pais, que não estão aptos a lidar com este problema, podem tornar-se amargos e nervosos. Deste modo, a criança pode aprender desde cedo, a ser responsável em cuidar de outras pessoas e da própria casa (Gunderson et al, 1980).

Uma análise acurada de psicopatologia nas mães de *borderlines*, demonstrou a presença de diversos transtornos como esquizofrenia, TPB, depressão, alcoolismo, além de outros comportamentos como autoritarismo, infidelidade, sarcasmo, brigas, abusos verbais ou físicos e punição inadequada aos comportamentos da criança. É comum, entretanto, encontrar psicopatologias em ambos os pais, principalmente depressão na mãe, que preocupada com seus problemas maritais, não se disponibiliza à criança, rejeitando-a e levando-a a sentir-se desapontada. Assim, de modo geral, os resultados sugerem falta de envolvimento dos pais com suas crianças (Gunderson et al, 1980).

Os resultados de Gunderson et al (1980) são importantes porque foram replicados por outros estudos empíricos de Soloff e Millward (1983) e Livesley (2000) que destacam os mesmos fatores da história de desenvolvimento que contribuem para a formação do *borderline*.

Paris (2000) e Fornagy e Target (2000), revisaram estudos mais recentes acerca da influência da aprendizagem na formação do *borderline*, que também confirmam os resultados supracitados.

1.7.2. Fatores Sociais

Kreisman e Straus (1989) e Armony (1998) analisaram como a cultura atual favorece o desenvolvimento do TPB. O avanço tecnológico requer cada vez mais o compromisso individual com estudo e trabalho solitários, sacrificando assim, a socialização. Além disso, o aumento da taxa de divórcio, da utilização de babás, da dificuldade em alcançar relacionamentos íntimos mais estáveis, da necessidade de mudanças geográficas devido às pressões econômicas, contribuem para uma sociedade instável, com solidão, sentimento de vazio, ansiedade, depressão e dificuldade em confiar.

O conforto outrora fornecido por vizinhos, familiares e papéis sociais consistentes fora perdido, piorando os relacionamentos interpessoais e o isolamento, já que não se conta com o apoio de um grupo estável e/ou presente (Kreisman & Straus, 1989; Armony, 1998).

A sociedade de muitos modos é um mundo de contradições. Somos levados a acreditar e defender a paz, embora as ruas, os filmes, os esportes, a televisão etc sejam marcados por agressão e violência. Fala-se em solidariedade, mas na prática, o capitalismo ensina o individualismo. A liberdade de expressão é valorizada no discurso e punida na prática. Ensina-se um mito: a polaridade. As coisas são boas ou ruins, certas ou erradas, brancas ou pretas. Contudo,

embora o mundo não seja tão exato assim, as pessoas são levadas a acreditar que sim (Kreisman & Straus, 1989; Armony, 1998).

Com as constantes guerras e mudanças, a continuidade histórica é perdida. O passado é desvalorizado. O suicídio tem sido uma maneira freqüente de lidar com a ameaça do presente, revelando como o futuro é visto de modo pessimista. Isto predispõe a uma orientação para o “agora”, que é vista no *borderline*. Este, vive quase uma amnésia cultural, sem lembranças felizes que possam confortar em tempos difíceis, ou de erros cometidos, o que o leva a repeti-los já que não pode aprender com eles (Kreisman & Straus, 1989; Armony, 1998).

Não é de se causar estranheza o fato de que o TPB seja mais freqüente em mulheres. No passado, elas tinham essencialmente um curso de vida: se casar, ter filhos, cuidar destes e do lar. Hoje, necessita conciliar todos estes papéis com seu trabalho fora de casa, ou às vezes, tomar decisões sobre o que priorizar, o que pode torná-las confusas e estressadas sobre quem são ou o que querem. Já os homens, tiveram que fazer poucos ajustes em suas vidas. Não precisam desempenhar tantos papéis e não sofrem tantas pressões sociais como as mulheres. Concomitantemente ao aumento da liberdade feminina, as responsabilidades também foram maximizadas (Kreisman & Straus, 1989; Armony, 1998). Portanto, todos os fatores sociais ressaltados aqui devem ser considerados, uma vez que contribuem com as contingências familiares e interpessoais relacionadas com o desenvolvimento do TPB.

1.7.3. Fatores Biológicos

Embora o desenvolvimento do T.P.B. seja relacionado com fatores na história de vida do indivíduo, admite-se a probabilidade de predisposição biológica. Apesar de não existir nenhum marcador genético ou biológico, como um teste sanguíneo ou um gene, algumas pesquisas têm demonstrado resultados interessantes (Kreisman & Straus, 1989; Siever & Davis, 1991; Paris, 2000; Fonagy, Target & Gergely, 2000; Livesley, 2000):

✓ Desequilíbrios Bioquímicos

Há uma correlação entre comportamentos impulsivos e anormalidades no metabolismo de serotonina. Esta relação é apoiada pelo fato de que certas medicações têm aliviado os sintomas no T.P.B. Contudo, o que ocorre é uma melhora, sendo que muitos dos sintomas ainda persistem.

Comportamentos auto-destrutivos, como abuso de comida, álcool ou outras drogas, e auto-mutilação, podem ser vistos como tentativas de obter efeitos calmantes. A auto-mutilação, por exemplo, como qualquer outro trauma físico, resulta na liberação de endorfina, trazendo a sensação de relaxamento.

✓ Fatores Neurológicos

O T.P.B. tem sido associado a certas desordens neurológicas, como: Distúrbios de Aprendizagem, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Epilepsia, Traumatismo Craniano e Encefalites. Além disso, atividades anormais de ondas cerebrais no lobo temporal, sugerem possíveis disfunções, com produção também anormal de neurotransmissores durante os testes.

Finalmente, parece haver uma atividade distinta de ondas cerebrais, durante o sono, na maioria dos pacientes com diagnóstico de T.P.B, conhecida como latência REM: um curto período de tempo precedendo a chegada dos sonhos, uma característica bem documentada em

pacientes deprimidos. Estes padrões foram encontrados na maioria dos *borderlines*, estando deprimidos ou não.

✓ Fatores Genéticos

Um ou ambos os pais de *borderlines* também apresentam estas características. Parece sensato admitir que pelo menos uma vulnerabilidade a frustrações, traumas e eventos estressores é herdada, que interage com fatores no ambiente no qual o indivíduo está inserido. Todavia, a inferência tem sido a de que os padrões *borderlines* sejam ensinados de pais para filhos, ao invés de transmitidos geneticamente. São necessários mais estudos que envolvam uma grande amostra de gêmeos idênticos. Além disso, avaliações sistemáticas dos pais ao longo da infância deveriam ser feitas.

1.8. O Impacto Interpessoal dos Padrões Borderlines

Do ponto de vista analítico-comportamental é de maior importância o impacto dos padrões *borderlines* sobre as pessoas de sua convivência. Os seguintes pontos (resumidos de um site de apoio à famílias de *borderlines*: //members.aol.com/BPDCentral/bpdlist.html), dão a idéia de como a convivência com alguém com personalidade *borderline*, afeta os próximos.

- ✓ Você esconde o que realmente você sente ou pensa, porque tem medo da reação dela. Isso tem se tornado tão automático, que você tem encontrado dificuldade até mesmo para identificar o que você sente ou pensa.
- ✓ Se sente como se estivesse pisando em ovos, e que não importa o que você diga ou faça, será usado contra você.
- ✓ Se sente o centro de toda a ira e violência que não faz sentido, alternando periodicamente, em que a pessoa age perfeitamente normal e amavelmente.
- ✓ Se sente manipulado, controlado ou até mesmo como se tivesse mentido algumas vezes.

- ✓ Sente que ela o vê como mau ou como bom, deseja que ela aja como costumava agir, quando ela demonstrava amá-lo e pensava que você foi perfeito e que tudo foi maravilhoso.
- ✓ Sente que ela é uma hora uma pessoa carinhosa e amável, outra hora, alguém que parece tão rancoroso que você mal reconhece, tentando descobrir, qual delas é real. Espera que essa seja uma fase que logo passará, mas não passa, então você se sente como se você estivesse em uma montanha-russa emocional cheia de altos e baixos.
- ✓ Tem medo de pedir coisas no relacionamento, porque você será considerado como exigente demais, ou que você não é importante ou que há algo errado com você.
- ✓ Você começa a se perder no terreno da fantasia, porque ela sempre o colocou para baixo ou rejeitou seu ponto de vista. Ela age tão completamente normal na presença de outra pessoa, que ninguém acredita em você, quando você expõe a situação.
- ✓ Nada que você faz está correto, e quando você tenta fazer suas vontades, ela imediatamente muda suas expectativas. As regras continuam mudando, e não há nada que você faça que tenha êxito. Você se sente desamparado e encurralado.
- ✓ Você se sente culpado de ter feito coisas que você nunca fez, ou de ter dito coisas que você nunca disse. Você sente-se incompreendido, e quando tenta explicar, ela não acredita em você.
- ✓ Sendo constantemente diminuído, ainda quando você tenta se afastar do relacionamento a outra pessoa tenta impedi-lo disso de várias formas, com declarações amorosas, promessas de mudanças radicais, e ameaças.
- ✓ Tem dificuldade para planejar compromissos sociais, porque a ela é imprevisível, seu humor é instável, desanimada, e comporta-se impulsivamente.

- ✓ Às vezes ela pede desculpas por seu comportamento, tentando convencer que esse tipo de comportamento é normal.

O impacto supracitado, também tende a ocorrer com o terapeuta, uma vez que a relação terapêutica é um contexto interpessoal. A proposta do presente trabalho é focalizar exatamente isto: o impacto dos padrões *borderlines* sobre a pessoa do terapeuta.

Na prática clínica, percebe-se muitas vezes, que o cliente repete padrões comportamentais do seu dia a dia na sua relação com o terapeuta, sendo que este, pode utilizar da relação terapêutica para produzir mudanças no repertório do cliente. Com clientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, o terapeuta pode encontrar alguns desafios. Poderá sentir-se inclinado a se comportar exatamente como as pessoas do cotidiano do cliente se comportam, bem como sentir-se de modo semelhante ao que as mesmas sentem. Desta forma, o terapeuta pode não só utilizar destas emoções para produzir mudanças no repertório do cliente, como também, como ferramenta para conduzir o processo da análise funcional.

Outro ponto interessante é que o indivíduo *borderline* ao pensar na possibilidade de se expor a um processo psicoterápico, pode acreditar que à medida que se revelar ao terapeuta, pode perder o controle sobre si e sobre o ambiente, e de reforçadores obtidos com a manutenção de condutas inadequadas. Além disso, o cliente também pode identificar, no decorrer do processo, possíveis ganhos e alívio de seu sofrimento. Com isso, o cliente pode apresentar comportamentos tanto de esquiva quanto de aproximação na relação terapêutica, sendo imprescindível, o entendimento por parte do terapeuta das funções do comportamento de resistir para cada indivíduo em particular, para que possa ajudá-lo a bloquear sua esquiva e a tornar-se mais consciente (descrever as relações funcionais) dos comportamentos que podem estar contribuindo para a manutenção das suas dificuldades (Conte & Brandão, 2001). De acordo com a abordagem da FAP (como será exposto adiante), o terapeuta utiliza-se do impacto das dificuldades do cliente

sobre a sua pessoa, para então, propiciar oportunidades de mudança a partir do estabelecimento de uma relação terapêutica intensa e genuína.

2. O Papel da Relação Terapêutica

A relação terapêutica tem sido tratada como desempenhando um papel bastante importante, embora nem sempre primordial, em diversas abordagens de psicoterapia. A abordagem comportamental durante muito tempo considerou a relação terapêutica como secundária para o desenvolvimento da terapia (Eysenck, 1959). O foco era sempre a aplicação de técnicas a fim de propiciar mudanças de comportamentos nos clientes. Conte e Brandão (1999) e Shinohara (2000) apontam que nesta corrente tradicional, a relação terapêutica era a circunstância que permitia a mudança, através da utilização de um corpo teórico e técnicas específicas. Este pensamento chegou no seu auge com o movimento que ficou conhecido como “Terapias Validadas Empiricamente”, liderado por Diane Chambless.

2.1. Terapias Validadas Empiricamente: Prós e Contras

O movimento em torno das Terapias Validadas Empiricamente (T.V.E), que colocou em maior evidência resultados de pesquisas a respeito de terapias que funcionam, gerou muitos manifestos, especialmente daquelas terapias cujos resultados encontrados não foram positivos. A seguir são discutidos argumentos contra este movimento, e suas respectivas defesas a favor do mesmo.

Garfield (1996), tomando o significado da palavra ‘validar’ no dicionário, argumenta que ao invés de apontar uma dada terapia como declarada válida legalmente, o mais apropriado seria a utilização da palavra ‘efetiva’, uma vez que a mesma quer dizer produzir resultados ou ter efeito sobre. Assim, defende que a tentativa de avaliar uma terapia como válida seria prematura.

O movimento promoveu o uso de manuais de treinamento específicos e padronizados para a terapia, o que reduziria a variação entre terapeutas, permitindo assim, uma possibilidade maior de comparar seu treinamento e desempenho. Manuais específicos são desenvolvidos para desordens específicas. Implicitamente, estaria a desconsideração das experiências clínicas adquiridas pelos terapeutas como desencadeadoras de mudanças (Garfield, 1996; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson & Ahn, 1997a ; 1997b).

Garfield (1996) e Wampold et al (1997a ; 1997b) referem-se à dificuldade em oferecer um tratamento padronizado, já que clientes que apresentam o mesmo diagnóstico não são idênticos, além do fato que uma mesma técnica pode produzir resultados diferentes em pessoas diferentes. Isto porque outros aspectos do cliente devem ser considerados, como por exemplo, sua identidade étnica, situação de vida, experiências anteriores em psicoterapia, expectativas em relação à mesma, percepção a respeito do terapeuta. Assim, todos estes fatores podem ter um impacto sobre o processo terapêutico e seus resultados.

Garfield (1996), Havik e Vandenbos (1996) e Wampold et al (1997a ; 1997b) destacam que as pesquisas tradicionais na área de psicoterapia, ao utilizar um manual específico de treinamento preocupando-se em aumentar a integridade da terapia que será avaliada, deparam-se com um problema particularmente importante: o da validade externa. A questão levantada é: Os resultados encontrados nas pesquisas seriam relevantes para os clínicos, uma vez que a realidade na qual, estas são feitas, é diferente da realidade clínica? Os manuais não abarcariam a complexidade do tratamento e das interações terapeuta – cliente.

Havik e Vandenbos (1996) e Garfield (1996) ressaltam que os pacientes nas pesquisas são altamente selecionados, com o fim de eliminar aqueles com múltiplos problemas. Na prática clínica há uma alta comorbidade. Além disso, há diferenças individuais entre terapeutas. Deste modo, focalizar em técnicas significaria limitar-se a um aspecto apenas do processo terapêutico,

deixando de explorar outras variáveis, como aquelas envolvidas na relação terapêutica, como a capacidade do terapeuta em comunicar-se e em compreendê-lo, o seu apoio e encorajamento fornecido, a ajuda dada ao entendimento a respeito de si mesmo. Deve-se considerar que embora as psicoterapias difiram-se notavelmente em suas teorias e técnicas, resultados terapêuticos similares são encontrados, o que corrobora a importância de fatores na relação terapeuta – cliente. Talvez esta seja uma das razões pelas quais, uma dada psicoterapia pode ser eficaz para um grande número de pessoas, mas não para todas.

Chambless (1996), defende o movimento. Inicia sua discussão afirmando que a revolta demonstrada contra o movimento das ‘terapias validadas’ justifica-se com esta denominação dada, uma vez que uma escolha mais apropriada poderia ter sido feita, como por exemplo, ‘intervenções apoiadas empiricamente’. Entretanto, como o movimento ficou conhecido com o primeiro nome, sua troca conduziria a confusões.

O primeiro esclarecimento dado por Chambless (1996), é que ainda que não se conheça todos os elementos que constituem a eficácia de uma psicoterapia, não se pode descartar as variáveis já identificadas. Psicólogos podem ser treinados a utilizar tratamentos demonstrados ser efetivos. Embora manuais não reflitam completamente o setting terapêutico, têm muito a oferecer pois a ciência avança à medida em que um conhecimento mais específico é obtido. Isso não significa que o terapeuta deva seguir inflexivelmente o protocolo de tratamento do manual. De fato, eventos inesperados são comuns e merecem atenção. Portanto, a agenda programada deve incluir espaços para eventuais necessidades que possam aparecer. Crits-Christoph (1996) também sustenta este argumento.

É necessário notar que a questão de se um tratamento que envolva fatores inespecíficos ser melhor ou igual aos de protocolos, é empírica. A idéia apresentada por Garfield (1996) de que não há nenhuma diferença entre os resultados obtidos por diferentes terapias, deve ser segundo

Chambless (1996) analisada cautelosamente, uma vez que historicamente as pesquisas nem sempre foram conduzidas com rigor necessário. Isto não significa, contudo, que não há necessidade de considerar a importância dos fatores inespecíficos. A maioria dos manuais terapêuticos indica a relevância da relação terapeuta – cliente, cujas características devem envolver: apoiar, não julgar, e ser caloroso e afetivo. As qualidades interpessoais, entretanto, não seriam suficientes, embora necessárias.

Do que foi dito até aqui, percebe-se a defesa de duas posições. De um lado, aqueles que afirmam que o conhecimento acumulado dos fatores específicos (técnicas) diz pouco para o trabalho e sucesso clínico, sendo este mais influenciado pelos fatores inespecíficos. De outro lado, os que apoiam a necessidade de conhecimento empiricamente validado.

Na tentativa de um consenso, Fornagy e Target (1996) apontam as vantagens e desvantagens das duas posições apontadas acima, e propõem um modelo de integração. O argumento apresentado é que regras clínicas a ser seguidas são importantes, mas devem ser combinadas com experiência clínica e sensibilidade, sendo que estas devem ser monitoradas a fim de revelar os ‘espaços em branco’ entre o conhecimento de técnicas padronizadas e os fatores inespecíficos, para que se possa determinar quais as necessidades do clínico quanto ao seu treinamento e educação, levantando os componentes essenciais para um tratamento efetivo.

Do que foi tratado nesta seção, pôde-se perceber que a revolta contra o movimento das terapias validadas, em parte parece consistir na incompreensão da proposta do mesmo. O manifesto parece ter sido despertado pelo nome do movimento, que poderia conduzir à idéia de que somente aquelas terapias ali incluídas é que eram dignas de crédito e merecimento, sendo todas as demais, não efetivas. Contudo, o movimento parece não rejeitar em momento algum, a relação terapêutica (ou fatores inespecíficos), ressaltando sua importância inclusive para que as técnicas possam ser aplicadas e o cliente esteja motivado a praticá-las. Além disso, toda ciência

se constrói a partir de pequenos passos, ou seja, não é possível conhecer de uma vez, todos as variáveis envolvidas na determinação de um dado fenômeno.

Por outro lado, é interessante notar que toda a discussão gerada pela proposta deste movimento implicou pontos positivos, uma vez que os clínicos que defendiam a importância da relação terapêutica no processo de mudanças do cliente, sentiram-se ameaçados, sendo obrigados a defender seus pressupostos face aos dados empíricos trazidos pelo outro ponto de vista. Passaram, assim, a buscar apoio empírico para justificar sua posição. Portanto, o movimento impulsionou os psicólogos a pesquisar, com mais rigor, quais as variáveis na relação terapêutica que propiciam mudanças no repertório do cliente.

Luborsky et al (2002) e Wampold et al (1997a, 1997b) ressaltam a existência de diferenças mínimas entre resultados obtidos por diferentes tipos de tratamentos, corroborando com análise feita por Rozenzweig nos anos 30, que ficou conhecida como “Dodo Bird Verdict”. Retirado de “Alice no País da Maravilha”, “Dodo Bird” era um pássaro que ao final de um concurso alega que todo mundo ganhou e, portanto, todos devem ser premiados. Assim, esta idéia foi transposta para os resultados obtidos com as pesquisas para indicar que todas as terapias eram eficazes. Com isso, o termo “Dodo Bird Verdict” passou a ser frequentemente utilizado, de modo que pesquisadores continuaram a publicar artigos em defesa ou contra à idéia.

Meta-análises recentes como as de Wampold et al (1997a; 1997b;) Luborsky et al (2002) e Messer e Wampold (2002), apoiam o veredicto do “Dodo Bird”.

Schneider (2002) não contrapõe-se nem aceita que “todos ganharam”. Embora admire os esforços feitos pelas meta-análises, seu ponto de vista é de que muitas questões ainda não foram respondidas satisfatoriamente. Os dados acumulados seriam restritos, tanto em termos do processo terapêutico, quanto no que se refere à metodologia empregada para analisá-los. Sendo assim, um delineamento qualitativo rigoroso elucidaria quem de fato está “ganhando”, ao

apresentar uma rica análise das experiências terapêuticas, utilizando medidas como entrevistas (com terapeutas, clientes e pessoas significativas na vida deste), inventários, instrumentos fisiológicos etc.

Crits-Christoph (1997), Howard, Krause, Saunders e Kopta (1997) e Klein (2002) também concordam com a necessidade de mais investigações, devido à falta de demonstrações controladas acerca dos benefícios fornecidos pela relação terapêutica. Deste modo, explicitam a importância de avaliar meticulosamente estes estudos sobre tratamentos eficazes.

Beutler (2002), Crits-Christoph (1997), Howard, Krause, Saunders e Kopta (1997) questionam também ao que exatamente pode-se atribuir os efeitos positivos da relação terapêutica. Falta identificar quais variáveis estão presentes neste relacionamento que podem conduzir a melhoras no repertório do cliente. Além disso, consideram que se os defensores do “Dodo Bird” tivessem identificado apenas a existência de ingredientes comuns a todos os tratamentos, não haveria tanta polêmica, pois seria reconhecido que os mesmos contribuem para as mudanças, ao invés de afirmar equivalência entre diferentes tipos de tratamento. A admissão de equivalência entre os tratamentos é inconcebível porque estes são oriundos de diversas teorias. É importante notar também que modelos teóricos semelhantes podem ocasionar diferentes resultados devido à divergências encontradas entre as populações estudadas, terapeutas e settings terapêuticos.

Chambless (2002), Rounsaville e Carrol (2002) também contrapõem-se ao veredicto do “Dodo Bird”, afirmando que esta idéia traz perigosas implicações para a prática clínica. Dentre os argumentos mencionados, a primeira autora aponta que ao longo de seus 30 anos de trabalho, tem encontrado inúmeros clientes que, após anos de tratamento, não obtiveram grandes mudanças, e por isso, foram responsabilizados, como se fossem “resistentes à mudanças” ou que “não

tentaram o suficiente”. Ao ser exposta à terapia comportamental, a maioria (70%) teve seus problemas resolvidos.

É preciso, segundo Chambless (2002) e Howard et al (1997) fornecer o tratamento correto para um dado cliente. Se os estudos mostram a superioridade de uma técnica, em detrimento de outra, o clínico estará sendo anti-ético, ao usar a menos efetiva. Deste modo, o praticante deve ser conduzido pelo que já se conhece acerca da eficácia de tratamentos.

Finalmente, é imprescindível ressaltar que publicações como as de Luborsky et al (2002) e de Wampold et al (1997a, 1997b) parecessem ignorar a análise da generalidade dos dados encontrados.

Embora o veredicto do “Dodo Bird” tenha sobrevivido por décadas e seja baseado em alguns suportes empíricos, seu impacto não é extenso sobre a prática, treinamento e pesquisa, pois estes continuam a enfatizar o desenvolvimento e evolução de técnicas psicoterápicas cada vez mais específicas (Nathan, Stuart & Dolan, 2000; Rounsaville & Carrol, 2002).

Uma crítica a respeito das meta-análises é que o conhecimento de médias de efeitos não diz nada sobre quando, onde, por que e como a terapia funciona. De fato, na prática clínica o tratamento fornecido depende dos efeitos esperados. Se o cliente não consegue responder a um dado tratamento, recomenda-se o uso de diferentes técnicas ou de outro psicólogo, o que implica avaliar as variáveis que podem interferir no tratamento, dados estes, que são excluídos numa análise de médias (Rounsaville & Carrol, 2002).

A presente dissertação propõe-se a contribuir para a discussão no sentido reivindicado por Schneider (2002), analisando em mais detalhes a experiência terapêutica.

2.2. Relacionamentos Terapêuticos Apoiados Empiricamente

Do que foi explicitado na seção anterior, verifica-se uma reação contra as T.V.E., que fundamenta-se basicamente na concepção de que a eficácia de uma terapia também depende da relação terapeuta-cliente. Norcross (2002) e Lambert e Barley (2002) argumentam que embora este fator seja freqüentemente mencionado, há pouca especificidade no que concerne às qualidades e comportamentos do terapeuta que promoveriam a melhora do cliente. Assim, foi formado um comitê de trabalho da “divisão de psicoterapia” da APA, cujo objetivo era identificar relacionamentos terapêuticos apoiados empiricamente, acarretando na organização de um livro intitulado de “Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients”, em 2002. A seguir, serão descritos quais conclusões deste trabalho e a sua relevância para a análise comportamental da interação terapêutica.

Beutler, Moleiro e Talebi (2002) analisam o fenômeno da resistência, uma vez que quanto menos ocorrer, maiores possibilidades de que as metas do cliente sejam alcançadas. Alguns exemplos de resistência são: falhar consistentemente em completar as tarefas de casa, concordar e em seguida discordar (“sim, mas...”) etc.

Os dados dos estudos revisados demonstram que para baixos níveis de resistência, intervenções mais diretivas são mais eficazes, ao passo que altos níveis requerem estratégias não-diretivas. Além disso, como o cliente resistente apresenta padrão de respostas oposicionais, é indicada a adoção de intervenções paradoxais. É recomendado que as tarefas de casa sejam construídas exigindo o mínimo de comportamentos públicos, a fim de evitar fracassos e minimizar oportunidades de oposição. Enfim, significa implementar tratamentos que evitem estimular a resistência do cliente. É indicado discutir a própria relação terapêutica e renegociar, se necessário, as metas a serem alcançadas (Beutler et al, 2002).

É interessante notar que, embora a recomendação seja fundamentada em evidências empíricas, pode-se questioná-la, dentro de uma visão analítico-comportamental. Se os comportamentos-problema devem ocorrer na presença do terapeuta para ser enfraquecidos e, então, modelados diretamente, a ocorrência de resistência é não somente condição para haver terapia, como também, no caso em que se trata de comportamentos do cliente que ocorrem tanto no seu cotidiano como nas sessões terapêuticas, é vista como positiva, já que a relação terapêutica pode ser um instrumento para enfraquecê-la.

Outro elemento é o feedback, que constitui um instrumento poderoso para mudar comportamentos públicos e privados do cliente. Claiborn, Goodyear e Horner (2002), revisaram pesquisas que relacionam feedback a resultados terapêuticos. Embora inferências também possam ser necessárias, os dados mostram que o feedback é mais útil quando descritivo. Geralmente, feedbacks negativos são menos aceitos que os positivos. Contudo, a aceitabilidade dos negativos pode ser maximizada se forem precedidos pelos positivos. A percepção que o cliente tem do terapeuta como competente e com habilidades sociais, também contribui. Entretanto, clientes com baixa auto-estima, por exemplo, tendem a julgar feedbacks positivos como inaccurados. Pessoas deprimidas recordam-se mais dos feedbacks negativos, e diante de feedbacks ambíguos, dão interpretações mais negativas, do que as não deprimidas.

Tanto na FAP (Psicoterapia Analítico-Funcional) quanto na TCD (Terapia Comportamental Dialética), o terapeuta compartilha os efeitos dos comportamentos do cliente sobre sua pessoa. A TCD afirma que embora o cliente *borderline* possa distorcer o feedback do terapeuta, necessita de que este seja acurado.

Safran, Muran, Samstag e Stevens (2002), partindo de um dos achados mais consistentes de pesquisas em psicoterapia – que a qualidade da aliança terapêutica é um dos maiores

preditores de resultados satisfatórios – investigaram evidências empíricas acerca dos fatores que contribuem para a ruptura da aliança e das estratégias mais eficazes para restaurá-la.

Na prática clínica, nem sempre o cliente consegue expor seus desconfortos e desacordos em relação ao terapeuta, o que pode estar associado com medo de criticá-lo, necessidade de corresponder às expectativas, aceitação de suas limitações, medo de magoá-lo etc. Portanto, o terapeuta deve estar atento a qualquer dica de impasses. A resolução envolve uma atitude de não complementaridade por parte do terapeuta. Assim, diante da expressão de sentimentos negativos do cliente, evita comportamentos hostis ou defensivos, a fim de poder atuar com a intenção de enfraquecer formas inadequadas de expressão de sentimentos, fortalecer expressão de sentimentos negativos e servir como um modelo mais apropriado de como expressar emoções. O terapeuta tenta explorar o que está favorecendo a ruptura da aliança, reagir abertamente ao que está sendo expresso, aceitando sua responsabilidade na interação. Reações defensivas podem levar ao abandono da terapia. Contudo, os dados levantados demonstram que é difícil treinar terapeutas a lidar de maneira construtiva com a expressão de sentimentos negativos do cliente (Safran et al, 2002).

Aqui parece haver congruências com a perspectiva analítico-comportamental. A ameaça da ruptura da aliança mobiliza o terapeuta a entender as variáveis influentes, discutindo e aceitando abertamente a expressão de sentimentos negativos por parte do cliente. Parece, contudo, que o que está sendo proposto por Safran et al (2002) visa manter uma situação favorável para a aplicação de técnicas. Ao passo que, numa visão analítico-comportamental, o primordial não é restaurar a aliança, mas sim criar, a partir da ocorrência da ruptura, oportunidades de aprendizagem de comportamentos-alvo, ou seja, a ruptura é por si mesma o contexto para mudança de comportamento, via expressões mútuas de sentimentos. A restauração da aliança é uma consequência deste processo.

Hill e Knox (2002) revisaram evidências empíricas acerca do papel da auto-revelação, por parte do terapeuta. Os estudos investigados apontaram que as falas que revelam algo pessoal sobre o terapeuta, são percebidas pelos clientes como positivas, quando feitas numa quantidade moderada, e cujo material, não seja demasiadamente íntimo. Auto-revelações são feitas para aumentar a percepção da similaridade entre terapeutas e seus clientes, modelar comportamentos apropriados, fortalecer a aliança, validar as experiências do cliente, oferecer formas alternativas de pensar e agir. Além disso, terapeutas evitam falar sobre si quando a auto-revelação parece voltada às suas próprias necessidades; pode interferir, confundir, invadir o cliente, criar uma barreira entre eles, deteriorar a confiança. É essencial que o terapeuta, ao se revelar, observe cuidadosamente as reações do cliente, para então, avaliá-las e decidir quais serão suas próximas estratégias.

De um ponto de vista analítico-comportamental, os efeitos deterioradores de uma auto-revelação, ao invés de negativo, seria uma ótima oportunidade para lidar com conflitos interpessoais e pode dar abertura para trabalhar comportamentos clinicamente relevantes diretamente. Além disso, pode reforçar comportamentos de aproximação do cliente ou evocar comportamentos relacionados à intimidade.

Pesquisas sobre a contra-transferência, revisadas por Gelso e Hayes (2002) sugerem que o terapeuta deve tomar consciência para então, manejá-la, a fim de impedir uma influência prejudicial ao cliente. O manejo envolve a resolução destas reações, cuja origem seria interna do terapeuta, sendo necessárias para este tanto psicoterapia quanto supervisão. A expressão da contra-transferência não seria indicada, pois pode enfraquecer a aliança. Assim, é importante observar quais comportamentos do cliente estão afetando o terapeuta, de que forma e por quê. A busca é pelos seus conflitos internos. Além disso, é necessário considerar se pode haver alguma relação com a vida diária do cliente. Os poucos dados existentes parecem indicar a admissão do

erro para o cliente, apontando que foi devido à algumas dificuldades pessoais, sem detalhá-las, para que os impasses criados sejam minimizados.

Nota-se uma posição bastante diferente da proposta analítico-comportamental, pois esta considera que a origem da contra-transferência é externa, isto é, são reações causadas por comportamentos do cliente. Sendo assim, uma segunda diferença fica evidente: a expressão da contra-transferência oferece ao cliente informações sobre o impacto de seus comportamentos sobre as outras pessoas e, portanto, é um excelente momento para novas aprendizagens, a partir da relação terapêutica.

Crits-Cristoph e Gibsons (2002) revisaram pesquisas realizadas acerca de interpretações feitas pelo terapeuta. Altas frequências de interpretação parecem produzir resultados insatisfatórios e, por isso, devem ser evitadas. Outra recomendação é que o tratamento seria mais favorável quando os terapeutas apresentam interpretações primordialmente voltadas para aspectos centrais dos padrões interpessoais dos clientes.

Segundo a perspectiva analítico-comportamental, oferecer interpretações (verbalizar quais variáveis estão afetando um dado comportamento) é parte essencial da terapia, pois assim, amplia-se a consciência do cliente, e modelos são fornecidos para que este aprenda também a fazer análise de relações funcionais. A intimidade da relação terapêutica permite exatamente este tipo de intervenção (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Outro ponto investigado que parece contribuir para resultados significativos, é a assimilação de experiências problemáticas, que envolve reconhecer, re-significar, entender e, eventualmente, resolver. Tal meta envolve responder apropriadamente às demandas do cliente, refletindo acerca da evolução dos objetivos, sentimentos e comportamentos do mesmo. É a identificação do problema que leva à adoção de estratégias terapêuticas (Stilles, 2002).

Numa linguagem analítico-comportamental, pode-se dizer que o terapeuta busca relações funcionais, ou seja, as variáveis controladoras de um dado comportamento, para adoção de estratégias eficazes.

O estilo de apego também é um ingrediente importante na terapia. Pacientes que sentem-se mais confortáveis nos relacionamentos em que não temem a rejeição, tendem a estabelecer alianças estáveis e efetivas, podendo se beneficiar mais do tratamento. Os que apresentam dificuldades de apego melhoram também. Estes requerem intervenções mais direcionadas, que facilitem a expressão emocional e a intimidade. Parece que os terapeutas tendem a ajustar suas estratégias às características do paciente. Além disso, é interessante notar ainda o impacto do apego sobre a formação da aliança. Pacientes que temem intimidade e abandono podem demorar a estabelecer um vínculo mais próximo, já que neste, existe o risco de rejeição, sendo que para evitá-la, podem muitas vezes, se engajar em comportamentos como concordar com as tarefas, falas e propostas do terapeuta, sem identificar e discutir abertamente suas dificuldades pessoais. Ao contrário, aqueles seguros, que percebem seus terapeutas como empáticos e cuidadosos, estabelecem forte aliança (Meyer & Pilkonis, 2002).

Uma observação é imprescindível. A dificuldade em apegar-se não é um elemento considerado, pela visão analítico-comportamental, como impedimento para a terapia. Ao contrário, quando há dificuldade em estabelecer um vínculo mais íntimo, isto é uma dica para o terapeuta de que um comportamento-problema pode estar ocorrendo na relação terapêutica e, por isso, consiste numa oportunidade de atuação. Assim, não apresenta nenhum obstáculo ao terapeuta. Pelo contrário, é até desejável que a dificuldade ocorra em relação ao terapeuta (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Parece ser igualmente importante considerar o estilo de apego do terapeuta, pois este pode influenciar nas suas práticas. Terapeutas que preocupam-se com rejeição podem responder de

modo menos empático. Deste modo, torna-se fundamental monitorar os estilos dos terapeutas, a fim de adequá-los às demandas do cliente. Além disso, o contexto cultural deste, deve ser levado em conta, já que algumas culturas valorizam o individualismo, enquanto outras, a passividade, o compartilhar etc (Meyer & Pilkonis, 2002).

A congruência com o ponto de vista analítico-comportamental é evidente. Defende-se também a necessidade de que o terapeuta resolva suas dificuldades pessoais, seja em terapia ou em processo de supervisão, pois precisa funcionar como um modelo para o cliente e, por isso, tem que ter habilidades no seu repertório para que possam ser ensinadas (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001, Linehan, 1993).

Levando em consideração que os transtornos de personalidade têm sido difíceis de tratar com os métodos usuais, Benjamin e Karpiak (2002) revisaram quais estratégias documentadas têm sido demonstradas efetivas. Apontam que correlações entre resultados terapêuticos obtidos e medidas dos comportamentos do terapeuta que refletem aspectos relevantes da relação terapêutica, não são facilmente encontrados.

A Terapia Comportamental Dialética (TCD) e o Programa de Tratamento Diário (PTD) foram empiricamente validados e contêm características bastante similares: validação, aceitação e mudança, proibição clara de comportamentos que podem travar o processo. Mostraram-se muito eficazes no tratamento de vários transtornos de personalidade (Benjamin & Karpiak, 2002).

Uma vez que pacientes com diagnóstico de transtorno de personalidade freqüentemente abandonam a terapia, o terapeuta muitas vezes, emite comportamentos que visam mantê-los. O contrato terapêutico parece ser um dos pré-requisitos para a continuidade, além do compartilhamento com o cliente da compreensão do terapeuta a respeito de comportamentos que prejudicam seu progresso (Benjamin & Karpiak, 2002).

Deve-se esperar que, nestes pacientes, a aliança terapêutica seja mais fraca, pois geralmente apresentam dificuldades em manter relacionamentos sociais, bem como histórias familiares conturbadas. Entretanto, a terapia deve encorajar a intimidade na relação terapeuta-cliente. Para isso, é importante que ao invés de uma atitude passiva, uma postura mais ativa seja adotada. Estratégias para reparar a aliança quando há rupturas, também devem ser utilizadas. Todavia, estudos empíricos não identificaram claramente o que exatamente funciona na relação terapêutica com estes pacientes (Benjamin & Karpiak, 2002).

É razoável apontar algumas conclusões. O título do livro (“Psychotherapy Relationships That Work”) parecia sugerir que ao invés de enfatizar técnicas padronizadas de tratamento, o foco seria a relação terapêutica como um instrumento de mudança. Contudo, as revisões realizadas deixam implícita a idéia de tentar preservar uma boa relação terapêutica, a fim de garantir a colaboração do cliente na terapia. Deste modo, a relação terapêutica continua sendo um contexto facilitador para a aplicação de técnicas, conforme o movimento das T.V.E. já apontava, e não com um papel primordial: um instrumento de mudança, como propõe a FAP. Portanto, as inquietações geradas pelo movimento das T.E.V. parecem ter resultado em esforços que, ao final, acarretaram na confirmação da importância da relação terapêutica, mas cujo papel, seria secundário, deixando ainda, o desafio de demonstrar que ela pode ser por si mesma um instrumento eficaz para modificar o repertório do cliente (o que é a proposta da perspectiva analítico – funcional, descrita a seguir).

2.3. A Relação Terapêutica como um Instrumento de Mudança

A partir da aplicação do Behaviorismo Radical à prática clínica, isto é da Análise Clínica do Comportamento (ACC), foi possível verificar que os princípios e conceitos de Skinner, poderiam esclarecer a relação entre terapeuta e cliente, quando se realizava uma análise funcional da mesma. Assim, era possível identificar semelhanças funcionais entre comportamentos que cliente e terapeuta emitiam na sessão, e no seu cotidiano (Kohlenberg & Tsai, 1987; Follette, Naugle & Callaghan, 1996; Conte & Brandão, 1999).

Observa-se, então, uma nova tendência que prioriza a relação terapêutica na promoção de mudanças comportamentais no cliente, já que a mesma também constitui um ambiente natural – um verdadeiro encontro entre pessoas funcionalmente equivalente à outras interações sociais – e como tal, é utilizada como um instrumento para a modelagem de comportamento (Kohlenberg & Tsai, 1987; 1991; 1995; 1991/2001). Kohlenberg e Tsai (1987) denominam a proposta de buscar o processo terapêutico por inteiro neste princípio de Psicoterapia Analítica Funcional (FAP).

A FAP é fundamentada no Behaviorismo Radical de Skinner. O Behaviorismo Radical enfatiza que o comportamento só pode ser entendido a partir da análise da interação organismo-ambiente. Percebe-se portanto, que a FAP é regida por uma visão contextualista, pois o fenômeno é entendido a partir da análise da sua relação com o contexto. Trata o organismo como um todo em constante interação com o ambiente, e ainda, desconsidera eventos fictícios e anti-naturais – a mente (Banaco, 1997; Conte & Brandão, 1999).

Na prática clínica, o cliente relata situações vividas, seus sentimentos, suas dificuldades, suas aspirações etc. Pode-se categorizar o relato como sendo um tato, e muitas vezes, como mando. De acordo com Skinner (1957), tatos são comportamentos verbais de nomear, afirmar, anunciar e descrever que estão sob controle de estímulos discriminativos presentes (como por exemplo, eventos privados). Mandos são comportamentos verbais sob controle de privação ou

estímulos aversivos. Expressam desejos e assim, não fornecem informações sobre estímulos discriminativos, mas sobre o que seria reforçador para o cliente.

Além dos relatos verbais, o terapeuta atenta-se aos comportamentos manifestos relacionados com os estados emocionais do cliente, durante as sessões, pois na FAP considera-se que esta ocorrência é essencial para efetuar-se mudanças efetivas, sendo portanto, imprescindível a análise da relação terapêutica (Brandão, 2000). Trata-se de respostas que ocorrem na presença do terapeuta e que têm relevância clínica.

Ao coletar informações a respeito das queixas do cliente, é imprescindível direcionar questões que englobem as mais diversificadas interações que ocorrem na sua vida social. Sendo assim, o impacto dos comportamentos do cliente sobre as pessoas de sua convivência deve ser sistematicamente avaliado (Follette et al, 1996; Vandenberghe, 2002).

Uma análise desta natureza é adotada não somente pela FAP, mas também por outras abordagens skinnerianas, denominadas de Análise Clínica do Comportamento, cuja preocupação não é medir frequências de comportamentos (como na Análise Aplicada do Comportamento), mas sim analisar discursivamente as relações funcionais identificadas através dos comportamentos do cliente, tanto na relação terapêutica, quanto do seu relato sobre seus comportamentos com outras pessoas, comportamentos estes que incluem os privados, uma vez que oferecem indícios sobre sua história de aprendizagem, bem como a maneira que o cliente vivencia dadas situações (Follette et al, 1996; Vandenberghe, 2002).

É necessário ressaltar que no decorrer de todo o processo terapêutico, haja realização de análises funcionais, pois o tempo todo o clínico manipula contingências e observa os efeitos disso sobre os comportamentos do cliente. A própria atuação do terapeuta é controlada pelos estímulos antecedentes e conseqüentes, ou seja, seu comportamento é função dos comportamentos do cliente em relação às estratégias utilizadas. Não é possível, então, tratar as variáveis isoladas

dentro do fluxo de interações interpessoais, como VIs. Elas são, na verdade, interdependentes (Vandenberghe, 2002).

Ao participar da interação, o terapeuta tem a vantagem de observar o impacto dos comportamentos do cliente sobre a sua pessoa, para então, utilizá-lo como uma estratégia terapêutica. Esta consideração é importante porque é comum o cliente se comportar com o terapeuta, do mesmo modo que o faz no seu cotidiano. Ao identificar estas dicas, o terapeuta pode reagir ao cliente de modo a enfraquecer comportamentos-problema do cliente, e reforçar as melhoras. Contudo, como aponta Vandenberghe (2002), ao participar ativamente da análise crítica que está fazendo, as garantias metodológicas alcançadas pela Análise Aplicada do Comportamento com o delineamento sistemático de seu método, são perdidas. As garantias da Análise Clínica do Comportamento, residiriam na capacidade do analista clínico raciocinar em termos analítico-comportamentais.

A maneira de trabalhar supracitada adequa-se perfeitamente ao contexto psicoterapêutico, em que não se pode ter controle sobre todas as variáveis que controlam o repertório comportamental do cliente, sendo essencial examinar prováveis interferências e retroações em todas as relações. A complexidade envolvida neste contexto implica admitir que a análise sempre deixará algo de fora, e que a explicação nunca será definitiva (Vandenberghe, 2002).

É imprescindível apontar ainda, que o critério de verdade é a pragmática. Isto significa que a verdade não existe, é sempre relativa e está relacionada com diferentes possibilidades de atuação. Dois analistas podem fazer diferentes análises de um dado problema e chegar a intervenções que funcionaram. Assim, as intervenções devem estar ligadas à mudanças nas ações do cliente. Para tal, o terapeuta não é somente um observador cuidadoso da situação, mas um observador cuidadoso dos efeitos de sua própria participação (Gifford, 2002).

Quais seriam as implicações do que foi dito até aqui para as pesquisas no campo de psicoterapia? A famosa questão “qual tratamento é mais efetivo para aquele indivíduo com aquele problema específico, e sob quais circunstâncias?” tem recebido, segundo Gifford (2002), soluções que mantêm o veredicto do Dodo bird, à medida em que os dados têm apontado que diferentes psicoterapias produzem resultados similares, sem contudo, demonstrar quais os processos críticos envolvidos na mudança clínica. Assim, este desafio ainda prevalece. A Análise Clínica do Comportamento proporciona uma tentativa de responder estas questões, encorajando a busca de respostas para onde e como deve-se começar, identificando processos ativos que ocorrem na sessão, que levam a resultados bem ou mal sucedidos (Gifford, 2002). A presente pesquisa consiste num esforço, neste sentido.

2.3.1. Comportamentos Clinicamente Relevantes

Kohlenberg e Tsai (1987) denominam de Comportamentos Clinicamente Relevantes (CCR), aqueles comportamentos que envolvem os comportamentos-problema e também os comportamentos-alvo. Para defini-los, a observação direta por parte do terapeuta é essencial. Os CCRs são agrupados em:

- ✓ CCR1: São comportamentos-problema que ocorrem durante a sessão. Espera-se que estes repertórios enfraqueçam com o decorrer da terapia. Um exemplo seria uma mulher que sempre pergunta ao marido o que deve fazer em uma dada circunstância. Depende dele para tomar qualquer decisão. Numa certa sessão, coloca para o terapeuta uma situação na qual tem que tomar uma decisão, e solicita a opinião do terapeuta sobre como deve agir.
- ✓ CCR2: Referem-se às habilidades que o cliente aspira adquirir. São comportamentos que serão fortalecidos no curso da terapia, através da modelagem. Por exemplo, uma cliente que expressa inadequadamente suas emoções, quer aprender a expressá-las de forma apropriada, sem ofender os outros. Numa certa sessão, a cliente quer dizer algo ao

terapeuta, mas fica com receio e tenta esquivar-se. O terapeuta pontua para que a cliente entra em contato novamente com a situação. Pergunta-lhe como poderia tornar mais fácil a sua fala. A cliente começa a dar exemplos de como poderia fazer e o terapeuta a leva a praticá-los ali naquele momento. À medida que ela vai expressando-se, o terapeuta vai reforçando seus comportamentos.

- ✓ CCR3: São os repertórios verbais do cliente, descrevendo seu próprio comportamento, e as variáveis das quais é função. Refere-se também à identificação, por parte do cliente, das semelhanças entre uma situação que ocorre na sessão com outra do seu cotidiano, fora da terapia. Um cliente poderia dizer: “Vejo que todas as vezes que minha namorada fala algo que não concordo, sou agressivo com ela, e então ela me dá mais carinho, tenta me agradar, às vezes até muda de opinião.” O terapeuta deve reforçar esses comportamentos de descrição das contingências, e modelar gradualmente relatos mais relevantes, promovendo assim, graus e qualidades crescentes de consciência no cliente.

Durante as sessões, o terapeuta avalia se os comportamentos-problema estão acontecendo ou não. Para certificar de sua ocorrência, estará sempre perguntando ao cliente: “O que você está sentindo agora?” “O que aconteceu agora é o que ocorre na sua casa, com o seu marido?” “Está acontecendo agora?” “O que está sentindo é semelhante ao que experimenta quando se defronta com situações em que tenha que expressar suas emoções para as pessoas?”

2.3.2. Conduitas do Terapeuta

Em relação aos comportamentos do terapeuta, que seriam os instrumentos para provocar as mudanças, Kohlenberg e Tsai (1987; 1991/2001; 1994; 1995) sugerem cinco regras que podem propiciar oportunidades apropriadas, para que ocorra reforçamento para o cliente:

1. Observar ocorrências de CCRs no decorrer da sessão;
2. Caso os CCRs não ocorram (já que muitas vezes o cliente pode apresentar padrões de esquiva), o ambiente terapêutico deve propiciar a sua evocação;
3. Reforçar positivamente e naturalmente os CCRs² do cliente;
4. Observar as propriedades potencialmente reforçadoras do comportamento do terapeuta que ocorre após a emissão do CCR do cliente (“O que faz com que meu cliente se sinta bem?”);
5. Descrever as variáveis que controlam o CCR do cliente (consciência do terapeuta);

2.3.3. Transferência e Contra-transferência

Na teoria psicanalítica, o conceito de transferência tem semelhança com a regra 1 da FAP “observar ocorrências de CCRs”, que poderia ser traduzido em observação da transferência. Entretanto, a FAP apresenta uma visão mais abrangente, uma vez que incorpora ao seu significado, comportamentos que são úteis clinicamente e ainda, levanta algumas limitações teóricas e clínicas do conceito psicodinâmico (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; 1994).

Dentre os comportamentos que ocorrem dentro da sessão, nem todos são CCRs e os que são devem ser contextualizados para ser classificados em CCRs¹ ou CCRs² (Kohlenberg & Tsai, 1994). Esta colocação é importante porque um mesmo comportamento pode ter função diferente de um cliente para outro. Assim, é importante contextualizar um comportamento, analisar qual a função do mesmo para um cliente particular. Se isso não é feito, o terapeuta pode punir um CCR², agravando ainda mais os problemas do cliente.

Como o cliente repete padrões comportamentais do seu dia a dia na sua relação com o terapeuta, este pode utilizar da relação terapêutica para produzir mudanças no repertório do cliente. Com clientes com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, muitas vezes, a condução do processo psicoterápico não é tarefa fácil. Quando procuram a terapia, tendem a ser cuidadosos, não expressam sentimentos e desejos, e são bastante sensíveis à opinião do terapeuta. Enfim, apresentam esses comportamentos problema que denunciam a falta de controle privado sobre estímulos internos. Assim, um processo terapêutico bem sucedido encoraja a expressão de sentimentos, para que esta possa ser fortalecida. Isso significa promover contingências para que o controle privado seja fortalecido, busca-se reforçar comportamentos de melhora de eu sob controle interno (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Como seu padrão comportamental tende a ter um impacto semelhante no terapeuta, àqueles descritos na seção “O Impacto dos Padrões *Borderlines* nos Relacionamentos Interpessoais”, uma vez que a transferência é comum, mudanças podem ser promovidas pelo terapeuta, ao utilizar deste impacto sobre si, isto é da contra-transferência (como será demonstrado na seção de estratégias de mudanças).

Kreisman e Straus (1989) expressam como o atendimento ao *borderline* provoca sentimento de fracasso: “Sempre que a visitava ficava pensando sobre minhas falhas e via-me desejando que ela (a cliente) ficasse bem ou desaparecesse... Ela ainda falava em matar-se, e eu fantasiava com intensa culpa que ela o fizesse... Eu mudava de masoquista para sádico.” (p.121) Além disso, as sessões também tendem a ser “tempestuosas”, frustrantes e imprevisíveis. O cliente percebe o terapeuta exatamente como o faz com outras pessoas: ora cuidadores, capazes e honestos, ora cruéis, mentirosos, insensíveis e incapazes. Diante destas percepções, podem reagir como dependentes ou manipulativos, com sensibilidade ou acesso de raiva, esperança ou desânimo, frustração e dúvida de si mesmos (Linehan et al, 2001).

Clementel-Jones (1985), cita uma anedota que exemplifica a ocorrência de contra-transferência provocada por padrões *borderlines*. “Numa unidade hospitalar um número de pacientes *borderlines* foram admitidos num curto período de tempo. Um intrigante objeto apareceu junto à prancheta do boletim da direção. Era um pequeno boneco de madeira. Embaixo, estava escrita a palavra ‘border’ sublinhada por uma linha preta. Isto foi tomado como um símbolo que representava o paciente *borderline*. O boneco estava fixado à prancheta, por seis seringas brilhantes. O boneco era um primitivo boneco de Voodoo. Representava a fúria coletiva das enfermeiras a estes pacientes, que foi estimulada pelos severos problemas apresentados por estes.”

Embora sentimentos como o supracitado sejam comuns ocorrer tanto com pessoas do cotidiano, quanto com terapeutas que lidam com indivíduos cujos padrões são *borderlines*, a expressão de fúria deste último pode levar a um distanciamento e reforçar o comportamento problema (Cordova & Scott, 2001). O terapeuta pode também, dada a sua necessidade de apreciação, afeição e controle, emitir comportamentos inapropriados como encorajar a dependência; reclamar dos seus próprios problemas, na tentativa de induzir o cliente a tomar conta de si; envolver-se sexualmente com o mesmo; sentir-se inclinado a protegê-lo ou salvá-lo; etc. Aceitar aspectos desagradáveis do seu próprio eu, bem como esperar que o cliente seja imprevisível, implusivo e contraditório, ajuda o terapeuta a entender melhor seus clientes, também (Kreisman & Straus, 1989; Gutheil, 1989).

Neste ponto, uma noção extremamente importante para o presente trabalho, é a de intimidade uma vez que as relações que o *borderline* apresenta são marcadas pela esquiwa de intimidade. Uma conceitualização comportamental permite a observação do processo de intimidade, a partir de uma seqüência de eventos que ocorrem, na qual, um comportamento vulnerável à punição (pela outra pessoa) é reforçado (Cordova & Scott, 2001).

A palavra vulnerável significa ‘estar aberto’ à censura ou punição pela outra pessoa. É expor-se ao risco de ser punido. Deste modo, os diferentes tipos de comportamentos que são denominados como intimidade, têm em comum a vulnerabilidade interpessoal, ou seja, engajar-se num comportamento que foi punido por outras pessoas em outros contextos sociais. Esta análise implica tanto a frequência como a severidade da punição. Comportamentos que foram pouco punidos são menos vulneráveis que aqueles com história frequente de punição. Além disso, se o comportamento foi severamente punido, será mais vulnerável que aqueles cuja punição foi fraca (Cordova & Scott, 2001).

Alguns exemplos de intimidade podem ser dados: compartilhar pensamentos e sentimentos, tanto os desprazerosos, como tristeza, dor, medo, ansiedade, vergonha, decepções, fracasso etc, como os positivos, como alegria, bem-estar, amor, prazer etc. Outros exemplos envolvem comportamentos como abraçar, segurar a mão, chorar no ombro de alguém etc. Intimidade não se trata, entretanto, de simplesmente expor sentimentos, mas também de validação dos mesmos. Esta é a segunda característica definidora de ‘intimidade’ – o comportamento vulnerável é reforçado pela resposta da outra pessoa (Cordova & Scott, 2001).

É imprescindível ressaltar que a vulnerabilidade à punição no relacionamento interpessoal pode continuar a ser punida. A exposição a eventos íntimos pode criar um efeito que metaforicamente seria denominado de ‘bola de neve’, pois se ocorrer de modo mais frequente e diversificado, torna conseqüentemente, inevitável a sua punição. Portanto, a intimidade envolve a combinação de reforçamento e punição. Contudo, é um processo que envolve um treino de discriminação. As pessoas aprendem a discriminar quais pessoas são mais receptivas em dados contextos. Assim, ao longo do tempo, engajam-se em comportamentos vulneráveis nos relacionamentos que são mais seguros, devido à história de reforçamento. É claro que em nenhum relacionamento ocorre só reforçamento, a punição sempre poderá ocorrer. Entretanto,

para que continue existindo intimidade, a probabilidade de reforçamento deve exceder a probabilidade de punição (Cordova & Scott, 2001).

Ao longo do desenvolvimento da intimidade, pode surgir uma experiência afetiva que geralmente é descrita como sentimentos de segurança e conforto – intimidade segura. Este sentimento é resultante de uma história rica em eventos íntimos, e significa sentir-se confortável ao estar vulnerável. Por outro lado, histórias em que há o predomínio da punição da vulnerabilidade, podem gerar sentimentos de desconforto ou aversão a estar vulnerável, e até mesmo, comportamentos de esquiva. Embora a intimidade segura não necessite ser avaliada verbalmente, há uma alta probabilidade que a maioria das pessoas sejam capazes de responder o quão seguros são seus relacionamentos (Cordova & Scott, 2001).

A presente conceitualização permite entender a esquiva do *borderline* à intimidade. Seus comportamentos vulneráveis foram freqüentemente e intensamente punidos, e por isso, apresentam baixa freqüência em iniciar eventos íntimos, e baixos níveis de intimidade segura nos seus relacionamentos, o que tende a ocorrer também na relação terapêutica. Contudo, ela pode ser facilitada no processo psicoterapêutico (Cordova & Scott, 2001). Intervenções que enfatizam a vulnerabilidade resultarão em altos níveis de intimidade.

Se a relação é marcada por reações agressivas por parte do terapeuta (com raiva intensa), pela neutralidade (em que diante de manifestações de sentimentos aversivos por parte do cliente, o terapeuta mantém-se em silêncio), por estilos de comunicação conflitantes (como em “minha querida fugitiva”, em que a raiva é mascarada, ou quando o terapeuta insiste para que o cliente se exponha à situações aversivas, e ele próprio, foge destas situações na sessão), por passividade (o terapeuta permite a manipulação por parte do cliente, para evitar reações “explosivas” do mesmo ou porque sente que qualquer esforço na tentativa de ajudá-lo é inútil), ou diante de “provocações” do cliente age de uma maneira dramática, demonstrando-lhe o quanto é cruel, a

intimidade e conseqüentemente, a melhora, ficam comprometidas, pois estas atitudes podem ter um efeito devastador sobre o cliente, já que as pessoas normalmente agem assim com ele, e desta forma, os seus problemas são reforçados (Clementel-Jones, 1985; Gutheil, 1989).

Todas as situações citadas acima, são exemplos de ocorrência e mau uso da contra-transferência. Como ficará evidente nas próximas seções, a validação dos sentimentos do cliente e a expressão apropriada de sentimentos por parte do terapeuta, são elementos fundamentais no tratamento ao cliente *borderline*, e torna-se possível obter vantagens terapêuticas deles, à medida que o terapeuta compreende as variáveis controladoras dos seus comportamentos, ou seja, que não são psicopatas manipuladores, mas sim, pessoas que aprenderam a se comportar de modo a causar bastante sofrimento para si e para as demais pessoas.

A consideração acima é essencial. De fato, a expressão de sentimentos por parte do terapeuta deve ser diferenciada, pois como ressalta Otero (2002) e Livesley (2000), ao reagir agressivamente à fúria do cliente, o terapeuta pode correr o risco de repetir cadeias comportamentais semelhantes do cotidiano do cliente: este cria um cenário de acusação, o que gera reações agressivas nas pessoas, confirmando, por sua vez, as regras que especificam que aproximações serão seguidas por rejeição, caindo de novo no mesmo círculo vicioso, o que o impossibilita ver que são seus próprios comportamentos que mantêm sua problemática.

É crucial notar, portanto, que quando se trabalha com pacientes gravemente perturbados, cujos acontecimentos são experienciados com intensidade extrema, é comum o próprio terapeuta sentir-se estressado. Dentre os sinais de estresse, pode-se destacar algumas reações. O terapeuta pode apresentar indiferença (“não dá a mínima”) com relação ao paciente e/ou às outras pessoas. Sente-se freqüentemente aliviado quando há cancelamento de sessões por parte daqueles que são considerados “difíceis”. Ou ainda, sente-se ansioso (ou em pânico) com a possibilidade de que seu telefone toque e seja anúncio de emergência. Há também aqueles que se tornam “viciados”

por casos complexos; ou os que sentem-se zangados, confusos, impotentes, desesperançados, exaustos, distraídos e tensos. O consumo de álcool pode aumentar, bem como sintomas somáticos (dor de cabeça, problemas gastrointestinais, perturbações do sono, hipertensão etc). Sendo assim, é imprescindível atentar-se para as necessidades que terapeutas venham a ter diante de casos que, por sua própria natureza, conduzem ao estresse e atrapalham a sua atuação (Miller, 2004; Otero, 2002).

2.3.4. A Necessidade da Supervisão

Uma tentativa de minimizar os riscos supracitados é a supervisão, pois: 1. além de oferecer espaço para que o terapeuta desenvolva habilidades como intimidade, honestidade, vulnerabilidade; 2. permite identificar possíveis emoções que funcionem como estímulos discriminativos para decisões de intervenções que atendam às necessidades do cliente (Gutheil, 1989; Linehan, 1994; Kohlenberg, 1994; Kerbauy, 2001b; Beckert, 2002).

Banaco (1993) faz uma ressalva imprescindível. Algumas vezes as emoções do terapeuta podem estar relacionadas não com contingências da relação terapêutica, mas com contingências da sua própria história passada, que podem concorrer com aspectos (do cliente) que deveriam realmente ser o foco de atenção. Um sinal de alerta é quando a emoção é muito intensa. Banaco (1997), fazendo um paralelo com CCRs do cliente, alerta que pode ser um indício de que a atenção deve ser voltada para CCRs do próprio terapeuta.

Torna-se fundamental, portanto, que o terapeuta se “terapeutize”, ou seja, que possua autoconhecimento, identificando as variáveis controladoras dos seus comportamentos (públicos ou privados), para que reconheça os estímulos discriminativos dos seus sentimentos, diferenciando seus conteúdos dos de seu cliente. A supervisão é um contexto que facilita este tipo de análise. Deve-se considerar, todavia, que embora aspectos da vida pessoal do terapeuta possam ser tratados, o foco é sempre em como eles podem afetar seu atendimento (Linehan, 1993;

Linehan, 1994; Kohlenberg, 1994; Fruzzetti, Waltz & Linehan, 1997; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001; Beckert, 2002).

Seja qual for o contexto ao qual o terapeuta esteja respondendo (o da relação ou da sua própria história de reforçamento), a tarefa da supervisão consiste sempre, conforme elucidam Kohlenberg (1994), Fruzzetti, Waltz e Linehan (1997) e Vandenberghe (1997), em alterar o comportamento do supervisionando, através da relação entre este e supervisor, o que é análogo à situação do terapeuta, que em consultório interagindo com seu cliente, procura influenciar suas condutas fora do *setting* terapêutico.

Fruzzetti, Waltz e Linehan (1997) defendem que do mesmo modo que há uma estrutura de tratamento para seguir com o paciente, o processo de supervisão também deve ser sistematizado. Sugerem a inclusão de treinamento didático (que envolve leituras tanto sobre o tratamento, quanto sobre a eficácia empiricamente demonstrada do mesmo), e prático. O treinamento prático envolve uma relação supervisor-supervisionando com as mesmas estratégias utilizadas pelo terapeuta com o paciente borderline, tais como:

- ✓ Relacionamento genuíno: significa engajar-se num relacionamento real, validando, reforçando, vulnerabilizando-se, sendo honesto etc.
- ✓ Tolerância à frustração: ser capaz de regular suas próprias emoções diante das dificuldades, sem ser punitivo. O terapeuta deve ser apoiado e validado.
- ✓ Apreciação da diversidade: significa levar em consideração a existência de diferenças culturais, afetivas, sociais, religiosas etc. É importante ser capaz de ver os processos tanto da perspectiva do próprio terapeuta quanto da sua, enquanto supervisor.
- ✓ Sensibilidade interpessoal: significa validar as experiências privadas do terapeuta.

- ✓ Receber feedback de modo não defensivo. Idéia esta, implícita na própria teoria da terapia comportamental dialética – não há uma verdade, ou o que é “certo” ou “errado”.
- ✓ Contextualização dos comportamentos do terapeuta.
- ✓ Consideração de que todos os terapeutas são passíveis a erros, ainda que se esforcem para fazer o melhor.
- ✓ Encorajar o terapeuta a desenvolver e manter as habilidades que o cliente deverá aprender.
- ✓ Observar se o terapeuta tem o repertório necessário para promover mudanças no cliente, ou se não o emite, devido a circunstâncias como: o cliente extingue ou pune seu comportamento apropriado, e esquivas experienciais do terapeuta (medo ou outras emoções estão sendo evitadas).
- ✓ Utilização das estratégias de comunicação da Terapia Comportamental Dialética: Comunicação recíproca e irreverente.
- ✓ Solicitar chamadas telefônicas do supervisor, em situações emergenciais do cliente.
- ✓ Fazer análise funcional da própria relação supervisor – supervisionando.
- ✓ Tratar o processo de mudança dos comportamentos do terapeuta através de princípios comportamentais, como: modelagem, reforçamento etc.

De uma perspectiva empírica, Fruzzetti, Waltz e Linehan (1997), apontam a falta de dados acerca da eficácia da supervisão. Sendo assim, sua proposta pretende descrever uma tentativa de estruturar o processo, possibilitando futuramente, estudos que respondam quais seriam as maneiras mais produtivas de manejar o processo de supervisão.

O presente trabalho, na ausência de dados à “melhor” maneira de supervisionar, estruturou o processo de supervisão a partir de perspectivas que se complementam: FAP e

Terapia Comportamental Dialética. A seguir, são descritas algumas estratégias para o terapeuta lidar com o paciente *borderline*, de acordo com estas duas visões.

2.3.5. Estratégias de Mudança

Uma vez que um dos problemas centrais do *borderline* é a ausência de controle privado, Kohlenberg e Tsai (1991/2001), sugerem a utilização de algumas ferramentas para promovê-lo, conforme descritas nos três parágrafos que se seguem.

O primeiro ponto importante é que a terapia seja altamente estruturada no início, para que não evoque CCR1 de parar o tratamento devido ao alto grau de aversividade. Por outro lado, um alto grau de atividade e diretividade, pode impedir a ocorrência de CCR2. É importante, portanto, que a terapia caminhe gradualmente para a desestruturação. No início pode-se, por exemplo, ajudar o cliente a falar sobre seus eventos privados, sugerindo a ele um sentimento específico, e gradualmente, reduzir sua especificidade, listando vários sentimentos e pedindo para que escolha um deles, para então, promover um senso de eu sob controle de estímulos privados.

É importante também ter a cautela de passar tarefas que exijam o mínimo de controle externo, sem estimulação pública. Pode-se, por exemplo, pedir para que o cliente feche os olhos e relate tudo que pensar e imaginar naquele momento. Esse tipo de tarefa tende a evocar no cliente a sensação de “perda do *self*”, já que não estão presentes dicas do terapeuta. Dependendo do grau de controle privado exibido por cada cliente em particular, pode-se criar tarefas que aumentem gradativamente a auto-observação de respostas privadas. Assim, inicialmente pode-se sugerir a imaginação de alguns estímulos (que o próprio terapeuta sugere) e pedir para relatá-los, e gradualmente, ir retirando esses estímulos e solicitando que relate o que está vendo (sem dicas do terapeuta). É importante atentar-se para todas as declarações do tipo eu, para então, reforçá-las imediatamente. Torna-se útil apontar também que o cliente pode ser informado a respeito da

importância da tarefa proposta – busca pela melhora, pela ocorrência de CCR2 não mais sob controle de estimulação pública, mas privada.

Finalmente, o terapeuta deve estar atento às verbalizações do tipo “eu”, especialmente quando estas são diferentes daquelas que o terapeuta pensa (sobre o cliente), pois indicam que são comportamentos que estão sob controle de eventos privados. Para minimizar a dúvida do terapeuta se sua verbalização está sob controle de eventos públicos ou privados, é importante observar o impacto da resposta do cliente sobre si. Se por exemplo, o terapeuta sente-se inclinado a rejeitar um pedido do cliente, isto pode ser um indício de que a declaração feita está sob controle de estimulação privada. Para aqueles clientes que não aprenderam a tatear seus sentimentos, é necessário ensinar este repertório. Dessa forma, o terapeuta inicia o treinamento, a partir de comportamentos públicos do cliente como, por exemplo, sua aparência física “você parece triste hoje”. Ou quando toca num assunto e o cliente muda de assunto, o terapeuta insiste, e pode perguntar o que está sentindo com a insistência.

Livesley (2000) também aponta a importância de se promover uma “integração do eu”, já que o paciente descreve freqüentemente a sensação de um “eu fragmentado”, através da validação. Esta, segundo Linehan (1993), Linehan (1994), Linehan et al (2001), Linehan (2001) e Koerner e Linehan (2002), engloba seis níveis: 1. Ouvir o cliente com interesse; 2. Reflexão, parafraseamento e resumo do que o mesmo disse; 3. Tentar acessar os eventos privados do cliente, sem impor-lhe interpretações; 4. Validar suas experiências em termos de história passada; 5. Validar o cliente, através do presente e de funcionamento normal; 6. Ser genuíno: ver a relação terapêutica como autêntica e real.

Conforme parágrafo acima, percebe-se a importância de validar o que o cliente diz. Todavia, ao mesmo tempo, o terapeuta deve demonstrar seus sentimentos em relação a ele. Assim, se o cliente diz, por exemplo, “Todos me acham chato”, o terapeuta deve procurar quais

as experiências que viveu que o levaram a pensar desta maneira. Se o terapeuta não o considerar chato, deve também expor suas razões, bem como agir congruentemente. Caso também o ache chato, assim como as outras pessoas da sua convivência, deve apontar para ele quais são os comportamentos que emite na relação terapêutica que deixam esta impressão, dando sinais de porque as pessoas o vêem assim. Falar do impacto dos comportamentos do cliente sobre si (terapeuta) melhora sua consciência, bem como pode torná-lo mais motivado a engajar-se em comportamentos mais produtivos (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001). Linehan (1993), Linehan et al (2001) e Koerner e Linehan (2002) denominam esta estratégia como comunicação recíproca, cujos objetivos são: colocar terapeuta e cliente numa posição de igualdade; ser afetuoso, empático e genuíno (que implica compromisso com a relação); auto-revelar-se para mostrar ao cliente como sua conduta tem sido inapropriada para alcançar o que deseja.

Wasson e Linehan (1993) e Linehan (1993) ressaltam também uma estratégia de tratamento bastante relevante: a avaliação do problema em termos da ausência ou presença de habilidades. A pergunta que o terapeuta faz é se o cliente pode ou não emitir o comportamento desejado. Caso estejam presentes em seu repertório, é importante avaliar se há regras que o levam a comportamentos de esquiva. Se não apresentarem habilidades, estas devem ser ensinadas e a relação terapêutica pode ser um contexto para produção de mudanças, ao focalizar a validação do cliente, mas ao mesmo tempo, tratar os comportamentos-problema – que é um processo denominado de dialético. A relação terapêutica, se for vista como um relacionamento real, aumenta a probabilidade do terapeuta se tornar um reforçador. Percebe-se portanto, que a proposta da FAP e da Terapia Comportamental Dialética – TCD, apresentam similaridades, ao enfatizarem o uso da relação terapêutica como um instrumento de mudanças.

2.3.5.1. *Desafios e Tentativas de Solução*

De acordo com Kohlenberg e Tsai (1991/2001), podem ser encontradas algumas dificuldades quando o cliente verbaliza declarações do tipo contra-produtivas, caluniar a si mesmo e suicidas e homicidas.

✓ Declarações Contraprodutivas e Exigência Benevolente

As contra-produtivas são aquelas que sustentam ou justificam a esquiva, como por exemplo, quando o cliente diz que não quer falar sobre algo. O terapeuta pode validar sua fala, mas ao mesmo tempo, bloquear a esquiva, apontando por exemplo, que realmente percebe que aquele assunto lhe provoca muito sofrimento, e que gostaria de saber o que está sentindo, por que tem medo de falar sobre isso, etc. Enfim, o terapeuta deve deixar claro que respeita os seus sentimentos, mas que não deseja concordar com ele sobre não falar porque isso vai manter sua dificuldade em entrar em contato com o seu sofrimento e de se aproximar das pessoas. Pode-se perguntar inclusive, o que o cliente acredita que vai proporcionar crescimento a ele (Kohlenberg & Tsai; 1991/2001). Isto é semelhante ao que a TCD (Linehan, 1993; Linehan, 1994; Linehan et al, 2001; Koerner & Linehan, 2002) aponta como sendo um dos elementos fundamentais para a interação terapeuta – cliente: ser apoiador e compreensivo, mas benevolmente encorajar mudanças.

✓ Caluniar a si mesmo e Validação

No que se refere aos comportamentos do tipo caluniar a si mesmo (“não sirvo para nada, sou feia, sou um lixo”, etc) muitas vezes, o terapeuta pode reagir inicialmente, assegurando ao cliente que nada disso é verdade. O cliente pode se sentir como se o terapeuta não compreendesse ou reconhecesse o que sente. O terapeuta ao reagir assim, ensina, como as pessoas significativas de sua vida fazem, que não lhe é permitido descrever os sentimentos que experiencia. Dessa

forma, o que o terapeuta poderia fazer para ser mais produtivo, é tanto validar suas verbalizações, como também mostrar suas razões (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Na TCD, Linehan (1993), Linehan (1994), Linehan et al (2001), Linehan (2001) e Koerner e Linehan (2002), também destacam a necessidade da utilização da validação como estratégia de mudanças. Contudo, suas razões parecem divergentes das da FAP.

A validação está embasada na filosofia dialética. O termo dialética foi empregado para enfatizar tanto uma visão de mundo (em que a realidade é composta por contradições ou polaridades que lhe são inerentes) como uma estratégia de persuasão (em que no diálogo terapeuta – cliente, tenta-se produzir a mudança partindo-se dos pólos, para chegar a novos significados, sem contudo, procurar uma verdade final indiscutível, pois a verdade nunca é absoluta, e sim uma tentativa de aproximação do meio termo entre os dois extremos). Sendo assim, defende que para mudar é necessário aceitar. O terapeuta busca continuamente o equilíbrio entre conforto (validar as experiências do cliente, comunicando-lhe como seus comportamentos são compreensíveis, dado o contexto em que inserem-se) e confronto (transformando seus déficits em capacidades de lidar com a realidade) (Linehan; 1993; Linehan, 1994; Linehan et al, 2001; Linehan, 2001; Koerner & Linehan, 2002).

A validação muitas vezes é feita através do uso de paradoxos e metáforas. Dentre os paradoxos, alguns exemplos podem ser citados. Os clientes são livres para escolher sua forma de se comportar, mas não podem estar em terapia se não trabalham para mudá-la. São ensinados a adquirir mais independência, através do pedido de ajuda às outras pessoas, quando necessário. O cliente não é responsável em estar como está, mas é responsável pelo que virá a ser (Linehan, 1993; Linehan, 1994; Linehan et al, 2001).

✓ Fantasias Ameaçadoras e Análise Funcional

É comum que o cliente com TPB verbalize fantasias suicidas e homicidas para o terapeuta. Muitos, entretanto, consideram aversivo ouvir tais declarações. Mais uma vez é imprescindível ressaltar que essas expressões de sentimentos devem ser reforçadas. O cliente deve ser incentivado a relatar a sua fantasia e seus motivos para desejar tais coisas. Ao mesmo tempo, precisa aprender a separar aquilo que sente e pensa, daquilo que faz, ou seja, que não há nada errado em pensar, mas sim com o agir, pois este poderia trazer conseqüências desastrosas. Por isso, as conseqüências de ações tanto suicidas como homicidas devem ser analisadas criteriosamente com o cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Um ponto interessante que se observa freqüentemente, é a utilização de verbalizações suicidas e homicidas, não com a função de tato (como apontado no parágrafo acima), mas com a função de mando disfarçado de tato, ou seja, o cliente ameaça se suicidar para chamar a atenção do terapeuta e das pessoas à sua volta. Se for esta função, o terapeuta deve enfraquecer esse CCR1, confrontando e ensinando o cliente a pedir o que quer de forma direta, e não através de comportamentos de ameaça (Kohlenberg & Tsai, 1991/2001)

Linehan (1993) e Koerner e Linehan (2002) defendem ainda que o terapeuta deve deixar explícito ao cliente que não pode prevenir suas tentativas de machucar-se ou matar-se. Ao invés disso, seu trabalho consiste em ajudá-lo a encontrar maneiras melhores de se viver. As metas do tratamento não são simplesmente suprimir comportamentos gravemente disfuncionais, mas construir uma vida que a pessoa considere valer a pena ser vivida, que não haja espaço para pensamentos e gestos suicidas. Uma das maneiras que o cliente é incentivado a tentar viver melhor é tentar impedir a si mesmo de machucar-se, ligando para o terapeuta quando sentir-se fortemente compelido a fazê-lo.

✓ Comportamentos do terapeuta que podem prejudicar o progresso do cliente

Wasson e Linehan (1993), Linehan (1993), Linehan (1994), Linehan et al (2001), Linehan (2001) e Koerner e Linehan (2002), ao considerar a relação terapêutica como uma oportunidade de promoção de mudanças, também ressaltam a importância da observação por parte do terapeuta, dos seus próprios comportamentos que podem prejudicar o progresso do cliente, como por exemplo, cuidar do cliente ao invés de ensiná-lo a cuidar de si. Apontam ainda que, uma vez que clientes *borderlines* apresentam comportamentos suicidas ou auto-destrutivos, e invasivos, podem evocar no terapeuta algumas de suas dificuldades (resultantes da sua história de vida), e que podem ser vistas, inadvertidamente, como resultado da patologia do cliente. Por isso, é imprescindível a supervisão para que o processo prossiga, com interação mais adequada do terapeuta com o cliente, sem uso de termos pejorativos, respeitando os limites individuais do terapeuta.

Do que foi exposto até aqui, percebe-se portanto, que a visão da FAP e da TCD sobre os transtornos de personalidade (ou “problemas do *self*”) enfatizam que estes foram comportamentos modelados pelas contingências às quais o indivíduo foi exposto, em que o “eu” continuou sob controle de estimulação externa devido a ambientes invalidantes. O ambiente ensinou a pessoa que não deve confiar em si, mas sim buscar no ambiente social, como deve se comportar. O indivíduo aprende a oscilar entre a não expressão de sentimentos e emoções à ‘explosões’, reagir de modo negativo ao fracasso e criar padrões perfeccionistas. Ao utilizar da relação terapêutica como instrumento de mudança, propicia um ambiente em que o eu, sob controle de estimulação privada, pode ser evocado e reforçado, e além disso, desenvolve-se intimidade segura, bem como aprende a ver a realidade como um todo, em que este é não é a mera soma das partes, estas devem ser sempre analisadas com relação ao todo.

✓ Desmotivação para o tratamento

A análise apenas do relato do cliente não propicia uma análise funcional suficiente para entender a problemática apresentada. A observação direta do comportamento que ocorre em relação ao terapeuta, dá margem para a identificação de aspectos que, muitas vezes, o cliente não fala porque é aversivo ou porque ainda não tinha atentado.

Nem sempre o cliente, ao procurar pela terapia, deseja mudar seus comportamentos, visto que pode ter sido coagido por alguém significativo ou porque deseja evitar uma punição. Essas respostas podem ser encontradas a partir da análise funcional da relação terapêutica (Follette et al, 1996; Conte & Brandão, 2001).

Qualquer que seja a abordagem do terapeuta, é comum encontrar clientes que buscam terapia, mas que se mostram resistentes, provavelmente em função de experiências aversivas anteriores com pessoas significativas e/ou com outros terapeutas. O indivíduo ao pensar na possibilidade de se expor a um processo psicoterápico, pode acreditar que à medida que se revelar ao terapeuta, pode perder o controle sobre si, sobre o ambiente, e de reforçadores obtidos com a manutenção de condutas inadequadas. Além disso, o cliente também pode identificar, no decorrer do processo, possíveis ganhos e alívio de seu sofrimento. Com isso, o cliente pode apresentar comportamentos tanto de esquiva quanto de aproximação na relação terapêutica, sendo imprescindível, o entendimento por parte do terapeuta das funções do comportamento de resistir para cada indivíduo em particular, para que possa ajudá-lo a bloquear sua esquiva e a tornar-se mais consciente (descrever as relações funcionais) de seus comportamentos, uma vez que estes podem estar contribuindo para a manutenção das suas dificuldades (Follette et al, 1996; Conte & Brandão, 2001).

A desmotivação para o tratamento também pode ocorrer. Um dos motivos é a atribuição de responsabilidade dos seus problemas às pessoas de sua convivência. Da perspectiva do cliente,

muitas vezes, a mudança cabe às mesmas (Livesley, 2000). Conforme enfatiza Linehan (1993), Linehan (1994), Linehan et al (2001), Linehan (2001) e Korner e Linehan (2002), o foco de tratamento é sempre sobre o cliente: ele deverá aprender maneiras mais adaptativas (que lhe causem menos sofrimento) para lidar com o ambiente no qual está inserido.

A não adesão ao tratamento também relaciona-se com a dificuldade que *borderlines* têm em estabelecer intimidade, o esforço requerido para mudar, a dor que o processo impõe, passividade, regras aprendidas (ex.: “nunca vou mudar”). Tudo isso é bastante relevante devido ao abandono freqüente da terapia por parte destes clientes. Linehan (1993), Linehan (1994), Livesley (2000), Linehan et al (2001), Linehan (2001) e Korner e Linehan (2002) ressaltam como prioridade a manutenção do cliente no processo psicoterápico.

Livesley (2000) sugere algumas diretrizes para a construção da motivação em clientes com transtorno de personalidade: dar conselhos, remover “barreiras” na relação, oferecer opções de escolhas que sejam também criativas, reduzir os comportamentos desadaptativos, ser empático, dar feedback e ajuda ativa, e estipular metas com o cliente. No caso de crise aguda, a prioridade é produzir alívio.

2.4. Condução de Pesquisas Sobre a Relação Terapêutica

A maior parte das pesquisas realizadas na área clínica têm tido pouco impacto sobre a prática dos psicoterapeutas, uma vez que estes consideram que os dados obtidos apresentam pouca utilidade para a resolução da problemática apresentada pelo cliente (Cordova & Koerner, 1993; Shea, Benjamin, Clarkin & Magnavita, 1999; Hayes & Gregg, 2001). O próprio Skinner (1953) já ressaltava que os dados relatados em termos de uma média têm quase nenhum valor para predizer o comportamento de um indivíduo em particular. Além disso, a metodologia adotada pelas pesquisas em psicoterapia centra-se na importância da homogeneidade. Esta ênfase

pode adequar-se bem às necessidades do pesquisador, mas opõe-se à variabilidade encontrada pelos clínicos. Não é possível deparar-se com uma ‘média’ de depressão, por exemplo, e raramente um tratamento padronizado é administrado. Portanto, as pesquisas em psicoterapia parecem estar negligenciando a principal função da obtenção de dados: a de persuasão. Se a evidência convence a audiência, os dados são considerados fortes, ao passo que se falham em atingir a audiência, são fracos. Deste modo, a força dos dados depende do critério de persuasão sobre uma audiência crítica (Cordova et al, 1993).

Para o clínico, o critério de persuasão relaciona-se com a utilidade do conhecimento produzido. Fazer pesquisa em clínica tem como maior objetivo, atingir psicólogos inseridos nesta área de atuação (Cordova & Koerner, 1993). Os objetivos e a metodologia propostos no presente trabalho, pretendem alcançar psicólogos clínicos que trabalham com clientes *borderlines*, reconhecendo-se contudo, que a variabilidade entre os clientes é inerente à prática clínica.

Considerando-se que o papel primordial da psicoterapia é ajudar o cliente, a pesquisa nesta área também deve servir ao mesmo objetivo. Uma vez que os dados obtidos não vêm influenciando os clínicos, deixam de cumprir sua função básica: beneficiar o cliente. Seria possível um pesquisador chegar à uma análise mais significativa para os clínicos? A resposta propícia a esta pergunta parece ser a realização de pesquisas que digam algo sobre o significado de um dado comportamento para um cliente em particular, dentro de um determinado contexto, bem como quais intervenções levam à melhora do cliente (Cordova et al, 1993). O que é exatamente o que esta dissertação se propõe a fazer.

A maneira mais adequada de comunicar os dados obtidos é gravar as sessões e transcrevê-las, de modo a propiciar o material para avaliação dos resultados encontrados, a partir das técnicas empregadas (Cordova et al, 1993). Embora a gravação e transcrição de sessões tenham um alto custo de resposta, as descobertas podem ser empregadas em contexto de supervisão

clínica, pesquisa e formação de terapeutas (Wielenska & Kerbaudy, 2003). Entretanto, como uma análise deste tipo produz bastante material, pode ser necessário reduzi-lo, por razões práticas (Cordova et al, 1993; Shea et al, 1999; Kerbaudy, 2001a; Kerbaudy, 2001c; Wielenska & Kerbaudy, 2003).

O problema da generalização é, sem dúvida, a maior objeção de alguns pesquisadores ao método qualitativo. Existem várias razões pelas quais ela é dificultada por este método. Primeiro, tenta-se compreender o contexto do fenômeno estudado, identificando-se seus significados para os participantes, levando-se em conta que a experiência subjetiva de uma situação difere entre as pessoas. Além disso, grandes amostras dificultam as pesquisas qualitativas. O mais freqüente é estudo de casos. Finalmente, é necessário ressaltar que os pesquisadores não descrevem em detalhes suas técnicas para a sintetização dos dados. Por estas razões, esforços são feitos para delinear procedimentos que se assemelham àqueles utilizados no método qualitativo, como por exemplo, gravar em áudio ou vídeo a coleta, procedimentos padronizados de transcrição e interpretação etc. isto porque estudos qualitativos, ao considerar o que os participantes estão dizendo, propiciam um rico contexto de significado para a compreensão da perspectiva dos mesmos (Krahn et al, 1995).

Ao estudar um dado assunto, o método qualitativo permite observar as relações entre os fenômenos. Por exemplo, na pesquisa em questão, pode-se compreender as relações entre o atendimento do cliente e o efeito sobre o terapeuta. Busca-se descobrir dinâmicas de interação que podem esclarecer o que geralmente acontece no atendimento ao cliente borderline. Assim, a pesquisa qualitativa contribui para a construção de uma teoria emergente (Krahn et al, 1995; Charmaz, 2003).

Ao transcrever, analisar e questionar o conteúdo das sessões o terapeuta torna-se um pesquisador da própria prática clínica, fazendo re-leituras de seus dados, fundamentadas em questões de seu interesse. A coleta ocorre por um período de tempo extenso, para que a análise seja refinada ou dependendo dos objetivos do terapeuta, para observar mudanças nos padrões de interação, que não seriam observadas na análise isolada de uma sessão (Kerbaudy, 2001a; Kerbaudy, 2001c; Wielenska & Kerbaudy, 2003).

Os pontos supracitados são primordiais, uma vez que, conforme ficará evidente a seguir, utilizou-se uma metodologia escolhida em função deles, neste trabalho.

3. Objetivos

Dada a relevância clínica do tema deste trabalho e, o fato de que não foram encontradas pesquisas dentro da Análise Clínica do Comportamento, que abordassem os sentimentos do terapeuta como subprodutos do atendimento ao cliente *borderline*, a escassa literatura acerca de modalidades terapêuticas para terapeutas “traumatizados” (Miller, 2004), a necessidade de suporte empírico da proposta da FAP (Follette et al, 1996; Kerbaux, 2001a; Kerbaux, 2001c; 2002), e a dificuldade de se realizar pesquisas em clínica (Cordova et al, 1993; Follette et al, 1996; Hayes & Gregg, 2001; Kerbaux, 2001a; Kerbaux, 2001c) optou-se, por tentar delinear uma pesquisa para :

- ✓ Indagar os sentimentos de terapeutas em relação aos CCRs de seus clientes com diagnóstico de TPB, bem como estratégias utilizadas pelos terapeutas para lidar com essas emoções.
- ✓ Averiguar os efeitos das supervisões junto aos participantes, identificando se as mesmas influenciam no comportamento do terapeuta em relação ao cliente, e conseqüentemente, em modificações na conduta do cliente em relação ao terapeuta. Assim, pretendeu-se verificar se elas facilitariam ou não o processo terapêutico, de forma que a terapeuta pudesse utilizar do impacto dos CCRs do cliente sobre si, para promover melhoras no repertório do mesmo.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste trabalho 4 terapeutas do sexo feminino, que trabalham numa visão contextualista skinneriana, sendo que o tempo de formação era 2 anos (T1 e T3), 3 anos (T2); e 5 anos (T4).

Materiais

Mestranda e orientador confeccionaram uma lista de telefones para contato de terapeutas comportamentais, a fim de verificar quais deles poderiam ser prováveis participantes para a pesquisa.

Foram utilizados cartazes, construídos por mestranda e orientador, cujo conteúdo está em anexo (Anexo 1), a fim de recrutar e selecionar clientes *borderlines*.

Confeccionou-se documentos de consentimento informado para as terapeutas participantes, os seus clientes e para os assistentes de pesquisa responsáveis pela transcrição e digitação das fitas cassetes (Anexos 2, 3 e 4).

Foi utilizado um gravador e fitas cassetes para registrar as entrevistas, as sessões das terapeutas com os seus clientes, os relatos das terapeutas sobre a sessão com seus clientes, e as supervisões entre mestranda e terapeutas.

Para as entrevistas inicial e final, seguiu-se um roteiro (Anexo 5 e para as supervisões, um checklist (anexo 6).

Procedimento

O recrutamento e seleção das participantes da presente pesquisa se deu de duas maneiras. A partir da lista de terapeutas, a mestranda entrou em contato com cada uma delas para uma conversa informal que buscasse indícios de que estavam atendendo um cliente *borderline*. Caso isto se confirmasse, o/a terapeuta era convidado a participar da pesquisa, explicitando-se os objetivos da mesma e os passos a serem conduzidos. O diagnóstico era confirmado ou não na entrevista inicial, com cada terapeuta realizada pela mestranda. Desta seleção, conseguiu-se apenas duas terapeutas (T1 e T2).

Dada a dificuldade supracitada, foi necessário optar por uma segunda estratégia. Pelos murais da universidade (incluindo áreas de diferentes cursos), foram espalhados cartazes (cujo conteúdo está descrito no Anexo 1) com a finalidade de selecionar clientes *borderlines* (através de triagens realizadas pela mestranda) e encaminhá-los para terapeutas que concordaram previamente em atendê-los gratuitamente, em seus próprios consultórios. A motivação destas terapeutas foi a possibilidade de aprender a lidar melhor com este tipo de cliente, já que a maioria dos terapeutas o consideram aversivo, dada a dificuldade de manejo de seus comportamentos ‘turbulentos’.

O tipo de amostragem adotada no presente trabalho foi baseada na Grounded Theory (Charmaz, 2003): amostragem teórica. Aqui, a escolha dos participantes depende das necessidades teóricas do pesquisador. São escolhidos aqueles que podem responder às perguntas relacionadas ao tema que se deseja investigar, com a finalidade primária de preencher uma lacuna entre os dados e a teoria emergente, refinando a análise à medida em que o pesquisador é forçado a confrontar suas idéias com as realidades empíricas. Como pode-se notar, isto é completamente diferente de escolha de amostra representativa, cujo objetivo é a generalização dos resultados, através de inferências estatísticas.

Quando terapeutas e clientes concordaram em participar da pesquisa foram dados os termos de consentimento (Anexos 2 e 3) em duas vias, ficando uma para os participantes (terapeutas e clientes) e outra com a mestrand. Isto só ocorreu para as duas participantes, cujos clientes foram recrutados e selecionados, via cartaz.

As demais participantes já estavam atendendo seus clientes em seus consultórios particulares. Dado que seus clientes não consentiram a gravação das sessões, trabalhou-se apenas com os relatos (gravados pós-sessão) das terapeutas acerca do processo terapêutico, e assim, utilizou-se apenas o Anexo 2.

Uma vez selecionados os participantes, o procedimento envolveu primeiramente a entrevista inicial (Anexo 5), cujo objetivo era levantar como as terapeutas se sentiam em relação aos CCRs dos clientes com diagnóstico de TPB, bem como quais estratégias estavam sendo utilizadas para lidar com estas emoções.

As terapeutas participaram de supervisões mensais individualizadas (mestranda e cada terapeuta separadamente) sob uma perspectiva analítica-funcional, com duração de no máximo seis meses (dada a limitação de tempo para a conclusão do curso de mestrado) ou enquanto os clientes dos terapeutas em questão mantiveram-se em processo terapêutico, dado que é (e foi) freqüente a desistência da terapia em clientes que apresentam TPB. Nestas supervisões, foram discutidas as dificuldades de manejo das sessões, bem como estratégias de solução de problemas, conforme esquema apresentado (Anexo 6) para guiá-las. Caso a terapeuta em questão necessitasse modelar repertórios no cliente, que ela mesma não apresentasse no seu próprio repertório, tentativas de modelá-los foram feitas, uma vez que isto facilita a modelagem do repertório comportamental do cliente.

Dentre as estratégias de supervisão adotadas, pode-se apontar:

- ✓ Acessar sentimentos das terapeutas na relação com cliente (“O que você sentiu quando...?”)
- ✓ Identificar as estratégias utilizadas por elas, no manejo dos comportamentos da cliente, com perguntas do tipo: “Como você reagiu diante de...?”
- ✓ Busca de similaridades funcionais

Para ilustrar, em algum momento da segunda supervisão com T1:

M – “Você acha que tem alguma semelhança nisso que ela (a mãe) falou da filha atrapalhar a relação de vocês, com a menina atrapalhar a relação dela com o marido?”

T1 – “Totalmente, todos os problemas que ela têm, ela acha que quem causa é a filha. Tanto é que ela só fala na menina, é um custo pra gente falar dela.”

Ou ainda, na entrevista final:

T1 – “A menina não aceitava tanta coisa boa que estava acontecendo na vida dela, nem só de mim não, em relação a tia dela também. Que a tia dela já tentou várias vezes... as pessoas tentavam com ela, as pessoas abriam o coração pra ela.”

M – “E ela não permitia essa aproximação, como ela fazia com você?”

- ✓ Oferecer sugestões de estratégias
- ✓ Investigar progressos da cliente

A tabela abaixo, apresenta um esquema resumindo a participação de cada terapeuta na pesquisa. Conforme pode ser visto, a Terapeuta 1 e a 2 participaram da entrevista inicial e supervisão 1 e 2. Aqui, ambos os cliente desistiram da terapia. A de T1 iria mudar de cidade e, por isso, a coleta foi finalizada, com a entrevista final. O cliente da T2 não foi mais e não retornou as ligações da terapeuta.

Tanto a T3 quanto a T4, participaram da entrevista inicial, supervisões 1, 2 e 3, e da entrevista final. Uma peculiaridade ocorreu com a cliente de T3: Após a supervisão 2, desapareceu da terapia, sem retornar as ligações da terapeuta. Uma entrevista pós este sumiço, foi feita para indagar T3 sobre seus sentimentos. Após 2 meses, a cliente liga para T3, e o processo é retomado. A Supervisão 3 foi então realizada. A cliente desapareceu novamente sem qualquer satisfação. A coleta foi finalizada. A cliente de T4 foi a única que permaneceu até o final da coleta, que teve que ser interrompida após a supervisão 3, devido a necessidade de concluir o presente trabalho.

Tabela 2 . Esquema de participação das terapeutas na pesquisa.

PROCEDIMENTOS	Terapeuta 1	Terapeuta 2	Terapeuta 3	Terapeuta 4
Entrevista Inicial	X	X	X	X
Supervisão 1	X	X	X	X
Entrevista Pós Sumiço da cliente	—	—	X	—
Supervisão 2	X	X	X	X
Supervisão 3	—	—	X	X
Entrevista Final	X	X	X	X

Ao término do trabalho, uma entrevista final foi conduzida com as participantes, visando identificar quais os sentimentos ainda existentes nas terapeutas e averiguar eventuais progressos terapêuticos. Os dados desta entrevista foram comparados com os dados da entrevista inicial. Quando o cliente não desistiu da terapia, o mesmo roteiro utilizado na entrevista inicial foi seguido. Para os clientes que desistiram da terapia, a entrevista final consistiu na averiguação de como as participantes estavam se sentindo e como avaliavam o trabalho que tinham feito até então, com seus clientes, ou seja, nenhum roteiro pré-determinado foi utilizado.

Todas as entrevistas e supervisões foram gravadas e depois transcritas. Todas as sessões que as participantes realizaram com os seus clientes também foram gravadas, no caso de T3 e T4. Para T1 e T2, outra estratégia de coleta de dados foi inserida: os relatos das terapeutas acerca de cada sessão. Ao final da sessão, a terapeuta gravava de 15 a 20 minutos, como foi a sessão, bem como suas impressões e sentimentos.

A gravação das sessões ou dos relatos sobre a sessão visavam maximizar a obtenção de dados mais confiáveis. Uma vez que uma análise detalhada seria feita dos conteúdos das entrevistas inicial e final e das supervisões, era necessário ter uma medida alternativa para que se verificasse a correspondência entre o que as participantes faziam de fato nas sessões, e o que relatavam durante as supervisões.

Todas as gravações foram transcritas, sendo que as gravações das sessões foram executadas pelas próprias terapeutas, e as das entrevista inicial e final bem como das supervisões, pela mestranda. As transcrições foram feitas por quatro assistentes de pesquisa, em que cada um foi responsável por transcrever os dados de uma terapeuta, e em seguida digitá-los. As transcrições e a digitação foram averiguadas pela mestranda.

Análise de dados

A análise destes dados selecionados foi qualitativa e indutiva, seguindo os princípios da ‘*Grounded Theory*’ (Charmaz, 2003), utilizada em áreas da psicologia ligadas ao interacionismo simbólico. Alguns pontos dentro deste método são fundamentais para a compreensão do presente trabalho:

- ✓ **Conceitos Sensibilizadores:** São conceitos dos quais o pesquisador adere, que o influenciam no sentido de sensibilizá-lo a perguntar determinados tipos de questões sobre o tópico estudado e a prestar atenção a certas relações ao analisar os dados. Por exemplo, saber sobre o papel da vulnerabilização no processo terapêutico, leva o pesquisador a buscar informações sobre sentimentos e expressões do terapeuta em relação ao seu cliente.
- ✓ A partir dos dados coletados, o pesquisador constrói categorias ou conceitos analíticos, o que foi feito na interpretação das transcrições. Para cada terapeuta separadamente, buscou-se qualificar o material coletado construindo conceitos analíticos a partir dos próprios dados, na tentativa de procurar padrões que se repetiam. Inicialmente nomeia-se linha por linha dos dados (conceitos específicos) de acordo com seu conteúdo, e em seguida, sintetiza estes conceitos de modo mais abrangente, de modo a organizar uma grande quantidade de dados. A codificação foi feita manualmente, anotando-se os conceitos analíticos na margem esquerda da página.

No presente trabalho, encontrou-se inicialmente conceitos analíticos bem específicos, como ‘permitir manipulação do cliente’, ‘passividade do terapeuta’, ‘permitir fuga do cliente’ etc, que posteriormente, foram categorizados em conceitos mais amplos como: ‘reforçar CCRs1’.

Após esta categorização, foi feita uma análise da frequência (apresentada nas tabelas 2, 3, 4 e 5, para cada terapeuta separadamente, na seção Resultados) que cada sentimento foi mencionado pelas participantes, levando-se em consideração que a frequência que algo é falado seria um dos indícios de sua importância. Dada a vasta quantidade de dados obtidos, optou-se por selecionar os cinco mais mencionados para cada terapeuta, para uma análise detalhada das contingências que os geraram.

- ✓ Memorandos: Foram utilizados para duas funções: identificar as relações entre os fenômenos investigados, e para o desenvolvimento dos conceitos analíticos.

Após a conceitualização específica dos dados, conceitos mais gerais e abrangentes foram criados, a fim de facilitar a sua análise. Estes conceitos foram subdivididos em três eixos, dos quais o primeiro inclui os resultados referentes ao primeiro alvo da pesquisa e os dois seguintes, aos dados referentes ao processo de supervisão.

Eixo1:

O eixo 1 (Sentimentos relatados pela terapeuta e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram) foi subdividido em duas áreas temáticas. Os sentimentos mais frequentemente relatados são apresentados para cada terapeuta, ilustrando-se os dados brutos da pesquisa.

- ✓ Sentimentos provocados nas terapeutas (ex.: sentimento de raiva; de desvalorização; de desrespeito etc) na relação com seus clientes;
- ✓ E as respectivas estratégias empregadas por elas para lidar com estes sentimentos (ex.: esquiva; reforçar CCRs1; vulnerabilização etc);

Eixo 2:

- ✓ Os comportamentos clinicamente relevantes das terapeutas na relação de supervisão;

Eixo 3:

- ✓ Alvos da supervisão – quais comportamentos das terapeutas deveriam ser fortalecidos ou enfraquecidos;

A organização dos resultados foi baseada na FAP. Diferentemente dos trabalhos grounded tradicionais, buscou-se identificar uma grande diversidade de conceitos analíticos, para captar interações complexas no contexto. Também não houve uma expectativa de saturação da análise porque o trabalho manteve um critério pragmático de verdade: não esperou desvelar essências pré-existentes, mas sim construir conhecimento.

A análise não pretende ser objetiva. De acordo com Charmaz (2003), pesquisadora e participantes construíram-nos em conjunto, a partir das supervisões realizadas. Dados já coletados direcionaram as coletas seguintes tanto intra quanto inter participantes. Assim, as perguntas que a pesquisadora levantou junto aos participantes, foram influenciadas pelos dados já encontrados, isto é, sensibilizaram-na para suas próximas perguntas, de modo a aprimorar a qualidade dos dados obtidos.

RESULTADOS

Terapeuta 1 (T1)

A cliente atendida por T1, apresentava os seguintes critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003):

- ✓ Oscilação de humor
- ✓ Esforço para evitar abandono
- ✓ Intolerância à solidão
- ✓ Perturbação da identidade
- ✓ Padrões de relacionamentos instáveis e intensos
- ✓ Impulsividade (uso de drogas)
- ✓ Tentativa de suicídio
- ✓ Sentimentos crônicos de vazio
- ✓ Dificuldade em controlar a raiva

Os CCRs1 apresentados foram:

- ✓ Comportamentos manipulativos
- ✓ “Explosões”
- ✓ Superficialidade para tratar assuntos importantes
- ✓ Evitava expressar o que realmente sentia
- ✓ Evitava discutir sentimentos

Na tabela abaixo, é apresentada a frequência de todos os sentimentos que apareceram no atendimento de T1, em relação à sua cliente, nas: entrevista inicial (EI), supervisão 1 (S1), supervisão 2 (S2), entrevista final 1 (EF1) e entrevista final 2 (EF2) :

Sentimentos	EI	S1	S2	EF1	EF2	Total
1. Incompetência	5	0	4	9	0	18
2. Maternal	1	7	1	7	0	16
3. Raiva	7	4	1	3	0	15
4. Desvalorização	7	1	1	4	1	14
5. Dificuldade de trabalhar	5	3	0	1	1	10
6. Medo da separação	1	3	2	3	0	09
7. Pena	3	1	1	1	1	07
8. De ter sido enganada	3	2	0	0	1	06
9. Alívio	0	0	2	2	0	04
10. Arrependimento	0	0	2	2	0	04
11. De inadequação	0	0	4	0	0	04
12. Vontade de fugir/esquivar	2	0	0	1	0	03
13. De que a cliente não gosta dela	3	0	0	0	0	03
14. Competência	1	0	0	0	2	03
15. Valorização	3	0	0	0	0	03
16. De que a cliente gosta dela	0	0	3	0	0	03
17. Frustração	1	0	0	1	0	02
18. Insegurança	0	1	0	1	0	02
19. De fracasso	0	1	0	1	0	02
20. Desespero	0	0	1	1	0	02
21. Medo de perder reputação	0	0	0	2	0	02
22. Sentimentos contraditórios	0	0	0	0	2	02
23. De que a cliente não precisa dela	1	0	0	0	0	01
24. Impotência	1	0	0	0	0	01
25. Impaciência	0	0	1	0	0	01
26. Vontade de abandonar o consultório	0	0	0	1	0	01
27. Desrespeito	0	0	0	1	0	01
28. De humilhação	0	0	0	1	0	01
29. Vontade de se distanciar	0	0	0	1	0	01
30. De tormento	0	0	0	1	0	01

Tabela 3. Sentimentos mencionados por T1, pela sua cliente durante todo o processo de coleta de dados.

Segue-se uma análise das contigências que os geraram (dos cinco mais relatados).

1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 1 (T1) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram

1.1. Incompetência

Este sentimento ocorreu em relação a:

1.1.1. Tentativa de suicídio da cliente

A cliente mentiu para sua mãe, e esta, descobriu. Ao ver que sua mãe já sabia que havia mentido, a cliente tomou vários comprimidos. A seguir, a terapeuta relata como recebeu a notícia.

T1 – “Eu estava em Palmas e a tia² (da cliente) apenas deixou o recado na secretaria do celular – x tentou suicido é esta na U.T.I. Eu quase morri. Me deu uma raiva um ódio dessa mãe, porque ai eu projetei tudo na mãe, desloquei tudo – ela é a vilã, a culpada , como é má, e ela ainda me falava - você viu o que aquela cachorra fez?”

M (mestranda) – É o que você sentiu em relação à cliente?

T1 – “Uma frustração muito grande. Nossa! Porque o difícil é que ela não consegue pedir ajuda, ela não sabe ligar pra mim. Ela nunca me ligou e falou assim – eu estou em apuros, estou muito triste, a não ser uma vez, e agora esta me mandando alguns E-mails. Então me senti frustrada, incompetente e com muito medo.”

1.1.1.1. Estratégias utilizadas

T1 buscou atuar de modo competente:

- ✓ Perspectivas para o futuro: por exemplo, meios de conseguir um emprego ou um aluguel mais barato para sair de casa (era o que a cliente mais desejava):

² Embora a cliente nunca chame sua mãe adotiva de tia (a menina é, na realidade, sua sobrinha, mas desde bebê está com ela), T1 sempre o faz.

T1 – “Busquei a única coisa que poderia trazer um fio de esperança que é sair de casa. Eu trouxe isso muito forte, e a gente começou então, como sair de casa? Isso é possível, sua vida pode ser muito boa saindo de casa.”

A construção de perspectivas para o futuro foi efetiva. A cliente não relatou mais ter vontade de morrer, nem tentou suicídio.

Após a tentativa de suicídio, todavia, T1 passa também à “pisar em ovos” com a cliente, cristalizando cada vez mais os padrões *borderlines* de comportamento:

- ✓ Reforçar CCR1: ao ser questionada sobre assuntos dolorosos, a cliente sempre fugia e a terapeuta, por sua vez, passou a permitir:

T1 – “Ela ficou muito mal, ela fica muito mal quando a gente aprofunda em algumas coisas que ela vê o quanto ela está errada, o que ela tem feito da vida dela. Então é sempre como um iôô eu tenho que ir é depois tenho que voltar, porque eu não posso deixar ela muito mal, a tendência dela é muito depressiva.”

1.1.2. Fuga da cliente

Várias tentativas de ajuda por parte de T1, em que sua cliente a puniu, emitindo comportamentos de fuga (como distanciar-se emocionalmente):

M – “Quando te passa essa impressão de que você é um nada para ela, você também se distancia? Como se sente?”

T1 – “Quando ela me passava isso no começo eu pensava assim, não, mas eu tenho que conquistá-la, o que está acontecendo, não me deixa resgatar isso ela precisa. Eu sempre buscava uma forma de me aproximar... eu conseguia fazer isso muito bem. Hoje quando ela me passa isso, eu simplesmente, penso: “Não posso fazer mais nada!”

M – “Você se sente desanimada com isso?”

T1 – “Não acho que estou conseguindo romper o vínculo – eu tenho que. Hoje em dia eu penso que estou fazendo o possível, agora o que não depender de mim, não posso fazer nada.”

1.1.2.1. Estratégias utilizadas

- ✓ Tentativa de evocar CCR2 (aproximação). Contudo, as tentativas de aproximação por parte de T1 fracassam. Terapeuta parece sentir que já tentou de tudo e não funcionou. É o mesmo que a família sente – já buscou vários médicos, terapeutas, castigos etc, e nada adiantou. Cliente parece não cooperar, o que acaba fazendo com que as pessoas sintam-se cansadas de ajudá-la.
- ✓ Reforçar CCR1: Diante disto, T1 também se distancia. Assim, acaba reforçando um CCR1 da cliente: o afastamento (esquiva). Age exatamente como as outras pessoas do cotidiano da cliente.

1.1.3. Pressão da mãe para mostrar resultados

Exemplo:

M – “Em relação ao processo atual...”

T1 – “São dois sentimentos diferentes... em relação, me sinto bem... estamos caminhando bem, a passos muito pequenos, mas estamos. Agora, quando a tia me cobra, me sinto muito frustrada, limitada e incompetente...Ela fala (num tom de voz agressivo): “cadê o resultado? Eu estou pagando muito caro!”

1.1.3.1. Estratégias utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 da mãe: T1 relatou ficar geralmente calada,, ou às vezes, tentar explicar que os resultados são demorados, mas alega que “isto também não adianta”.

1.1.4. Quando permitia a manipulação da cliente e/ou da sua mãe (ou seja, quando reforça um CCR1)

Exemplos:

T1 – “Eu agi errado, e é isso que sinto quando ela me manipula. Quando foge, sinto que errei... Me pergunto o que eu fiz de errado, eu tinha que ter feito ela chegar onde chegou, mas ela não tinha que ter fugido. Ela fugiu? eu errei!”

T1 relatando sobre uma tarefa solicitada na sessão, de frente ao espelho:

T1 – “Ela estava irritada. Eu não sabia se tinha alguma coisa ali, ou se ela estava irritada com a situação... mas se tivesse conseguido falar : “não estou gostando dessa situação”, depois que perguntei: “se não estiver gostando, você me fala?” Se tivesse falado, eu teria saído de lá com ela. Teria tirado esse estímulo aversivo, mas eu estava sabendo que iria reforçar a esquiva... mas por outro lado, iria reforçar o comportamento de manifestar mais adequadamente a irritação. Ela saiu... eu deixei que ela saísse e não falei nada, mas me senti péssima.”

M – “Como é que se sentiu com você mesma?”

T1 – “Eu errei! Onde foi que eu errei?” Podia ter falado, sinalizado: “você vai sentir alguma coisa ruim”, mas eu pensava... tinha que ter feito o que fiz... ao mesmo tempo, tinha que ter evitado a fuga, não pedir para ela ficar, mas ter feito com que ela conseguisse evitar fugir.”

T1 – “Sempre me cobro, porque com o conhecimento que tenho, se não der conta, imagina ela! Ou quem vai dar, da sua família?”

1.1.4.1. Estratégias utilizadas

- ✓ Tentativa de evocar CCR2: A terapeuta até tentou evocar o CCR2 – expressão de sentimentos. Contudo, não foi bem sucedida, talvez porque focalizou no comportamento da cliente “Me fale, caso não esteja gostando!”. Poderia, ao invés, ter tentado enfraquecer o CCR1 – expressão inadequada de sentimentos, expressando o que o seu comportamento “grosseiro” lhe fazia sentir, pois assim, dava-lhe um modelo de CCR2. Talvez isso, a faria sentir-se mais competente, à medida que desarmaria a cliente.
- ✓ Reforçar CCR1: Fica evidente, o quanto é difícil para T1 tomar uma atitude mais firme com a cliente. A reação da cliente (irritação) intimida T1, fazendo com que acabe reforçando um CCR1. A terapeuta propõe algo, a cliente fica com ódio e se distancia, punindo o comportamento da terapeuta.

1.1.5. Abandono da terapia

Exemplo:

T1 – “Não via resultado em nada no meu trabalho... Como ela era oito ou oitenta , também passei a fazer isto... Pra mim porque o caso dela não estava bom, não tinha nada bom... quando me afastei, pude ver que desde o início, errei e mantive esse erro: o de pegar a responsabilidade total pra mim nesse caso.”

T1 – “Quando ela invadia o meu limite, pensava: “meu Deus, como é que não estou dando conta de colocá-la no lugar dela? Como é que ela vem aqui e faz tudo isso comigo? Ela não me respeita.”

T1 – “Acho que faltou pulso, faltou o distanciamento de mostrar que o problema é seu. 50% disso tudo é seu, vem cá. Não vem me jogar tudo isso.”

1.1.5.1. Estratégias Utilizadas:

- ✓ Reforçar CCR1: T1 assumiu responsabilidade total pelas mudanças da cliente, durante boa parte do processo.
- ✓ Análise de contingências: Após submeter-se às discussões nas supervisões, T1 passa a analisar as contingências – o quanto permitia que a cliente manipulasse seu comportamento.

1.2. Maternal e/ou medo de fazer mal à cliente

Este sentimento parece ocorrer sempre que:

1.2.1. A cliente demonstra precisar da terapeuta

Exemplos:

T1 – “Quando ela passa a sensação de que precisa de mim, não é tão bom porque fico com sentimento meio maternal por ela, porque é nova... fico assim... querendo... se pudesse tirar aquele sofrimento dela com as mãos, eu tiraria, resolvia tudo, uma coisa meio que mãe, mas acho que atrapalha o jeito de estar com ela.”

M – “Atrapalha em que sentido?”

T1 – “No sentido de ser muito protetora, de passar a mão na cabeça, falar não tudo bem. E quando ela faz o oposto, não chego a ter raiva, mas me distancio também.”

Em outro trecho:

M – “Como você se sente, por exemplo, quando quer falar de algo muito importante e ela fica brava?”

T1 – “Sabe como me sinto? É como se eu fosse a mãe dela nessa hora, fica parecendo mãe e filha, o jeito que age comigo e vou assim com todo jeitinho... Dá vontade de falar: Se

isso te incomoda, então vamos mudar de assunto, vamos falar de coisas poderosas... sei que isso me atrapalha...”

1.2.1.1.Estratégias Utilizadas:

- ✓ Reforçar CRR1: A terapeuta tem consciência de que reforça comportamentos de dependência na cliente (CCR1), mas não tenta mudar este comportamento, impedindo assim, o crescimento da cliente.

1.2.2. Quando a mãe é “cruel” com a filha

Exemplo:

T1 – “Ela desabou, falou que nunca esquece de nenhuma palavra que a tia fala. Que a tia fala “maldita hora que eu te adotei”, essas coisas todas assim. Aí quando eu vi, a abracei, falei que ficava com raiva da sua mãe, que tinha vontade de pegá-la no colo, levar pra casa, e cuidar dela.”

A cliente coloca-se num papel de vítima. Então, T1 sente-se como se fosse sua mãe. É um sentimento coerente, dada a contingência.

1.2.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: a terapeuta acaba reforçando este CCR1, tratando-a como “a coitada”, cuidando dela, ficando do seu lado, e com raiva da mãe.

1.2.3. Quando a cliente e/ou a mãe jogavam toda a responsabilidade das mudanças na terapeuta

Exemplo:

T1 – “Como o *borderline* joga a responsabilidade em você... eu tinha pego toda a responsabilidade. Toda, toda, até me sentindo mãe da própria menina e ela fazia isso e eu pegava direitinho. Então, era o tempo todo preocupada, com aquela responsabilidade de ter que dar conta...”

Em outro trecho:

T1 – “A tia me fez sentir mais mãe ainda, quando xingou a menina de ‘cachorra’. Se ausentou do seu papel completamente... não conseguia ver naquela pessoa nem uma faísca de mãe, é como se tivesse deixado todo o terreno livre pra eu tomar conta.”

1.2.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: Ao colocar sobre T1 toda a responsabilidade de mudanças, esta assumia o papel, o que mantinha tanto na cliente, quanto na sua mãe, a isenção de responsabilidade (CCR1). Assim, ambas reforçavam-se mutuamente.

1.2.4. Punição por tentar enfraquecer CCRs1

Exemplos:

T1 – “Tive medo de estar fazendo-lhe mal... Estava falando sobre uma coisa muito séria com ela, uma mentira, parece que me fez um elogio, fez uma manipulação... Me senti como a sua tia vive reclamando, como se estivesse debochando de mim. Nessa hora, fiquei com muita raiva... Deve ser isso que a tia chama de deboche! Não me lembro bem à situação, mas trabalhei com ela o que queria com isso e o que estava causando em mim.”

M – “E como ela reagiu?”

T1 – “Ela ficou muito mal... fica muito mal quando a gente aprofunda em algumas coisas que vê o quanto está errada, o que tem feito da sua vida. Então, é sempre como um iôô: eu tenho que ir, e depois voltar... não posso deixá-la muito mal, sua tendência é muito depressiva.”

Quando T1 insistiu para que cliente fazer o exame para detectar se estava usando drogas ou não:

T1 – “Sua expressão facial mudou, ficou de cara ruim mesmo, retraiu, só falou “não! sim!” Afastou, não queria conversar. Como menino quando emburra.”

M – “O que você sentiu quando ela fez isso?”

T1 – “Me senti ameaçada, porque penso: “agora vai embora, vai sair correndo daqui, vai fugir.” Não sei muito bem o que esperar dela... só espero coisa ruim.”

M – “E o que tem de tão ruim em se sentir ameaçada dela te abandonar?”

T1 – “Acho que a vida dela vai desandar mesmo, porque vou ter sido a quarta terapeuta que passa, já abandonou o tratamento com médicos, e acho que sua mãe iria piorar demais... a relação delas... porque ia ver que tudo que tentou não deu certo.”

Ou ainda, na tarefa que T1 propôs, na sessão, diante do espelho:

T1 – “Eu questionei dos dentes, porque ela usa aparelho em todos os dentes, sendo que não precisava usar aparelho. Sua mãe a levou ao dentista e este, disse que não era preciso, mas mesmo assim (a cliente) pôs. Então, quando perguntei sobre o que achava da sua boca, ‘explodiu!’ Porque mexi em uma coisa que a sua mãe já estava falando: “você não precisa usar aparelho”... Quando perguntei da boca, saiu correndo: “não vou mais fazer essa terapia, nunca mais volto aqui.” Aí foi embora.”

M – “O que você fez, quais foram suas tentativas para lidar com a irritabilidade dela?”

T1 – “Primeiro, foi tudo muito rápido, não estava muito confiante que realmente ela estava irritada (o porquê). Não sabia se tinha alguma coisa ali ou se estava irritada com a situação... mas, se tivesse conseguido falar : “não estou gostando dessa situação”, depois que perguntei: “se não estiver gostando, você me fala?” Se tivesse falado, teria saído de lá com ela. Teria tirado esse estímulo aversivo... sabia que iria reforçar a esquiva, mas por outro lado, iria reforçar o comportamento de manifestar mais adequadamente quando fica irritada. Quando saiu... deixei que saísse, não falei nada... me senti péssima por ter saído

de lá pior do que entrou... já chegou muito desequilibrada, falando que iria fugir e não avisaria ninguém...”

1.2.4.1. Estratégias utilizadas

- ✓ Vulnerabilização: No primeiro trecho, T1 tenta expor seus sentimentos diante dos comportamentos da cliente, e esta, pune sua tentativa. Demonstrou-se intensamente triste. T1, temendo a possibilidade de comportamentos auto-destrutivos, adotou as mesmas estratégias utilizadas por pessoas significativas do cotidiano da cliente – “pisou em ovos”, ou seja, reforçou seu CCR1.
- ✓ Tentativa de enfraquecer CCR1: T1 tentava bloquear fuga do contato com sentimentos aversivos, insistindo com tarefa do espelho.
- ✓ Tentativa de evocar CCR2: T1 tentou também evocar o CCR2 expressão adequada de sentimentos.
- ✓ Reforçar CCR1: Ambas as tentativas foram malsucedidas – cliente puniu T1, demonstrando sentir-se pior e indo embora. Com isso, T1 acabou reforçando um CCR1, ao permitir que cliente saísse da sessão.

É interessante notar que como a cliente sempre a punia, T1 apresentava tipicamente estratégias de esquiva, em diversas situações em que necessitaria enfraquecer outros CCRs1, conforme ilustrado no trecho abaixo, em que T1 evitou confronto com a cliente, quando esta, mentiu:

T1 – “Não falei nada... penso que sua mãe não vai procurar um tratamento, porque já procurou vários, esse aqui já é o terceiro tratamento psicológico. Aí eu penso que vai piorar tudo porque a mãe dela não vai atrás de um outro tratamento, que vai deixar por conta, do jeito que está, a tendência é piorar, caso fique sozinha.”

Ou ainda, em outros momentos, reforça CCR1 de manipulação da mãe, para evitar que tirasse a filha da terapia ou que se sentisse mal (em função de um problema de saúde):

T1 – “Faço tudo que ela (a mãe) quer... Só não traio a confiança da minha paciente, mas às vezes, falo: “vou fazer” e não faço. Mas, sempre concordo com ela. Na verdade, tenho vontade de falar um monte de coisas para ela, não falo de medo dela tirar a menina.”

T1 – “A tia tem um problema de saúde...tem diabetes, então até quando estava tendo as crises comigo, ficava o tempo todo preocupada com as taxas dela. Então era assim um horror.”

1.3. Raiva

A raiva apareceu em relação às seguintes situações:

1.3.1. Quando a mãe era cruel com a filha

Por exemplo, na situação de suicídio, chamou a menina de “cachorra”. Ou como no trecho abaixo:

T1 – “Olha só como era interessante o que a tia fazia com que eu sentisse... muitas vezes, me sentia companheira da cliente, e contra a tia. Do tipo: “o que você está passando, eu sei, porque já sofri isso.” Então, era como se nós duas, estivéssemos unidas contra essa tia malvada.”

1.3.1.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Validação: Diante do que a própria terapeuta sentia pela mãe da cliente, era muito mais fácil validar o que esta mesma sentia. T1 entendia perfeitamente o que a cliente sentia por sua mãe.

- ✓ Reforçar CCR1: Só que T1, acabava apenas reforçando a posição de vítima da cliente, não trabalhava a sua responsabilidade também.

1.3.2. Quando a cliente mentia para T1

Exemplo:

T1 – “Senti raiva quando, por exemplo, o tio dela (que é o pai adotivo) me contou: ‘Ela está falando pra todo mundo, falou para uma amiga aqui, que o tempo inteiro mentiu para a senhora, viu?’ Fiquei com muita raiva. Outra vez que estava mentindo que era virgem, e a sua mãe pegou camisinha no seu guarda-roupa, chegou aos prantos no consultório jurando de pé junto que era virgem e que iria até fazer um exame naquela hora no ginecologista. Eu acreditei, liguei para a mãe dela: “ela está aqui e quer fazer o exame, então vamos!” Pensei: “que mãe que não acredita nessa menina! Coitada!” Depois, descobri que não tinha nada de virgem. A mesma coisa fez com droga, mentindo que iria fazer exame para mostrar que não usava droga, quando já havia usado.”

M – “O que você sentiu em relação a ela?”

T1 – “Raiva muita raiva. Fiquei até com vontade... não, não cheguei a ter vontade de abandonar o caso... mas fiquei assim, agora também não estou nem aí, se quiser sair pode ir embora.”

1.3.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T1 acredita na sua mentira. Ou algumas vezes, esquiva-se das reações da cliente, pois todas as vezes que pontua algum comportamento inadequado seu, esta ou fica “mal”, ou vai embora da sessão:

T1 – “Uma vez falei: “você está mentindo pra mim!”, ela foi descarada, percebi na hora que estava mentindo. Nunca mais fez alguma coisa

descaradamente. Não lembro a situação e nem sei explicar, mas foi muito descarada... falei: “Você está mentindo pra mim!” Ela: “não, não estou”. Acho que foi aquele dia que foi embora, que duvidei.”

Com medo de separação (decorrente das constantes ameaças da cliente) T1 reforça seus CCRs1. Parece estar “pisando em ovos” o tempo todo. Quando os pais da cliente entram em conflito com a cliente, eles acabam brigando uns com os outros, e cada um “vai para o seu canto”, demonstrando claramente que o comportamento de fuga da menina está sendo reforçado. Como a terapeuta não briga com ela, vai embora para não ter que ouvir o que T1 tem a dizer. Deste modo, mais uma vez, percebe-se o jogo recíproco de influências. Cliente “força” tanto T1 como as outras pessoas a reforçar seus comportamentos inapropriados. T1 até tenta enfraquecê-los, mas está sendo constantemente punida pela cliente.

✓ Vulnerabilizar-se:

T1 – “em outra situação, não me lembro mais qual, que ela também mentiu, eu me senti como a tia dela vive me reclamando que ela se sente como se ela estivesse debochando de mim. Nessa hora eu fiquei com muita raiva desse... Não foi um deboche, mas eu entendi assim naquele momento...Ah! deve ser isso que a tia chama de deboche! Como se ela estivesse debochando... Aí eu trabalhei com ela o que ela queria com isso é o que estava causando em mim. “Eu fico muito chateada quando você faz isso comigo porque mostra que você não confia em mim!””

A vulnerabilização também é freqüentemente punida pela cliente, que fica “mal”, diz coisas como “nunca vou mudar!”. Enfim, se coloca numa posição de vítima novamente, fazendo com que a terapeuta se sinta como se fosse sua mãe, suprimindo seu comportamento de expressar sentimentos negativos por ela.

✓ Procurar informação fora da relação terapêutica: Outras vezes, T1 alega descobrir a verdade através da família, não podendo assim, utilizar da informação, pois “quem contou foi a tia”. Talvez, pudesse ter insistido mais com a mãe para que permitisse o uso destas informações com a cliente, esclarecendo os objetivos terapêuticos disto.

✓ Esquiva experiencial: como no seguinte trecho:

M – “Então, você consegue discriminar quando ela começa entrar em contradição, como você começa a ver que ela está mentindo, está escondendo, o que você sente?”

T1 – “O que eu sinto? Às vezes eu fico brava, na hora assim mesmo quando eu estou com ela eu não fico brava é outro sentimento.”

M – “O que você sente?”

T1 – “Eu falo assim: “Ela está mentindo!” É engraçado... acho que fujo disso.”

M – “De ter sentimentos aversivos por ela?”

T1 – “Não, eu não prestei atenção no que sinto, mas é uma coisa que fujo.”

Do exposto até aqui, percebe-se como os sentimentos de T1 são contraditórios: ora teme a separação, ora afirma não se preocupar com provável rompimento da cliente. Isto é comum ocorrer com pessoas que se relacionam com o *borderline*. As pessoas acabam se tornando *borderlines* também, no relacionamento.

1.3.3. Quando a mãe da cliente a desqualifica profissionalmente

Como numa situação de pagamento das sessões que T1, do seu consultório, ouvia os gritos da mãe com a secretária, que enganadamente, estava cobrando a mais. A mãe xingou T1 e toda a clínica pôde ouvir.

Em outro trecho:

T1 – “Teve um dia que a tia veio aí, ficou a tia, o tio, eu é a... lá do outro quarteirão escutava os berros da tia xingando: “sua vagabunda, sua ordinária, sua cachorra”, de tudo que você pode imaginar... essa tia acabou com ela de um jeito, comigo também, veio pra cima de mim também querendo me agredir verbalmente, do tipo: “diabo já cansei já paguei tudo quanto é psicólogo, ‘psicomerda’, é psiquiatra é psicólogo é não sei o que lá é ‘psicomerda’.” Esse tipo de agressão, falando assim também: “Olha, Dra, pra senhora é muito fácil, pois não está na minha pele, queria ver se fosse a senhora lá.” Essas coisas mais assim sabe...”

1.3.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de enfraquecer CCR1 (agressividade, fuga e esquiva), vulnerabilização, validação X mudança:

T1 – “Ontém (se reportando à primeira situação acima) estava com ódio dessa mãe... acho esquisito, tem horas que chamo de tia, outras chamo de mãe... mas ela (a cliente) sempre fala mãe. Aí, quando chegou, já quis logo ir falando da filha, e eu disse: ‘não, antes de falar dela, vamos falar um pouquinho da gente!’. Daí ela começou a escorregar, e comecei a falar: “olha, o que aconteceu ontém? Porque isso e aquilo... quando ouvi aquilo, fiquei com muita raiva de você, meu coração se encheu de ódio, porque daí fui lembrar de todas as vezes que você me desqualificou profissionalmente” – falei até os termos que ela tinha usado nas outras vezes. Mas aí o tempo foi passando e me veio na cabeça aquela imagem, que tinha me contado de quando era pequena, e formei a imagem daquela história. “E de repente, meu coração encheu de amor por você... E eu te perdô mesmo que você ache que não está errada e não me peça perdão.” Aí eu vi que o olho dela encheu de lágrimas e quando terminei de

falar e olhei para ela, sua expressão de distanciamento voltou, fechou o olho e voltou a falar da filha, e disparou a falar. Daí eu disse: “mas, calma!” E ela respondeu: “não! mas me explica tal e tal coisa...” aí voltou ao destempero, falou e falou tudo. Aí eu expliquei o problema da filha de novo, porque seu grande problema é que acha que estou sempre a defendendo, e contra ela. Daí eu falei: “não estou pensando na sua filha, quando falo com você, penso em você, quero o melhor para você.” Falei pra ela, um dia: “como agir, como conviver com uma pessoa que tem muito problema, sem deixar que a raiva de toda essa confusão que a pessoa apronte, atrapalhe a sua vida? Falei: “sei que é difícil, ontem mesmo, pude experimentar o que a raiva faz com a gente, mas sei que a gente não controla o sentimento, mas o comportamento. Quando você explode, não é porque é ruim pra sua filha, é ruim pra você. Seu comportamento produz uma série de substâncias que faz mal pra você, depois você se sente arrependida.” Antes dela entrar, a secretária já entrou e disse: “já pediu desculpas pelo que fez ontem, disse que estava com a cabeça quente, diz que a filha que a descompensa, pediu mil desculpas e já entrou com o cheque que tinha preenchido.” Eu tinha dito umas dicas, do que ela poderia usar para que nestas férias não deixar que sua raiva a dominasse. Depois a gente conversou, disse que gosta muito de mim, que a filha que atrapalhava a nossa relação, e que se agora eu estava danando com ela, a culpa era da filha.”

Fica claro, neste trecho o quanto foi difícil bloquear os comportamentos inadequados do cliente *borderline*. A mãe também evidenciou um padrão *borderline*. T1 tentou o tempo todo, enfraquecer os CCRs1 de agressividade, fuga e esquiva. Tentou fugir várias vezes, mas T1 não

permitiu. Além disso, mostrou como se sentia ao ser desqualificada por ela, e ao mesmo tempo, validou suas percepções sobre a filha, mas também sugeriu estratégias mais produtivas.

A última frase do trecho mostra também que a mãe age como sua filha, não assume responsabilidade pelos seus atos – coloca-se numa posição de vítima.

- ✓ Validação e aproximação: No outro trecho em que a mãe estava xingando a filha, T1 fez o seguinte:

T1 – “Antes de chamar sua tia, tinha me avisado... foi a primeira vez que as duas ficaram juntas e a gente estava fazendo o seguinte teste. Eu disse pra menina: “Olha muitos sentimentos vão aparecer... raiva dessa tia, vai aparecer um pouco de dó, também de pena. Vai aparecer um monte de sentimentos, porque a gente vai agir de acordo com o que a gente sente, fica atenta da forma que vou agir e pode ter certeza que tudo que ela está falando está me gerando alguma emoção”... aí nós ficamos muito tempo assim, quando essa tia saiu, ela desabou... falou que nunca esquece de nenhuma palavra que a tia fala. Que a tia fala “maldita hora que eu te adotei!”, essas coisas todas assim. Aí quando a abracei, falei que ficava com raiva da sua tia, que tinha vontade de pegá-la no colo, levar pra casa, e cuidar dela.

Estes trechos mostram que a validação acaba sendo uma reação natural às situações sofridas pela cliente. Qualquer pessoa sentiria pena, nesta circunstância e daria razão para a cliente em sentir-se triste e vitimizada. Apenas um cuidado é importante: de deixar escapar a oportunidade para trabalhar as mudanças, se não a cliente pode manter-se na posição de vítima, que não é nenhum um pouco produtiva.

1.3.4. Quando a mãe da cliente tenta manipular T1:

Como numa situação em que T1 estava atendendo também um primo da cliente em questão:

T1 – “Ela (a mãe) veio com uma conversa assim – “minha filha está achando ruim porque está havendo muita comparação entre os dois.” Eu fui ‘dando corda’, no final das contas ela falou isso: “ Escolhe ou você manda-o ir embora ou então eu a tiro” Ela me ligou várias vezes e não deixou a filha voltar para a terapia, ela ficou segurando a menina muito tempo. Enquanto eu não mandei o menino embora, ela não trouxe a filha de volta pra sessão.”

M – “E como você se sentiu?”

T1 – “Eu fiquei ‘puta’ com essa mulher... com tanta raiva, mas tanta raiva, acho que sinto a mesma raiva que a filha sente. Assim, e ela é uma pessoa extremamente sofrível, faz muita coisa boa, mas não deixa a gente sentir dó dela, nem compaixão, porque sempre faz alguma manipulação que te deixa muito brava, te agride verbalmente, te menospreza, e faz isso com todo mundo.”

1.3.4.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T1 cede à chantagem da mãe: escolhe atender a menina, e não mais o primo dela. Relata ainda:

T1 – “Eu faço tudo que ela quer. Eu só não traio a confiança da minha paciente, mas às vezes eu falo muito assim – ‘tá eu vou fazer! Mas não faço. Mas eu sempre concordo com ela. E na verdade eu tenho vontade de falar um monte de coisas para ela, é não falo de medo dela tira a menina.”

Assim, T1 reforça na mãe, seus padrões *borderlines* – faz o mesmo que todas as outras pessoas. É como se a mãe quase “obrigasse” as pessoas a fazer o que ela quer.

1.4. Desvalorização

Este sentimento ocorreu em relação às seguintes contingências:

1.4.1. Quando a cliente passava a impressão de que não gostava de T1

Exemplos:

M – “Você acha que ela precisa do seu carinho e de sua amizade?”

T1 – “Às vezes eu sinto, é às vezes passa a impressão de que eu não sou nada.”

Em outro trecho:

M – “Na outra supervisão, a gente discutiu como esse seu comportamento mantém uma dificuldade dela, você se lembra? O fato de você ceder às suas manipulações, reforça este comportamento. Então, vamos pensar na possibilidade de você parar de ceder a essa manipulação, quando por exemplo ela passa um tempo sem vir a sessão para te punir, punir o que você fez com ela...”

T1 – “Ou não! Não é punição, é simplesmente porque ela não se importa.”

Ou ainda, em outro trecho, após a cliente abandonar a terapia:

T1 – “Ela foi extremamente grossa comigo (falando da mãe da cliente) durante todo o tempo, e o tempo todo, eu dizia: “quero te ajudar, pode não parecer mas o que eu quero é aliviar o seu sofrimento.” Então, várias vezes, ela me agrediu verbalmente e eu retribuía com amor. Várias e várias vezes me agrediu e eu retribuía com amor. E daí eu faço a mesma análise, como é que ela pode ser igual a filha e reclamar tanto? Como é que eu dava tanto amor a ela, nesse sentido e só me dava o que tinha de pior?”

E também falando sobre as mensagens que recebe da cliente por e-mail:

T1 – “É até engraçado, é a cara dela. Ela tem e-mail, e no e-mail, tem uma lista de pessoas fixas, às vezes ela poe alguma, nunca vi ela tirar ninguém e meu nome esta lá. Então, manda um monte de coisa pronta pra mim, um monte.”

M – “E qual é o conteúdo dessas mensagens? Percebe alguma coisa que seria uma pista pra você de socorro? Você percebe alguma coisa assim?”

T1 – “Não percebo nada assim... Pra mim, como a lista dela é extensa e gosta muito de estar em comunicação com esta lista... não me incluo. Eu acho que ‘tô ali porque nunca tirou ninguém, acha bonito ter uma lista cheia. Tudo enlatado ‘tá lá, recebe de um e manda pra todo mundo. A única coisa que escreveu foi mandando o telefone dela, mas também pra lista inteira, falando que está esperando as pessoas ligarem...”

1.4.1.1.Estratégias utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T1 sofria, na maioria das vezes, calada, não expressava seus sentimentos para a cliente, permitindo a fuga da cliente.
- ✓ Tentativa de evocar CCR2: T1 tentou também evocar a aproximação e a expressão adequada de sentimentos. Uma observação interessante é que, para a terapeuta, parece ser muito importante ser valorizada pela cliente, já que dava muito, e ainda permitia ser mal tratada. A impressão que deixa, com estes comportamentos, é de querer ser a salvadora da cliente.
- ✓ Esquiva experiencial: T1 não se vulnerabiliza, em diversos momentos. Até que a relação se torne íntima, este comportamento pode ser punido diversas vezes. Para que a relação se mantenha, é necessária a presença de reforçadores positivos. Para que estes sejam superiores aos estímulos aversivos, a pessoa aprende a se engajar em comportamentos de fuga/esquiva, na tentativa de remover ou evitar os últimos. Assim, os comportamentos da própria terapeuta estão sob controle de estímulos.

1.4.2. Quando a cliente sumia

Exemplo:

M – “Como é que você se sentia quando ela sumia?”

T1 – “Muito mal. Porque ai ficava: “agora não vai aparecer mais. O que esta acontecendo? Será que nada do que a gente fez aqui significou para ela?”

1.4.2.1. Estratégias Utilizadas

✓ Reforçar CCR1

M – “E o que você realmente fazia quando ela sumia?”

T1 – “Ah, eu sempre ligava, a tia sempre me ligava, o pai a levava meio que a força.”

1.4.3. Invasão do limite de T1

Exemplo:

T1 – “Eu percebia quando ela invadia o meu limite. Então, pensava: “meu Deus, como é que não estou dando conta de colocá-la no lugar dela? Como é que ela vem aqui e faz tudo isso comigo? Ela não me respeita.”

T1 – “Ela me manipulava tanto, que chegava a me ligar pra me pedir o que era pra eu trabalhar com a menina. “você fala isso e isso pra ela porque assim, assim, assim.” Chegava a me descrever o que queria... mas: “você me desculpa, não quero intrometer, só estou falando.”

1.4.3.1. Estratégias Utilizadas:

✓ Reforçar CCR1: Embora T1 não fizesse o que a mãe da cliente queria, ela permitia que esta, dissesse o que deveria fazer:

M – “E o que você fazia?”

T1 – “Nada, nem com ela nem com a menina. Mas também não cortava. Ouvia, ouvia. Assim, não falava nem que sim, nem que não, ouvia.”

1.5. Dificuldade de trabalhar

Sentimento decorrente das seguintes contingências:

1.5.1. Após a cliente emitir comportamentos manipulativos

Exemplos:

T1 – “Ela tem um poder de manipular muito grande, então, quando vejo já mudou de assunto, e nem percebi. Muda de assunto de uma forma tão sutil, vai emendando um assunto em outro e nunca me deixa aprofundar em nenhum assunto. A vida dela é um caos, então sempre traz este caos de forma bem superficial sem aprofundar no assunto. Desvia ou começa a chorar muito, de um jeito ou de outro me manipula, é difícil conseguir trabalhar alguma nela a fundo...”

Em outro momento, referindo-se à impressão de que é sem valor para a cliente:

T1 – “Hoje, quando me passa isso, eu simplesmente, penso: “Não posso fazer mais nada!” Penso que estou fazendo o possível... agora, do que não depender de mim, não posso fazer nada.”

Ou ainda, com relação às suas mentiras:

T1 – “Ela sempre mente e fico numa situação delicada, porque não é ela que me conta, e não quero muito ficar com esse negócio de leva e trás, então, fico tentando de todo jeito que me conte. Ela fica deprimida, extremamente deprimida, diz: “Não adianta, não vou mudar mesmo.”

M – “E o que você faz?”

T1 – “Aí eu recuo, principalmente naquela época delicada eu recuava.”

1.5.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: Dos trechos ilustrados acima, verifica-se basicamente uma estratégia – reforçar CCR1. T1 permitia que cliente fugisse dos eventos aversivos presentes, pois cliente punia suas tentativas de enfraquecer CCRs1, distanciando-se, mudando de assunto, chorando etc. Estas conseqüências serviam de Sd para que T1 emitisse comportamentos de fuga, pois tornara-se uma situação aversiva para si mesma.

1.5.2. Cada semana era um novo “incêndio”:

Exemplo:

T1 – “Por a vida dela ser esse caos sempre, eu sinto muita dificuldade de trabalhar alguma coisa com ela, porque sempre é alguma coisa que já está na eminência, ou então, que já aconteceu e ainda está muito quente. É como se eu estivesse trabalhando sempre no vermelho pra pagar apenas o juro, sem estar pagando a dívida.”

1.5.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ “Apagar Incêndios”: Esta estratégia é bastante freqüente no atendimento ao cliente *borderline*, já que o mesmo, vive em constantes crises. Portanto, o fato de T1 sentir dificuldade de trabalhar com a cliente, é coerente com as contingências impostas pelo mesmo.

1.5.3. Da falta de oportunidade para atuar

Exemplo:

T1 – “Eu acho que não tive oportunidade, porque meu tempo foi muito curto... e como tratava de duas *borderlines* e duas pessoas em conflito entre si, uma atrapalhava a outra e eu ali no meio. Era difícil trabalhar.”

T1 – “Ela (cliente) estava sempre brigando porque a tia intrometia na vida dela, então era muito difícil.”

1.5.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: Ambas brigavam entre si e, as tentativas de T1 para enfraquecer estes conflitos eram punidas por elas (conforme já ilustrado em diversos trechos), sendo que a sua reação natural era esquivar-se do combate, o que levava ao reforçamento de CCRs1.

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão

2.1. *Comportamento de “dar razões”, quando confrontada por Mestranda, que referia-se à possível saída da cliente:*

M – “Mas porque você se preocupa tanto com isso? Porque naquela situação que a mãe pediu pra você escolher entre o cliente e ela...”

T1 – “Entre o primo dela e ela?”

M – “Isso! Você escolheu ficar com ela, mas ao mesmo tempo você estava tendo bons resultados com o outro...”

T1 – “Não... nunca abandonaria cliente nenhum, muito menos esse, porque esse sei que ainda é pior que o caso dela.”

M – “Mas o que te fez abandonar? Por que você a escolheu?”

T1 – “A chantagem da mãe... cai na chantagem da mãe conscientemente.”

M – “Mas porque que você acha que caiu na chantagem? Por que foi melhor pra você escolher essa cliente? Ao invés de colocar para mãe: “Olha, estou aqui e me dispus a atender os dois: a sua filha e o primo dela, e eu vou falar: “vou continuar atendendo e a escolha é da senhora.”

T1 – “Porque tinha certeza que ela iria tirar, porque já tinha tirado (a cliente) da terapia, quando foi pra Jataí...ficou muito tempo longe, ficou um mês sem vim pra terapia. Quando a tia queria, a obrigava vir. Quando a tia falava “você não vai”, não vinha.”

M – “Então, mais uma vez, e se isso acontecesse?”

T1 – “Ah! Eu ia ficar com o sentimento de frustração muito grande. Primeiro porque sei que um tratamento desse não é a curto prazo... então, ficaria com o sentimento de frustração... nem é por não ter conseguido, é por não ter tido a oportunidade de ter realizado um trabalho pelo menos até o meio, porque nós ainda estamos no início.”

M – “Entendi sua posição. Mas por outro lado, você não acha que quando age assim, não está realmente mostrando pra mãe dela que pode fazer o que quiser?”

T1 – “Com certeza!!! A mãe dela faz isso com todo mundo, não é só comigo. É o padrão de comportamento dela, manipular.”

M – “Uma outra pergunta... Será que o fato de você sempre ter dó da cliente não mantém esse comportamento de se colocar na condição de vítima? Porque *borderlines* são clientes que despertam muita pena, o terapeuta fica penalizado... com a história de vida deles com a negligência toda que sofreram. Mas até que ponto isso é bom pra o processo? Ela está em terapia. Os pais parecem não querer mudar. Ela que tem que mudar e pra isso, é preciso sair de uma posição de vítima. Enquanto estiver nessa posição de vítima, o mundo é que vai ser cruel. E de fato muitas coisas são cruéis... o mundo tem sido muito injusto, mas será que ela também não permite?”

Aqui, M tenta enfraquecer o comportamento de T1 de “dar razões”, confrontando, ou seja, não aceitando suas desculpas para não intervir, e também validando pois sua esquivia é produto de contingências aversivas na relação entre ela e clientes. Esta estratégia é interessante porque os

clientes tendem a fazer o mesmo com seus terapeutas, e na supervisão, é possível demonstrar, a partir da própria relação, como enfraquecer o comportamento problema.

Ou ainda, em outro momento, em que se referia à não expressão de sentimentos pela cliente:

T1 – “Eu me sinto vulnerável, fico a mercê de mim mesma, do meu próprio comportamento, no sentido de que às vezes, posso despejar um sentimento... me sinto com muita raiva e me transformar na raiva...”

M – “É como se você tivesse medo de perder o controle sobre você?”

T1 – “Isso!”

M – “Por que é tão aversivo pra você perder esse controle?”

T1 – “Eu não sei... porque nunca perdi, mas tenho na minha cabeça que isso pode me controlar. Acho que vem da minha infância, porque tinha uma irmã que quando ficava com raiva, perdia o controle do próprio comportamento. Explodia de pegar faca e tudo, até contra minha própria irmã, e fora disso, era uma pessoa completamente meiga, ninguém nunca imaginaria que quando estava em ‘explosão’, seria capaz de fazer o que fazia. Então, acho que um pouco desse medo vem daí, de começar a falar, porque quando você fala, traz para o presente, seu comportamento é o próprio sentimento. Tenho medo de desandar e não ter mais o controle.”

M – “Mas você não acha que quando você guarda e vai acumulando, muito mais facilmente você perde o controle?”

T1 – “Muito! Acho que também é a questão de colocar em prática e ver que não vou perder o controle!”

M discute os sentimentos de T1, na tentativa de entender as contingências produtoras dos mesmos, e então, confronta T1, visando criar uma disposição para se expor, junto a cliente. Mais

uma vez, através da relação de supervisão é possível demonstrar, na prática, como confrontar o cliente, quando necessário, visto que frequentemente temos clientes, cujos comportamentos são governados por regras, e evitam se expor à contingências que podem ser reforçadoras.

M tenta enfraquecer CCRs1 de T1 (como esquivas experienciais, comportamento de “dar razões”) e de fornecer modelos de como agir, a partir da própria relação de supervisão.

Exemplos:

M – “Eu entendi sua posição (referindo-se às razões dadas por T1 para ceder às chantagens da mãe da cliente). Mas, por outro lado, você não acha que quando você age assim, não está realmente mostrando pra mãe dela que pode fazer o que quiser?”

T1 – “Às vezes, eu encontrava a barreira dela e eu via aquilo como alguma coisa assim do: ela me respeita.”

M – “Em função da gente trabalhar com bloqueio de esquivas, muitas vezes a ficamos inseguras... até onde eu posso ir, não estou desrespeitando o cliente, não vou estar invadindo... mas, ao mesmo tempo se você respeita, mudando de assunto, quando o cliente diz: “Eu não quero falar disso agora”... você está adiando uma coisa que vai precisar ser revista. Então, você pode continuar respeitando isso, mas ao mesmo tempo, colocando “Olha, eu agora estou momento difícil... você não quer falar disto, mas vejo esta necessidade porque isso é importante para o seu crescimento...para que mude.”

M – “Será que se você tentasse... por mais difícil que isso seja, porque eu imagino que você esteja sofrendo muito, de ver a situação dela de tudo que ela passa... Por mais difícil que seja, não seria melhor você falar dos seus sentimentos?”

T1 – (com expressão de surpresa, após sugestão de M) “Falar claramente pra ela: será que você não percebe que é você quem causa isso tudo?”

M – “Por que você acha que isso seria demais?”

T1 – “Porque ela não está pronta pra ouvir isso de mim.”

M – “Por que você acha que ela não está pronta?”

Aqui, M poderia ter sido um pouco mais incisiva, dizendo, por exemplo, “E quando ela estará? Será que se ficar esperando, isso ocorrerá?”

M – (após T1 justificar porque reforça CCRs1 da cliente) “Quantas vezes ela saiu do consultório com raiva e voltou?”

M – “Vamos supor que você agisse dessa maneira: não fosse atrás dela. O quê que aconteceria? Porque seria um risco, não é? Você estaria arriscando que esse vínculo se rompesse, estaria se arriscando a expor sentimentos ruins para você, como você falou, de frustração, por exemplo. O quê que você acha que você ganha ao correr esse risco?”

Em vários momentos, quando questionada sobre o que sentia, T1 mudava de assunto ou respondia outra coisa. Diante disto, M insistiu recolocando a questão. Contudo, poderia ter trabalhado a esquiwa de T1 diretamente, perguntando, por exemplo, “Parece ser difícil para você, falar de seus sentimentos?”

2.2. “Desespero”

Diante de qualquer problema ocorrido com a cliente, T1 ligava para M, para que esta, sugerisse o que fazer. M após reforçar várias vezes este comportamento, discutindo prováveis soluções, identificou que estava reforçando um CCR1 da terapeuta e resolveu tentar enfraquecê-lo, primeiramente vulnerabilizando-se:

M – “Quando você, por exemplo, me procura, no telefone ou na faculdade, desesperada pra falar do cliente, eu comecei a observar o impacto disso sobre mim. Quando está desesperada, sinto o mesmo na sua situação de desespero com a sua cliente. Você estava se sentindo muito responsável por ela... e eu me assustei porque comecei a me sentir responsável por você, e

estou me sentindo tão responsável que parece que estou sendo sua tábua de salvação... A cliente está fazendo com que você adquira padrões *borderlines* e você, com esses padrões *borderlines*, está despertando padrões *borderlines* também em mim.”

T1 emitiu o seguinte CCR3:

T1 – “É igualzinho! Ontem, esqueci que você tinha marcado comigo... e ficava assim: “mas ela não pode fazer isso comigo, ela vai deixar eu viajar”, porque pra mim, você tinha ficado de me ligar... eu pensei: “estou igualzinho a mãe dessa menina. Estou fazendo a mesma coisa com a M.”

M, então, tenta adotar uma estratégia que vise enfraquecer este CCR1:

M – “Tenho consciência de que não posso reforçar este comportamento, mas até hoje não consegui. Porque (e é do meu jeito de ser também), por exemplo, se eu estiver no telefone e a pessoa começa a falar, ainda que eu não queira ouvir ou não possa ouvir como é o caso, eu me sinto mal educada se eu não fizer isso. Por exemplo, ontem você estava falando... me deu vontade de falar no telefone, quando eu estava reforçando seu comportamento inadequadamente (porque eu não deveria ter reforçado)... me deu vontade de falar assim: olha o que você está falando é muito importante, mas nós vamos discutir isso na supervisão. Mas pra mim, isso pareceu tão indelicado que eu decidi fazer esse trato com você na supervisão. Que trato é esse? Assim como eu acho que você precisa fazer esse trato com você mesma, para lidar com o cliente eu acho importante que a gente faça esse trato também! Quando eu começar a me sentir muito responsável por você, igual eu me senti essas duas últimas semanas, que eu comecei a me tornar também *borderline* por causa dos repertórios *borderlines* que a cliente está reforçando em você, vou te falar: “não vou poder lhe dar essa supervisão agora, a nossa supervisão é mensal, isso tudo é muito importante, você anota! Mas eu vejo que se eu fizer isso agora eu vou estar reforçando em você uma dependência a mim

que não é bom, assim como você faz com sua cliente, você reforça a dependência dela a você. E se a gente começar a reforçar umas as outras dessa maneira vai ficar todo mundo *borderline* e ninguém vai ajudar ninguém.”

M – “Acho que essa dependência é uma coisa natural, porque você está tratando de uma paciente *Borderline*, e é natural que você se sinta assim. Mas o que eu acho importante deixar claro é que eu não vou continuar reforçando esse comportamento. Como você se sente quando eu digo isso?”

T1 – “Eu penso como fui indelicada com você, nem perguntei se tinha tempo de me ouvir e fui falando, nem perguntei se era uma hora adequada. Fico pensando também: eu dei conta até agora sozinha, não vai ser tão difícil e durante a supervisão dá pra ela me falar um monte de coisa boa que vai dar para eu consertar muita coisa, mas eu fico com vergonha de ter agido assim.”

Com esta colocação M sentiu-se mal e tentou explicar-se mais:

M – “Entendi seu sentimento, mas não me senti mal pelo fato de você não ter perguntado, se podia, porque eu vejo isso como um comportamento natural, quando se lida com o *Borderline*. Acho importante estar te falando para que você entenda porque eu não vou estar reforçando... não é por uma questão de tempo ou que você está me atrapalhando, de forma alguma, tanto você não me atrapalhou, acabei reforçando porque estava me sentindo responsável por você. Mas não podia estar reforçando um comportamento que não vai ser produtivo para o seu crescimento e o da cliente. Eu vi que eu estava agindo com você da mesma maneira que você age com a cliente em relação à superproteção. É como se eu visse seu desespero, porque é desesperador, então eu agia meio que como mãe também, nossa eu tenho que fazer alguma coisa. Só que comecei a tomar consciência dessas coisas, mas não estava conseguindo, por uma questão de ficar indelicado simplesmente te cortar sem te

explicar o porquê. Você entende que não era porque você estava me atrapalhando, me incomodando, não é nada disso, era simplesmente porque se eu reforçasse esse seu comportamento vai ficar todo mundo borderline e nada vai ser produtivo e a intenção é que seja produtivo por mais difícil que seja... “

M continua se explicando até que T1 diz, tentando enfraquecer um CCR1 da supervisora – ser superprotetora:

T1 – “Agora, eu vou te perguntar: Porque você esta explicando isso tantas vezes assim?”

M se vulnerabiliza, novamente:

M – “Porque para mim é indelicado fazer essa coisas, é difícil... acho que é porque continuo sentindo que devo te super proteger... ainda me sinto responsável por você... então, são explicações que eu estou dando também pra mim, porque pra mim também é difícil não me responsabilizar por você e não te superproteger.”

M, então, busca um desfecho, tentando impulsionar T1 para ação com sua cliente:

M – “A responsabilidade desse trabalho não é só minha e também não é só sua, é nossa! E com sua cliente tem que ser parecido: olha responsabilidade não é só minha é sua também... O que você tem feito com ela é exatamente o oposto... é uma coisa difícil, eu sei que é difícil. Eu que estou fazendo esse trabalho, não estou fazendo a mesma coisa que você esta fazendo com a sua cliente estava fazendo com você? O importante é fazer, ainda que seja difícil.”

Este trecho ilustra como a própria relação de supervisão pode servir de instrumento de mudança do repertório do terapeuta, pois a partir disto, T1 além de ter tido vários modelos de como atuar com o seu cliente, teve seu CCR1 enfraquecido (já que não emitiu mais este comportamento de desespero), e foi exposta à um contexto de intimidade, que tanto esquivava-se na relação com sua cliente (CCR2). O contexto de supervisão tornou-se um momento de vivência, cujo objetivo foi modelar diretamente um repertório mais produtivo na terapeuta.

Infelizmente, T1 não teve oportunidade de pôr em prática as questões trabalhadas nesta última supervisão. T1 fez uma sessão com a cliente e com sua mãe, para prepará-las para as férias. “Deixei tudo organizado e equilibrado”, disse T1, “mas enquanto estava de férias o caos voltou, a mãe da menina me ligou... estava brava comigo, pois eu ainda iria ficar mais alguns dias de férias...e quando voltei, ela desistiu da terapia.”, fato este, bastante comum no atendimento ao cliente *borderline*. Contudo, T1 apontou na entrevista final o impacto do trabalho realizado:

T1 – “Obrigada! Você me ajudou demais, demais...(chorando) Porque era assim eu tinha uma vontade... Eu já chorei muito por esse caso, muito, muito. Eu tinha uma vontade de falar, falar, falar. Eu não falava em outro caso na minha vida, tudo, tudo, toda oportunidade que eu tinha era só esse caso, só, só, só. E parece que as pessoas não tinham a noção do tanto que isso pra mim era grande. E você foi uma pessoa que parece que eu senti que além de compreender, você não... eu vi que você entrou um pouco no meu desespero... acho que tem que chegar perto da pessoa, descer um pouco e falar nós estamos aqui, eu estou com você. Isso foi muito importante. Parece que naquele momento eu vi você meio que parecida comigo, então parece que eu me senti mais aceita, encontrei alguém que entende bem o que eu estou passando. E quando você me relatou o que você estava sentindo que eu fui ter noção de como eu estava. Quando você me falou: “ olha, tal e tal coisa ta acontecendo”. Eu falei meu Deus, me sacudiu, me acordou. Isso foi muito importante. Eu não pude colocar isso em pratica com ela, porque com ela não deu tempo, mas isso foi muito bom pro meu processo, até de aceitação do caso e tudo, de ter perdido.”

3. Principais Alvos da Supervisão, em Relação ao Progresso da Terapia

Levar T1 à:

3.1. *Enfraquecer CCRs1 da cliente:*

Quando, por exemplo, a cliente não quer falar sobre um dado assunto:

M – “Não seria melhor se ao invés de recuar diante desse sofrimento você tentar perguntar pra ela porque é tão difícil falar dessas coisas, de determinado assunto? Você não quer me contar isso que aconteceu... porque é tão difícil pra você?”

M – “Ao invés de recuar, o que você poderia fazer? Insistir!!! Dizer: “Agora eu estou num impasse. Eu sei que é difícil pra você falar disso, mas eu vejo que para seu crescimento é importante, como que a gente faz? Como você acha que a gente poderia fazer agora?” Ao invés de deixar ela fugir por medo de que ela abandone a terapia, porque quando você expõe o que você sente, você fortalece o vínculo, é muito menos provável que ela vá embora, ela pode ir embora agora, mas e o impacto que isso vai ter nela? Quantas vezes ela foi embora e voltou?”

Ou ainda, quando cliente tenta manipular o comportamento de T1:

M – “Ao invés de cair nas chantagens, você pode colocar para mãe, coisas do tipo: (quando a mãe da cliente em questão disse para que T1 escolhesse quem iria atender – a filha ou seu sobrinho, porque se continuasse com os dois, tiraria a menina da terapia, argumentando que havia muitas comparações entre os resultados dos dois na família) “Olha eu estou aqui e me dispus a atender os dois: a sua filha e o primo dela... vou continuar atendendo, e a escolha é da senhora.”

Ou também quando cliente se põe numa posição de vítima:

M – “Mostrar a responsabilidade dela... é claro que no início ela não vai agir bem, porque não é fácil pra pessoa entrar em contato com a própria dificuldade, mas à medida que você for

mostrando pra ela a responsabilidade, assim como você faz com a tia dela, isso vai ter efeito. É dizer: “Em quê você contribuiu para que isso acontecesse? O outro fez isso com você, o mundo faz isso, isso e isso com você, você tem razão de se sentir mal, de sentir que o mundo é cruel, mas em que você acha que você contribui?”

M – “Será que agindo assim você não a mantém nessa posição de vítima? Porque ela que está em terapia não é a mãe e nem o pai... eles não querem fazer terapia... ela que precisa mudar... e pra ela mudar é preciso sair de uma posição de vítima, enquanto ela estiver nessa posição de vítima o mundo é que vai ser cruel, você entendeu o que eu quis dizer? E de fato, o mundo tem sido muito injusto com ela. Mas será que ela também não tem permitido muitas coisas?”

M – “Então você evita ficar brava com ela é evita comportamentos que possam fazer com que ela pense que você quer abandoná - lá?”

M – “Você está vendo o quanto é importante observar o seu desespero de que ela te abandone? Porque você está se sentindo completamente responsável por ela... e a responsabilidade não é sua... Se você continuar achando que é só sua, você está reforçando a condição de vítima dela!”

3.2. Se vulnerabilizar na relação terapêutica

Demonstrando o impacto dos comportamentos da cliente sobre si:

M – “Numa relação, mesmo que ainda tenha sentimentos ruins, não significa que vá ocorrer abandono. Será que isso não fica forte em você no sentido de que você evita demonstrá-los, por medo dela pensar que você está querendo abandoná-la? Estou falando isso porque nas relações dela vai ser muito comum ter sentimentos negativos também... Precisa aprender a lidar com esses sentimentos, no sentido de ouvi-los e ver que aquilo que você está sentindo é natural, ou seja, aquela situação vai fazer com que você se sinta assim, você não poderia mesmo sentir-se diferente naquele momento...mas que sentir isso não significa que você vai

cortá-la da vida dela... Se você começa-se agir assim, se desse uma chance pra estar mostrando para ela que embora exista os sentimentos negativos também, você não vai abandoná-la.”

Verbalizando o que sente quando é punida pela cliente:

M – “Nessa situação que ela foi embora da sessão (com a tarefa do espelho), o que eu teria feito era falar do que eu estava sentindo. Por exemplo, quando ela falou assim: “esta situação ridícula”, que ela ficou brava, eu teria falado como eu me senti e vi aquilo. Teria falado: “ Eu sinto que, de fato, essa situação agora se tornou ridícula pra mim, porque você está colocando dessa maneira e eu me sinto sinceramente muito incompetente nesse momento, muito impedida de te ajudar, porque parece que tudo o que eu tento, não te alcanço”... porque quando você fala isso você já a desarma com seus sentimentos.”

M – “Você está reforçando um comportamento que é problemático nela! (ficando calada quando cliente a pune). Será que se você falasse: “Você me faz sentir incompetente, eu quero te alcançar, mas não consigo, quanto mais eu me aproximo de você, mais você se afasta de mim, você me faz sentir triste, frustrada, sinceramente, não gostaria que você fosse embora, que você permanecesse, porque eu acho que a gente precisa crescer muito nessa relação, eu não quero e não vou desistir de você, mas você também precisa não querer desistir disso. Eu estou aqui (como você fez aquela vez, que você falou: “eu não vou te ligar, eu estou aqui, se você quiser me procurar você me procura) e não quero desistir de você, mas você também precisa não desistir de si própria”. Isso tem um impacto no cliente, por mais que ele vá embora naquele momento... você concorda que é muito diferente do que ela ir embora com raiva e você não falar nada.”

M – “Verbalizar: “você ficou esse período de férias e teve um rompimento em nosso vínculo. Eu me sinto... ao invés de tentar centralizar nela. Tenho observado que quando eu me

aproximo do cliente, quando falo pra ele: “quando você faz isso, eu sinto que eu não sou importante pra você, sinto que eu quero te ajudar, pegar na sua mão, mas você não quer pegar, me sinto impotente, sinto que podia fazer mais por você...” Falo tudo que estou sentindo e começo a perceber que o cliente também começa a falar, o cliente acaba verbalizando... diz inclusive (quando falo como me sinto em relação a ele): “é tão bom, sinto que por mais que você sente isso tudo, você continua comigo.”

3.3. Modelar tatos de eventos privados

M sugere modelar tatos de eventos privados:

M – “Dizer, por exemplo: “você está brava comigo!”, baseado no que você está observando dela. Nessas situações você poderia tentar dar uma lista de sentimentos pra ela. Pra tentar nomear o que ela está sentindo, escolher dentro dessa lista o que está sentindo naquela situação, já que ela não sabe. Você dando uma lista, fica mais fácil.”

M sugere validação X mudança:

M – “Quando ela está na situação de vítima e você sente pena, mas sabe que mantê-la neste papel não é bom pra ela, poderia dizer-lhe alguma coisa desse tipo: “Você me faz sentir pena de você agora. Mas, ao mesmo tempo, eu vejo um certo exagero na sua atitude ou que você poderia tentar alguma coisa para mudar.”

Observações sobre o término da terapia

Na entrevista final realizada, T1 expressou vários sentimentos negativos quanto ao atendimento fornecido para a cliente, como incompetência, frustração, arrependimento e/ou culpa (por ter reforçado tantos comportamentos inadequados), pena, desvalorização, raiva etc. Contudo também expressou alívio “Depois que ela saiu, parece que a primavera chegou. O ganho com sua saída, foi muito maior que meu sofrimento de perdê-la. Enquanto estava atendendo-a, foi muito

aversivo, até mesmo no nível pessoal, emocional. Ficava constantemente preocupada, insatisfeita, com sentimento de inferioridade e autocobrança, me sentia humilhada.” T1 relatou também, não ter obtido nenhum progresso com a cliente. Depois de alguns meses, T1 recebeu um ligação dela:

T1 – “Bom, ela me deixou uma mensagem no celular falando assim: “Doutora, aqui é X, eu não sei se a senhora vai estar lembrada de mim, mas acho que sim porque lhe dei muito trabalho. Estou te ligando para lhe dizer que você me ajudou muito, eu estou muito feliz, e com muita saudade, queria te ver, mas sei que hoje você não trabalha e amanhã já vou embora porque vim a trabalho. Te mandei e-mail, mas não sei porque você não me retornou, me liga!”, Aí ela deixou o telefone. Estava numa felicidade, pelo jeito dela falar, achei bom demais ouvir!”

T1, então, retornou a ligação. Com isso, uma nova entrevista foi necessária. Na conversa, cliente mencionou que há oito meses estava no mesmo trabalho e namorando. Segundo T1, ela nunca havia ficado mais que um mês, com a mesma pessoa. Além disso, estava à procura de um lugar para morar sozinha (até então, estava em outra cidade, com seu pai e sua amante) alegando o desejo de distanciar-se das confusões de sua mãe e de não deixar afetar-se tanto pelos problemas criados por seus pais.

Ao ser questionada sobre ao que atribuía estas mudanças, T1 afirmou que em primeiro lugar, acreditava que era a distância entre cliente e sua mãe – a menina foi para uma cidade do interior morar com o pai. Este foi um alvo trabalhado por elas, logo após a cliente tentar suicídio. Alegou ainda que este distanciamento dos problemas dos pais, talvez foi influenciado por suas tentativas de levá-la a entender o contexto da mãe (já no final da terapia, quando sua mãe gritava com ela, ao invés de brigar também, passou a ignorar) e de validá-la, dizendo o quanto era difícil para ela também ouvir o que a mãe falava e/ou gritava. Afirmou ainda, não ver em que mais possa ter contribuído.

Terapeuta 2 (T2)

O cliente atendido por T2 apresentava as seguintes características:

- ✓ Perturbação da identidade
- ✓ Sentimentos crônicos de vazio
- ✓ Despersonalização
- ✓ Insegurança
- ✓ Confuso
- ✓ Oscilação do humor
- ✓ Intolerância à solidão
- ✓ Relacionamentos interpessoais conturbados
- ✓ Explosões de Raiva

Os CCRs1 apresentados foram:

- ✓ Comportamentos manipulativos
- ✓ Sarcasmo
- ✓ Superficialidade para tratar assuntos importantes
- ✓ Distanciamento
- ✓ Evitava expressar o que realmente sentia
- ✓ Evitava discutir sentimentos
- ✓ Descompromisso ou Falta de Responsabilidade

A tabela abaixo apresenta os todos os sentimentos relatados pela terapeuta 2, durante todo o processo de coleta de dados: entrevista inicial (EI), supervisão 1 (S1), supervisão 2 (S2) e entrevista final (EF).

Sentimentos	EI	S1	S2	EF	Total
1. Aversão/ vontade de não atendê-lo mais/ e de se distanciar	0	4	0	23	27
2. Culpa	0	0	0	5	05
3. Alívio	0	1	0	4	05
4. Ódio/raiva	0	3	0	0	05
5. Dificuldade de trabalhar	0	2	2	0	04
6. De estar sendo manipulada	0	1	0	1	02
7. Empatia	2	0	0	0	02
8. Expectativa de abandono	1	0	1	0	02
9. De estar se sacrificando	0	0	0	1	01
10. Desmotivação	0	0	0	1	01
11. Insegurança	1	0	0	0	01
12. Desrespeito	0	1	0	0	01
13. Expectativa de fracasso	1	0	0	0	01
14. Prazer novamente em atender	0	0	0	1	01

Tabela 4. Sentimentos mencionados por T2, com relação ao seu cliente, durante toda a coleta de dados.

A seguir, será apresentada uma análise das contingências que geraram os cinco sentimentos mais frequentemente mencionados por T2.

1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 2 (T2) e as estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram

1.1. Aversão/ vontade de não atendê-lo mais ou de se distanciar

Estes sentimentos ocorreram, dada as seguintes situações:

1.1.1. Tentativas, por parte do cliente, de manipular o comportamento de T2

Exemplos:

Ao ser questionada sobre a desistência do cliente da terapia, T2 disse:

T2 – “Então, ele sempre alegava que iria parar, embora eu sentisse isto como uma chantagem que ele fazia para se sentir muito importante. Eu vi que o fato de atendê-lo sem estar pagando, só para pagar quando pudesse, fazia com que se sentisse importante, assim, eu sentia pelo semblante, quando a gente falava isso, ele sentia satisfação. Ele ficava com a cara de satisfeito... Eu pensava comigo assim: “ pôxa, ele está pensando que é o máximo, que é importante, só para a pesquisa... o que eu sentia por ele era pura aversão, de estar trabalhando com ele. E quando ele fazia isso, fazia essas caras eu pensava comigo: “Nossa, coitado! Está se achando importante, não sabe o sacrifício que é para mim estar aqui”. Por que se não fosse a pesquisa há muito tempo já teria dado alta para ele, ou ele já teria ido embora...”

Em outro momento, T2 fala à respeito do que o sarcasmo do cliente produzia na sua pessoa:

T2 – “Até o cheiro dele me repugnava... sempre que eu lembro dele, me dá aversão, eu lembro da fisionomia dele, aquele sarcasmo dele, acho que é pior pra mim, quando eu olhava para ele, ficava com aquela cara de riso, isso para mim era o pior. A cara dele, o jeito dele... A imagem dele se tornou aversiva para mim, o riso dele, a forma como ele falava, o cheiro, tudo. Muito estranho porque não eram só as palavras, era a cara

também... parece que a cara dele me tocava mais que as palavras, porque quando eu escutava ele falando, as coisas que falava... achava muito chato, mas a cara dele é que me dava azia. A cara dele é que eu não suportava, eu achava muito sarcástica, ele era muito irônico, ele mostrava tudo isso com a cara dele.”

Ou ainda, em outro trecho que T2 mencionou o comportamento do cliente de solicitar leituras sobre psicologia só para debater com T2. Era um CCR1, visto que era comum seus esforços em debater com as pessoas sobre assuntos que estas (e não ele) dominam:

T2 – “Por exemplo, tem uma cozinheira, eu não entendo nada de cozinha, só que eu fico colocando em xeque o tempo todo a cozinheira, procuro saber para estar debatendo com ela... então, vi que ele fazia muito isso, ele gostava de mostrar para as pessoas que ele sabe tudo, que ele é o máximo e se torna altamente arrogante e chato.”

Percebe-se, em todos os trechos apontados, como os sentimentos relatados por T2 são coerentes com os comportamentos emitidos pelo cliente. Dado o contexto punitivo, T2 sente aversão e/ou vontade de não atendê-lo mais.

1.1.1.1.Estratégias Utilizadas

✓ Reforçar CCR1:

T2 – “Ele faltou algumas vezes, sempre alegando a questão financeira. Eu sempre deixava claro que não tinha problema, que eu o atenderia mesmo que ele não pagasse naquele momento, ele poderia pagar depois já que ele estava com essa dificuldade... sou muito tolerante com os pacientes, só que no caso dele que mora no setor nobre, mora numa casa boa, o pai tem uma profissão boa, se fosse um outro paciente eu não toleraria isso, eu daria alta sim, se ele não pudesse, se não tivesse dinheiro para pagar, eu não faria esforço como eu fiz, foi mais por causa da pesquisa.”

✓ Punição:

T2 – Às vezes, parecia mais duas crianças, uma implicando com a outra... eu pensava: “Coitado! Está fazendo esta cara, mas estou notando, estou vendo o objetivo dele, que é de fazer ironia, que é ser sarcástico e ele está achando que eu não estou percebendo...”

Além disso, em outros momentos, T2 relatou ter sido sarcástica também, alegando o objetivo de “ficar por cima da carne seca”.

✓ Esquiva: Talvez, tivesse sido mais produtivo se T2 utilizasse destes sentimentos, vulnerabilizando-se, ao invés de tentar punir o comportamento do cliente. Na verdade, parece que o que estava ocorrendo era um jogo de controle X contra-controle. Pode-se supor que é bastante provável que as outras pessoas de sua convivência também agissem assim, o que produz o efeito de fortalecer tal comportamento no seu repertório. Deste modo, T2, ao agir naturalmente, estaria fortalecendo um comportamento que deveria ser enfraquecido.

1.1.2. Quando T2 acessava sua agenda e era dia de atendê-lo

Exemplo:

T2 – “Eu sentia muita preguiça no dia em que eu tinha que atendê-lo. Já pela manhã, quando via minha agenda ficava desanimada e torcia para ele faltar. Já imaginava o tanto que iria ser chata a sessão... porque era sempre igual. Ele sempre com as mesmas conversas, do mesmo jeito, ele sempre não querendo ajuda. Então era um desânimo, eu sentia muito desânimo. Muito desmotivada.”

1.1.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva: Em nenhum momento T2 verbalizou para o cliente todos estes sentimentos. Isto poderia ser uma tentativa para enfraquecer seus CCRs1, já que T2 teve exemplos de outras pessoas que sentiam o mesmo, como por exemplo, seu psiquiatra.

1.1.3. Ao ser questionada pelo cliente sobre o que achava dele

Exemplo:

T2 – “Ele estava o tempo todo colocando em xeque a relação terapêutica, estava o tempo todo perguntando o que eu achava dele, todo dia ele perguntava: “ Você acha que eu sou isso, aquilo, o que você acha...?” Ele sempre falava alguma coisa em relação a nós, então, muitas vezes, deixei de fazer intervenção para não ser ainda mais aversivo para mim...”

1.1.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva: Fica claro no trecho acima, que T2 evitava falar de seus sentimentos em relação ao cliente, pois assim, não criava uma situação ainda mais aversiva para si.

1.1.4. Sumiço e/ou desistência do cliente

Exemplos:

T2 – “Se não fosse a pesquisa, deixaria ele desistir... Não encaminharia para ninguém, mesmo porque eu não teria coragem de fazer isso com alguém... porque eu nunca lidei com uma pessoa tão chata, nunca me relacionei com uma pessoa que me causasse tanta aversão. Então, acho que isso seria o pior que eu poderia esperar de uma pessoa...”

T2 – “Quando ele não vai é um alívio: “que bom que ele faltou”.

1.1.4.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva: Mais uma vez T2 relata sentimentos negativos com relação ao cliente, mas não se vulnerabilizou, pelas mesmas razões apontadas acima.

1.1.5. Quando o cliente se distanciava e estava suado

Exemplo:

T2 – “Eu acho bom ele não pegar na minha mão. É que tenho TOC (Transtorno Obsessivo-compulsivo) mesmo. Eu disfarço, eu já ligo o ar logo para ele secar rápido. Eu acho bom não pegar na minha mão... Sou muito calorosa com os meus pacientes. Mas, com ele eu não tenho vontade de ser calorosa, porque ele é um chato, muitos chegam, me abraçam, outros me dão um beijo...”

1.1.5.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T2 parece reforçar o comportamento de distanciamento do cliente por duas razões distintas: uma referente às próprias contingências na relação entre eles (o próprio cliente impõe uma barreira para a aproximação, ao se distanciar e ser chato); e outra, por dificuldade pessoal (TOC).

1.2. Alívio

Este sentimento foi relatado por T2, de acordo com as contingências abaixo:

1.2.1. O cliente faltava a sessão

Exemplo:

T2 – “Quando ele não vai é um alívio!”

1.2.1.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva: T2 não expunha este sentimento ao cliente, quando este, retornava.
- ✓ Reforçar CCR1:

T2 – “Ele ligou para a secretária dizendo que não iria mais. Eu liguei algumas vezes, ele não me retornou... Tentei de tudo para ele ficar, eu até disse a você que eu o atenderia de graça, porque ele não quis participar da pesquisa, então quando isso aconteceu, eu me propus a atendê-lo de graça, em troca ele ficaria sendo participante da pesquisa.”

1.2.2. O cliente parou a terapia

Exemplos:

Ao ser questionada sobre a saída do cliente:

T2 – “Para mim foi um alívio, foi ótimo.”

T2 – “Alívio, senti alívio dele ter saído. Parece que fiquei mais feliz quando disse que não iria... sempre me lembro dos meus pacientes... dele, nunca mais lembrei, é como se eu tivesse apagado ele da minha memória, da minha cabeça... parece que ele nunca existiu. Eu fiz questão de esquecer, é o único paciente que eu nunca lembro que ele existe, que algum dia ele existiu, que um dia ele foi na clínica.”

T2 – “A saída foi alívio, alegria. Voltar a viver normalmente, com os meus pacientes, dando resultados, todos felizes e eu feliz também, com prazer em atendê-los. A vida volta

ao normal, parece que fiz um parênteses na minha vida depois que eu comecei a atendê-lo. Era normal antes e voltou a ser normal depois.”

1.2.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T2 ligou várias vezes, mas o cliente nunca retornou sua ligação. Supõe-se que a própria terapia também tenha se tornado aversiva para ele, já que, conforme mencionado anteriormente, havia um jogo, o tempo todo, de controle X contra-controle. T2 também passou a emitir, portanto, comportamentos com a função de punir o cliente.

1.3. Culpa

O sentimento de culpa apareceu, nos seguintes contextos:

1.3.1. Por deixar de promover progressos no cliente

Exemplos:

T2 – “Eu não consigo ver progresso nele, porque para mim, ele continua o mesmo chato, continuou com as mesmas conversas. Também vejo que nesse ponto eu também tive culpa porque, às vezes, não conseguia fazer uma intervenção... era muito aversivo e usava de esquiva mesmo para não continuar com o assunto... Acho que eu caí no comum do que ele viveu com outros terapeutas e até mesmo com o psiquiatra dele, que fala poucas e boas para ele sempre... Às vezes, eu não validava, por exemplo, ele sentia de certa maneira e falava “eu sou isso, eu sou aquilo! Você acha que eu sou isso?” Eu falava que não achava. Então, penso que ele pode não ter se sentido compreendido... eu me sinto culpada por não ter validado... porque ele poderia estar sentindo aquilo mesmo, mas eu sempre achava que era um teatro, porque ele tinha um sorriso sarcástico... às vezes, eu falava alguma coisa via que ele ria por dentro, ele se gabava, então eu achava que era muito teatral.”

1.3.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva: mudava de assunto e não se vulnerabilizava.
- ✓ Reforçar CCR1: Cliente pedia dicas para T2 sobre sua pessoa, e T2, dizia o que pensava. Em alguns momentos da supervisão, T2 mencionou que seu relato sobre eventos privados era vago, pobre. Portanto, ao fazer perguntas para T2 sobre seu eu, parece ser um indício de que seus comportamentos não ficaram sob controle de estímulos privados, mas só de públicos.
- ✓ Invalidação: Ao responder sua questão, T2 age conforme as demais pessoas: invalida seus sentimentos sobre si, mantendo assim, um relato sob controle de estímulos públicos.

1.3.2. Por ter torcido para o cliente desistir

Exemplo:

T2 – “Fiz a minha parte, por mais aversivo que fosse, de ir atrás e procurar... mas até me sinto um pouco culpada porque eu torci o tempo todo para ele voltar... Culpada porque eu quero ajudar na pesquisa, mas eu estava pagando um preço muito alto para mim... é muito difícil atendê-lo, então, eu estava torcendo para ele não fazer, mas ao mesmo tempo eu queria te ajudar.”

Neste trecho, T2 relata um sentimento coerente com a relação aversiva estabelecida entre ela e o cliente: vontade de não atendê-lo mais. Por outro lado, ao desejar algo bom para si, demonstra um outro sentimento (culpa) que também é coerente com a situação de não mais poder ajudar na pesquisa. Na nossa cultura, há todo um esforço em incentivar comportamentos altruístas, e em punir comportamentos que favoreçam o próprio indivíduo em detrimento do outro. Contudo, neste momento da supervisão, a mestrandia poderia ter pontuado isto, como uma

maneira de validar seus sentimentos, e ao mesmo tempo, reconhecer que os dados já coletados seriam utilizados. Posteriormente, isto foi feito.

1.4. Odio e/ou Raiva

Estes sentimentos foram mencionados por T2, quando as seguintes contingências atuavam:

1.4.1. O cliente mentia

Exemplos:

T2 falando sobre uma situação de explosão de raiva (do cliente) com o seu psiquiatra, em que o cliente disse coisas numa sessão, e na seguinte, negou ter dito aquelas coisas:

T2 – “Isso é pessoal... eu odeio mentiras... Isso é pessoal... Aí me dá vontade de chorar... Eu senti que ele era um idiota, que eu estava enxergando a coisa e ele estava desmentindo sendo que eu estava vendo.”

1.4.1.1. Estratégias Utilizadas

✓ Punição:

T2 – “Ele disse que queria matar o psiquiatra... então, ele falou: “aquele dia eu fiquei com raiva porque passei muitas coisas desagradáveis devido ao remédio”. Então, ele mentiu de novo. Eu falei (num tom de voz irritado): “Mas eu tenho tudo anotado aqui, que você falou isso, isso e aquilo”; “não, não foi isso não, você deve ter entendido errado”.

T2 continuou confrontando:

T2 – “Eu falei que não, que eu tinha até anotado que eu me lembro exatamente o que ele falou... Eu retornei à anotações e falei, “X disse que você é presunçoso”. Aí acabou confirmando que realmente tinha dito isso.””

Cliente tenta, então, fugir:

T2 – “Ele disse: “Estou perturbado, estou cansado, estou deprimido!”. Pensei, como ele está todo dia. Então, disse a ele (num tom de voz irritado): “Quando que você se considera feliz?” Ele está o tempo todo falando que está perturbado, que está mal... falou que era 70%. Eu disse: “Como que você pode estar 70% feliz se você fala o tempo todo que está infeliz, que fica em altos e baixos?” Ele não conseguiu falar. Ele disse: “não, isso é no geral (70%) eu perguntei: Você fala o tempo todo que você está infeliz: Eu perguntei para ele se ele fala coisas boas da vida dele, então para constatar se era 70%, ele falou: “A vida assim é boa, não tem nada específico para eu falar, ruim tem minha própria situação.”

T2 tentou “encurrular” o cliente de todas as maneiras. Contudo, o fez de modo punitivo, diminuindo as chances de uma estratégia efetiva. Poderia ter utilizado de seus sentimentos de raiva, de modo bastante construtivo – analisando a função do comportamento do cliente, vulnerabilizando-se e tentando evocar e/ou fortalecer um CCR3.

1.4.2. O cliente era contraditório

Exemplo:

T2 – “Tem hora que eu fico confusa. Às vezes, não consigo raciocinar, que ele fala uma hora uma coisa uma hora é outra. É tudo muito confuso, que é uma coisa atrás da outra, ele conversa muito... mas o que eu sinto (num tom de raiva) é que ele está querendo aparecer... chamar a atenção... às vezes, quando ele conversa faz cara, tipo assim, está rindo por dentro... quando fala alguma coisa, fala muita coisa para impressionar, para dar impacto no outro, ele gosta de causar impacto nos outros, é por isso que ele sempre relata que as pessoas falam igual ao X falou, que ele é um cara que gosta de aparecer.

1.4.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Punição: T2 relata ser sarcástica nestes momentos.

1.4.3. O cliente pedia por reassseguramento

Exemplo:

T2 – “Falo para ele: “Se você precisar de alguma coisa você me liga”, ou seja, se precisar de mudar o horário, antecipar qualquer coisa... ele fala assim: “aonde é que eu ligo, posso ligar aonde?” Eu falo: ”você pode ligar aqui na clinica, se eu tiver atendendo você deixa recado que eu te retorno”. Mas, toda vez ele pergunta: “eu ligo aonde, onde é que eu posso te ligar?”

1.4.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1:

T2 – “Eu sempre falo a mesma coisa: “aqui na clínica, você deixa recado se eu tiver atendendo que logo em seguida, te retorno”.”

1.5. Dificuldade de trabalhar

T2 relatou ter sentido dificuldade de trabalhar diante dos seguintes contextos:

1.5.1. O cliente muda de assunto

Exemplos:

T2 – “A gente começa a conversar alguma coisa e ele foge, fica o tempo todo filosofando, dificilmente entra em contato, até que na sessão retrasada eu coloquei isso para ele, que ele não entre em contato direto com a situação. Ele não deixa que eu trabalhe.”

M – “E como você se sente quando ele te impede de trabalhar?”

T2 – “Às vezes eu sinto que pode vir a ser um fracasso o tratamento dele, por ele não deixar... sinto insegurança, porque acho que ele pode abandonar a terapia, já que ele não está tendo resultado...”

1.5.1.1. Estratégias Utilizadas

✓ Vulnerabilização: T2 sente dificuldade de trabalhar porque cliente emite comportamentos de fuga. Diante deste sentimento, como demonstrado no trecho acima, T2 pela primeira vez, expressou seus sentimentos, na tentativa de enfraquecer o CCR1 do cliente.

✓ Tentativa de fortalecer CCR3:

T2 – “Nesta situação, também falei como eu me sinto e o que está causando a ele também.”

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes na Relação de Supervisão

Dado o curto período de tempo de supervisão realizado com T2 (já que o cliente desistiu da terapia), só foi possível observar o seguinte CCR1 de T2:

2.1. Comportamento Desesperado

Segue-se abaixo, o relato da mini supervisão realizada:

Na sessão seguinte após a primeira supervisão, o cliente não compareceu. A terapeuta, ao encontrar com a mestrande, questionou-lhe sobre o que fazer. Inicialmente, a terapeuta abordou a mestrande num tom de voz alto, parecendo preocupada, e disse-lhe: “O cliente ligou para minha secretária, dizendo que nunca mais voltará”. Não é a primeira vez que o cliente se comporta desta maneira. Outras vezes quando fez isso, a terapeuta retornou a ligação pedindo para que ele fosse à sessão para que conversassem. O motivo que sempre apresentava era a falta de dinheiro. Entretanto, sua família é financeiramente bem sucedida (classe média) e o cliente paga apenas

uma taxa de 6,00 reais de co-participação de seu convênio. Diante do “drama” (palavras da terapeuta) feito pelo cliente, a terapeuta por umas três vezes, lhe disse que não iria lhe cobrar o mês. A terapeuta, então, vem reforçando este CCR1. Por isso, a mestranda sugeriu-lhe retornar a ligação e pedir para que fosse à sessão para discutir não mais o motivo financeiro, mas sim para lhe mostrar como o cliente tem feito isto sempre para mobilizar a terapeuta a procurá-lo. Nesta última vez, não estava sequer pagando. Além disso, foi dito-lhe a importância de falar sobre seus sentimentos nesta situação, esclarecendo-lhe que não irá mais procurá-lo quando agir assim. Ao mesmo tempo, a terapeuta deveria pontuar como sempre está disponível a atendê-lo, inclusive de graça. Assim, a terapeuta deveria falar claramente que das próximas vezes, não irá procurá-lo, irá esperar que o cliente lhe procure. Percebe-se assim, que mestranda acabou reforçando o comportamento desesperado de T2. Isto pode ser evidenciado porque, como T2 não teve oportunidade de trabalhar as intervenções sugeridas pois o cliente não compareceu mais, e nem retornou suas ligações, após algumas semanas T2 volta a perguntar, com bastante incômodo, se deveria insistir mais com o cliente. T2, ao ser questionada sobre o que gostaria de fazer (uma tentativa de não reforçar novamente seu comportamento), T2 respondeu que preferia deixá-lo de lado. Assim, a coleta de dados com T2 foi encerrada com uma entrevista final subsequente. O cliente em questão não mais buscou por atendimento com esta terapeuta.

3. Alvos da Supervisão

Levar T2 à:

3.1. Se vulnerabilizar na relação terapêutica

Exemplos:

M – “Quando você for discutir isso (sobre um CCR1)... você colocar como é que se sente, pois provavelmente é semelhante ao que outras pessoas sentem...”

M – “Se essa dificuldade está aparecendo na relação com você, você pode estar trabalhando o que ele pensa e sente em relação a você e como você mesmo sente...”

3.2. Apontar Similaridades Funcionais

Exemplos:

M – “Já que ele fala para causar impacto, será que tipo de reação causa nas outras pessoas? Você em alguns momentos não fica antipatizada com algumas coisas que ele fala? Talvez seria importante se falasse para ele o que sente quando faz isso... talvez, isso possa afastá-lo de outras pessoas... você mesma parece ter essa vontade de se afastar dele e de desistir da terapia... mostrar que alguns comportamentos dele não te faz ter vontade de se aproximar e que provavelmente isso acontece com outras pessoas. Para que comece a identificar que coisas ele mesmo faz para afastar as pessoas, que faz com que não queiram estar perto dele... assim como você, ele não pega na sua mão e você acha bom. Você não tem vontade de ser afetuosa... Provavelmente, essas pessoas também não têm...”

Sobre o forte odor mencionado por T2, como um fator que gerava incômodo:

M – “Você pode perguntar diretamente: “você percebe que essa ansiedade... que tipo de reação corporal te causa? Isso te incomoda?” Provavelmente, ele vai falar da sudorese... “isso te incomoda? O que você pensa disso?” Investigar se as pessoas percebem que está suando... “como que as pessoas reagem? Comentam alguma coisa? Como você se sente?” Será quantos

banhos toma por dia? Se admitir que esse suor incomoda, você pode estar questionando a quantidade de banhos... será que não pode aumentar essa quantidade?... Você pode falar do impacto sobre você... “Estou te falando desse impacto... de seu comportamento sobre mim, porque fico pensando que outras pessoas se sentem de modo similar...” São coisas desagradáveis... como que uma mulher vai se aproximar dele? Investigar essa hipótese: será que ele se mantém assim justamente para afastar as pessoas? Qual será a função disso? Será que ele não tem consciência?...”

No tocante ao cliente se manter distante de T2 (não pegar na sua mão, por exemplo):

M – “Acho importante você colocar para ele: “é difícil me aproximar de você porque você nem pega na minha mão. Você faz isso com outras pessoas? Será que não sentem dificuldade em aproximar de você, assim como eu sinto? Você parece impor uma barreira entre nós”... Perguntar também o que sente quando você tenta se aproximar dele. Por exemplo: “quando eu te faço essas perguntas, como você se sente?... O que significa a aproximação para você?”

3.3. Usar Táticas de Intervenções Produtivas

Exemplos:

Sobre comportamentos de fuga (o cliente mudar de assunto ou falar de coisas sem relevância):

M – “Não o deixe enrolar mais. Corta o que está falando... “Está vendo isso que está fazendo agora? Você está falando de coisas que não contribuem para eu te ajudar. Sinto que não me deixa trabalhar... te ajudar... que seu tratamento pode ser um fracasso porque não me deixa trabalhar o que é importante... Você acha que é fugindo assim que os seus problemas vão ser resolvidos? Você não está deixando eu te ajudar. Como a gente faz? Eu sei que para você é difícil falar disso, mas ao mesmo tempo é difícil para mim, porque se não falar disso, não posso te ajudar. O que você acha disso?”... É validar os sentimentos dele, de que é difícil

mesmo, de que tem todas as razões para estar ansioso, para estar se sentindo como está se sentindo... Todas as vezes que estiver tateando um evento privado falando realmente do que está sentindo... validá-lo.”

Quando o cliente se auto-deprecia:

M – “Você pode dizer: “você tem motivos para estar mal, para se sentir como você se sente, para se sentir um louco”. Então, você aponta para estes motivos... “mas, o que estou vendo é... entendo que tem razão para se sentir assim, só que vejo isso, isso e isso...” Se você fala só a segunda parte você também está invalidando... e isso é o que todo mundo fez com ele. Então, para que confie mais no que está sentindo... é importante que você valide, para que esses eventos fiquem sob controle privado e não sob controle público. Mas ao mesmo tempo, você trabalha com mudança... “Olha você tem toda razão para se sentir um lixo, por causa dos acontecimentos de sua vida, mas eu não te vejo dessa maneira”... Mas antes de falar isso, mostrar para ele as razões dele... para que não se sinta invalidado por você, para não continuar sob controle público... para que aprenda a confiar mais no que está sentindo...”

M – “Quando você estava falando da contradição dele, teve um momento na entrevista passada que eu fiquei pensando que talvez isto possa te levar a ser contraditória também em alguns momentos... Na sua fala, por exemplo, perguntei se ele tenta se aproximar e o que você sentia, se ele tentava uma relação mais intensa... você falou que não, que respeitava isso nele e você não o invadia. Você falou assim: “embora isso é algo a ser trabalhado no seu tempo, por que tem outras coisas mais urgentes do que isso”. Só que na pergunta seguinte, eu te perguntei se: “o que seria mais urgente no momento a ser trabalhado” você falou que era a depressão que ele relatava, a questão da ansiedade, porque em função disso ele não conseguia estudar, não conseguia fazer nada, estava chegando as provas da universidade... Você continuou falando que ele não sente-se capaz de estar junto com essas pessoas, que o

fato dele se sentir tão ansioso e não conseguir fazer nada, inclusive os trabalhos, e de não ser bem sucedido... você colocou que estava relacionado com as pessoas que ele tinha que conviver lá que ele se sentia muito mal na presença delas. Lembra disso? Então é isso tudo, essa dificuldade que ele tem de se relacionar que faz com que ele não consiga fazer isso tudo, ou seja, que esteve deprimido. Fiquei pensando: “nossa, isso aqui está contraditório, será que o padrão contraditório do cliente acaba não te fazendo pensar de uma maneira contraditória também?”

M – “Quando ele pergunta se você está achando-o com cara de louco, e essa ansiedade... de estar passando a mão na calça, tirando os óculos pondo o óculos... provavelmente ele acha que deve ter coisas que desperta em você, assim como outras pessoas, que faz com que fique mais ansioso... Então, eu acho muito relevante você estar buscando com ele o que é que está sentido em relação à você e o que ele pensa que você pode estar pensando. Que tipo de medo que a relação com você pode estar trazendo para ele? Porque se isso está acontecendo com você e parece ser o ponto central das dificuldades dele hoje, eu acho que ao invés de você.... Um cuidado para não invadi-lo, acho que esse cuidado é importante... mas, eu agiria de uma maneira mais direta, no sentido de bloquear mais essa esquivia dele, já que isso é o fator central da dificuldade dele, pelo que você está colocando, e se essa dificuldade está aparecendo na relação com você, pode estar trabalhando o que pensa e sente em relação a você e como você mesmo se sente.”

Em outro trecho, referindo-se à negação por parte do cliente em fazer a respiração diafragmática, proposta por T2, porque sua barriga ficaria enorme (o cliente é obeso):

M – “Ele te deu uma dica importante... de que a maneira de como você o vê também é importante. Que se preocupa com o que você pensa sobre ele. Isso é importante de se trabalhar: “o que você acha que eu estou pensando? O que você acha que eu vou pensar? Ao

invés de ficar achando o que vou pensar, por que você não pergunta?”... Um comportamento problema na ansiedade é sempre antecipar o que os outros vão pensar... Então, tentar trabalhar essas estratégias, incentivando perguntas como: “o que você está pensando?”, ao invés de achar que você está pensando isso ou aquilo... A barriga dele, por exemplo: será que a minha barriga vai ficar maior: “olha a sua barriga, como a de qualquer outra pessoa ficaria maior com uma respiração diafragmática, mas o que você acha que é o meu objetivo aqui, ver a sua barriga ou te ajudar?” E se o tamanho da barriga incomoda tanto, por que ele não fala isso? Por que não te pede ajuda em relação à obesidade?”

Ou ainda, com relação às descrições vagas do cliente à respeito dos seus próprios sentimentos:

M – “Uma hipótese é que ele não aprendeu a tatear, já que estava sempre buscando do outro o que pensar e sentir... provavelmente, não aprendeu a dar nomes ao que sente...”

Observações sobre o término da terapia

M – “Você viu algum progresso nele?”

T2 – “É um pouco difícil, pelo pouco tempo de contato... Eu não consigo ver progresso... para mim continua o mesmo chato... com as mesmas conversas... Também vejo que nesse ponto tive culpa, porque às vezes eu não conseguia fazer uma intervenção... era muito aversivo para mim... usava de esquiva mesmo, para não continuar com o assunto...”

Terapeuta 3 (T3)

O cliente atendido por T3 apresentava as seguintes características:

- ✓ Perturbação da identidade
- ✓ Sentimentos crônicos de vazio
- ✓ Esforços reais para não ser abandonada
- ✓ Insegurança
- ✓ Oscilação do humor
- ✓ Intolerância à solidão
- ✓ Relacionamentos interpessoais conturbados
- ✓ Explosões de Raiva

Os CCRs1 apresentados foram:

- ✓ Frieza
- ✓ Superficialidade
- ✓ Distanciamento
- ✓ Evitava expressar o que realmente sentia
- ✓ Evitava discutir sentimentos
- ✓ Descompromisso ou Falta de Responsabilidade
- ✓ Comportamentos manipulativos

A tabela 5 apresenta a frequência de todos os sentimentos mencionados por T3, com relação à sua cliente, durante toda a coleta de dados: entrevista inicial (EI), supervisão 1 (S1), entrevista pós sumiço da cliente (ES), supervisão 2 (S2), supervisão 3 (S3), e entrevista final (EF).

Sentimentos	EI	S1	ES	S2	S3	EF	Total
1. Dificuldade de trabalhar	2	7	3	5	23	0	40
2. Desvalorização/desrespeito	13	0	13	1	0	1	28
3. Desmotivação/frustração/vontade de não atendê-la mais	8	0	4	1	6	0	19
4. Distanciamento	1	4	9	4	0	0	18
5. Insegurança	1	1	5	4	3	2	16
6. Frustração	0	1	6	0	3	2	12
7. Medo da separação	2	3	3	1	0	0	09
8. Empatia	2	2	2	0	1	0	07
9. Vontade de se aproximar/se vulnerabilizar	2	0	2	1	1	0	06
10. Raiva	1	0	0	0	2	2	05
11. Indiferença	0	0	2	0	0	3	05
12. Incompetência	3	0	0	0	0	0	03
13. Arrependimento	0	0	3	0	0	0	03
14. Afeição	0	0	0	0	3	0	03
15. De ser feita de boba	0	0	0	2	0	0	02
16. Valorização	1	0	0	0	0	0	01
17. Impotência	0	0	0	0	0	0	01

Tabela 5. Sentimentos relatados por T3, com relação à sua cliente, durante toda a coleta de dados.

A seguir, será apresentada uma análise das contingências que geraram os cinco sentimentos mais freqüentemente relatados.

1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 3 (T3) e as estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram.

1.1. Dificuldade de trabalhar

Sentimento decorrente das seguintes contingências:

1.1.1. Comportamentos de fuga/esquiva da cliente:

Exemplos:

T3 – “Às vezes, ela fala de forma superficial... Ou então vai lá no passado buscar coisas que não tem muito a ver com a pergunta que fiz... Não é que deixa de responder, mas floreia demais... Tenho vontade de chamar sua atenção, no sentido de que isso não é mais importante nesse momento. Mas, não consigo fazer isso...”

T3 – “Sinto desânimo também... De não estar fazendo um trabalho produtivo... Acho que o problema maior é o fato dela tratar com superficialidade os assuntos...”

Em outro trecho, referindo-se à um episódio em que a cliente relatou ter sido explosiva:

T3 – “Quando me relatou a situação em que foi agressiva, já estava indo embora... me contou como se fosse um episódio extra, que não tivesse nada a ver com o assunto que a gente estava discutindo... Ficou uma coisa muito solta, ficou fora de contexto, não deu pra ‘amarrar’ com mais nada...”

T3 relatando, na segunda supervisão, a condução do processo após o retorno da cliente (que havia sumido logo após a realização da primeira supervisão):

T3 – “As dificuldades continuam as mesmas, a dificuldade de levá-la a entrar em contato com seus sentimentos, isso é uma coisa difícil de fazer... falta entrar mais em contato com as suas emoções...”

T3 – “Tem um pouco da dificuldade de esperar o momento certo para poder falar... essa questão de não ir nas sessões, da sua desorganização... não me deu muita oportunidade de

fazer a relação com o que acontece lá fora. Queria que começasse a falar a respeito disso. Como por exemplo: “não consigo cumprir meus compromissos de forma correta, de forma adequada”. “É mesmo? inclusive aqui na terapia você que tem dificuldade em relação a isso.”

M – “Mas será que ela tem consciência disso, de que não cumpriu com as suas responsabilidades?”

T3 – “É isso que eu queria mostrar, mas ela não deixa...”

No início da terapia, com relação ao estabelecimento do mandato:

T3 – “Estou achando difícil direcionar pra algum caminho, porque não sei direito o que ela vive com ele (o namorado), ela não sabe explicar... nem o que esperar dele, exatamente o que pensa... e a impressão que me passa é que tem as mesmas inseguranças em relação a ela. Então, fica uma coisa completamente vaga, não sei direito como trabalhar com ela, se tenho que incentivar a investir mais no relacionamento, se é o momento de encerrar de novo, encerrar definitivamente.”

T3 – “Às vezes, parece que está travado... fica sem sentido... por exemplo, ela falou que iria levar a mãe dela no hospital e acabou tendo um desencontro, e a mãe jogou a culpa em cima dela. Disse que chorou muito quando a mãe fez isso. Eu falei: "Era disso que estava precisando". "Mas o que você sentiu, consegue relatar o que sentiu?" Ela disse: "Fiquei chateada..." Eu ainda insisti um pouco, mas ficou só nisso, parece que não traz um resultado mais significativo. Ela fala o que sentiu, mas parece que fica solto, desconexo... aí já passa para outro assunto...”

T3 – “Tem também aquele excesso de detalhes que não é necessário... vai me contar alguma coisa que aconteceu, tem que ser nos mínimos detalhes... e ainda, não encerar a terapia. Semana passada foi um dificuldade para poder encerar... não para de falar, foi

emendando historinha atrás da outra... Fiquei pensando: "isso precisa render, e essa menina com essa fala interminável...vou ter que bloquear..."

M – “E o que você fez?”

T3 – “Não fiz nada... Acho difícil cortar o discurso dela... É completamente lógico, quer me mostrar os detalhes da situação, e o jeito natural de conversar com as pessoas... Tenho dificuldade de cortar. O que estou começando a fazer é voltar à questão inicial.”

T3 – “Parece que sempre me desarma... começo e não encontro espaço para poder continuar trabalhando com aquilo de uma forma mais profunda. Pergunto: " O que você sentiu? ". " Assim, assim, assado. " Isto me desarma completamente, ainda que responda, não tem uma continuidade, parece que a coisa não toca.”

1.1.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T3 reforça os comportamentos de esquivas da cliente, ao permitir que aborde os assuntos de modo superficial ou detalhista; ao ficar esperando o momento “certo” para tentar fortalecer CCR3 da cliente;
- ✓ Esquiva Experiencial: T3 não se vulnerabiliza. Fica sempre esperando o momento “certo”. É evidente aqui, o contexto de “dar razões”.
- ✓ Tentativa de Evocar CCR2: T3 tenta evocar o contato com emoções e a expressão de sentimentos. Contudo, suas tentativas não foram bem sucedidas, foram punidas pelo comportamento da cliente, que demonstra pouco contato com seus sentimentos.
- ✓ Tentativa de Enfraquecer CCR1: Diante da fala detalhista da cliente, T3 embora não consiga bloquear imediatamente este comportamento, começou a tentar enfraquecê-lo, ao voltar-se para conteúdos importantes, tão logo sua cliente lhe dê algum tipo de brecha.

1.1.2. Falta de responsabilidade da cliente (desaparece da terapia ou se atrasa, sem avisar)

Exemplos:

M – “Como foi depois da primeira supervisão?”

T3 – “Não foi. Esse que é o problema. Ela não foi mais, não compareceu mais em nenhuma sessão... não tive chance de colocar em prática tudo aquilo que conversamos.”

M – “E como você reagiu?”

T3 – “Esse é o tipo de coisa meio previsível no comportamento dela... já estava acostumada com essa inconstância no tratamento. Mas, a minha reação foi de ir atrás, saber o que tinha acontecido.”

T3 – “Quanto à instabilidade dela, foi assim desde o início. Parece agir assim com relação a tudo na vida... acho que não foi uma peculiaridade da terapia. Era um fato que talvez, tivesse que ter explorado melhor com ela, essa instabilidade, essa questão de às vezes chegar atrasada... Às vezes, você percebe que algumas coisas não estão legais, mas você sente que tem que esperar criar um certo vínculo maior com o cliente pra poder começar explorar tudo aquilo e parece que não deu tempo de fazer isso...”

T3 respondendo à pergunta sobre como lidou com os sentimentos de frieza e distanciamento da cliente:

M – “Você chegou a explorar se tinha semelhança com outras pessoas na vida dela?”

T3 – “Não deu tempo... mas, acho que tinha.”

Referindo-se ao atraso da cliente para a sessão:

T3 – “Em outro momento, eu diria: “não tem problema, tudo bem, vamos começar?” Na primeira sessão, logo após seu retorno, frisei muito a questão do sumiço dela, falei que a terapia não ia funcionar dessa forma, que a gente não ia ver resultado, que estaria

realmente perdendo tempo se continuasse nesse padrão. Mas, ainda não é uma coisa fácil para mim, e não é especificamente com ela. É uma dificuldade que tenho... Acho que é excesso de receio de tornar a terapia aversiva para o cliente de alguma forma, mas às vezes, é necessário fazer isso.

1.1.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T3 procurou a cliente quando esta, sumiu da terapia. Este era um padrão freqüente na sua vida. Todavia, T3 parece estar num contexto de “dar razões”: alega nunca ter mencionado isto com a cliente porque “faltava intimidade”. Acaba assim, reforçando outra dificuldade da cliente, que era se aproximar das pessoas.
- ✓ Tentativa de enfraquecer CCR1: Logo após o retorno da cliente, T3 esforça-se para demonstrar que quaisquer desaparecimento deveria ser evitado. Contudo, o fez de modo ainda bem indireto, como pode-se notar no último trecho apresentado.
- ✓ Esquiva experiencial: T3 não se vulnerabiliza. Isto seria mais efetivo. T3 poderia ter demonstrando claramente o impacto disto sobre si. Mas isto, era o que T3 sempre resistia em fazer. Conforme declarado no fim do trecho, T3 parecia estar reagindo a outros contextos – os de sua própria experiência.

1.1.3. Instabilidade da cliente

Exemplos:

T3 mencionando porque não faz a ponte entre o que ocorre dentro e fora da sessão:

T3 – “Não é uma coisa que acho fácil... ainda sinto-a muito instável, sinto que não existe um vínculo, que não está ali, presa na terapia ainda, falta muita estabilidade.”

T3 – “Essa instabilidade dela... não há correspondência entre o dizer e fazer as coisas... Fora a frieza emocional que às vezes sinto por ela... Tem um detalhe que queria comentar: na última sessão, quando a gente encerrou, antes dela passar pela porta o celular tocou, ela atendeu, era uma amiga... do jeito que estava, atendeu o celular e foi embora, sem nem falar um tchau. Sabe quando você fica com cara de boba? Esse é o estilo dela!”

T3 – “Sabe quando você julga uma sessão inútil? Dificuldade de conseguir enfocar aquilo que é problema que deve ser tratado em terapia. Acho que tenho essa dificuldade em relação a ela, diferente dos outros clientes, em que o problema aparece em todas as sessões, tem uma continuidade. Com ela não... Tem sessão em que penso: "Parece que não tem problema nenhum?". Diferente de outras em que você acha a pessoa a mais problemática do mundo, que precisa de um tratamento...”

T3 – “Tenho tentando ter um pouco de paciência. Na sessão passada, ela me pareceu realmente bem, tranquila, até em relação ao que tinha acontecido com a pai (que tinha tentado suicídio). Aí, vem aquela questão da instabilidade, a relação com o namorado era um problema, agora parece que não é mais... já está mais distante, mais independente dele. Mas sei que isso vai mudar, que vai chegar a hora que vai estar completamente dependente dele de novo. Parece que enquanto isso não acontece fica difícil trabalhar isso.”

T3 – “A gente começou a discutir que toda vez que se aproximava de um outro rapaz comparava com ele... então, surgiu uns dados interessantes... está se interessando por outros rapazes. São muitos casinhos... tem um rapaz do interior que está muito interessada, um outro de Brasília, um outro também, que está internado junto com o pai dela. Parece que foge completamente do foco... “Onde está o problema com o namorado? Como vou trabalhar isso? Se eu perguntar: "Parece que você está mais independente em

relação a ele?". Ela diria: "Estou. Agora vai ser diferente". Mas não vai. Me dá a impressão de que é muito situacional.”

M – “Você coloca isso para ela?”

T3 – “Não.”

1.1.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 evita enfraquecer os CCRs1 da cliente. “Pisa em ovos”: deixa de atuar eficazmente, devido à instabilidade da cliente na terapia, à possibilidade de que a mesma abandone o tratamento. Também não manifesta como se sente, quando a cliente vai embora, sem se despedir. Além disso, não pontua como é difícil trabalhar com ela, dada sua instabilidade.

1.2. Desvalorização/Desrespeito

Sentimento que ocorreu em relação à:

1.2.1. Cliente faltar a sessão sem avisar ou sumir da terapia

Exemplos:

T3 – “A cliente se distancia, inclusive por telefone. Por exemplo, semana passada não foi na sessão... deveria me ligar pra avisar, mas não me liga. Se eu ligo, é seca comigo...”

M – “O que isto provoca em você?”

T3 – “Uma sensação de que o trabalho que estou fazendo é insignificante pra ela ou não é importante. De que tudo na vida dela está em primeiro lugar, menos a terapia... de que é algo completamente irrelevante pra ela... quando der vai, quando não der não vai e não tem problema nenhum.”

T3 – “Meu trabalho não está sendo valorizado por ela. Como é que a gente pode chamar isso? ... Me sinto desvalorizada... Principalmente, em relação a esta questão de chegar muito atrasada nas sessões, de faltar e não avisar, de chegar ali e conversar da mesma forma que conversa com uma amiga, com uma colega.”

T3 – “Acho que a sensação mais forte é de desvalorização e isso pra mim é muito pior do que a raiva. A raiva passa, a sensação de desvalorização não. Então, considero esse sentimento muito pior, me afeta muito mais e me desestimula.”

M – “Desestimula no sentido de não querer atendê-la mais?”

T3 – “É. Você começa a refletir... ela vem uma vez por semana, nessa uma vez (quando vem) chega meia hora atrasada... na outra semana, já não vem. Pra que está resolvendo a terapia? A gente está aqui, gastando tempo, gastando energia à toa? Você faz um esforço enorme... Estou fazendo um favor pra ela... estou atendendo de graça, tudo bem que está retribuindo fazendo um favor pra gente também, mas você não perceber nem um mínimo de gratidão na pessoa, de compromisso com aquilo que está sendo feito. Eu considero muita falta de consideração.”

Mestranda questionando como T3 se sentia com o sumiço da cliente, logo após a primeira supervisão:

M – “Você fala que era previsível a inconstância dela, mas como você se sente com o sumiço dela?”

T3 – “Eu estou procurando o termo certo. Qual a sensação que você tem quando você acredita que a pessoa agiu com falta de consideração com você? Talvez, esse seja o melhor termo pra dizer que o que senti: desvalorizada...”

T3 – “Desvalorizada e um pouco frustrada, porque você começa um trabalho que não dá em nada, interrompe logo no início sem ter nenhum tipo de ganho com aquilo... Tinha

assumido um compromisso com ela e ela comigo. Fiz de tudo para honrar minha parte. Estive lá no horário certo, procurei pesquisar, estudar, para melhor atendê-la... ela tinha um compromisso com a gente também, no sentido que sabia que a participação dela é importante, porque havia uma pesquisa atrás disso... Ela tem o mínimo de inteligência e compreensão pra saber que se é sujeito de uma pesquisa e simplesmente some, aquilo vai fazer uma diferença na pesquisa.”

T3 respondendo à pergunta sobre as tentativas mal sucedidas de ligar para a cliente, logo após seu desaparecimento:

T3 – “Eu queria comentar a respeito disso porque no início pensei: “vou ligar e ela vai me atender, provavelmente vai voltar ou então vai encerrar a terapia definitivamente” Você tenta uma vez, nada... espera uma semana e tenta a segunda vez, nada... quando você vai tentar a terceira vez, parece que já perdeu um pouco o sentido... acho que cheguei a ligar quatro vezes, mas quando fui ligar a última vez, não tinha mais sentido nenhum... me deu aquela frustração... “estou ligando pra que? Já acabou, já perdeu o sentido pra ela e pra mim também”... acho que estava frustrada, me sentindo muito desvalorizada, não tinha nem sentido ela voltar mais... Até porque falava quase toda sessão: “A minha casa tem bina, a gente controla direitinho quem a gente vai atender e quem agente não atende, porque fica registrado.” Ela falava muito à respeito disso. Então, viu o registro das minhas ligações... eu já tinha ligado várias vezes antes, sempre pra confirmar a sessão... meu telefone estava lá gravado de alguma forma. Poderia ter me retornado, sabe que a procurei... nem isso ela fez... Não teve sequer a consideração de ligar de volta e falar pelo menos: “Olha T3, você esta me procurando, mas, não quero mais, não perca o seu tempo...”

É interessante pontuar que durante todo o trabalho desenvolvido com T3, sua cliente desaparecia e voltava várias vezes da terapia, o que é um padrão bastante comum no cliente *borderline*.

Numa dada semana, mais ou menos no meio do trabalho (após a segunda supervisão), T3 ligou para mestranda para contar um fato que havia ocorrido. A cliente ligou para T3 perguntando se poderia ir à sessão, mas com atraso (o que era um CCR2, já que a cliente sempre se atrasa e não avisava) porque estava deixando sua mãe no hospital que seu pai estava internado. T3 concordou em esperar. Como a cliente estava demorando muito, T3 ligou para ela. A cliente, “muito sem graça”, disse à T3 que não iria porque sua mãe não quis entrar sozinha. T3 respondeu “depois nos falamos!”. Relatou para ter sentido, pela primeira vez, muita raiva da cliente, “Estava com um monte de coisas para fazer, e fiquei que nem boba esperando. Ela nem para me ligar! Fiquei com muita raiva”, disse T3, por telefone.

1.2.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial: T3 não se vulnerabiliza:

T3 – “Não consigo verbalizar isso (referindo-se à expor seus sentimentos diante das atitudes da cliente)... Acho que é medo de perder a pessoa...”

Como pode-se notar, T3 “pisa em ovos” com a cliente. Isto é mesmo que as pessoas fazem, o que acaba mantendo os comportamentos problemáticos da cliente. Poderia aproveitar-se do sentimento de desvalorização provocado pelo comportamento irresponsável da cliente, para enfraquecer este CCR1 e fortalecer CCR3.

- ✓ Reforçar CCR1: T3 agiu como outras pessoas do cotidiano da cliente: ligou várias vezes para restabelecer o contato. Talvez, tivesse sido mais produtivo deixar um recado na secretária, para que a cliente, caso quisesse falar com T3, retornar a ligação. Esta seria uma das maneiras de tentar evocar um CCR2.

- ✓ Punição: Com relação ao último trecho apresentado, T3 relatou ter sido extremamente “seca” com a cliente, ao dizer “depois nos falamos”. Disse que estava sentindo muita raiva, e que deixou isto transparecer pelo jeito “frio” que a tratou. Esta poderia ser mais uma oportunidade para T3 demonstrar o impacto dos comportamentos problemas sobre as pessoas, de modo mais direto e não punitivo – vulnerabilizando-se, o que T3 foi instruída da fazer na sessão seguinte.
- ✓ Vulnerabilização: Na sessão seguinte, T3 expôs para a cliente como se sentiu com sua falta de responsabilidade. Cliente concordou com terapeuta que também sentiria raiva, caso alguém se comportasse assim com ela. Esta atitude foi muito importante porque acabou fortalecendo o próprio comportamento de T3 , de se vulnerabilizar – “Me sinto mais segura agora, para expor o que sinto por ela”.

1.2.2. Cliente tratar terapeuta com frieza

Exemplo:

M – “Quando ela é seca com você ao telefone, ou levanta da sessão, olha pra frente e fala tchau, você faz o que?”

T3 – “A primeira vez que fez isso no telefone, quando terminei a ligação, fiquei um pouco chateada porque acho que estava fazendo um favor e me trata de forma tão seca. Tive vontade de comentar depois com ela na terapia, perguntar: “Estava acontecendo alguma coisa aquele dia que te liguei? Porque te achei um pouco distante, fria?”. Então, pensei “Isso deve ser normal em pessoas *borderlines*, não tenho que me sentir magoada ou ofendida por isso, é um problema dela realmente.”

1.2.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T3 não faz nada diante do CCR1 apresentado pela cliente. Permite que continue se comportando de modo “seco”.

Foi observado durante os atendimentos realizados, que a cliente evitava vulnerabilizar-se para o namorado, acreditando que se o fizesse, o perderia. Ao fazer isto, o efeito é o inverso, pois acaba afastando as pessoas – seus comportamentos de frieza e/ou maltratos, levam as pessoas a se distanciarem. Portanto, a intimidade parece ser aversiva para a cliente – se comporta de modo frio e auto-suficiente, provocando nas pessoas o afastamento. Isto parece ser o mesmo que faz com T3.

- ✓ Esquiva Experiencial: T3 experimenta várias sensações decorrentes dos comportamentos “frios” da cliente, mas não as expõe para a cliente. Além disso, parece esquivar-se dos seus próprios sentimentos, quando menciona que não deveria sentir-se ofendida. T3 comporta-se de modo a diminuir os efeitos da punição da cliente: dá razões para os comportamentos desta, em relação a si. Aqui, fica evidente o impacto de suas próprias experiências sobre o atendimento. Além disso, dá razões para não ser eficaz como terapeuta, para continuar apresentando seus comportamentos de esquiva.

1.2.3. Cliente tratar terapeuta como uma amiga

Exemplos:

T3 – “Ela chega, senta no sofazinho, coloca os dois pés e fala: “Nossa, eu tenho um monte de coisa pra te contar, senta aí que eu preciso te contar”. E começa a relatar tudo... percebo que é da mesma forma que relata para uma amiga. Da mesma forma divertida, com as mesmas gírias, da mesma forma superficial que ela deixa transparecer que ela conta para uma amiga. Então, a sensação que eu tenho é que me trata exatamente dessa

forma, que não diferencia a minha função de uma colega que tenha fora da sessão. Pra ela é mais ou menos a mesma coisa. O comportamento dela é de alguém que está batendo papo com outra pessoa e não fazendo uma sessão de terapia, não tendo aquela cautela, aquela vontade de refletir a respeito do que fala, do que fez. Eu não sinto isso, de jeito nenhum... Acho que reforça um pouco aquela idéia de que meu trabalho é inútil, não é nem um pouco importante. Reforça um pouco isso... por que está indo ali, então?”

T3 – “Não é uma sensação boa... mexe com várias regras que tenho a respeito disso também... Sei que muita coisa tem a ver com o comportamento do cliente, com o padrão dele de reagir, não só em relação a mim, mas em relação a outras pessoas. Agora, nada que me impeça de estar sempre questionando a minha função ali dentro, meu comportamento também, o que estou fazendo que, de repente, não está levando-a a me tratar de uma forma diferente? Que responsabilidade estou tendo na forma como está reagindo a mim? Fico pensando em todas estas coisas.”

1.2.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: T3 permite que a cliente continue se comportando deste modo, na sessão. Tem consciência disto, e não faz nada para mudar. Parece estar reagindo à um contexto mais amplo que a cliente – suas própria história, quando fala das sua regras.
- ✓ Esquiva Experiencial: T3 não se vulnerabiliza. Deixa passar a oportunidade de expor a repercussão dos comportamentos problemáticos da cliente sobre sua pessoa, diminuindo assim, a chance de que a cliente aprenda a se comportar de modo mais eficaz.

1.3. Desmotivação/ Frustração/ Vontade de não atender mais a cliente

Estes sentimentos ocorreram sempre que:

1.3.1. A cliente tratava terapeuta como uma amiga

Exemplo:

T3 – “Dá desmotivação. Fico pensando: “Será que vai surtir algum resultado realmente?”

1.3.1.1. Estratégias Utilizadas

As mesmas descritas no item 1.2.3.1.

1.3.2. A cliente falava sobre assuntos “adolescentes”

Exemplos:

T3 – “Ela tem uma fala muito envolvente. Percebe que considero-a uma pessoa engraçada. Acho que isso reforça um pouco seu comportamento de continuar agindo como uma pessoa engraçada... No início, acho que reforçava muito, rindo bastante. Nas duas últimas sessões, mudei um pouco, até porque isso começou a me cansar durante a sessão... O perfil dela é aquele tipo de pessoa meio que fulgaz. Às vezes, tenho a impressão de que a maior preocupação que tem na vida é qual festinha que vai no fim de semana. A vida dela gira em torno disso, das boates da moda, dos barzinhos da moda, da fala cheia de gírias... isso me cansou um pouco.”

T3 – “Meu conjunto de valores, meu estilo de vida é muito diferente do dela, é uma pessoa que fora da terapia dificilmente seria minha amiga, por exemplo...”

1.3.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de enfraquecer CCR1:

T3 – “Então, se perguntava alguma coisa e ela contava uma historinha engraçada, depois voltada àquilo que tinha perguntado anteriormente de uma forma mais séria pra tentar forçá-la a responder de uma forma mais séria

também. Pra perceber que nem tudo nesse mundo é uma grande brincadeira, que a vida não é uma mar de barzinhos e de boates que a gente vive.”

Este tipo de tentativa foi bem sucedido, já que a cliente acabava respondendo a pergunta de T3, de modo mais sério. Isso foi se tornando cada vez mais freqüente. A cliente gradativamente entrava mais em contato com seus sentimentos e com as análises que T3 propunha.

1.3.3. A terapeuta tentava se aproximar, mas a cliente fugia

Exemplo:

Quando T3 pergunta à cliente como está se sentindo na sessão, na tentativa de evocar CCR2 (contato com sentimentos) e tornar a relação mais intensa:

T3 – “É engraçado como ela me pune em relação a isso... toda vez que faço esse tipo de pergunta na terapia me sinto mal, soa como algo tão vago, parece que é uma pergunta tão boba, pela forma que ela responde... Muitas vezes, me sinto frustrada, penso: "Não rendeu nada! ".

1.3.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de evocar CCR2: T3 tentava levar a cliente a entrar em contato com seus sentimentos e tornar a relação mais intensa. Contudo, era punida. Cliente induzia a terapeuta a continuar reforçando seus CCRs1, pois T3 passou a utilizar menos esta estratégia, que considerava sem sentido.

1.3.4. A cliente era instável

Exemplos:

T3 – “Na última sessão, cheguei a comentar com ela: "Mas parece que você está tão bem, tão tranqüila". Sabe aquela sessão em que coloca: " Mas parece que você não tem

problema nenhum?". Diferente daquelas outras, que você acha a pessoa a mais problemática do mundo, que precisa de um tratamento.”

M – “Quando você fala que sentimentos estão envolvidos?”

T3 – “Desânimo também, desânimo principalmente. De não estar fazendo um trabalho produtivo, de alguma coisa nesse sentido... Acho também que sou naturalmente ansiosa, de querer ver resultado logo, de querer mostrar para o cliente que a terapia está funcionando.”

M – “Você acha que sua ansiedade te atrapalha de alguma maneira?”

T3 – “Acho que não chega a atrapalhar... eu me freio, é o momento de exercitar a minha paciência: "Calma, você sabe que o tratamento vai ser a longo prazo... não adianta sair frustrada ou desanimada de uma sessão porque você acha que não rendeu nada, porque provavelmente é assim que funciona com clientes com transtorno de personalidade.”

T3 – “É que penso também: "Meu Deus, ela vem uma vez por semana, faço a sessão, acho que não resolve nada... mata duas semanas seguidas... quando vai render?" Você entende a sensação de desânimo, de frustração?”

1.3.4.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 mais uma vez poderia se vulnerabilizar, demonstrando à cliente como é instável e o que isto provoca na sua pessoa, mas não o faz, perdendo assim, mais uma oportunidade de atuar de modo mais produtivo. Parece também que T3 experimenta neste momento, das suas próprias dificuldades – a ansiedade. Contudo, ao analisá-la, T3 impede que esta atrapalhe sua forma de ver as possíveis melhoras da cliente. Parece fazer isto também, como um meio de controlar os seus sentimentos negativos, o que seria também uma maneira de esquiva experiencial.

1.3.5. A cliente não admitia que um dado comportamento era problemático

Exemplo:

Sobre um compromisso que a cliente não cumpriu, com uma amiga, T3 questionou:

T3 – “Você acredita que isso é um problema na sua vida?”. Ela falou que não. Comentou superficialmente: " Não, mas já cheguei um pouco atrasada nas aulas da faculdade". Eu perguntei: " Mas isso é um problema para você?". “Não, isso é normal, são aulas chatas.” Ficou mais ou menos dessa forma...”

M – “E quando falou isso, o que você sentiu?”

T3 – “Me deu um pouco de desânimo, de pensar: " isso poderia ser um momento de poder trabalhar isso! ". Mas, ao mesmo tempo, parece que não é o momento... vou ter que esperar um pouco mais. Isto me dá um pouco de desânimo.”

1.3.5.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de levar a cliente à tomada de consciência: Este trecho mostra como as tentativas de T3 de tornar a terapia mais produtiva, são dificultadas pelas reações da cliente. T3 tenta conduzir a cliente a refletir sobre um comportamento problemático, mas cliente a pune.
- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 desiste. Não confronta cliente de modo mais direto, vulnerabilizando-se e tentando fortalecer um CCR3, como por exemplo: “Tenho a mesma impressão que sua amiga, quando você me deixa esperando por você na sessão, não avisa que não virá ou que se atrasará. Também fico chateada.” Portanto, permite que cliente continue se comportando do mesmo modo.

1.3.6. A cliente não exercitava no cotidiano, o que havia sido trabalhado na sessão

Exemplo:

Falando na supervisão sobre o relacionamento da cliente, com seu namorado de sete anos:

T3 – “O padrão de relacionamento deles é sempre assim: se aproximam, ficam um tempo juntos, brigam e se afastam.

M – “E você já mostrou claramente para ela que enquanto continuar cedendo, ele vai continuar fazendo isso?”

T3 – “Já.”

M – “E não adiantou?”

T3 – “Não.”

M – “Você então, tinha combinado tudo com ela como agiria, caso ele voltasse a procurá-la...”

T3 – “Sim.”

M – “Como você se sentiu ao ter combinado e trabalhado tanto com ela, e na hora, não praticar nada?”

T3 – (num tom de voz desanimado): “Esperava que isso fosse acontecer, eu sabia... Mas, achei que tinha que trabalhar, mostrar para ela: “nada do que a gente estabeleceu como uma regra, não adianta porque você não vai seguir, você ainda se permite ser controlada por ele.”

1.3.6.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de levar a cliente à tomada de consciência:

M – “Você lhe falou isso?”

T3 – “Mostrei isso para ela sim.”

- ✓ Esquiva Experiencial: Quando T3 diz: “nada do que a gente estabeleceu como uma regra, não adianta porque você não vai seguir, você ainda se permite ser controlada por ele”, deixa a impressão, pelo seu tom de voz, que sente-se muito desanimada com este comportamento. No entanto, não pergunta como as outras pessoas se sentem quando a cliente se engaja em comportamentos que não lhe fazem bem, ou como esta mesma se sente, e ainda, não verbaliza os seus próprios sentimentos de desânimo (como se não houvesse solução).

1.3.7. A cliente faltava sem avisar

Exemplos:

Além dos exemplos já citados no item 1.2.1., com relação à este conteúdo, pode-se ainda acrescentar, o seguinte trecho:

M – “Você se lembra aquela vez que ela marcou com você e disse que iria chegar atrasada, depois foi para o hospital, e nem deu satisfação?”

T3 – “Eu fiquei muito chateada, não fiquei só cansada não, fiquei com muita raiva também.”

1.3.7.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Punição: T3 não conseguiu agir de modo produtivo, no momento em que a cliente emitiu este comportamento-problema:

M – “E você mencionou isso com ela?”

T3 – “Que fiquei com raiva na hora?”

M – “Da sua atitude no telefone?”

T3 – “Não. Não foi uma coisa explicita, só aquela coisa assim: " é porque estou enrolada aqui agora com a minha mãe ". " Então está bom, depois a gente conversa ". Agora, era uma situação que eu deveria, acho que deveria,

perguntar: " Seu pai melhorou? ". Porque nem toquei nesse assunto. " Seu pai está melhor ". Nem cheguei a perguntar esse tipo de coisa. Recebi a conversa de forma seca, mas não foi algo assim muito... Se ela tivesse um pouquinho de sensibilidade, teria percebido que fiquei chateada ou talvez tenha percebido e tenha feito de conta que não percebeu... não cheguei a ser assim , estúpida.”

- ✓ Vulnerabilização: Contudo, T3 ligou para supervisora e foi instruída a expor seus sentimentos para a cliente, e foi bem sucedida: a cliente validou seus sentimentos.

M – “E quando ela retornou depois episódio, você expressou essa raiva para ela?”

T3 – “Eu falei que fiquei com raiva, chateada, com raiva, usei mais ou menos esses termos.”

É interessante notar que T3, grande parte das supervisões dava razões para não se vulnerabilizar (como já deve ter ficado claro, nos trechos apresentados). Parece sensato afirmar que T3 só passou a fazer isto, quando identificou que “o tiro estava saindo pela culatra” – argumentava não ser o momento de expor seus sentimentos, pois a cliente acabaria desistindo da terapia; só que mesmo não fazendo isto, a cliente sempre sumia, e retornava. Seu comportamento estava se fortalecendo cada vez mais com a esquiva da terapeuta.

1.4. Distanciamento

Sentimento decorrente das seguintes situações:

1.4.1. A cliente não demonstrava precisar da ajuda da terapeuta

Exemplo:

T3 – “Ela me passa uma sensação de independência. Não sei se é porque essa frieza dela soa como independência. Nunca manifestou nenhum tipo de carência em relação a mim, por exemplo.”

M – “Ela mesma expressa que não precisa de ninguém pra cuidar dela, é isso?”

T3 – “É. Ela afasta as pessoas com muita facilidade. Você sentiria vontade de cuidar de uma pessoa assim, que é fria com você, que te afasta? Normalmente é o oposto, você quer cuidar daquele depressivo, frágil, que não está dando conta de nada...”

1.4.1.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 não verbaliza para a cliente o quanto se sente distante dela, devido aos seus comportamentos de independência. Alegou não ter intimidade o suficiente para fazê-lo. Mais uma vez dá razões para não intervir. Não lança mão dos seus próprios sentimentos, como recurso na terapia.

1.4.2. A cliente emite comportamentos de fuga/esquiva

Exemplos:

T3 – “Na última sessão, ela tocou no assunto do suicídio do pai... ficou séria na hora de falar, mas não chegou a ficar triste como acho que um assunto desses mexeria com uma pessoa. Não chegou a ficar como a gente esperaria.”

M pergunta se T3 questionou com a cliente o que sentia, ao falar da tentativa de suicídio do pai:

T3 – “Já fiz isso em outros momentos, em relação a outras pessoas. “O que você está sentindo ao estar falando desse assunto?” Mas, a resposta dela é muito vaga. Talvez, eu tenha que insistir mais, acredito que tenha que insistir mais, mas já perguntei e a resposta foi vaga, “ah, não sei. A gente fica triste de falar a respeito disso”. Não tem aquele contato que você espera que a pessoa faça... Acho que é porque não criou uma verdadeira relação de intimidade. Se tivesse realmente em uma relação sincera de intimidade, o que ia acontecer em um momento desse? Ela saberia que ela poderia manifestar qualquer sentimento aqui, que não seria punida.”

Numa entrevista após o primeiro desaparecimento da cliente da terapia:

M – “Ela te sinalizava coisas do tipo “não está funcionando, não estou vendo resultados”?”

T3 – “Só quanto à instabilidade dela, mas como foi assim desde o início... e como parece agir assim com relação a tudo na vida, acho que não foi uma peculiaridade da terapia. Era um indício, era um fato que talvez tivesse que ter explorado melhor com ela, essa instabilidade, essa questão de às vezes chegar atrasada... mas seria sem significado ainda na terapia... de repente falar de coisas tão íntimas, quando a gente não tinha nada construído ainda pra poder chegar nesse grau de intimidade... não havia nenhuma espécie de vínculo... talvez porque eu achava que seria um pouco aversivo pra ela, e por receio de perdê-la tocando num assunto que de repente seria desagradável.”

Ainda na entrevista sobre o sumiço da cliente:

T3 – “Em relação a ela, senti uma certa dificuldade. “Cadê a intimidade que não aparece de jeito nenhum?” Aquela coisa “será que não vou me apegar à cliente e a cliente também não vai se apegar a mim?”

1.4.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Tentativa de Enfraquecer CCR1: Isto pode ser observado, com relação ao primeiro trecho apresentado, em que a terapeuta agiu do seguinte modo, e estava obtendo sucesso:

T3 – “A gente estava conversando a respeito disso (o suicídio), e falei: “às vezes, percebo que te pergunto certas coisas, você fala brincando”. Ela até falou “mas quem me conhece sabe que por dentro, estou muito mal”. Falei: “só que você não manifesta isso com clareza”. Chamei atenção de que isso poderia ser um padrão na família dela, estar na educação que ela recebeu. Mas isso acontece o tempo inteiro. O que está acontecendo agora é que ela está começando a ficar um pouco mais séria, sorri menos e brinca menos durante a sessão... já fala sem expressão de alegria no rosto, que tinha sempre antigamente.”
- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 utilizava a razão de “sentir-se distante”, para não atuar: evitava estabelecer qualquer relação mais íntima com a cliente. Ficava esperando passivamente esta intimidade emergir., quando, na realidade, poderia utilizar justamente deste sentimento de distanciamento, para criar uma situação de bastante aproximação entre elas. Boa parte do conteúdo das supervisões era em torno disto. T3 gradativamente, como já foi ilustrado em alguns trechos, melhorava seu repertório – aos poucos arriscou fazer intervenções que tentassem enfraquecer este CCR1 da cliente, e que tentasse evocar mais CCRs2 (como o de intimidade, por exemplo). Era discutido também como a cliente punia o comportamento efetivo da terapeuta, como o ilustrado no segundo trecho, em que T3 relatou tentar evocar um CCR2

(contato e expressão de seus sentimentos), e a cliente, respondia de modo vago, transparecendo que a pergunta era tola, quando, na realidade, tratava-se de um comportamento de fuga.

1.4.3. A cliente era “fria”

Exemplos:

T3 relata temer perder a cliente por causa da pesquisa:

T3 – “Por enquanto é por causa da pesquisa... acho que da mesma forma que ela não conseguiu se apegar a mim, também não consegui me apegar a ela ainda. Aquela preocupação, aquele carinho que muitas vezes a gente tem com o cliente, ainda não consegui ter. Acho que muitas pessoas na vida dela também não conseguem ter por causa do que faz com as pessoas... imagina, encerrar a sessão, e simplesmente levantar, me dar tchau e sair... Fica aquela coisa fria sem muito contato... me sinto mal quando a gente encerra a sessão e simplesmente vai embora”

Na entrevista após o sumiço da cliente:

M – “Então você também não sentia afeição por ela? Era recíproco?”

T3 – “Era.”

M – “Por que você acha que não conseguiu se apegar à cliente ou sentir carinho por ela?”

T3 – “Acho que porque não consegui ter a mesma coisa em relação a mim também.”

M – “Você tentou?”

T3 – “Comecei a tentar, mas não deu tempo suficiente pra isso.”

T3 – “A gente não conseguia sentir nada uma pela outra... Por exemplo, já atendi outra cliente que tinha TOC, quando essa mulher deixou a terapia quase fiquei louca de tanta preocupação... senti um pesar muito grande, de pensar que iria continuar naquele sofrimento e não ia ter ninguém para ajudar... Já em relação a ela, não senti nada disso,

nem um instante de preocupação. Acho que tem haver com isso que estou te falando... a gente não conseguiu sentir nada uma pela outra. Os comportamentos dela de distanciamento e frieza eram aversivos pra mim... Talvez, eu tenha reagido muito em feedback, em relação à forma como ela reagiu comigo... foi fria e distante comigo o tempo inteiro, acabei alimentando os mesmo sentimentos em relação a ela...”

1.4.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: A cliente apresentava frieza e distanciamento por T3. Naturalmente, T3 não poderia sentir afeição pela cliente. Seus sentimentos de frieza e distanciamento eram congruentes com as contingências em vigor. T3, ao não utilizar destes sentimentos como instrumentos para evocar uma situação de aproximação, acabava permitindo a ocorrência do comportamento problema.
- ✓ Esquiva Experiencial: A frieza e o distanciamento da cliente eram aversivos para T3. Diante de estímulos aversivos (ou da possibilidade que ocorram) as pessoas tendem a emitir comportamentos de fuga/esquiva. O de T3 era evitar qualquer intimidade com a cliente, pois isto poderia ocasionar o comportamento-problema da mesma, e gerar na terapeuta, sentimentos negativos. Isto fica evidente, no trecho abaixo, sobre a cliente falar tchau, e ir embora:

T3 – “Já pensei em conversar a respeito disso com ela... mas, eu acho tão constrangedor falar a respeito da forma como a pessoa te cumprimenta, porque parece que eu vou insinuar que tem que fazer alguma coisa diferente no final da sessão... vai criar um clima meio artificial. Não sei se é alguma coisa que eu tenha que simplesmente respeitar.”

1.4.4. A cliente era instável

Exemplos:

Na segunda supervisão, sobre a ponte que T3 tentava estabelecer entre o que ocorria na sessão e na vida cotidiana da cliente:

T3 – “Não é uma coisa que acho fácil... ainda a sinto muito instável, sinto que não existe um vínculo, que não está ali, presa na terapia ainda, falta muita estabilidade... tenho a sensação de não ter conseguido isso dela ainda, esse envolvimento maior com a terapia, ter feito a terapia se tornar em algo mais reforçador ainda, como por exemplo, como um espaço não punitivo que pudesse entrar mais em contato e manifestar suas as emoções...”

1.4.4.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 continua dando razões para não enfraquecer CCR1 da cliente. Este parece ser o contexto mais forte nesta participante.

1.5. Insegurança

Ocorreu diante das seguintes situações:

1.5.1. Falta de compromisso da cliente com a terapia

Exemplos:

Discutindo sobre a relação da cliente com seu namorado:

T3 – “Acho que ele não se sente seguro na relação com ela... Ele gosta, quer estar perto, mas fica inseguro com tanta instabilidade da parte dela.”

M – “Quais dicas que te possibilitam ver isso?”

T3 – “O que ela fala a respeito do que ele fala pra ela. Isso que estou te relatando são coisas que ele falou pra ela e que ela me relatou.”

M – “E você, tem alguma semelhança do que ele sente com o que você sente, às vezes por ela?”

T3 – “Tem no sentido do descompromisso... parece que não consegue ter com ela a sensação de que os dois têm um compromisso sério, seguro, algo que se possa fazer um planejamento... A minha sensação com ela também é essa.”

1.5.1.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 não faz a relação entre sessão e cotidiano para a cliente, perdendo assim, a oportunidade de enfraquecer um CCR1. Continua dando razões para “pisar em ovos”:

M – “É o que acontece na terapia! A qualquer momento, vai parar...”

T3 – “É. A qualquer momento ela vai parar, principalmente se eu disser alguma coisa que não gostar...”

1.5.2. A cliente dá razões para continuar emitindo comportamento problemático

Exemplos:

M – “Quando impõe dificuldades para não mudar, começa a dar razões pra não fazer o que você está pedindo, como você se sente?”

T3 – “Talvez, tenha um pouco de dúvida se esse realmente é o procedimento correto a ser adotado nesse momento, se o que estou sugerindo é a coisa certa. Talvez, fique um pouco insegura porque às vezes, as razões dela são válidas. Às vezes, cita razões que realmente a gente tem que parar e considerar.”

T3 – “O problema é que sempre justifica, tem uma justificativa pronta para tudo... se isenta da responsabilidade... “é porque minha casa estava cheia de gente, é porque eu tinha um outro compromisso.”

M – “E você teve vontade de fazer o quê?”

T3 – “De falar diretamente que isso não é motivo suficiente para fazer o que fez... que me desse pelo menos satisfação...”

T3 – “Aceitei suas desculpas. Mas, ponderei muito isso, de que se mantivesse o mesmo padrão, a terapia não iria funcionar, não seria algo útil nem para ela, nem para mim... que dessa forma, não poderia ajudá-la.”

1.5.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Validação: No primeiro trecho, observa-se que T3 valida as razões da cliente – vê sentido nos seus motivos para não agir diferente. O problema aqui, é que a terapeuta não dá o passo adiante de impulsionar a cliente à mudança: ela realmente tem razões para continuar se comportando da mesma forma, mas a questão é que não tem funcionado. Outras estratégias devem ser praticadas.
- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T3 não tenta bloquear o CCR1 da cliente de se isentar de responsabilidade, no segundo trecho:

M – “Você disse a ela como que isso te fez sentir desvalorizada?”

T3 – “Não... acho que falei que fiquei um pouco preocupada... desentendida em relação ao sumiço dela... mas, não utilizei esse termo. Fiquei com medo, ela chegou na primeira sessão, depois do sumiço... como começaríamos a falar a respeito desse assunto?”

1.5.3. A cliente era instável/imprevisível

Exemplos:

T3 – “Ela procurou o namorado para conversar e conseguiu tirar dele aquilo que queria: saber o que ele queria na relação. Falou que não queria nada sério com, queria curtir, aproveitar. Ela, pelas discussões que a gente teve na terapia, quer uma coisa estável, quer estar com ele realmente. Então, voltou na outra sessão arrasada, muito triste, porque tinha

arrancado isso dele. Mas, tinha um sentimento de alívio também. “E agora, como vai ser?” “Não, agora acabou, agora não tem mais jeito.” “Acabou mesmo, você tem certeza disso? E se ele te procurar?” “Eu vou resistir!” “Como que você vai resistir? O que você pode fazer?” Trabalhei tudo isso com ela... não senti segurança... o que acontece na outra sessão? Ela estava no supermercado, ele mandou uma mensagem, e não conseguiu se conter, eles reatam o relacionamento... Senti um pouco de dúvida em relação ao que fazer agora.”

T3 – “Acho que por exemplo, para o namorado, talvez até para as amigas, é difícil... no sentido de nunca saber direito o que esperar dela, principalmente o namorado... ela é extremamente instável emocionalmente, ao mesmo tempo que diz que quer e se aproxima, começa a se afastar, e o próprio namorado já verbalizou isso para ela, que não sabia o que esperar dela, não entendia seus comportamentos. Acho que para a família talvez seja um pouco difícil lidar com as suas explosões. Me relatou algumas situações em que falava que quando ia resolver um problema, a prima dizia: "Vê se não dá escândalo, viu?". Ela relatava a situação não como sendo escândalo, como sendo uma situação normal, mas quando alguém da família fala uma coisa dessa, você entende que o comportamento dela está alterado na hora.”

T3 – “Sentia impotência diante dessa instabilidade dela... às vezes, durante a sessão, ficava completamente perdida, aquela sensação: “o que estou fazendo aqui, o que tenho que focar para ver algum resultado? Onde está o problema? Por que não aparece?” Um pouco de impotência misturada com desespero.”

1.5.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial: T3 não verbalizou para a cliente, como seus padrões instáveis fazia com que ela e as pessoas se sentissem inseguras, sem saber como agir, desperdiçando assim, várias oportunidades de tornar a relação mais intensa e produtiva.

Observações sobre o término da terapia

Segundo T3, na entrevista final, o sentimento que ficou mais marcado para ela foi a indiferença. Segue-se abaixo, um trecho ilustrativo.

T3 – “Não teve nenhum sentimento forte. Acho que ficou uma certa sensação de indiferença, nem alegria, nem alívio e nem tristeza. É uma sensação de indiferença ou de neutralidade. Não vou te dizer que senti tristeza quando ela saiu... acho que fiz a minha função. Tristeza, lamentação, não senti, mas alegria também não, porque fica essa sensação de um trabalho feito pela metade. "O que seria relevante para você, que tipo de informação?" Acho que foi esse sentimento de indiferença – nem lamentar muito a perda dela, nem sentimento de alegria, satisfação, alívio... Não fiquei pensando: “Com quem ela vai poder contar agora?” Com ela, sinceramente, não tive preocupação nenhuma com isso.”

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão

2.1. Comportamento de “dar razões”

À respeito da terapeuta reforçar os CCRs1 da cliente:

T3 – “Dependendo do que disser a ela, irá embora mesmo. Ela me passa essa sensação... de uma pessoa que não suporta muita aversividade, que tem um limiar muito baixo para a aversividade...”

M – “E você acaba “pisando em ovos” e mantendo os comportamentos-problema dela.”

M tenta enfraquecer padrões improdutivos de T3, com relação à cliente, durante a supervisão, no que se refere à “dar razões” para não atuar de modo mais produtivo

Exemplos:

Aqui, M tenta mostrar para T3, a necessidade de tentar tornar a relação terapêutica mais intensa:

M – “Acho importante você falar sobre o jeito que te cumprimenta. Perguntar: “é assim que você faz com outras pessoas?”... e que você sente que a qualquer momento ela não irá voltar mais.”

T3 – “Já pensei em conversar a respeito disso com ela, mas acho tão constrangedor falar sobre a forma como a pessoa te cumprimenta... parece que vou estar insinuando que tem que fazer alguma coisa diferente no final da sessão... vai criar um clima meio artificial... Não sei se é alguma coisa que eu tenha que simplesmente respeitar...”

M – “Mas se você respeita, está permitido que não seja íntima...”

T3 – “Se você me perguntar “isso provoca impacto em você, mexe com você de alguma forma?” Vou te dizer que mexe, que me sinto mal quando a gente encerra a sessão, e ela simplesmente vai embora.”

M – “Como você se sente?”

T3 – “Distante... Parece uma coisa fria.”

M – “Percebe a relevância de você tocar nesse assunto com ela?”

Aqui, M tanto valida o medo de T3 de que sua cliente desista da terapia, quanto tenta sugerir mudanças em seu próprio comportamento. Assim, fornece, ao mesmo tempo, um modelo com seu próprio comportamento de supervisora, de como atuar com sua cliente:

M – “Quanto ao medo de perdê-la, considero que seja real porque apresenta um padrão instável na terapia e no seu cotidiano. Mas com outras terapeutas que tenho trabalhado, percebi o seguinte... temia perder a cliente... que realmente dava sinais de que isto ocorreria, e deixou de fazer várias coisas que poderiam ser efetivas... esquivou-se de várias coisas pra não perdê-la... Só que acabou perdendo, pois não trabalhou as dificuldades que deveriam ser trabalhadas... A cliente continuou apresentando vários comportamentos problemas, já que até a própria terapeuta reforçava. Então, é importante correr este risco, tocar no que tem que ser tocado... Porque se não falar, estará agindo exatamente como as outras pessoas do seu cotidiano: “pisando em ovos”, ou seja, reforçando as dificuldades dela. É necessário parar de “pisar em ovos”.

T3 continua dando mais razões:

T3 – “Sempre fui assim... essa dificuldade quando envolve a minha relação com o cliente, porque acho que será aversivo pra pessoa. Não consigo abordar estas questões, como: “você está chegando atrasado!”, “não está vindo, isso não é legal!”, “não me pagou, ou está atrasado com o meu pagamento!”.

Parece estar respondendo a um contexto mais amplo. Por isto, M pergunta:

M – “E na sua vida, como pessoa?”

T3 – “Acho que tento ser franca na minha vida. Se uma pessoa faz alguma coisa que não gosto, deixo transparecer de alguma forma... posso falar ou apenas deixo transparecer de alguma forma, com meus comportamentos.”

Aqui, dá impressão de que T3 se comporta geralmente, de modo mais indireto: deixando “transparecer”. Então, M confronta:

M – “Você geralmente fala ou deixa transparecer?”

Como sempre T3 emitia verbalizações que desvalorizavam o pequeno progresso da cliente, como “ainda é muito pouco”, foram feitas outras tentativas de enfraquecimento deste comportamento:

T3 – “Ela vem mudando os comportamentos dela em relação ao namorado, está conseguindo expressar mais claramente o que ela quer, o que ela está sentindo...”

M – “É uma coisa que tem conseguido com você!”

Em outro trecho:

T3 – “Me ligou no sábado à noite... falou: “não sei o que faço, ele (o namorado) está me esnobando”. Achei interessante, foi uma coisa completamente inesperada, um pedido de ajuda, um sinal de intimidade, ou seja, um CCR2 muito significativo da parte dela.”

M – “Sinal de que está confiando mais em você!”

Na entrevista final, T3 fala da mesma situação de outra maneira, quando questionada se houve progressos da cliente, no que se refere à aproximação:

T3 – “Acho que sim, do meio para o final ela demonstrou um pouco mais isso. Me ligando, pedindo conselho: “O que faço em tal situação? O que acha disso?”. Coisa que não fazia no início. Foi uma mudança muito abrupta, muito significativa? Não. Foi sutil, muito sutil... não foi nada.”

M – “Mas, já foi uma mudança.”

3. Principais Alvos da Supervisão, em Relação ao Progresso da Terapia

Levar T3 à:

3.1. Enfraquecer CCRs1 da cliente:

Exemplo:

M – “Quando você percebe que ela está fugindo, pontua diretamente... que, embora esteja “tudo bem”, você está percebendo que, na realidade, a situação que está vivendo qualquer pessoa se sentiria mal.”

M – “Tenta fazer isso na hora que acontece para não permitir esquiva, mas sempre mostrando “pela sua reação agora, parece que a pergunta que te fiz é difícil... e realmente, fico sem saber como abordar isso com você nesse momento... vejo que isso é difícil pra você, que necessita mudar de assunto, é difícil falar sobre isso, mas ao mesmo tempo, vejo que é importante falar... O que você acha? O que acha que vai ser melhor pra você? O que vai fazer com que você cresça mais? A gente mudar esse assunto nesse momento, ainda que seja difícil pra você, ou tentar falar sobre isso?”

3.2. Vulnerabilizar-se na relação terapêutica

Exemplo:

M – “Tenta falar como é difícil para você trabalhar com ela. Que você vê a dificuldade dela, mas que é difícil, porque sabe que tem que abordar aquele assunto, mas ela foge. Ser mais direta... porque a comunicação dela é muito indireta... você precisa fornecer esse modelo, até para que se sinta mais confortável à medida que o processo for correndo... Tenta prestar atenção no que você está sentindo e verbaliza para ela, mostrando o quanto você entende porque age assim... mas ao mesmo tempo, o que você está sentindo...”

3.3. *Tentativa de fortalecer CCR3*

Exemplo:

M – “Apontar a semelhança de como você e ele (o namorado) se sente... ela te faz sentir insegura, será que também não está despertando isso nele? Uma das sessões que li tem momentos que ele fala pra ela que é meio louca, esquisita... fiquei pensando... será que ela tem consciência de que o problema é a mensagem que passa para as pessoas, com os seus comportamentos?”

M – “Parece que é exatamente o que ela tem feito com você... Ela vem à terapia, fala, mas você não sente o que realmente seu trabalho está significando. Neste ponto, é semelhante ao que talvez ele sinta... Ela chega aqui na terapia, fala com você como se estivesse batendo um papo com uma amiga, mas não aprofunda muito nas coisas, não deixa claro o que espera de você, do trabalho... Parece que é exatamente o que faz com o namorado...”

T3 – “Talvez, ter que focar isso torne o problema muito mais concreto. Ao passo que, se faltou à sessão passada e vem nesta sessão, o problema pode se resolver de agora pra frente...talvez fique mais constante... e nem vou precisar tocar nesse assunto...”

M – “Tanto ela como você, estão experimentando esQUIVA experiencial!”

Sobre os relacionamentos amorosos e a dificuldade da cliente de ser íntima :

T3 – “Ela continua querendo a mesma coisa... uma relação estável, séria, um homem sério...”

M – “Você já colocou para ela a impossibilidade disso com ele?”

T3 – “Ela percebe isso quando ele diz, por exemplo: “não quero nada sério com ninguém.” Só que mesmo sendo instável, continua com ele.”

M – “Mas ele manda muitas mensagens contraditórias!”

M – “Talvez, seja mais seguro... pela própria dificuldade de intimidade que ela apresenta. Ao mesmo tempo ela quer ser íntima, mas não consegue. Disso tudo você nota alguma semelhança entre a relação de vocês?”

3.4.Evocar CCRs2

Exemplo:

M – “Perguntar diretamente o que sente com o que está pontuando para ela, porque essa é uma maneira de expô-la ao contato com seus próprios sentimentos...”

M – “Indagar: " O que acha dessa pergunta que te fiz agora? O que pensa dessa pergunta? ".

Terapeuta 4 (T4)

A cliente atendida por T4, apresentava os seguintes critérios diagnósticos, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003):

- ✓ Oscilação de humor
- ✓ Esforço para evitar abandono
- ✓ Intolerância à solidão
- ✓ Perturbação da identidade
- ✓ Padrões de relacionamentos instáveis e intensos
- ✓ Impulsividade
- ✓ Sentimentos crônicos de vazio
- ✓ Dificuldade em controlar a raiva

Os CCRs1 apresentados foram:

- ✓ Superficialidade para tratar dos assuntos
- ✓ Evitava expressar o que realmente sentia
- ✓ Evitava discutir sentimentos
- ✓ Descompromisso ou Falta de Responsabilidade
- ✓ Comportamentos manipulativos
- ✓ Sarcasmo

A tabela 6 mostra a frequência de todos os sentimentos relatados por T4, com relação à sua cliente, no período de coleta de dados: entrevista inicial (EI), supervisão 1 (S1), supervisão 2 (S2), supervisão 3 (S3), entrevista final (EF).

Sentimentos	EI	S1	S2	S3	EF	Total
1. Incompetência	3	3	12	1	0	19
2. Sentimentos Contraditórios	0	0	5	7	2	14
3. Impaciência/irritação/raiva	0	0	2	5	4	11
4. Dificuldade de trabalhar/impotência	4	1	4	1	0	10
5. Desânimo	0	0	0	0	5	05
6. Medo das reações da cliente	0	0	0	2	2	04
7. Indiferença	0	0	0	1	2	03
8. Empatia	1	2	0	0	0	03
9. Valorização	2	0	0	0	0	02
10. Insegurança	1	0	0	1	0	02
11. Vontade de não atendê-la mais	0	0	0	0	2	02

Tabela 6. Sentimentos relatados por T4, com relação à sua cliente, durante todo o processo de coleta de dados.

A seguir, será apresentada uma análise das contingências que geraram os cinco sentimentos mais frequentemente relatados por T4.

1. Sentimentos mais freqüentemente relatados pela terapeuta 4 (T4) e estratégias utilizadas para o manejo das contingências que os geraram

1.1. Incompetência

Sentimento decorrente das seguintes situações:

1.1.1. A cliente fala o que quer e/ou emite comportamentos de fuga

Exemplos:

T4 – “Talvez, seja incompetência minha em investigar... ela fala o que deseja falar... chega, pergunto: “como é que foi a semana?”. Tem sempre um monte de coisa para falar, de forma que não preciso perguntar muito... me delimito a escutar e a reforçar algumas coisas que eu acho que devem ser reforçadas... às vezes, por exemplo, quando relata que bate nos meninos, sou uma audiência punitiva... falo: “Isso não tem cabimento!”

T4 – “Se ela não fala mais é porque não exploro... não apresenta nenhuma resistência... mas tem uns momentos que começa a falar com uma certa reserva... questões de homem, de tal homem que ligou... mas depois, já fala com naturalidade... Então, se há alguma coisa que não é explorada, algum sentimento que não aflora aqui dentro, é porque eu não fui capaz, não me interessei, não identifiquei algum ponto importante para se esmiuçar...”

T4 – “O que tenho mais dificuldade é em saber quando, por exemplo, ela fala algumas coisas e pergunto “o que você sentiu?” Dá uma risada, foge... ou às vezes perguntei “mas não é incongruente isso que você está me falando, uma coisa que pra você é triste, te magoa, deveria te deixar com um humor mais pra baixo e você está rindo, falando exaltada, com uma certa excitação... não é incongruente?” Então, algumas coisas confrontei com ela. Mas acho difícil tirar alguma resposta dela... me sinto incapaz...”

T4 – “Tenho muita dificuldade em aprofundar... parece que não consigo, incapacidade minha de extrair dela ou de fazer com que pense... ou de colocar as coisas de uma forma que renda...Posso até perguntar “o que você esta sentindo?”, ela fala “ah, sei lá, não sei não”... já emenda em outro assunto. Quer dizer, fiz a pergunta mas isso não rendeu nada, não rendeu nenhum dado.”

T4 – “Muitas vezes, me perco completamente, penso: “eu tinha que ter ido assim”... então, às vezes, fico perdida, perco completamente o foco e não consigo, não vou nas coisas mais importantes... Às vezes, me sinto incapaz... Incapaz de fazer direito. Fico pensando: “mas será que é isso mesmo?”

T4 – “Fico tão tensa... que acho que não consigo fazer direito... É como se eu me achasse incompetente para fazer isso. Eu fico pensando: “presta atenção nisso!” Depois fico pensando se não deixei passar outras coisas, que não sou perspicaz o bastante...”

1.1.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCr1: Nos trechos 1 e 2, T4 deixa a cliente falar livremente sobre o que quer, de modo que a discussão fica no plano superficial.
- ✓ Invalidação: No trecho 1, T4 pune cliente (“isso não tem cabimento”). Dada a história de invalidação do borderline, teria sido mais produtivo se T4 combinasse validação X mudança.
- ✓ Tentativa de enfraquecer CCR1: Nos trechos seguintes, T4 tenta enfraquecer a falta de correspondência entre o que a cliente sente e demonstra e a superficialidade na qual, a cliente fala sobre seus problemas. Contudo, a cliente foge, o que pune o comportamento produtivo da terapeuta, e gera ainda sentimento de incompetência na mesma. T4 ainda insistiu com a cliente que respondeu: “é, mas eu sou assim mesmo!”

T4 – “Tenho tentado colocar as coisas, tenho ficado mais atenta, mas ela é muito evasiva, escapa, parece areia quando você pega... falo assim: "Mas como é isso para a senhora?". Ela responde: "Há, não sei não".

- ✓ Esquiva Experiencial: T4 diante da resposta dada pela cliente, sente-se numa situação aversiva e emite o seguinte comportamento:

T4 – “Mudei de assunto... na falta de saber, me vendo na impotência de tirar alguma coisa dela, sem saber como poderia aprofundar... Muitas vezes, penso: “agora isso vai encerrar, vai dar aquele silêncio...” aí já procuro outra coisa... quando sinto que aquilo esgotou, que aquele assunto acabou... Acho que pode ser aversivo para ela... Mas também tenho resistência... é aversivo para mim ficar no silêncio e então, pulo para outro assunto imediatamente.”

T4 tenta bloquear a fuga da cliente. Esta pune seu comportamento. T4 insiste. Cliente continua fugindo. A situação torna-se aversiva para T4, que desiste:

T4 – “Às vezes eu falo: "Vamos olhar para dentro da senhora, tentar ver, porque isso é importante...". Por exemplo, o discurso dela é sempre contraditório, fala assim: "não quero saber de família". Aí de repente, fala assim: "As únicas pessoas que tenho são meus familiares, é para eles que tenho que fazer tudo..." Aí eu falo: "Mas não é contraditório?". Ela: "Há sei lá". Eu insisto. Ela: "Eu penso nessas coisas que você fala mas eu não sei, sei lá".

M – “Você acaba desistindo.”

T4 – “Acabo.”

1.1.2. A cliente afirma ter melhorado, com a terapia

Exemplos:

T4 – “No fim do ano, ela se despediu de mim: “feliz natal, muito obrigada, se não fosse você eu não sei o que seria da minha vida”. Não me sinto bem com isso. Sei que não há uma relação, se estivesse ido em qualquer outro terapeuta, teria melhorado, acho que não é uma relação com a terapia... Acho bom ela estar gostando, mas ao mesmo tempo, fico me perguntando: “o que será que estou fazendo na qualidade de terapeuta que qualquer outra pessoa não poderia fazer?”

T4 – “Não consigo atribuir uma relação de causalidade nenhuma... vem aqui, de repente está super bem humorada, passou a tingir o cabelo, a fazer a unha, abandonou a igreja... “ah, porque é a terapia que tá me fazendo bem demais”. Penso “o que será que está acontecendo?”

1.1.2.1. Estratégias Utilizadas

✓ Validação:

T4 – “Tento reforçar os repertórios adequados que ela tem... tenho tentado muito, no momento do atendimento... confirmar o que ela está sentindo, porque antes eu falava “não, isso é um absurdo”.

✓ Reforçar CCR1: Em uma das supervisões, T4 chega à seguinte conclusão:

T4 – “Quando ela fala que a única pessoa que tem sou eu, ou que elogia a terapia, fico pensando no porquê ... estou reforçando todos os comportamentos dela... sou alguém que a escuta caladinha, calminha, em um ambiente tranquilo que valida tudo que ela está sentindo e fazendo. Não pontuo nada de uma forma mais assertiva, colaboro para que não haja mudança e já que mudança é difícil, ela se sente absolutamente confortável porque pode continuar assumindo seu

papel. Mas parece que nessa última semana, passou o filme de todo esse tempo (cinco meses) que está vindo aqui...”

T4 validava a cliente, mas não trabalhava a mudança. Assim, mantinha nela, sua passividade diante da vida... continuava não assumindo responsabilidade pelo seu bem-estar. Encontrara alguém que compactuava com seu papel de vítima, o que a deixava bastante confortável.

Como deve ter ficado evidente, dadas as contingências acima mencionadas, T4 realmente só poderia sentir-se incompetente. Sempre que atua de modo competente, cliente pune-a: foge, fala de modo superficial etc.

1.2. Sentimentos Contraditórios

Estes sentimentos ocorreram sempre que:

1.2.1. A cliente se colocava numa posição de vítima e/ou passiva

Exemplos:

Sobre a cliente não estar vendendo bem as tortas na feira:

T4 – “É uma mistura... é meio ambivalente o que eu sinto. Por um lado, acho que ela poderia ser mais organizada. Ela é aquele tipo de pessoa que tem todos os problemas, inclusive problemas de dinheiro, que são problemas graves e tudo, mas muito desorganizada. Aquela mãe que grita o dia inteiro com os meninos, mas não faz nada. “Ah, fulano vai lavar as vasilhas pra mim”... daí meia hora “você lavou? Mas ninguém me ajuda”. Ela fica naquela ladainha e... nada se resolve, os meninos não respeitam. Assim, é em tudo. Fala “vamos lá na feira vender isso comigo”, fica naquela ladainha, naquela falação, com os meninos, com a mãe. Acho que podia ter outro comportamento... É uma pessoa pouco disciplinada. Começa a fazer as tortas tarde, que vai vender na feira... se não vende, chega e guarda. Por isso que eu falo que é ambivalente, porque ao mesmo tempo

eu penso “imagina o tanto que é difícil, o tanto que deve ser difícil vender essas tortas?”.

Mas podia vender na porta da universidade, e não deixar perder...”

T4 – “Acho que procura muita justificativa... é doente, tem um problema no braço, mas é uma mulher de quarenta e poucos anos... Esses dias teve uma dor de cabeça, mas não foi ao médico... Uma pessoa que sente dor assim vai atrás, quer saber o que tem... Perguntei (sobre o braço) “já foi ao médico, ao ortopedista? alguém já radiografou isso?” “Ah, não, não sei o que”...

Ela fuma dois maços de cigarro por dia... Uma pessoa que... um dia chegou falando: “lá em casa hoje não tem arroz”. Sei que isso é ambivalente... entendo que tem um vício, que largar o cigarro não é tão fácil assim, que pode deixar de comer, mas vai comprar o cigarro... entendo que se organizar não é tão fácil assim... que não deve ser fácil botar um monte de bolinho no cestinho e sair vendendo. Ela fala, por exemplo, “não tenho saúde pra isso, não tenho estrutura, não tenho saúde pra sair vendendo de porta em porta.” Por um lado, entendo que não é fácil, que é difícil, que o sol está quente demais... carregar um negócio pesado. Por outro lado, penso: “mas é passiva demais.”

T4 – “Vejo uma pessoa sem horário, indisciplinada, comodista, preguiçosa... está muito nova, por que não trabalha? Está cheio de gente por que trabalha o dia todo e à noite faz feira. Essa feira poderia ser uma complementação. Vejo também uma pessoa que não tem postura frente aos filhos... E o fato de não dar certo com os maridos? Como que uma pessoa que já se casou três vezes, está sempre com um marido que bate nela, que a explora? Ela se sujeita às coisas... Mas, por outro lado, quando está sentada aqui, entendo que tem motivos para uma série de coisas... mas acho que mesmo com esses motivos, poderia fazer diferente...”

T4 – “Ela faz as pessoas desistirem... no relato dela isso fica muito claro... as pessoas se afastam... Mas a pobre não tem culpa nem de ter nascido... pobre assim... acho também o contrário... coitado dos filhos dela que vão crescer nesse ambiente, nesse descontrole...”

T4 – “Vejo que idiota é são as explicações que ela arruma... Para ela, não falo essas coisas, não tenho nenhuma irritação... às vezes sinto até pena...”

T4 – “Se não fosse ter assumido esse compromisso com você, não atenderia esse caso, não porque tenho raiva dela, às vezes sinto até pena... é porque acho que é um tempo perdido, porque a minha escuta e a escuta de qualquer pessoa seria a mesma coisa... para ela deve ser bom, uma escuta sem nenhum compromisso...”

Percebe-se, em todos os trechos apresentados, que T4 tem sentimentos de pena e/ou empatia pela cliente, devido às justificativas utilizadas por ela, mas ao mesmo tempo, sente raiva porque mesmo diante do contexto difícil que vive, poderia atuar de modo mais produtivo. Contudo, como ficará evidente na seção abaixo, T4 acaba reforçando a posição de vítima da cliente. Até tenta trabalhar estratégias de solução de problemas, mas a cliente pune (T4 deixa de insistir) suas tentativas– continua se justificando, e permanecendo passiva.

1.2.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Mudança: Com relação aos dois primeiros trechos, T4 tenta impulsionar cliente para mudanças:

T4 – “Falei: “o que a senhora pode fazer?”. “Posso ir para o setor universitário, porque lá vende tudo”. Na outra semana, chegou me falando que levou as tortas pra uma menina que vende bombom lá, e deu não sei qual porcentagem pra menina. Então assim, ela tem três filhos, porque que não foi pra lá vender? Deu metade pra menina... normalmente, pergunto: “será que não tem nada que a senhora possa fazer?” Para mostrar que poderia fazer alguma coisa.”

✓ Esquiva Experiencial e Reforçar CCR1:

T4 – “Mas não falo abertamente sobre meus sentimentos.”

No tocante ao trecho 3:

T4 – “Às vezes, me sinto impotente por um lado, mas irritada por outro. Ela é a vítima... fico irritada com esse discurso e com medo de expor a minha irritação e ser agressiva com ela... Então, fala do assunto até se cansar ou mudo de assunto... se eu for falar, vou me posicionar contra tudo isso apesar de compreender algumas coisas... Acho que quando começar a me posicionar, vai passar pouco tempo por aqui. Se começar a ser firme, ela vai embora...”

No trecho 4, T4 reconhece:

T4 – “Eu também não tenho sido muito insistente... reconheço essa minha deficiência... talvez, por medo de parecer agressiva e mostrar minha irritação...”

Nos trechos 5 e 6 também fica claro que T4 esquiva-se de agir de modo mais produtivo – “pisa em ovos” com a cliente o tempo todo:

T4 – “Não vou fazer nada, vou deixar vir aqui e falar o tanto que quiser. Às vezes, tento não deixar solto, mas... acho que o desgaste... quando você fala para a pessoa, está sujeita a ouvir: "Há minha filha, vai te catar, não vou fazer isso nada, você está me maltratando".... Não estou disposta a me desgastar nesse nível, então é por isso que tenho muita dificuldade de trabalhar com pacientes desse tipo... o desgaste é muito grande...”

1.2.2. A cliente faltava sem avisar, ou dava razões não plausíveis para faltar

Exemplos:

M – “O que você achou de ter ficado esperando-a e não aparecer?”

T4 – “Um pouco de abuso da parte dela. Pensei: “mas essa pessoa já é atendida de graça.”

Achei ruim. Se tivesse dito: “minha mãe morreu!” Era a única coisa que passava pela minha cabeça, que justificaria... Mas, às vezes, sinto até uma certa pena... me solidarizo com o que está sentido...”

T4 – “Entendo que tem razão para sentir tudo que sente... mas também, acho que é cara de pau... folgada em todos os sentidos, por exemplo, me liga dizendo que está morrendo de dor de cabeça, com aquela voz de sono... pode de fato estar morrendo de dor de cabeça, mas para mim, não foi porque queria dormir até mais tarde... Será que em um mês não teve um dia para falar: “avisa que nessas próximas três semanas, não vou e que depois entro em contato... nada justifica o fato dela não ter me ligado...”

Mais uma vez, T4 sente empatia X raiva, diante do comportamento “abusado” da cliente, e de suas razões para tal.

1.2.2.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T4 não disse nada à cliente, sobre como tinha se sentido com seu comportamento irresponsável. Pensou e sentiu várias coisas que outras pessoas da convivência da cliente relatam sentir por ela, mas não aproveitou dos mesmos, como instrumentos de mudança. Na prática, acabou aceitando as razões da cliente, reforçando assim, um comportamento que deveria ser enfraquecido.

1.2.3. A cliente não queria mudar o horário da sessão

Exemplo:

T4 – “Algumas vezes, propus que a gente fizesse na quarta-feira, porque na terça tem dias que venho só para atendê-la. Então, era mais fácil que fosse qualquer dia à tarde ou que fosse na quarta. Disse que não podia na quarta porque faz as tortas para ir à feira. Entendi sua razão...Mas fiquei pensando também: “se marcarmos na quarta às oito horas, nove horas está livre. Como deve ser a organização de seu dia?”

1.2.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial e Reforçar CCR1: T4 consegue olhar para os dois lados da situação, mas não utiliza-se disto como um instrumento de mudanças. Não expressa seus sentimentos, diante da desorganização da cliente:

M – “Você disse isso a ela?”

T4 – “Não. Achei que ia ficar parecendo que estava me posicionando contra, por uma coisa que era boa só pra mim... pensei que ela pudesse achar isso.”

1.2.4. A cliente era instável

Exemplo:

T4 – “Ela tem um discurso ambíguo, contraditório. Na mesma hora que diz que a família se afastou, diz que a família se aproximou... e, na mesma hora, diz: “acho um saco quando vou lá para minhas irmãs, esse negócio de família não dá certo.” Então, como é assim, as pessoas também não devem saber direito como lidar com ela.”

M – “O que você sente?”

T4 – “Um sentimento negativo. Impaciência... às vezes, me sinto irritada... Eu deveria usar isso para provocar alguma mudança, fazê-la pensar em algumas coisas, mas... ela é uma pessoa que grita com os filhos o tempo inteiro, sua casa é uma baderna... fica naquela

ladainha o dia inteiro, mas os meninos não estão fazendo nada. Daí, a mãe dela não agüenta e briga também. Ela se sente dependente da mãe e briga... fica irritada porque tem que fazer tudo que a mãe quer. Mas, por outro lado, penso: “mas a mãe dela oferece um carro, a casa. O que ela faz o dia inteiro? O mínimo, então, que ela pode fazer é levar a mãe ao médico no tempo e a hora...” É uma pessoa totalmente incongruente. Uma pessoa que mora na casa da mãe, que a mãe ajuda, que é uma mãe velha, que está morrendo, que tem graves problemas de saúde e que de repente não pode contar com a filha. Minha vontade era falar: “lidar com uma doença não é uma coisa muito agradável, mas qual é a outra alternativa?”

Dada a instabilidade apresentada pela cliente, T4 só podia ter sentimentos contraditórios por ela. Pena que em nenhum momento isto foi expresso.

1.2.4.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial e Reforçar CCR1: T4 não pontua nenhuma destas observações para a cliente e muito menos, o que tais comportamentos causam em sua pessoa.

1.3. Impaciência / Irritação / Raiva

Sentimentos que foram relatados, conforme as seguintes circunstâncias:

1.3.1. A cliente desempenhava o papel de vítima e/ou dava razões para não mudar

Exemplos:

T4 – “Tem momentos que sinto uma certa irritação. Por exemplo, os meninos dela... penso: “mas três meninos numa casa, morando com uma outra senhora? Menino faz barulho mesmo.” Uma outra coisa que não entendo é que não consegue receber a pensão do marido. Que eu saiba, marido que não paga pensão vai para cadeia... Até perguntei isso

um dia. Tem uma história de que o processo foi arquivado... falei: “mas como assim, ele já pagava pensão?”, “Pagava, está seis meses atrasada”, “mas seis meses atrasado, não é caso de polícia? A senhora tem que ir à delegacia”... “ah, mas não sei o que...”. Isso me causa uma certa irritação...

T4 – “Ela é hipocondríaca. Me dá falta de paciência mesmo, mas não falo isso para ela, eu invoco outro assunto.”

M – “Você acaba deixando para lá?”

T4 – “Deixo... ela também muda com muita facilidade, quando isto acontece, aceito... Ela dá umas risadinhas, nitidamente mudando o foco... aí, eu vou...”

Em outro trecho:

T4 – “Às vezes, ela fala: "Mas sou uma idiota mesmo, também porque que eu vou fazer bolo para os outros?. Se alguém lhe pede um favor: "Para que eu vou fazer? Sou uma idiota, deveria saber que fulano só estava interessado..."

M – “O que você sente nesses momentos?”

T4 – “Acho que não pensa assim, que não se acha idiota, porque se achasse, não se comportaria do jeito que se comporta... vejo que idiota é o jeito que ela faz... idiotas são as explicações que arruma...”

Cliente apresenta tantas justificativas, que acaba despertando em T4, sentimentos de raiva, pois a terapia é justamente para mudar, e não continuar com os mesmos padrões. Parece ser constante na sua vida, “dar razões” para não agir de modo produtivo, o que a paralisa – mantém-se sempre na mesma situação, que não funciona. Contudo, embora tenha sentimentos bastante semelhantes às pessoas que convivem com ela, diante deste comportamento, acaba reforçando-o, ao invés de enfraquecê-lo.

1.3.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial e Reforçar CCR1: Com relação ao trecho 1, T4 afirma:

T4 – “Me dá vontade de perguntar: “O que está pegando?” Mas, não posso falar isso para ela.”

Nos demais trechos, T4 não expressa também o que sente, com os comportamentos da cliente, e quando percebe fuga da cliente, acaba reforçando, ao invés de enfraquecer.

1.3.2. A Cliente faltava a sessão, sem avisar

Exemplo:

T4 – “Ela passou um mês sem vir... ela tem umas faltas... isso me irrita profundamente,. Dessa vez, achei tinha desistido. Pedi para a secretaria ligar... eu nem ligo, porque ela fala: "porque estava muito doente". Todo dia? Não tem um telefone que possa ligar? Então, não ligo para não ouvir isso... achei que não estava mais a fim de vir... aí, ela apareceu...”

1.3.2.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial:

T4 – “É esquiva da minha parte! Qualquer coisa que se chatear comigo... não é que tenho medo dela... vai se irritar na hora. Por exemplo se eu disser: “mas você poderia ter me ligado, teve um mês, será que em nenhum momento... não se justifica! Será que não faz isso também com as outras pessoas?” Penso que vai assumir uma postura tão de vítima: “Até ela está contra mim!” Acho que esse vai ser o discurso dela... “eu ia lá e falava, agora ela também está contra mim.” Porque o discurso dela é esse... as pessoas estão contra ela, que é a vítima, que alguém fez uma denúncia para a vigilância sanitária... quer dizer, também não vê que as pessoas têm o direito de comer uma coisa limpa na feira... por exemplo, fala ainda que alguém fez uma macumba para ela...”

- ✓ Reforçar CCR1: T4 não se vulnerabiliza e nem pontua para a cliente suas percepções acerca de seus comportamentos:

T4 – “Estou fazendo isso... deixo pra lá, que falta de paciência que me dá, essa mulher está falando isso e não tem nada a ver. Deixo pra lá , e já mudo de assunto.”

1.3.3. A cliente distorce o que a terapeuta falou

Exemplo:

T4 – “No início, quando disse que batia nos meninos, disse que não era bom porque estava ensinando-os a ser pessoas agressivas. Aí, de vez em quando, ela diz: “os meninos estão custosos demais.” Eu pergunto: “o que anda fazendo?” Ela responde: “vocês têm muita, mas muita sorte por eu estar indo lá na médica, que disse para não bater em vocês.” Então, é o mesmo que dizer: “façam muita bagunça que nada vai acontecer”. No dia que disse para não bater, também disse outras coisas... que existem outras formas que poderia aplicar. Mas não, não aplica essas outras formas porque também é mais trabalhoso para ela... mas ao mesmo tempo, não bate e ainda justifica que não está batendo porque eu disse. Senti uma antipatia... É uma distorção dela. É uma coisa que eu deveria ter colocado.”

1.3.3.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1: Mais uma vez, T4 reforça um comportamento inadequado:

M – “O que você fez?”

T4 – “Deixei pra lá.”

1.3.4. A cliente é contraditória

Exemplo:

Sobre os discursos contraditórios da cliente:

T4 – “Sinto impaciência... às vezes, me sinto irritada... deveria usar isso pra provocar alguma mudança, fazer ela pensar em algumas coisas, mas eu me sinto irritada mesmo.

1.3.4.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial: T4 não se vulnerabiliza na relação terapêutica.

1.3.5. A cliente exigiu de forma disfarçada:

Exemplo:

T4 – “Teve um dia que cheguei muito cedo e ela se atrasou um pouco... ela me disse (num tom sarcástico): "Espero todo dia e hoje você também vai me esperar". Isso me irritou profundamente... na verdade, estava cobrando pontualidade que, de fato, não tive com ela... não fica esperando meia hora ou quarenta minutos, mas dez ou quinze minutos...”

1.3.5.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Esquiva Experiencial: T4 não pontua para a cliente a maneira indireta de pedir pontualidade, nem expressa seus sentimentos, com o tom sarcástico usado, na sua verbalização:

M – “Como você agiu? Falou alguma coisa para ela?”

T4 – “Não, eu não tenho coragem... às vezes, tenho vontade de falar algumas coisas, tipo: "Será que isso que a senhora está fazendo, esse jeito de falar, não é o que está fazendo com as outras pessoas também? ..."

1.4. Dificuldade de Trabalhar / Impotência

Situações Envolvidas

1.4.1. A cliente não tem pedido de ajuda específico

Exemplos:

T4 – “Uma outra pessoa, se tivesse mais clareza... uma pessoa racional que veja: “estou indo em uma igreja que me faz sentir mal, não posso tingir o cabelo, olha pra mim, como estou horrível... Deus quer isso de mim?” Acho que uma pessoa menos confusa, seria capaz de chegar a essa conclusão sozinha... É que também, circunstancialmente, acabei atendendo em uma clínica psiquiatria, onde se recebe, maníaco, esquizofrênico, criança que não aprende, hiperativa... é gente muito problemática, que tem um problema incapacitante... é muito mais técnico... inclusive é muito mais fácil ... Trabalhar com ela está sendo um desafio... Nunca sei quais são os objetivos... Não recebo esse tipo de pessoa aqui... Estou aprendendo com isso... Sinto que estou melhorando, aos poucos...”

T4 – “Para mim ainda é difícil... às vezes, acho que fica meio sem sentido... que não consegui pegar... que perdi alguma coisa...”

De fato, como a cliente apresenta muitos mandatos, que não são tão específicos como tratar uma fobia, por exemplo, que é o tipo de cliente que T4 está acostumada, acaba sentindo dificuldade em trabalhar.

1.4.1.1. Estratégias Utilizadas

✓ Reforçar CCR1:

T4 – “Deveria pontuar estas coisas para ela... mas, no momento em que está falando, perco a chance... depois é que vou pensar nas coisas...”

M – “Quando você perde essa chance e depois percebe que poderia ter feito diferente, você retoma com ela?”

T4 – “Raramente!”

1.4.2. A cliente se põe numa posição de vítima e/ou dá razões para não mudar

Exemplos:

T4 – “Acho que deve ser uma pessoa difícil... se faz muito de vítima, o discurso dela é vitimista... a vida dela não é fácil, mas está procurando uma vida perfeita que não vai encontrar... Não é tão vitima da história assim só porque ficou apanhando do marido 10 anos...”

Sobre a incoerência da cliente:

T4 – “Ela é muito incoerente... chega aqui está péssima ou está bem... não sei assim, se está bem mesmo ou mal... Muitas vezes falo para ela: "Pensa sobre isso que a gente conversou, a importância que isso tem para a sua vida, para sua casa...". Mas acho que nada do que é feito, falado ou proposto aqui, ela leve lá para fora...”

M – “Como você se sente com relação a isso?”

T4 - “Impotente... se ela não quer, se não se dispõe...”

É difícil realmente trabalhar como uma pessoa que sempre tem tantas razões para não agir diferente. As próprias pessoas que convivem com o *borderline*, relatam ser difícil convencê-lo a abandonar sua posição passiva. T4 até tenta impulsionar cliente para a mudança, trabalhando com estratégias de solução de problemas, mas esta é mais insistente que a terapeuta, o que gera nesta, a sensação de impotência.

1.4.2.1. Estratégias Utilizadas

✓ Esquiva Experiencial: T4 não se vulnerabiliza:

M – “O que você faz diante desses sentimentos?”

T4 – “Nada.”

M – “Você acha que não fazer nada com relação a isso... expor seus sentimentos, está mais relacionado com o medo que tem de que fale coisas para você, ou seja indelicada?”

T4 – “Exatamente. Eu acho que teria baixaria mesmo...”

Agindo assim, “pisando em ovos”, reforça um comportamento que deveria ser enfraquecido.

1.4.3. Ao considerar as condições de vida da cliente

Exemplos:

Sobre a situação financeira da cliente:

T4 – “Me sinto impotente... “que mundo a gente vive!” “como as pessoas podem melhorar num mundo desses?”, “que eu poderia falar para essa mulher?” Acho que ela deve se sentir muito impotente... Teve um dia que estava muito insegura, pois iria tirar carteira de motorista. Pedi para que praticasse, pegasse o carro no sábado e domingo... falou: “é que não tenho dinheiro para colocar gasolina no carro”. Então, diante disso, o que eu poderia fazer? Às vezes, diz: “meu mundo está um caos... na minha casa não tem nem arroz hoje...” Então, me sinto muito impotente.”

Sobre sua família:

T4 – “Ela diz que “são meninos bons, mas...” Então, não está completo, eles podiam ser melhores... Não está perfeito... nunca está bom o suficiente... não mora de aluguel... mora na casa da sua mãe... mas, não está bom... depende da mãe aos quarenta anos de idade... a mãe grita... vive sob domínio da mãe como uma adolescente... seus filhos a irritam... nunca está perfeito... Acho que as pessoas se sentem impotentes, “não consigo fazer minha mãe feliz”. A mãe dela deve pensar: “minha filha não fica bem mesmo.” Então, me sinto impotente diante de certas coisas...”

Dado um contexto tão difícil quanto este, qualquer pessoa sentiria impotência. Contudo, mesmo diante de tantos empecilhos, será que não há nada a fazer, a não ser aceitá-lo?

1.4.3.1. Estratégias Utilizadas

- ✓ Validação X Mudança: T4 compreende que situação da cliente é difícil, mas tenta encontrar soluções:

T4 – “Normalmente, pergunto: “Mas diante disso, o que a senhora pode fazer?

Não existe uma luz no fim do túnel?” “Mesmo assim, o que pode ser feito?”

1.5. *Desânimo*

Sentimento decorrente da seguinte condição:

1.5.1. A cliente se põe numa condição de vítima e dá razões para não mudar

Exemplos:

T4 – “Ela fala que está se sentindo sozinha... acho que deve estar mesmo, é separada, não tem ninguém, vive só com os filhos... mas pergunto: “o que poderia ser feito?” Ela diz: “Na igreja não tem jeito porque não aceita mulher separada...” Questiono: “não tem outra igreja?” Responde: “Não... Na feira também não tem jeito... o pessoal da feira não está no meu nível... os vizinhos são todos baixaria...” Tento colocar as coisas para ela enxergar...”

M – “O que você sentiu quando te falou isso?”

T4 – “Um pouco de indiferença... de irritação... eu queria ver mudanças... Tenho vontade de falar: "Então, vai embora... o que a gente pode fazer? Você não pode fazer nada e eu também não!"... Ela fala umas palavras engraçadas, como: "Tem que ‘descrençar’ da minha vida"... Deu vontade de falar: "Então descrença, porque eu também descrencei..."

Então, sinto desânimo... às vezes, me pergunto: "O que veio fazer aqui?"... Se eu visse

alguma possibilidade de mudança, mas... ela é cristalizada... chega na outra semana com o mesmo discurso... o que falo, se adianta, é no momento... mas quando sai..."

T4 – “Com toda a sinceridade, me dá vontade de desistir... não tenho nada contra ela, mas acho que não posso fazer nada... é um tempo perdido, porque não consigo ver resultado... Vejo com muita clareza tudo isso que você está me falando... que acabo reforçando os mesmos padrões que as pessoas estão reforçando, mas não estou disposta..."

É natural que T4 sintasse desanimada, que tenha a sensação de que a terapia está sendo um tempo perdido, pois a cliente parece não apresentar disposição à mudanças. Todavia, T4 acaba se comportando exatamente como a cliente – “dá razões” para não agir diante desta dificuldade. Ambas, portanto, reforçam os comportamentos inadequados umas das outras.

1.5.1.1.Estratégias Utilizadas

- ✓ Reforçar CCR1 e Esquiva Experiencial: T4 “pisa em ovos” com a cliente, evitando conseqüências desagradáveis para si:

T4 – “Meu discurso não é contra ela... já teve vezes de até falar: "Não quero que a senhora pense que estou contra a senhora"... Sei que estou me comportando errado, poderia me comportar de uma forma diferente, mesmo com essas condições que ela estabelece..."

T4 – “Mas acho que se eu apertá-la, se sentirá desconfortável: "Essa menina está pensando o que? Que sabe alguma coisa da vida?"

2. Comportamentos Clinicamente Relevantes da Terapeuta na Relação de Supervisão

2.1. Comportamento de “dar razões”

M tenta enfraquecer padrões improdutivos da terapeuta, durante a supervisão (como: “dar razões” para não atuar de modo mais eficaz):

M – “Então você pensa: "Ainda que eu faça isso, e que ela ‘exploda’ em razão de alguma coisa, não vai mudar”.

T4 – “Exatamente. Ela vai é se justificar.”

M confronta:

M – “Ela pioraria?”

T4 – “Não. Acho que seria mais uma que iria brigar, desentender e mal dizer por aí.”

M – “Reagindo como todo mundo, você não está reforçando um comportamento inadequado?”

T4 – “É... acho que sim.”

M – “Parece que não tem ninguém que faz diferente com ela... todo mundo, inclusive você, aceita tudo dela.”

T4 – “Penso que não vai adiantar... e se adianta, é só em algum momento... quando sair daqui...”

M valida:

M – “É uma sensação muito coerente com o atendimento à transtorno de personalidade de qualquer natureza... É realmente um padrão muito cristalizado..”

Mas sugere mudanças:

M – “... Então, tem que insistir muito, muito... mas muito mesmo, para começar a ter algum tipo de melhora mais significativa.”

T4 está respondendo à um contexto mais amplo – suas próprias experiências:

T4 – “Sou muito radical... vejo na minha vida... o que não faz sentido... ou se eu não achar aquilo interessante de alguma forma, não consigo levar adiante...”

M – “Isso acontece na sua vida pessoal?”

T4 – “Em toda... desisto, ‘largo de mão’.”

M – “Com ela, demora muito ter resultados... pesa para você esse desgaste...”

T4 – “Não é que estou assumindo uma posição confortável... mas se o custo fosse menor... não consigo, é um custo muito grande... Costumo jogar limpo, mas não parto para o embate. Vou deixando para lá... depois vejo o que faço... mas também não consigo fazer, não consigo resolver, não consigo fazer e ponto... se não estou a fim, depois a gente vê como que fica...”

M – “Então, este modo de agir acaba sendo um problema na sua vida...”

T4 – “Exatamente. E aqui (no consultório), não preciso disso... então, não faço o que é custoso. O que às vezes prejudica minha vida, já não faço, imagina aqui... Meu padrão de funcionamento é assim... minha forma de responder é assim... acaba sendo assim, aqui também.”

3. Principais Alvos da Supervisão, em relação ao progresso da terapia

Levar T4 à:

3.1. Enfraquecer CCRs1 da cliente

Exemplos:

M – “Quando ela for mais coerente, por exemplo, expressar tristeza com tristeza, falar de tristeza com tristeza, pontue: “pela primeira vez você está demonstrando o que sente... está sendo coerente... está expressando corporalmente que está triste.”

M – “Diga-lhe: “você não é responsável pelo que você é, mas pode vir a ser responsável pelo que virá a ser”... Isso implica tanto validar o que está trazendo, suas razões para não mudar...

mas também, indicar que pode fazer diferente, ao invés de ficar numa posição de vítima. Dizer: “me dá a impressão de que sempre põe dificuldades para mudar... e realmente é difícil mudar, mas não é impossível”... É importante que seja mais insistente que ela, não aceite nenhuma razão para não mudar... É dizer: “realmente entendo porque se sente assim, mas você quer ser infeliz, enquanto espera o mundo mudar? O que pode fazer para mudar o seu mundo?” Além disso, que proveito pode tirar de uma situação de sofrimento... O que aprendeu?

M compartilha suas impressões:

M – “Então, ela foge quando você pergunta o que está sentindo... por outro lado, às vezes, você também foge... muda de assunto por ser difícil pra você tentar insistir nisso. Assim, quando você pergunta, ela te pune... isto suprime o seu comportamento, faz com que pense que sua intervenção não teve utilidade... Mas um bom indicativo de que é importante falar dos sentimentos, é que ela foge, porque se não tivesse nada de aversivo, não fugiria... Então, você tem se esforçado... só que ela não reforça seu comportamento... Aí, você “deixar para lá”... só que ao fazer isto, reage do mesmo jeito que as pessoas, o que mantém seus comportamentos inadequados... Você tem percebido que tem feito a mesma coisa... percebe, inclusive, esquiva da sua parte... o que já é muito positivo... é o primeiro passo para tratá-la diferente...”

3.2. Vulnerabilizar-se na Relação Terapêutica

Exemplo:

M – “Se disser que está contra ela, tenha clareza de que está se colocando no papel de vítima de novo. Observe o que está sentindo, por exemplo: é raiva? Ou outro sentimento? Pontue isso pra ela... Se ninguém fala nada sobre o impacto dos seus comportamentos sobre as outras pessoas, vai continuar se comportando como vítima... é muito produtivo que fale sobre o que está sentindo, inclusive de sua irritação, fazendo até alusão ao que as outras pessoas podem estar sentindo... Dizer por exemplo: “posso imaginar como a sua mãe se sente, porque nesse momento, estou me sentindo irritada com o seu discurso... embora compreenda que é difícil para você e que tem todas as razões para estar assim, também consigo ver que poderia escolher uma vida diferente... mas parece que é mais seguro ficar nesse papel...”

3.3. Validação X Mudança

Exemplos:

M – “Diga-lhe: “compreendo que realmente deve ser muito difícil está numa situação como a sua, mas ao mesmo, estou me questionando se, por exemplo, não poderia fazer outras coisas, como tentar vender mais, ir atrás, mesmo sabendo que isso é difícil... tem muitos empecilhos, seu problema do braço... mas o que pode fazer?”

M – “Valide... fale que tem bons motivos para não fazer tudo aquilo, mas por outro lado, precisa...porque se não ela sempre vai ficar assim... “você não tem culpa de ser o que você é, porque o ambiente te fez ser assim, mas você pode escolher quem você vai vir a ser, essa responsabilidade é sua... Por exemplo, seu marido te batia, mas em que acha que contribuía para que isso se mantivesse?” Se o marido batia é porque permitia... Por que se submetia? Combine apoio com desafio...”

DISCUSSÃO

Pôde-se perceber algumas similaridades entre as terapeutas. Todas sentiram dificuldade em trabalhar com seus clientes, um sentimento relacionado principalmente com padrões de fuga/esquiva dos mesmos. T1, T2 e T4 relataram o sentimento de ódio ou raiva, quando por exemplo, o cliente era ‘explosivo’, sarcástico, ou mantinha-se numa posição de vítima. T1 e T3 relataram com bastante freqüência se sentir desvalorizadas, quando por exemplo, seus clientes as agrediam verbalmente ou simplesmente sumiam da terapia sem aviso. T2 e T3 afirmaram aversão e desânimo em continuar atendendo, respectivamente. T1 e T4 chegaram a duvidar da sua competência profissional, já que sempre que tentavam enfraquecer um CCR1, eram punidas, e acabavam desistindo – não insistiam mais, e conseqüentemente, a cliente continuava a emití-lo. Diante de contingências parecidas, T3 relatou sentir insegurança.

Pôde-se averiguar que o padrão de comportamento mais comum, em momentos difíceis da relação terapêutica, como aqueles em que os sentimentos acima ocorreram, foi ‘Reforçar CCR1’. Tal comportamento contra-terapêutico, parece relacionado com esquiva experiencial. As terapeutas tentavam cuidar de si, evitando o contato com eventos aversivos, o que por sua vez, implicou prejuízos para o processo terapêutico, visto que cada vez mais, os clientes tinham seus comportamentos-problema reforçados.

É necessário ressaltar que a esquiva experiencial adotada pelas terapeutas não é prejudicial apenas para o cliente. Segundo Hayes e Gregg (2000), entrar em contato com nossas próprias emoções (incluindo as desagradáveis) é o aliado de uma vida saudável. Sentimentos são subprodutos de contingências e, portanto, não é possível não senti-los. Além disso, quando o indivíduo tenta não sentir, o efeito é inverso – acaba sentindo.

Diante dos problemas expostos acima, tentou-se, durante o processo de supervisão, demonstrar os efeitos supracitados na tentativa de tornar as terapeutas mais abertas à experiência e efetivas com seus respectivos clientes. Contudo, pôde-se constatar na análise de dados, que as terapeutas, ao tentar enfraquecer um CCR1 do cliente, criavam uma situação aversiva para este, que o levava a fugir (novamente, esquiva experiencial), o que por sua vez, punia um comportamento adequado das terapeutas, conduzindo também a sentimentos desagradáveis, e ao enfraquecimento dos comportamentos-melhora das terapeutas, que então, por sua vez, retornavam ao padrão de esquiva experiencial. Assim, terapeuta e cliente se mantiveram mutuamente, num círculo vicioso, travando o progresso de ambos. Linehan (1993) já apontava como o cliente pune comportamentos adequados do terapeuta e reforça seus comportamentos inapropriados.

Além das conseqüências fornecidas pelos clientes, observou-se em vários momentos, que os comportamentos das terapeutas estavam sob controle de um contexto mais amplo – suas próprias histórias, incluindo por exemplo, experiências com mentiras ou confrontos na família – episódios de brigas com faca, entre seus irmãos – que deixavam a terapeuta ‘paralisada’. Assim, cada terapeuta leva os efeitos a sua própria história de aprendizagem para dentro da relação terapêutica. A extrema exigência de uma terapeuta atrapalhava a observar pequenas melhoras do cliente. A dificuldade em persistir em situações de grande desafio era relevante para outra terapeuta, que considerava que lidar com sua cliente exigia-lhe muito, e por isso, acabava reforçando seus CCRs1. Deste modo, fica evidente, conforme apontado por Linehan (1993) e Kohlenberg e Tsai (1991/2001), a importância de se considerar o estilo do terapeuta, decorrente de sua própria história de reforçamento, uma vez que em alguns momentos, esta história pode impedir o progresso do cliente. Na relação de supervisão, a mestrande tentou enfraquecer comportamentos-problema das terapeutas, validar suas razões para agir, e ao mesmo tempo,

incentivar fazer o que funcionava. Muitas vezes, notou-se que as terapeutas tentaram fazer o que havia sido sugerido. Contudo, houve o problema dos novos comportamentos não serem reforçados pelos clientes. Diante disto, tentou-se prepará-las para prováveis reações negativas de seus clientes, para que pudessem aproveitar mais do impacto do cliente sobre si. T2 não teve oportunidade de trabalhar o que foi sugerido. T3 e T4, continuavam “dando razões” para não mudar até o término da coleta de dados. T3 estava começando a tentar vulnerabilizar-se, mas todas as suas tentativas estavam sendo punidas pela cliente, o que mantia ainda mais, suas razões. T1 foi a que mais se expôs, mesmo com as reações negativas da cliente.

Com relação a T3 e T4, notou-se que a mestranda poderia durante a supervisão, ter observado seus próprios sentimentos em relação às participantes, quando estas, davam razões para não agir diferente. Isto porque após o término da coleta, quando os dados estavam sendo concluídos, a mestranda observou, durante este período de análise, um cansaço e/ou desânimo todas as vezes que lia as razões das terapeutas. Se tivesse observado o impacto deste comportamento sobre si no momento da supervisão, poderia agir exatamente como sugeria que fizessem com seus clientes: vulnerabilizando-se – fornecendo assim, um modelo de atuação.

Pode-se especular que se o trabalho tivesse se prolongado, isto é, se a mestranda tivesse tido mais tempo para adotar estas estratégias, as terapeutas passariam a utilizar mais dos seus próprios sentimentos para atuar, pois este é um comportamento que também precisa ser modelado.

No tocante ao comportamento “desesperado” apresentado por T1 e T2 com a supervisora, observou-se como o atendimento ao cliente *borderline* pode desestruturar o comportamento do terapeuta. Este começa, então, a emitir comportamentos que fazem com que o supervisor também se sinta desesperado. Quando isto acontece, todos reforçam os comportamentos inadequados uns dos outros. Assim, a supervisora, ao identificar estas relações, tentou enfraquecer o

comportamento de “desespero” das terapeutas, mostrando o impacto disto sobre si, mas visando um efeito ainda maior: que também se vulnerabilizassem na relação com seus clientes, para que as interações desesperadoras fossem alteradas. No caso de T1, esta estratégia foi eficaz.

Outro ponto observado é o intenso envolvimento pessoal das terapeutas com seus clientes. Dentre as participantes, apenas para T1 isto foi benéfico, no sentido de conduzi-la a avançar o tratamento. T1 sofreu com a cliente, o que fez esta última sentir-se compreendida e criou laços firmes entre elas, que permitiam a terapeuta tolerar momentos aversivos na interação com a cliente. T1 persistia em enfraquecer os CCRs1, embora a cliente sempre se esquivasse ou a punisse.

Para T2, o envolvimento pessoal parece ter atrapalhado. Sentia ódio do cliente quando mentia ou era sarcástico e, ao invés de usar o sentimento como dica para atuar de modo efetivo, T2 mesmo tendo o conhecimento técnico necessário, cai na ‘armadilha’: reforça os CCRs1 do cliente. Provavelmente isto ocorreu porque T2 estava sob controle de suas próprias experiências com mentiras e com pessoas sarcásticas, em que reagia de modo similar, isto é, “entrando no jogo”. T2 torcia para o cliente desistir da terapia (e inclusive relatou ter sentido culpa por isso), o achava um “chato”, não queria mais atendê-lo, mas continuou o trabalho até o mesmo desistir, por causa de seu compromisso com a pesquisa (o que foi sua justificativa para minimizar seu sentimento de culpa por ter desejado sua saída).

T3 e T4 estariam no meio destes dois pólos – afeição X ódio. Relataram, na maioria das vezes, ser indiferentes às suas clientes: não apresentavam uma preocupação genuína e intensa e nem aversão. Esta “frieza” (palavras de T3) parece ter sido resultante dos comportamentos de distanciamento da cliente, no caso de T3; era relacionados com os próprios pressupostos de T4 frente ao funcionamento de uma relação terapêutica (em que o terapeuta deveria ser mais neutro e imparcial, e manter um bom clima, para que o cliente colaborasse com as intervenções

sugeridas), já que a cliente apresentava tentativas de aproximação. Nos dois casos, estas atitudes parecem ter atrapalhado o processo. T3 ficava esperando passivamente a relação se tornar mais intensa e íntima, e T4 não se envolvia genuinamente, mantinha sua posição de neutralidade, mesmo quando a cliente lhe despertava sentimentos que poderiam funcionar como dicas para atuar.

Durante todo o processo de supervisão, os principais alvos para todas as participantes foram: enfraquecer CCR1, vulnerabilizar-se e usar estratégias de validação X mudança. Conforme já apontado, muitos dos novos comportamentos das terapeutas eram punidos pelos clientes, então, voltavam a se comportar de modo mais “seguro” para si. Portanto, não surpreende que os mesmos (exceto a cliente atendida por T1) tenham apresentado tão poucas mudanças em seus repertórios, durante a terapia. Assim, parece razoável concluir que o atendimento ao *borderline*, muitas vezes, é mal sucedido devido à dificuldade que os comportamentos deste trazem ao terapeuta, que ao invés de usá-la como instrumento de mudança, acaba emitindo também comportamentos de fuga/esquiva, mantendo assim, a problemática do cliente. A supervisão é importante justamente para tentar quebrar estes padrões do terapeuta que são prejudiciais ao cliente. Tentou-se conduzir as participantes à aprender a discriminar os controles dos seus comportamentos indesejáveis na relação terapêutica. Todavia, dada a aversividade da situação para o próprio terapeuta, é fácil compreender a função de seus comportamentos de fuga/esquiva, e é de se esperar que haja resistência por parte do mesmo a expor-se às contingências. Além disso, é necessário destacar que ao tentar agir de modo mais eficaz, o cliente pode reagir mal, “forçando” o terapeuta a agir de forma complementar aos seus comportamentos. Com isto, várias dificuldades podem surgir. Contudo, mesmo a ineficácia do terapeuta, ou os efeitos destrutivos sobre a relação terapêutica ou os próprios danos da relação poderiam ser terapêuticamente aproveitados (Safran et al, 2002; Kohlenberg & Tsai, 1991/2001).

Finalmente, deve-se ressaltar que a presente pesquisa foi um esforço em delinear uma metodologia para estudar os sentimentos que o atendimento ao *borderline* provoca no terapeuta, e forneceu ainda, algumas diretrizes de como aproveitá-los como instrumento de mudança. Dada a natureza exploratória do trabalho, são necessárias mais pesquisas, para que seja averiguado se os resultados podem ser generalizáveis, e para que seja demonstrado se as estratégias sugeridas são de fato eficazes, pois como apontado na introdução do presente trabalho, faltam pesquisas que validem a proposta FAP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andery, M.A.; Micheletto, N. (1999). Pesquisa histórica em análise do comportamento. *Temas em Psicologia da SBP* (2000), 8, 137 – 142.
- APA (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. (DSM – IV – TR). 4ª ed rev. Trad: Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artemed.
- Armony, N. (1998). *Borderline: Uma Outra Normalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter.
- Banaco, R.A. (1993). O Impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta. *Temas em Psicologia*, 2, 71-79.
- Banaco, R.A. (1997). O Impacto do Atendimento sobre a Pessoa do Terapeuta 2: Experiências de vida. In: M. Delitti (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 2 (pp. 169-176). Santo André: Arbytes.
- Beckert, M. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP). In: H. J. Guilhardi (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 9 (pp. 245-256). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Benjamin, L. S.; Karpiak, C. P. (2002). Personality Disorders. In: J. Norcross (Org). *Psychotherapy Relations That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp.423 - 438). Oxford University Press, Inc.
- Beutler, L. E. (2002). The dodo Bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 30 – 34.
- Beutler, L. E.; Moleiro, C. M.; Talebi, H. (2002). Resistence. In: J. Norcross (Org). *Psychotherapy Relations That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 129 - 143). Oxford University Press.

- Brandão, M.Z.S. (2000). Os sentimentos na interação terapêutica-cliente como recurso para a análise clínica. In: R. R. Kerbauy (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 5 (pp.222-228). Santo André: ESETec.
- Cavalcante, S.N. e Tourinho, E.Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 139-147.
- Chambless, D. L. (1996). In Defense of Dissemination of Empirically supported Psychological Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230 – 235.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dado Bird: The dangers of Overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13 – 16.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory. In: J. A. Smith (Org). *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods*. (pp. 81-110). London: Sage.
- Chessick, R. (1974). The Borderline Patient. In: S. Ariety (Org). *American Handbook of Psychopathology* (pp. 808 - 819). New York: Basic Books.
- Claiborn, C. D.; Goodyear, R. K. ; Horner, P. A. (2002). Feedback. In: J. Norcross (Org). *Psychotherapy Relations That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 217 - 233). Oxford University Press.
- Clementel-Jones, C. (1985). The Rapist. Harmful strategies used by therapists and staff members in therapeutic communities. *International Journal of Therapeutic Communities*, 6 (1), 7 – 13.
- Conte, F.C.S; Brandão, M.Z.S. (2001). Psicoterapia Funcional-Analítica: O Potencial de Análise da Relação Terapêutica no Tratamento de Transtornos de Ansiedade e de

- Personalidade. In: Range, B. (org.). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um Diálogo Com a Psiquiatria* (pp. 19-33). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Cordova, J. V.; Koerner, K. (1993). Persuasion Criteria in Research and Practice Gathering More Meaningful Psychotherapy Data. *The Behavior Analyst*, 16, 317-330.
- Cordova, J. V.; Scott, R. L. (2001). Intimacy: A Behavioral Interpretation. *The Behavioral Analyst*, 24, 75 – 86.
- Craske, M. G.; Barlow, D. H. (1999). Transtorno do Pânico e Agorafobia. In: D. H. Barlow (org). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 13 - 62). Porto Alegre: ARTMED.
- Crits-Christoph, P. (1996). The Dissemination of Efficacious Psychological Treatments. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 260 –263.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the Dodo Bird Verdict and the Role of Clinical Trials in Psychotherapy Research: Comment on Wampold et al (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 216-220. American Psychological Association.
- Crits-Christoph, P.; Gibsons, M. B. C. (2002). *Relation Interpretations*. In: J. Norcross (Org). *Psychotherapy Relations that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 285 - 300). Oxford University Press, Inc.
- Cukier, R. (1998). *Sobrevivência Emocional: As dores da infância revividas no drama adulto*. São Paulo: Ágora.
- Eysenck, H.J. (1959/1979). Teoria da Aprendizagem e Terapia do Comportamento. Em T.Millon (Org.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (pp 227-235). Rio de Janeiro: Interamericana.

- Follette, W.C.; Naugle, A.E.; Cllaghan, G.M. (1996). A Radical Behavioral Understanding of the Therapeutic Relationship in Effecting Change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Fornagy, P.; Target, M. (1996). Should we Allow Psychotherapy Research to Determine Clinical Practice? *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 245 – 250.
- Fornagy, P.; Target, M.; Gergely, G. (2000). Attachment and Boderline Personality Disorder: A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 103 - 122.
- Fruzzetti, A.E., Waltz, J. A.; Linehan, M. M. (1997). Supervision in Dialectical Behavior Therapy. In C. E. Watkins (Org.). *Handbook of Psychotherapy Supervision*. (pp. 84-100). New York: Guilford Press.
- Garfield, S. L. (1996). Some Problems Associated with “validated” Forms of Psychotherapy. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 218 – 229.
- Gelso, C. J.; Hayes, J. A. (2002). The Management of Countertransference. In: J. Norcross (Org). *Psychotherapy Relations That Work: Therapist contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 267 - 283). Oxford University Press, Ins.
- Gewirtz, J. L. & Boyd, E. F. (1977). Experiments on mother-infant interavtion underlying mutual attachment acquisition: The infant conditions the mother. In: T. Alloway; P. Pliner; & L.Krames (Orgs.). *Attachment Behavior*. New York: Plenum.
- Gifford, E. V. (2002). Socrates and The Dodo Bird: Clinaical Behavior Analysis and Psychotherapy Research. *The Behavior Analyst Today*, 3, 259-261.
- Guimarães, S.S. (2001). Tricotilomania. In: B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo – Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 247 - 256). Porto Alegre: ARTEMED.

- Guimarães, S. S. (2002). Uso Gradual de Exposição e Prevenção de Respostas para Portadores de Transtorno Obsessivo–Compulsivo Resistentes à Medicação. In: H. J. Guilhaardi (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.10. (pp. 349 - 355). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Gunderson, J. G.; Kerr, J.; Woods, D. (1980). Families of Borderlines. *Archives of General Psychiatry*, 17, 27 – 33.
- Guntrip, H. (1974). Object Relations Theory: The Fairbairn – Guntrip Approach. In: S. Ariety (Org.). *American Handbook of Psychiatry* (pp. 828 - 842). New York: Grune & Stratton.
- Gutheil, T. G. (1989). Borderline personality Disorder, Boundary Violations and Patient-Therapist Sex: Medicolegal Pitfalls. *American Journal of Psychiatry*, 597-602.
- Havick, O. E.; Vandenbos, G. R. (1996). Limitation of manualized Psychotherapy for Every day clinical Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 264 – 267.
- Hayes, J. A.; McCracken, J. E.; McClamahan, M.K.; Hill, C. E.; Harp, J. S.; Carozzomi, P. (1998). Therapist Perspectives on Countertransference Qualitative Data in Search of a Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468 – 482.
- Hayes, S.C.; Gregg, J. (2001). Factors Promoting and Inhibiting the development and Use of Clinical Practice Guidelines. *Behavior Therapy*, 32, 211-217.
- Hill, C. E.; Knox, S. (2002). Self-Disclosure. In: J. Norcross (Org.). *Psychotherapy Relations that work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp. 255 - 265). Oxford University Press.
- Howard, K. I ., Krause, M. S., Saunders, S. M ., Kopta, S. M. (1997). Trials and Tribulations in the Meta-Analysis of Treatment Differences: Comment on Wampold et al (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 221- 225. American Psychological Association.

- Ingberman, Y.K.(2001). Análise Funcional de um caso de depressão. In: M. Delitti (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.2 (pp. 198 - 2001). ED. Revisada. Santo André, SP: ESETEC Editores Associados.
- Kerbaudy, R. R. (2001a). Como Fazer Pesquisa em Clínica? In: R.A. Banaco (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 1 (pp. 332-340). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kerbaudy, R. R. (2001b). O Repertório do Terapeuta sob a Ótica do Supervisor e da Prática Clínica. In: H. J. Guilhardi (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 7 (pp. 443-452). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kerbaudy, R. R. (2001c). Pesquisa em Terapia Comportamental: Problemas e Soluções. In: R. R. Kerbaudy e R. C. Wielenska (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 4 (pp. 61-68). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kerbaudy, R. R. (2002). Contribuições da FAP e Pontos a Esclarecer. In: H. J. Guilhardi (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 10 (pp. 281-283). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Kernberg, O. (2002 a). The Seeds of the Self. An Interview by Susan Bridle. [http: // www.wie.org/jl/kern.asp](http://www.wie.org/jl/kern.asp)
- Kernberg, O. (2003). The Interview. By Chamda Rankin. [http: // www.psychotherapistresources.com/current/totm/kernberg.shtml](http://www.psychotherapistresources.com/current/totm/kernberg.shtml)
- Kiesler, D. J. (1986). Interpersonal Methods of Diagnosis and Treatment. In: J. O. Cavenar (Ed.) *Psychiatry*, 2, n.4, 1 – 23. New York: Lippincotet.
- Klein, D. F. (2002). Dodo Deliberations. In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 28 – 29.

- Koerner, K; Kohlenberg, R. J; Parker, C. R., (1996). Diagnosis of Personality Disorder: A Radical Behavioral Alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64. 1-8. American Psychological Association, Inc.
- Koerner, K; Linehan, M. M. (2002). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In: S. G. Hofman., *Severe Mental Disorders: A handbook of empirically supported interventions*. (pp. 317 – 342). New York: Guilford press.
- Kohlenberg, R.J., e Tsai, M.(1987). Functional Analytic Psychotherapy. In: N.S Jacobson. (Org.). *Psychoterapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives*. New York: Guilford Press.
- Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1-17. University of Washington.
- Kohlenberg, B.S. (1994). The Experiential Acquisition of Acceptance: Clinical Supervision as a Laboratory. In S.C.Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette and M. J. Dougher (Org). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (pp.87-90). Nevada: Context Press.
- Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (1995a). I Speak, Therefore I am: A Behavioral Approach to Understanding Problems of the Self. *The Behavior Therapist*, 18, 113-116.
- Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (1995b). Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach to Intensive Treatment. In: O' Donohue and L. Krasner (Orgs.). *Theories of Behavior Therapy*. (pp. 637-657). Washington, DC: American Psychological Association.

- Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (1991/2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*. Tradução organizada por R.R. Kerbauy. Santo André: ESETec. (trabalho original publicado em 1991).
- Krahn, G.; Hohn, M.; Kime, C. (1995). Incorporating Qualitative Approaches Into Clinical Child Psychology Research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 204-213.
- Kreisman, J. J., Straus H. (1989). *I hate you – don't leave me: Understanding the Borderline Personality*. New York, Avon Books.
- Lambert, M. J, Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy. In J. Norcross (Org.). *Psychotherapy Relations That Work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17 - 32). Oxford University Press.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and Methodology for Personality Evolution*. (pp. 93 - 121). New York: Ronald Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and Change: The Central Dialectic in Psychotherapy. In: S.C.Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette and M.j. Dougher (Org). *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. (pp. 73-86). Context Press.
- Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy. In: Smelser, N. J., Baltes, P. B. (Orgs). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. (pp. 3631-3634). Oxford: Pergamon.

- Linehan, M. M.; Cochran, B. N.; Keher, C. A. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. In *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (2000). A Practical Approach to the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. In *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 211-232.
- Lotufo Neto, F. (2001). Personalidade Borderina e Terapia Comportamental Dialética. In: H. J. Guilhard (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*, vol. 8 (pp. 116 - 123). Santo André: ESEtec Editores Associados.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diger, L. , Andrusyma, T. P., Berman, J.S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. ; Krause, E. D. (2002). The dodo Bird verdict is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2 – 12.
- Mack, J. (1975). Borderline States. In: J. Mack (Org). *Borderline States in Psychiatry*. (pp. 1-27). New York: Grune e Stratton.
- Martone, R. C.; Zamignani, D. R. (2002). Esquizofrenia: A Análise do Comportamento tem o que dizer? In: H. J. Guilhard, M. B. B. P. Madi , P. P. Queiroz e M. C. Scoz (Orgs). *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*, vol. 10 (pp. 305 – 316). Santo André: ESEtec Editores Associados.
- Melges, F. T., Swartz, M.S. (1989). Oscillations of Attachment in Borderline Personality Disorder. *America Journal of Psychiatry*, 146, 115-120.
- Meyer, B., Pilkomis, P.A. (2002). Attachment Style. In: J. Norcross (Org.) *Psychotherapy Relations That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 367 - 382). Oxford University Press.

- Messer, S. B., Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21 – 25.
- Miller, L. (2004). Psicoterapeutas traumatizados. In: F. M. Dattilio, A. Freeman & cols (Orgs). *Estratégias Cognitivas – Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise* (pp. 350 - 363). Porto Alegre: Artmed.
- Millon, T. (1969/1979). Uma abordagem através da aprendizagem Bio-social. In: Millon, T. (Org.), *Teorias da Psicopatologia e Personalidade*. (pp.332-336). Rio de Janeiro, Intramericana.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM – III: Axis II*. John Wiley & Sons, Inc. New York.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., Dolan, S. L. (2000). Research on Psychotherapy Efficacy and Effectiveness: Between Scylla and Charybdis. *Psychological Bulletin*, 126, 964-981. American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically Supported therapy relationship. In: J. Norcross (Org.). *Psychotherapy Relations That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. (pp 3 - 16). Oxford University Press, Inc.
- Otero, V.R.L. (2002). Peculiaridades do Atendimento Psicoterápico do Portador do Transtorno “Borderline” de Personalidade. In: H. J. Guilhardi (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 10 (pp. 361-368). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Paris, J. (2000). Childhood Precursors of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23, 77 - 88.

- Parker, C.R., Bolling, M.Y., e Kohlenberg, R.J. (1998). Operant Theory of Personality. *In: Advanced Personality*. (pp. 155-171). New York, Plenum Press.
- Pfeiffer, E. (1975). Borderline States. *In: 2nd Edition of Disordered Behavior: Basic Concepts in clinical Psychiatry* (pp 212 – 219). Oxford University Press.
- Rounsaville, B. J.; Carroll, K. M. (2002). Commentary on Dodo Bird Revisited: Why Aren't We Dodos Yet? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 17 – 20.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. *In: J. Norcross (Org.). Psychotherapy Relations that work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp 235 - 254). Oxford University Press.
- Schneider, K. J. (2002). The Dodo Bird: Less a verdict than an Opportunity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 26 – 27.
- Segal, H. (1979). *Klein*. Fontana, British Isles.
- Shea, M.T.; Benjamin, L.S.; Clarkin, J.F.; Magnavita, J. (1999). Personality Disorders: A Discussion of Current Status and Future Directions for Research, Practice and Policy. *Session: Psychotherapy in Practice*, 55, 1371-1384.
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela ? Em R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 5 (pp. 229-233). Santo André: SET.
- Siever, L. J.; Davis, K. L. (1991). A Psychological Perspective on Personality Disorders. *America Journal of Psychiatry*, 148, 1647 – 1658.
- Skinner, B. F. (1953). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Skinner, B. F. (1957). *O Comportamento Verbal*. São Paulo: Cultrix, 1978.

- Stilles, W. B. (2002). Assimilations of Problematic Experiences. In: J. Norcross (Org.). *Psychotherapy Relations That Work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357 - 365). Oxford university Pres.
- Soloff, P.; Millward, J. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 24, 574-588.
- Vandenberghe, L. (1997). Uma Abordagem Contextual da Supervisão Clínica. In: R.A. Banaco (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol.1 (pp. 332-340). Santo André: Arbytes.
- Vandenberghe, L. (2002). A prática e as implicações da análise funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comporamental e Cognitiva*, 4, 35 – 45.
- Vasconcelos, L. A. (2002). Análise Comportamental do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Implicações para Avaliação e Tratamento. In: H. J. Guilhardi (Org). *Sobre Comportamento e Cognição*, vol. 10. (pp 144 - 154). Santo André, SP: ESETEc Editores Associados.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H. (1997a). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, “All Must Have Prizes”. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Ahn, H. (1997b). The Flat Earth as a Metaphor for the Evidence for Unifirm Efficacy of Bona Fide Psychotherapies: Reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 226-203. American Psychological Association.
- Wasson, E.J., e Linehan, M.M.(1993). Personality Disorders. *Handbook of Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*. (pp. 329-353). New York: Plenum Press.

Wielenska, R. C., Kerbauy, R. R. (2003). Adesão e mudança de cpto: Análise das interações vertebrais terapeuta cliente nas sessões iniciais. In: M. Z. S. Brandão, F. C. S. conte, F. S. Brandão, Y. K. (Org). *Sobre Comportamento e Cognição: A história e os avanços, a seleção por consequências em ação*, vol. 11. (pp. 130 – 169). Santo André: ESETec Editores Associados.

ANEXOS

Anexo 1

Precisa-se de Participantes Para Pesquisa de Mestrado

Se você se enquadrar nos itens abaixo, você é um possível participante para esta pesquisa e poderá, se quiser, fazer psicoterapia gratuitamente.

- Não tolera solidão?
- Faria qualquer coisa para não ser deixado (a)?
- Relacionamentos interpessoais conturbados?
- Um vazio interior constante?
- Dificuldades em definir quem é você?
- Inseguro (a)?
- Confuso (a)?
- Desesperado (a)?
- Humor instável?
- “Explosivo (a)”?

* Obs.: Telefones para contato foram colocados neste local.

Anexo 2

Universidade Católica de Goiás
Mestrado em Psicologia

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TERAPEUTA

Eu, _____, na qualidade de Terapeuta Comportamental, concordo em participar do projeto de pesquisa intitulado *O Impacto Sobre a Pessoa do Terapeuta do Atendimento ao Cliente Borderline*, coordenado por Ana Carolina Aquino de Sousa, mestranda em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, e por seu orientador Luc Marcel Vandenberg.

O objetivo geral deste projeto é identificar os sentimentos dos terapeutas em relação aos comportamentos de seus clientes com diagnóstico de TPB, bem como suas estratégias utilizadas para lidar com essas emoções. Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria da qualidade do treinamento do terapeuta comportamental e do atendimento por ele prestado ao cliente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline.

A participação neste projeto de pesquisa envolverá, de minha parte:

1. A assinatura do presente consentimento informado, em duas vias, sendo que uma delas ficará em meu poder;
2. Caso tenha concordado em participar desta pesquisa via recrutamento de clientes com cartazes, a obtenção de um consentimento informado do cliente que eu atender, em duas vias, sendo que uma ficará com o cliente e a outra com a mestranda.
3. Caso seja meu cliente em consultório particular, a obtenção de um consentimento informado do cliente que eu atender, em duas vias, sendo que uma ficará com o cliente e a outra com a mestranda. Se meu cliente não concordar em participar da pesquisa, consinto em gravar de 15 a 20 minutos minhas impressões sobre cada sessão.
4. Gravação em fitas cassete de todas as sessões conduzidas por mim com meu cliente ou das minhas impressões sobre cada sessão, se for o caso.
5. Permissão da observação e transcrição das fitas de vídeo contendo as sessões terapêuticas gravadas.
6. Participação nas entrevistas (inicial e final) e nas entrevistas mensais.
7. Autorização para que os dados desta pesquisa sejam analisados pela autora do projeto e por seu orientador.
8. Autorização para divulgação dos resultados da pesquisa em publicações e apresentações científicas, desde que meus dados pessoais, assim como os do meu cliente e qualquer outra informação que permita nossa identificação, sejam omitidos.

Obs.: Ao final do estudo, lhe será enviado os resultados encontrados e sua respectiva análise, para o seu conhecimento.

Poderei interromper minha participação nesta pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar.

Goiânia, ____/____/____.

Terapeuta Voluntário

Mestranda: Ana Carolina Aquino de Sousa

Anexo 3

Universidade Católica de Goiás

Mestrado em Psicologia

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O CLIENTE

Eu, _____, na condição de cliente, estou em atendimento psicológico. Durante o referido atendimento, participarei de várias sessões nas quais as minhas dificuldades serão discutidas visando me auxiliar na busca de algumas alternativas de solução para tais dificuldades. As sessões serão semanais e terão, em média, 60 minutos de duração. Um terapeuta responsável pelo meu atendimento conduzirá as sessões nas dependências de seu próprio consultório.

Fui informado (a) que as sessões serão gravadas em fitas cassete para possibilitar o acompanhamento do desempenho do terapeuta responsável pelo meu caso e fornecer dados para a pesquisa de mestrado da UCG, em Psicoterapia Comportamental. Estou ciente de que, em qualquer situação, as fitas cassete serão mantidas em sigilo quanto ao seu conteúdo, conforme as especificações a seguir.

Quanto à possibilidade de utilização das fitas cassete para a pesquisa, estou ciente de que seu conteúdo será acessado por um auxiliar de pesquisa (que transcreverá o conteúdo da fita), mestrandia (Ana Carolina Aquino de Sousa) e orientador (Luc Marcel Vandenberg). Qualquer outra situação na qual as gravações precisarem ser usadas deverá ser discutida e previamente autorizada por mim, por escrito.

Estou ciente de que minha identidade não será revelada e que eu não irei correr nenhum risco durante a realização do meu atendimento. Os resultados do trabalho psicoterapêutico a serem divulgados em publicações e eventos científicos, não constarão meu nome e outros dados que possam me identificar. Caso eu tenha alguma dúvida sobre os meus direitos durante meus atendimentos, poderei conversar com a mestrandia Ana Carolina Aquino de Sousa, na Clínica Primazia (telefones: 241-7837 e 96145385).

Fui informado (a) que, no caso de eu decidir interromper meus atendimentos, deverei comunicar ao terapeuta responsável pelo meu caso.

Nome do cliente: _____

Assinatura do cliente: _____

Data: ___/___/___

Anexo 4

Universidade Católica de Goiás

Mestrado em Psicologia

TERMO DE COMPROMISSO PARA TRANSCRIÇÃO DAS SESSÕES

Eu, _____, na condição de responsável pela transcrição de sessões terapêuticas gravadas em fitas cassete, tendo em vista a realização deste trabalho de pesquisa que envolve análise de sessões de atendimento realizadas em consultórios particulares dos terapeutas participantes, comprometo-me a ouvir o material somente em espaço reservado para as transcrições das mesmas. As fitas serão ouvidas unicamente por mim e pela mestrandia Ana Carolina Aquino de Sousa. Também comprometo-me a manter absoluto sigilo com respeito ao conteúdo do material transcrito.

Goiânia, ____/____/____.

Assinatura

Anexo 5

Roteiro das Entrevistas Inicial e Final

1. Quais dos seguintes critérios, seu cliente apresenta? (Ler cada critério do DSM IV).
2. Quando o cliente se nega a falar sobre um assunto que você abordou, como você se sente inclinada a agir? E como você age?
3. O que você sente vontade de fazer quando seu cliente fala de se em termos depreciativos? E como você reage?
4. Como você se sente quando o cliente fala de suicídio? E o que você faz diante desta situação?
5. Como você se sente quando o cliente manifesta raiva irracional ou exagerada de alguém? E o que você faz diante desta situação?
6. Seu cliente apresenta algum tipo de comportamento invasivo em relação a você? Quais? Como se sente? Como você reage?
7. Você já observou tentativas de se distanciar de você? Como você se sente em relação à isso? E o que você faz?
8. Você já teve a impressão de que ele precisa da sua amizade ou do seu carinho ou busca suprir as suas carências neste nível na relação com você? Como isto fez você se sentir? Como você reagiu?
9. Você observa tentativas de tornar a relação com você mais intensa? Como se sente em relação à isso? E qual a sua reação?
10. Se você fosse comparar a maneira pela qual seu cliente se relaciona com as pessoas e o modo com que o faz na relação com você, quais são as semelhanças e quais as diferenças?
11. Em algum momento você sente-se manipulada ou uma alguma tentativa de coação por parte do cliente em relação à você? Isto te dá vontade de fazer o que? E como se comporta na prática?

12. O seu cliente já se comportou de forma que lhe trouxe uma sensação de impotência, raiva, culpa, vontade de não atendê-lo mais, ou ainda, de dar um bom aperto nele? Você poderia me listar estes comportamentos do cliente?
13. O seu cliente já se comportou de forma que você se sentiu valorizada por ele? E como foi para você sentir-se assim?
14. O seu cliente já se comportou de forma que você se sentiu particularmente desvalorizada? E como foi para você sentir-se assim?
15. Você pode se imaginar como se sentem as pessoas que convivem com o cliente? Quais dicas possibilitam imaginar os sentimentos destas pessoas? Você mesmo já se sentiu como elas?
16. Você poderia ilustrar algumas destas situações?
17. Como você está se sentindo atualmente em relação ao processo terapêutico que está em andamento? O que você acredita poder alcançar?

* Obs.: No caso da entrevista final, a última pergunta será: O que você acredita que alcançou?

Anexo 6

ROTEIRO PARA AS INTERVISÕES

- ✓ Discussão de ocorrências de CCRS do cliente;
- ✓ Discussão de sentimentos do terapeuta na sessão (verificar se são subprodutos dos CCRs do cliente ou da sua própria história);
- ✓ Buscar junto com a terapeuta, relações funcionais (variáveis controladoras dos comportamentos do cliente fora e dentro da sessão); táticas para ajudar o cliente a avaliar as conseqüências de seus comportamentos; táticas de observação e expressão (na sessão) do impacto dos comportamentos do cliente sobre si e as pessoas, utilizando-se da relação terapêutica para tal– aumentando a intimidade; táticas de reforçamento de CCRs2 e CCRs3, e enfraquecimento de CCRs1;
- ✓ Guiar o terapeuta na condução do tratamento, de altamente estruturado no início, caminhando gradativamente para a desestruturação;
- ✓ Apoio na escolha e no desenvolvimento de tarefas na modelagem de verbalizações sob controle privado; no bloqueio de esquivas tanto do terapeuta como do cliente; no trabalho da dialética de Aceitação e Mudança; no enfraquecimento de mandos disfarçados; no reforçamento de atos de eventos privados; na ênfase no uso de validação; no incentivo à comunicação recíproca; no uso de paradoxos e metáforas;
- ✓ Relação entre supervisor – supervisionando: estabelecer relacionamento genuíno; uso de comunicação recíproca e irreverente; foco nas habilidades que o próprio terapeuta tem, mas não usa, ou não aprendeu; solicitações telefônicas, quando necessário; visão de mudanças do terapeuta, através de princípios comportamentais; validação X mudança;