

O Relacionamento Terapeuta-Cliente e o Transtorno de Personalidade Borderline.

The Therapist-Client Relationship and Borderline Personality Disorder.

Olívia Rodrigues da Cunha ✉
Luc Vandenberghe ✉✉

Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RESUMO

O Transtorno de Personalidade *Borderline* é caracterizado pela instabilidade afetiva e pelo comportamento interpessoal incoerente. Essas dificuldades, próprias do transtorno, podem dificultar o atendimento psicoterápico, que é, por definição, um processo interpessoal. O objetivo desse estudo é mostrar como, paradoxalmente, a exploração das dificuldades no relacionamento, podem tornar o tratamento mais eficiente. Foi desenvolvido um estudo de caso com uma cliente pelo método de observação participante. Ferramentas de diferentes terapias comportamentais, a ACT, a TCD e a FAP foram escolhidas para construir uma forma flexível para encarar os desafios do relacionamento com a cliente *borderline*. A vivência da terapeuta foi monitorada, usando o modelo do *matrix*. Rupturas do vínculo e respostas emocionais da terapeuta à terapia foram analisadas para auxiliar a cliente a aprender sobre si e seu mundo relacional. Juntas, essas ferramentas permitiram trabalhar diretamente com o que estava ocorrendo na relação terapêutica e permitiram o uso das dificuldades enfrentadas para beneficiar o processo. O estudo sugere que uma integração das contribuições de diversas correntes teóricas envolvendo a terapia comportamental contemporânea pode tornar o tratamento de casos difíceis mais eficientes e ajudar a superar a rigidez paradigmática.

Palavras-chave: Relação terapêutica; Transtorno de personalidade borderline; Autorrevelação do terapeuta; Ruptura de aliança.

✉ olivia.rcunha@gmail.com
✉✉ luc.m.vandenberghe@gmail.com

ABSTRACT

Affective instability and incoherent interpersonal behavior characterize borderline personality disorder. These difficulties, being features of the disorder, can hinder treatment, by definition, an interpersonal process. The aim of the present study is to argue how, paradoxically, the exploration of difficulties in the relationship can help make treatment more efficient. The method was a case study, using participant observation. Tools from different behavioral treatments, ACT, DBT and FAP made a flexible way of dealing with the challenges of the relationship with the borderline client possible. Polk's matrix helped monitor the experience of the therapist. The analysis of alliance ruptures and the therapist's emotional responses toward treatment helped the client learn about herself and her relational world. Together, these tools made it possible to work directly with what was occurring in the therapeutic relationship and permitted to harness the difficulties encountered for the benefit of the process. The study suggests that integrating the contributions of diverse theoretical currents in the contemporary behavior therapy movement can make treatment of difficult cases more efficient, aiding to overcome paradigmatic rigidity.

Key-words: therapy relation, borderline personality disorder; therapist disclosure; alliance rupture.

O termo *borderline*, em português, significa “fronteiriço” ou “limítrofe”. Foi utilizado em 1938 por Adolf Stern, remetendo-se a pacientes que não se beneficiavam da psicanálise tradicional, nem se enquadravam nas categorias neurose ou psicose. Assim, a nova categoria nasceu de um entrave no paradigma clínico dominante: de um lado, a insuficiência dos conceitos diagnósticos consagrados, do outro, a dificuldade das estratégias clínicas alcançar os mecanismos inferidos da psicopatologia (Vandenberghe & Sousa, 2007). As primeiras tentativas de compreensão abrangentes ao transtorno referido, vieram de Otto Kernberg, que reformulou o modelo psicanalítico das estruturas da personalidade para compreender essa patologia, e de Theodore Millon, que propôs um modelo baseado nas teorias interpessoal e de aprendizagem.

Kernberg (1967) propôs uma organização de personalidade *borderline* caracterizada por três duplas de distintivos intrapsíquicos: (a) identidade difusa

– como na psicose, porém, com representações objetivas bem delimitadas – como na neurose, (b) predominância das defesas primitivas – como o psicótico, porém, não para defender o sujeito da desintegração, mas para proteger o ego contra ansiedade – como na organização neurótica, e (c) sentido de realidade prejudicado, porém com capacidade de testar a realidade preservada. Esse modelo ganhou rapidamente popularidade e por uma geração o rótulo *borderline* permaneceu associado com o modelo psicanalítico, apesar do trabalho de Millon (1969) oferecer uma compreensão comportamental dessa patologia como resultado da interação recíproca entre vulnerabilidades emocionais e experiências interpessoais que moldam as estratégias adaptativas que passam a caracterizar as formas de relacionar-se da pessoa.

Um ponto importante para compreender o cliente *borderline* de acordo com Millon (1981) é seu grande leque de estratégias extremas e incoerentes,

cuja finalidade é a de evitar a rejeição real ou imaginária, que acabam perpetuando suas dificuldades e prejudicando esforços por uma vida melhor. Ao fracassar em construir relacionamentos seguros e em obter validação por parte de outras pessoas, insiste com maior intensidade em estratégias que de forma intermitente podem atingir suas metas. Às vezes é acolhido por se submeter a relações abusivas, conseguindo apoio e ajuda por via de autoagressão, ou de comportamento impulsivo. Esses padrões de lidar com suas vivências interiores e com seus relacionamentos resultam em uma vida marcada por um vazio interior, conflitos interpessoais e tempestades descontroladas de ansiedade, raiva ou depressão.

Ambos autores afirmam que o tratamento deve objetivar o desenvolvimento da capacidade de controlar impulsos, tolerar ansiedade, modular afetos, desenvolver relações estáveis e viver a intimidade e o amor de forma saudável (Kernberg, et al., 1989; Millon, 1981). A terapia comportamental dialética foi projetada para alcançar esses objetivos, aprimorando as seguintes funções de tratamentos existentes: a motivação e o compromisso do cliente para com o trabalho árduo em terapia, a estruturação do processo, da relação e do ambiente de forma que leve em conta o caos que o cliente vive e que respeite a autonomia do mesmo, a sustentação da capacidade e da motivação dos terapeutas frente a um processo terapêutico difícil, o empoderamento do cliente, instrumentalizá-lo a lidar com contingências adversas em sua vida e o esforço direcionado à difusão de ganhos para os diversos setores da vida do cliente (Linehan, 1993).

Desafios na relação terapêutica com clientes borderlines.

O comportamento incoerente e a instabilidade das relações sociais, próprios do transtorno, impõem

uma série de dificuldades ao trabalho psicoterápico, como a inconstância na adesão ao tratamento, as diversas tentativas de usar o tratamento para fins diversos além dos que se concebe como uma melhora, a tentativa de formação de um vínculo não produtivo com o terapeuta, enquanto o terapeuta sofre com a dificuldade em sustentar os progressos obtidos durante o tratamento (Millon, 1981; Linehan, 1993; Kernberg, et al., 1989). Um cliente pode, em sucessão rápida, agredir o terapeuta verbalmente, se mostrar depressivo por ser rejeitado por ele, acusá-lo de interesse sexual e logo depois agir de forma sedutora com o terapeuta. Pessoas que tiveram sucesso ao intimidar outras, podem repetir tal comportamento em terapia e ameaçar o terapeuta (Kernberg, 1967; Millon, 1969; 1981).

O terapeuta pode se assustar, vendo que certo padrão de comportamento ultrajante seja natural para o cliente. Pode ser difícil para o profissional manter o controle sobre os limites do tratamento sem chegar a se posicionar de forma rígida, como por exemplo, usando a ameaça do término precoce da terapia para que o cliente mantenha um comportamento manejável (Kernberg et al., 1989). O terapeuta precisa assumir um papel ativo, analisando o cenário baseado na comunicação não verbal do cliente e as suas reações emocionais e ainda oferecer interpretações acerca das funções do comportamento (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999; Millon, 1969; Linehan, 1993). A capacidade do terapeuta de integrar, numa interpretação coerente sua compreensão do comportamento do cliente e das suas reações de contratransferência é crucial. Quando o terapeuta expressa sua ultraja sob controle da contratransferência, coloca o processo em risco (Kernberg, 2003).

A terapia comportamental dialética

Vários autores ligados às orientações comportamental e cognitivo comportamental afirmam que clientes com transtorno de personalidade *borderline* estão entre os mais difíceis de tratar (Laydon, 1993; Linehan, 1993; Millon, 1981), sugerindo, que os clínicos devem estar em alerta às condições difíceis e garantir que clientes sejam tratados de forma competente. A terapia comportamental dialética foi desenvolvida por Linehan (1993) como resposta para o enfrentamento desse desafio, usando uma visão dialética derivada de estudos da autora em filosofia oriental e suas vivências em meditação e contemplação.

A atitude terapêutica proposta por Linehan (1993) sustenta que a realidade é complexa e polarizada, de forma que o terapeuta não precisa reestruturar a forma de pensar do cliente, requerendo uma interpretação unidimensional da realidade, nem deve tentar impor uma compreensão linear do processo terapêutico. A noção de dialética usada pela autora se resume na ideia de que o jogo entre dois elementos que estão em oposição direta permite compreender um processo ou fenômeno de maneira mais integral, considerando que ambos os lados opostos da dicotomia fazem parte do todo e contribuem com conhecimento a respeito do processo ou fenômeno em questão. Na terapia, a contenção dialética consiste em manter duas opiniões ou perspectivas aparentemente contrárias, considerando as verdades diferentes contidas nos dois. Por exemplo, o terapeuta pode pedir ao cliente que cesse incondicionalmente e imediatamente um comportamento que coloca a saúde e a qualidade de vida em perigo, e simultaneamente, o mesmo terapeuta se abstém de julgar qualquer recaída, assumindo disponibilidade em ajudar a resolver os problemas que tornam difícil para o cliente cessar o comportamento (Koerner, 2012).

De acordo com Linehan (1993), aceitar significa modificar e, o terapeuta, ao ajudar os clientes a aceitar os fatos como são, faz com que eles consigam entender melhor suas dificuldades e passem a se valorizar mais. Refere-se à aceitação do cliente como ele é, ao mesmo tempo em que se procura ajudá-lo a mudar. Usar estratégias aparentemente contraditórias de forma dialética, torna possível superar os típicos impasses no tratamento do cliente *borderline*, descritos acima. Estratégias de validação são associadas a intervenções que promovem a mudança. A comunicação recíproca (caracterizada por sensibilidade às nuances do comportamento do cliente, levando os objetivos do cliente a sério ao invés de procurar qualquer sentido oculto neles) é utilizada concomitantemente a comunicação irreverente (colocando os pontos de vista do cliente numa luz inusitada, revelando sentidos surpreendentes nos mesmos, ou confrontando o cliente com implicações não assumidas das suas ações).

Linehan (1993) descreveu em detalhes como usa a dialética nos níveis de manejo do processo terapêutico, dos sentimentos do terapeuta e da relação com o cliente. A dialética se mostra no manejo de caso através do equilíbrio entre duas hipóteses opostas: de um lado, a que responsabiliza o cliente por alcançar melhoras, com o terapeuta no papel de consultor que ajuda a remediar os déficits de habilidades interpessoais ou de regulação emocional, de outro lado, a que responsabiliza o ambiente social e interpessoal do cliente para os problemas, em que o terapeuta e o cliente juntos intervêm para mudar condições problemáticas de seu ambiente. Além dessas, as estratégias dialéticas específicas focam diretamente nas polarizações, através de intervenções paradoxais, metáforas ou alongando as afirmações da cliente além do que ela tinha entendido, com a

intenção de provocar um desequilíbrio favorável ao crescimento terapêutico.

O trabalho de Linehan tem o mérito de descrever explicitamente, em detalhes os cuidados necessários na interação com o cliente *borderline*. A autora estabeleceu princípios que sustentam a atitude e a visão clínica necessárias nessa empreitada, assuntos que os terapeutas comportamentais anteriormente, muitas vezes, dirigiram de forma intuitiva e pouco refletida. As formas de manejo da relação com o cliente *borderline* foram tipicamente repassadas informalmente em supervisão e pouco explicitamente elaboradas na literatura comportamental. A autora procurou subsídios para seu trabalho em outras fontes. Ao elaborar o tratamento, recorreu, não só à filosofia dialética, mas, em parte também a conceitos de âmbito transteórico, que anteriormente receberam mais atenção na literatura de outras abordagens, do que na terapia comportamental, como a noção de aliança terapêutica (Bordin, 1979) e da autorrevelação do terapeuta (Jourard, 1971).

Um primeiro elemento que Linehan (1993) usou, foi a aliança terapêutica, tradicionalmente conceituada como a colaboração entre terapeuta e cliente, sendo constituída por três componentes relacionados que determinam a força e qualidade da mesma: o acordo nos objetivos terapêuticos; o acordo na divisão das tarefas para alcançá-los e o desenvolvimento de um vínculo entre terapeuta e cliente (Bordin, 1979). O motivo da busca pela terapia é um elemento auxiliar na definição dos objetivos terapêuticos. Contudo, deve haver negociações explícitas quanto às expectativas do cliente e as do terapeuta. O acordo nas tarefas consiste na maneira como terapeuta e cliente vão colaborar para alcançar os objetivos. Assim, agindo como parceiros, um vínculo terapêutico é

construído entre as duas pessoas, em que o cliente pode identificar na pessoa do terapeuta alguém capaz de aceitá-lo, ouvi-lo e auxiliá-lo.

Linehan (1988) entende o relacionamento terapêutico como um processo interpessoal no qual o terapeuta e o cliente permutam influências recíprocas carregadas de sentido, promovendo mudanças, tanto no terapeuta quanto no cliente. Trata-se de um relacionamento pessoal que contribui para a vida do cliente, independente das técnicas usadas no tratamento. Para cada díade terapeuta-cliente, o relacionamento é singular. Possui características únicas, e envolve, naturalmente, mudanças na vida do terapeuta e do cliente e na interação entre eles. Aqui, a autora pôde se apoiar na terapia humanista, onde a expressão dos sentimentos do terapeuta aos clientes se tornou parte essencial do relacionamento terapêutico. Contar algo de si, de acordo com Jourard (1971) favorece a abertura a relacionamentos saudáveis, e genuínos, um pré-requisito necessário para possibilitar a confiança e a intimidade.

Porém, a literatura da terapia comportamental contemporânea evoluiu em propor referenciais próprios que ajudaram a descrever o manejo da relação terapêutica de maneira pragmática e teoricamente consistente, podendo ser considerados acréscimos válidos à teorização de Linehan. O presente artigo propõe repensar o envolvimento do terapeuta na relação com o cliente, aliando à terapia comportamental dialética, contribuições da terapia comportamental contemporânea que focam especificamente a pessoa do terapeuta e a relação entre as vivências interior e interpessoal. O primeiro é a conceituação de T1 e T2 por Tsai, *e cols.* (2008), o segundo o *matrix* proposto por Polk (2014). A inclusão dessas contribuições recentes da literatura comportamental

pode contribuir para a compreensão da atuação do terapeuta em termos comportamentais e disponibilizar aos clínicos pontos de referência mais concretos, oferecendo uma complementação válida à filosofia dialética de Linehan (1993).

T1/T2: O comportamento do terapeuta

O comportamento problema do terapeuta (T1) e o comportamentos-alvo do terapeuta (T2) são, de acordo com Terry *e cols.* (2010) resultados da história de aprendizagem do terapeuta e dos contextos sócio-políticos que vive. Na linguagem da psicoterapia analítico funcional, T1 consiste em ações que podem prejudicar o progresso terapêutico. Um terapeuta pode, por exemplo, involuntariamente limitar a autonomia do cliente, por ter aprendido que o terapeuta deve manter controle firme sobre o que ocorre na sessão. Ele pode dedicar tempo excessivo a questões pouco relevantes para o cliente por se sentir perito nesses temas, ou evitar assuntos que são muito relevantes para o cliente, mas, em relação aos quais ele, o terapeuta, sente-se inseguro (Santo & Vandenberghe, 2015).

Os comportamentos-alvo do terapeuta são ações que contribuem para o progresso do cliente na terapia. São diferentes para cada cliente, dependendo das necessidades e objetivos que levaram a pessoa a procurar terapia. Muitas vezes, o profissional precisa desenvolver T2s que ainda não fazem parte do seu repertório terapêutico, mas que são essenciais para auxiliar o cliente a progredir em busca de seus alvos. Nesses casos, o terapeuta precisa monitorar seus T2s ao observar a melhoria das suas contribuições nas sessões com o cliente. Um T2 pode implicar que o terapeuta enfrente sentimentos difíceis, decorrentes da sua história ou contexto de vida. Às vezes, trata-se de correr um risco, permitir-se ser

vulnerável, revelar o que sente por um cliente (Tsai *e cols.*, 2012). O terapeuta deve estar aberto para seus sentimentos frente ao cliente e verificar como e com quais comportamentos o cliente os evoca. Fazer essas observações demanda que o terapeuta recue em certa medida, criando um distanciamento psicológico suficiente, a fim de poder situar suas respostas emocionais, no contexto do relacionamento, e entender o que os sentimentos que o cliente provoca revelam a respeito dos problemas do cliente.

Considera-se que T1s são evocados por semelhanças entre a relação com o cliente e outras relações que o terapeuta tem com clientes, ou são influenciados por regras decorrentes da formação ou da cultura do terapeuta. Decorrem das contingências e dos repertórios pessoais que o terapeuta leva para a sessão. É primordial que o terapeuta tenha uma compreensão clara dos seus T1 e T2, que são relevantes para cada caso. Deve explorar sua própria história, suas convicções e suas feridas emocionais para poder entender o que seus T1s e T2s trazem para a relação terapêutica e quais podem ser as implicações disso para o cliente (Santo & Vandenberghe, 2015).

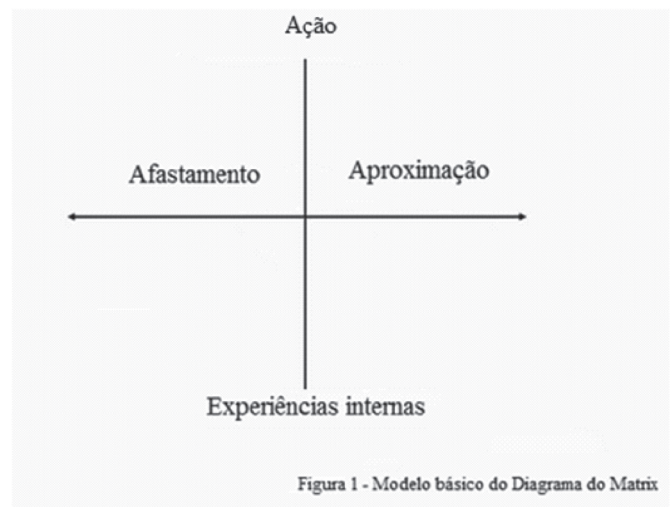
O *matrix* do terapeuta.

O *matrix* é uma ferramenta simbólica, proposta no contexto da terapia de aceitação e compromisso e usada também na psicoterapia analítico funcional (Shendorff, Webster & Polk, 2014). Trata-se de um diagrama com duas dimensões que permitem modelar uma análise funcional incluindo os pensamentos, os sentimentos e as ações do cliente através dos conteúdos dos registros da semana que vão sendo colocados no diagrama para contextualizar o terapeuta no cotidiano do cliente. Além disso, o *matrix* é usado para instrumentalizar o cliente para expandir seus repertórios e lidar com contingências de formas mais saudáveis.

Na sua versão original, a metade superior do *matrix* representa o mundo dos cinco sentidos e a metade inferior a vivência mental. Outras maneiras de rotular essas duas metades incluem: interpessoal versus intrapessoal; o mundo fora versus dentro (da pele); o que pode escolher (seu comportamento) versus o que não pode escolher (seus sentimentos e valores). Situa-se, assim, no quadrante inferior direito os alvos valorizados e as perspectivas que fazem a vida valer a pena e no quadrante direito superior, as ações, estratégias adotadas para que os alvos já estipulados sejam alcançados. No quadrante inferior esquerdo, situam-se as vivências interiores difíceis, o que a pessoa não gostaria de sentir ao tentar realizar seus objetivos e no quadrante superior direito, as ações que têm como função diminuir o contato com esses sentimentos e pensamentos difíceis (Schoendorff e cols., 2014). No presente estudo, entendemos que a dicotomia ação (metade superior) versus vivência interior (metade inferior) capta melhor o uso que fizemos do *matrix*.

Enquanto o *matrix* foi desenvolvido para organizar os processos da cliente, fica evidente que o mesmo, pode acomodar também o processo do terapeuta. Aplicando a mesma lógica explanada no parágrafo anterior ao terapeuta, os T2 se situam no quadrante superior direito e os T1 no quadrante superior esquerdo. No presente artigo, o *matrix* irá preparar a terapeuta para estar aberta a mudar seu movimento frente às suas vivências interiores e interpessoais durante as sessões e para as consequências deste movimento, seja de distanciar ou de aproximar, ampliando a flexibilidade psicológica, neste caso, direcionada ao relacionamento terapêutico.

O presente artigo pretende explorar o potencial do *matrix* para descrever as dinâmicas interpessoais



(as ações) e interiores (sentimentos, pensamentos, vontades e julgamentos) do terapeuta e assim funcionar como uma bússola ao traçar seu caminho no decorrer do processo terapêutico. Linehan (1993) aponta que o uso das contingências que atuam dentro do ambiente terapêutico exige que o terapeuta preste muita atenção à influência recíproca que ambos, terapeuta e cliente, tem sobre o outro. Argumentamos que tanto a noção de T1/T2, quanto o uso do *matrix* podem ajudar o terapeuta a concretizar e seguir esse processo.

Assim torna-se oportuno o objetivo do estudo. Isto é, compreender de que modo ao longo do processo terapêutico, a análise das emoções e das dificuldades enfrentadas pela terapeuta podem tornar o relacionamento terapêutico mais produtivo e intensificar o tratamento da cliente *borderline*.

MÉTODO

Participantes

A cliente é uma jovem adulta, cujo nome fictício dado é Clara. Recorreu a ajuda psicológica devido a queixas envolvendo ansiedade, sensação constante

de solidão, ciúme, agressividade e nervosismo que vinham acarretando prejuízo em suas relações interpessoais. As queixas perduram desde que a cliente possuía 10 anos de idade, sem que tivesse, até o momento, procurado por auxílio psicológico. A terapeuta, jovem adulta, do sexo feminino, em fase de término da graduação. Recebeu supervisão semanal durante o acompanhamento do caso.

Tratamento

Os objetivos do tratamento acertados se encaixaram parcialmente na fase preliminar da Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993; Koerner, 2012), enfatizando a extinção das agressões físicas voltadas a si e aos outros, mas incluíam também objetivos das fases mais adiantadas do tratamento, principalmente o manejo da insegurança e da instabilidade interpessoal. O objetivo principal acordado junto à cliente foi o de verificar como as suas maneiras de pensar e de lidar com dificuldades emocionais influenciavam as suas interações com outras pessoas, para poder elaborar estratégias para tornar seus relacionamentos mais seguros e mais estáveis. Ao decorrer das sessões eram trabalhados, seguindo o modelo da terapia comportamental dialética, as cadeias comportamentais, cuja finalidade foi permitir à cliente a analisar e onde necessário, modificar sequências de interações no cotidiano, em conjunto com a análise funcional, reestruturação cognitiva e tarefas de casa visando ajudar a cliente a alcançar os objetivos acordados, bem como a promoção da aceitação e validação dos sentimentos da cliente, solidificando sua capacidade de compreender suas vivências interiores e confiar em sua percepção de seus problemas.

Procedimento

A cliente foi selecionada para o estudo de caso por apresentar dificuldades marcantes no processo tera-

pêutico. Na primeira sessão, a terapeuta explicou o formato e condições da terapia, foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido em que a cliente concordou que o material do tratamento poderia ser incluído em publicações científicas e foi feito o contrato terapêutico. A anamnese foi realizada em formato de entrevista semiestruturada. A forma de tratamento adotada no caso discutido no presente artigo é a terapia comportamental dialética, que coloca a genuinidade e a intensidade do relacionamento entre terapeuta e cliente no centro do processo curativo.

A técnica adotada na construção do estudo foi a de observação participante. Durante as sessões eram selecionadas e organizadas informações pertinentes e os elementos eram analisados. Os conceitos de T1/T2 e do *matrix* da terapeuta foram utilizados para discernir funções das ocorrências e as conclusões eram discutidas em supervisão, a fim de integrar a produção com a intenção de apresentar e defender a ideia de como o processo terapêutico e as dificuldades do mesmo, podem gerar resultados benéficos à terapia.

No total, foram realizadas 22 sessões de 50 minutos cada. O segundo autor acompanhou o processo como supervisor clínico durante todo o tempo em que foram feitos atendimentos. Os dados foram organizados durante encontros semanais dos autores. Das notas detalhadas das sessões feitas pela primeira autora, foram selecionados excertos em que o relacionamento terapeuta-cliente apresentou dificuldades. As relações entre as dificuldades, suas soluções e os objetivos do tratamento foram analisados e interpretados em consenso entre os autores. Nesse processo de análise e interpretação, emergiram três categorias que tornaram possível agrupar,

organizar as diversas ocorrências de problemas no relacionamento. Selecionaram-se exemplos representativos de cada categoria para explicar as dificuldades e as soluções que foram desenvolvidas visando os objetivos do tratamento.

RESULTADOS

Desde o início do tratamento, entraves apresentados pela cliente dificultaram o relacionamento da terapeuta com a cliente. Esses foram agrupados em três categorias: Agressões e autoagressões; Falta de compromisso com a terapia; e Polarização.

Agressões e autoagressões. As autoagressões de Clara ocorriam com regularidade em consequência das brigas como namorado ou em resposta ao sentimento de culpa ou de solidão. Ela cortava os pulsos ou jogava o corpo contra a parede. Clara justificava seus comportamentos de risco, como forma de recuperar a estabilidade emocional: “Depois que eu brigo com meu namorado eu me corto, porque aí a raiva e a tristeza que estavam muito grandes, passam”. Ponderar os possíveis danos da forma adotada pela cliente lidar com os próprios sentimentos, gerou na estagiária preocupação e sensação de impotência frente a cada nova agressão da cliente dirigida a si ou a pessoas de sua convivência, preocupação que se estendeu para fora do ambiente de atendimento, ameaçando a qualidade da relação terapêutica e invadindo o cotidiano da terapeuta.

As tentativas de aplicar um acordo de contingência com a cliente, como proposto na terapia comportamental dialética (Linehan, 1993) foram em vão. De acordo com esse critério, o tratamento deveria ser suspenso. Porém, ao trabalhar objetivos mais avançados, o progresso foi notável, o que sugeriu que

valia a pena insistir. Ao mesmo tempo, a continuação do comportamento perigoso da cliente deixava a terapeuta excessivamente tensa e preocupada, comprometendo a sustentação de uma relação terapêutica funcional.

Falta de comprometimento com a terapia. Clara reagia a sugestões ou aos questionamentos com intolerância e agressividade. Era pouco colaborativa com os exercícios propostos, gerando na terapeuta a sensação de frustração crescente, falava pouco e raramente executava os exercícios propostos. A atitude da cliente parecia ofensiva para com a dedicação da terapeuta. Para remediar a sensação de fracasso gerada, a terapeuta começou a aplicar uma variedade de técnicas, esperando que uma delas sanasse o mal estar presente até então.

Polarização. Nas sessões, a cliente caracterizava suas relações de forma estereotipada e contraditória. Não era raro, durante a mesma sessão, ela defender o relacionamento amoroso: “Meu namorado é ótimo pra mim, nunca tive ninguém tão bom” e algum tempo após, colocar a mesma relação como um problema: “Ele é horrível, não serve pra nada. Não me ajuda em nada, só sabe ser ruim pra mim. Nem sei como ainda tô com ele”. A mesma maneira de caracterizar relações interpessoais se repetia com familiares, amigos e na relação com a terapeuta “Não, você não me entende, você pensa que tudo é fácil. Não sabe que eu faço esforço, nunca me entende e nem sabe de nada que eu tô passando”. A terapeuta sentia que a vacilação entre extremos na conversação, tornava impossível explorar de maneira produtiva os relacionamentos da Clara. Além disso, as caracterizações polarizadas voltadas para a terapeuta levavam a terapeuta a questionar a validade do vínculo com a cliente.

Para visualizar e conseqüentemente, esclarecer o que estava ocorrendo, foi construído o diagrama do *matrix*, contendo tanto os movimentos da terapeuta de aproximação (direita) como de afastamento (esquerda) do processo terapêutico e também a vivência interna do relacionamento (metade inferior) como as ações tomadas para livrar-se das emoções difíceis (quadrante superior esquerda) e as ações que podiam possibilitar a realização dos objetivos valorizados da terapeuta (quadrante superior direita), auxiliando assim, a identificar os T1s e T2s relevantes para os entraves que estavam sendo enfrentados na terapia.

O quadrante inferior direito representa o que a terapeuta almejava alcançar em relação às três categorias de problemas explanados: assegurar a integridade física da cliente e de quem convive com ela, contribuir para a melhora da qualidade de vida da cliente, construir em conjunto uma relação estável, respeitosa e honesta e assim auxiliá-la expandir esse tipo de relação, às outras que mantém, conseguir assegurar junto à cliente a assiduidade e continuidade dos atendimentos e auxiliá-la a entender suas emoções, respondendo a elas de forma mais saudável e passando a levar em conta também, pensamentos e emoções de terceiros, isto é, pessoas com quem se relaciona.

<p>Terminar mais cedo as sessões, não sugerir reagendamento em caso de falta. Aplicar técnicas por tentativa e erro, não aprofundar em questões relevantes. Iniciar poucos diálogos, tratando apenas questões levantas pela cliente, não cumprindo o programa da sessão e nem dando continuidade a assuntos importantes trabalhados em sessões anteriores.</p>	<p>Integrar novas correntes teóricas ao atendimento, expor emoções e pensamentos de forma clara. Apresentar as técnicas e exercícios e explicar suas funções e possíveis benefícios ao processo. Manter acordos recíprocos, ser mais flexível frente as dificuldades da cliente e levar suas habilidades em conta ao propor novos exercícios ou ao elaborar estratégias.</p>
<p>Sentimento de preocupação, ofensa e rejeição. Responsabilidade excessiva, apreensão e medo. Sensação de fracasso, impotência e de pouca efetividade no atendimento e pouca empatia na relação. Sensação de ser pouco colaborativa com os problemas enfrentados pela cliente e de estar estática no progresso da terapia.</p>	<p>Assegurar a integridade física, contribuir com a qualidade de vida. Construir uma relação estável e respeitosa e expandir para de mais relações da cliente tais características, garantir a continuidade e assiduidade nos atendimentos. Auxiliar a cliente a entender suas emoções e responder a elas de forma mais saudável e contribuir para que a cliente leve em conta emoções e pensamentos de terceiros.</p>

Figura 2 - Matrix da terapeuta

No quadrante inferior esquerdo, constam as vivências internas da terapeuta relacionadas **às três categorias de problemas**. Ela sentiu preocupação frente as agressões, sensação de fracasso para conduzir a terapia e em estabelecer vínculo, ofensa quando a cliente direcionava opiniões rígidas e negativas à terapia ou à terapeuta, rejeição e sensação de responsabilidade excessiva pela falta de efetividade no uso das técnicas adotadas.

Na tentativa de afastar as vivências de insucesso da terapia e do vínculo terapêutico, a terapeuta emitiu alguns T1s (quadrante superior esquerdo) que fragilizaram a qualidade da atuação terapêutica. Essas atitudes que não beneficiavam a terapia eram: terminar as sessões mais cedo, não mostrar disposição em reagendar sessões com a cliente, aplicar **técnicas com tentativa e erro**, manter distância da cliente e **não aprofundar em questionamentos clinicamente relevantes, por receio de novas agressões** por parte da cliente, **não** iniciar assuntos que poderiam envolver maior comoção ou restaurar assuntos importantes trabalhados em sessões anteriores, mesmo quando necessários, por receio da reação da cliente. Assim, a terapeuta fugia do que estava programado para a sessão e voltava a cogitar a possibilidade de abandonar o caso.

Contudo, no intuito de se aproximar dos objetivos elegidos a respeito dos três problemas da cliente, a terapeuta escolheu novos comportamentos alvos para si (T2; quadrante superior direito): acrescentar outras correntes teóricas em suas intervenções que pudessem beneficiar a relação terapêutica, expor emoções e pensamentos de forma clara a cliente e propiciar a ela que fizesse o mesmo, mudar a forma de apresentar as técnicas que seriam utilizadas, explicar sistematicamente e com os devidos cuidados,

a razão de utilizá-las e quais os resultados esperados, além de montar, quando dificuldades ocorreram no relacionamento, acordos de mão dupla junto com a cliente. Nos parágrafos seguintes, as ações da terapeuta serão detalhadas quanto aos seus efeitos sobre os três entraves identificados no processo terapêutico.

Agressões e autoagressões. A princípio, visando preservar a relação terapêutica, a terapeuta usou a autorrevelação para expor à cliente o que os relatos de agressão causavam na terapeuta, isto é, preocupação e sentimentos excessivos de responsabilidade frente a cada nova agressão. Ficou claro a partir das reações da cliente que esse feedback sobre os efeitos das ações das suas ações era novo para a cliente. Outras pessoas não disponibilizavam esse tipo de informações de forma aberta e Clara não tinha uma visão adequada dos efeitos que seus comportamentos tinham sobre as pessoas com quem se relacionava.

A partir desse ponto, foi realizado um contrato verbal, em que a cliente para continuar sendo atendida pela terapeuta, concordava de analisar cadeias comportamentais junto à terapeuta, representando a sequência de interações que tiveram como desfecho típico as agressões voltadas a si ou aos outros. Analisando as cadeias comportamentais juntas, discutiram novos comportamentos para serem introduzidos em pontos cruciais da cadeia, a fim de produzir desfechos diferentes, e o contrato verbal consistiu em tentar as novas estratégias. Ao implementar as novas escolhas comportamentais, a cliente conseguiu diminuir a frequência de agressões: “Eu vejo que estou melhorando. Não tenho machucado nem a mim e nem meu namorado. Agora, eu sinto medo de machucar, mas continuo muito nervosa”.

Ao revelar os receios que ela experimentava, a terapeuta tornou possível para a cliente considerar a percepção de outra pessoa. “Eu pensava que ninguém importava por eu me machucar ou que ficasse nervosa. Não pensei que fosse motivo pra preocupar. Mas, depois que você falou eu parei pra pensar e acho que é sério mesmo fazer isso, eu preciso aprender a parar”. Caso a terapeuta tivesse omitido os sentimentos difíceis que a cliente evocou nela, tivesse tentado se manter segura e imperturbável frente ao comportamento da cliente, a mesma não teria tido a oportunidade de identificar a percepção de outra pessoa, e de aprender a imaginar quais efeitos ela tem sobre quem se relaciona com ela.

Falta de comprometimento com a terapia. Ao invés de tentar fugir dos sentimentos difíceis que a falta de colaboração da cliente evocava na terapeuta, essa escolheu agir diretamente em função dos objetivos terapêuticos. Ela validou a dificuldade da cliente, revelou compactuar com a sensação de frustração, expressou sentimentos genuínos que tinha em comum com a cliente e recolocou a importância do compromisso com a mudança comportamental.

Terapeuta (T): Vejo que quando te faço perguntas, você nem sempre responde, não realiza os exercícios propostos, estou correta?

Cliente (C): É. Acontece muito isso mesmo. Não é toda hora que eu quero falar mesmo e os exercícios eu esqueço e quando não é porque esqueci é porque estou com tanta raiva na hora que, acabo fazendo as mesmas coisas de sempre.

T: Sim, tanto as respostas quanto os exercícios realmente exigem muito de você, principalmente quando está com raiva, como disse. E é importante que

você tente, principalmente quando está assim, pois é quando eles são mais necessários.

C: Fico muito frustrada toda vez que sinto essa raiva e faço as mesmas coisas.

T: Entendo você e por isso proponho novas formas. Entende, que não tentando, eu também me sinto um pouco frustrada?

C: É. Deve ficar mesmo, porque fica parecendo que estamos perdendo tempo né? Vou tentar mais.

Esse diálogo ofereceu um contexto propício para a terapeuta dar abertura à cliente, para verbalizar os momentos em que sentisse dificuldade no processo terapêutico, para assim receber a ajuda necessária. Tal intervenção mudou a atitude da cliente no processo.

Polarização. Ao invés de responder aos seus sentimentos acerca da incoerência com que Clara descreveu as pessoas com que se relacionava, a terapeuta se direcionou para os objetivos terapêuticos e tentou auxiliá-la a identificar avaliações rígidas ou excessivas, no momento em que ocorreram ou na medida em que eram expostos nas sessões. Nestas ocasiões procurou-se examinar de maneira crítica as suas perspectivas sobre as pessoas com quem Clara convivia, assim como sobre ela mesma e sobre a terapeuta. A terapeuta a ajudou a unir os pontos positivos e negativos construindo uma imagem integrada.

Esse esforço permitiu, ao longo das sessões, que uma visão mais integrada emergisse da relação terapêutica: “Tem hora [...] que eu não gosto das suas perguntas e nem do que você me fala. Acho que você é igual todo mundo e quer meu mal. Só que

depois, quando eu me acalmo, depois de um tempo, vejo que você falou porque viu o que eu tô passando com mais clareza do que eu na hora. E, que falou pra me ajudar e mesmo eu não escutando toda vez, se eu sempre volto é porque sei que vai acabar me ajudando te contar e receber sua ajuda”. O mesmo ocorreu em relação a outras pessoas: “Minha mãe já foi muito ruim pra mim. Guardo muita mágoa dela, mas agora eu sei, é minha mãe, eu gosto dela mesmo assim. Então, quando eu posso, eu quero tá perto dela”.

As melhoras em assumir a perspectiva da outra pessoa, e a capacidade de integrar pontos positivos e negativos que permeiam as pessoas, se mostraram subsídios para Clara de demonstrar mais tolerância e capacidade de administrar suas relações. No consultório, a nova atitude da cliente possibilitou trabalhar de forma mais organizada, a própria terapeuta passou a sentir mais confiança no vínculo a Clara.

Alguns resultados do tratamento são resumidos a partir dos relatos da cliente. Nas primeiras semanas de terapia, Clara se agredia ou agia de forma violenta a alguém próximo de uma a quatro vezes na semana. Até a terceira semana após a mudança de direção a partir do *matrix* da terapeuta, a cliente relatou nenhum episódio de autoagressão e dois de agressão a alguém próximo. A partir da quarta semana, não relatou mais nenhum episódio de autoagressão e a frequência com que agrediu alguém próximo caiu para uma agressão a cada três semanas.

Referente ao comprometimento com a terapia, antes da mudança de direção, sendo estipulados quatro encontros ao mês, Clara faltava sem justificativa prévia, uma a duas sessões ao mês. O resultado alcançado com a mudança foi que, Clara passou a

comparecer às sessões com regularidade e quando surgia a necessidade de faltar, passou a avisar com antecedência e a se mostrar interessada ao agendamento de uma reposição da sessão.

No início do tratamento, Clara não possuía relações estáveis com familiares ou amigos. Referia com frequência ter rompido contato com alguém e relatava opiniões rígidas a respeito de uma ou duas pessoas próximas a cada novo atendimento. Após a intervenção, Clara passou a se queixar apenas da relação com o namorado, e não voltou a relatar nenhum rompimento com pessoas significativas. Começou a mobilizar os recursos interpessoais que possuía, por exemplo, conseguindo auxílio e apoio do irmão em suas necessidades materiais e afetivas. Clara também passou a lidar com conflitos pessoais envolvendo pessoas próximas, integrando os pontos positivos e negativos da relação e valorizando os benefícios da mesma, ao invés de reagir de forma violenta contra si ou contra os de mais.

Na sessão de *follow up*, um mês após o fim do tratamento, a cliente evidenciou ter mantido os ganhos descritos acima. Demonstrou preocupação com projetos futuros, entendimento das estratégias que foram adotadas em terapia e capacidade para adaptá-las a problemas futuros, também mostrou uma visão pragmática a respeito da manutenção dos ganhos obtidos e lucidez quanto a possibilidade de recaídas. Salientou que caso haja retrocesso em sua evolução terapêutica, possui habilidades, para se reestabelecer e manejar situações desfavoráveis.

DISCUSSÃO

No material discutido nesse estudo, os sentimentos do terapeuta podem, tanto, intensificar os im-

passes na terapia, quanto, auxiliar na elaboração de intervenções terapêuticas. Para transformar as dificuldades da relação em benefícios para a terapia, foi utilizado o *matrix* e os conceitos de T1s e T2s como guias. Buscou-se aceitar e validar as emoções difíceis e agir em função do que era considerado importante no tratamento (Polk, 2014). Paradoxalmente, esses recursos e ferramentas **teóricas** mais recentes, permitiu á terapeuta, seguir os preceitos filosóficos de Linehan (1988) com mais coerência, e viver a interação com a cliente como um relacionamento pessoal genuíno e se posicionando de maneira transparente nele. Nesse contexto, recorreu-se também **às compreensões clássicas a respeito da construção da aliança terapêutica, negociando uma visão compartilhada entre terapeuta e cliente acerca dos objetivos e a divisão de tarefas, e o desenvolvimento de um vínculo pessoal** (Bordin, 1971), trazendo as percepções da terapeuta de forma clara e transparente na relação (Jourard, 1971).

Em conjunto, a análise da vivência da terapeuta permitiu compreender como a esquivia de sentimentos difíceis direcionavam para uma atuação ineficiente e facilitou a escolha de intervenções baseadas nos objetivos terapêuticos. Assim, o *matrix* revela-se como um sistema que facilita a pessoa (no caso a terapeuta) a observar suas respostas interpessoais e intrapessoais a fim de fazer escolhas e corrigir sua direção. Permitiu novas aprendizagens à terapeuta, expandindo seu repertório clínico. Nesse novo relacionamento, os sentimentos da terapeuta eram expostos para que a cliente entrasse em contato com o que estava ocorrendo na relação e como ela era vista pelo outro. Nesse relacionamento real, a cliente passou a entender e levar em conta a perspectiva da outra pessoa envolvida no

relacionamento íntimo. Aprendeu, por esse meio a interpretar as suas ações e as da outra pessoa como tendo sentido baseado na vivência interna (os sentimentos difíceis e os valores) de ambas e no que ocorre na interação entre elas.

A função do comportamento do terapeuta (e não a topografia) define se se trata de T1 ou T2. Quando o terapeuta usa a compreensão da sua vivência interior – e também da sua dor - para promover o crescimento do cliente, o sofrimento do terapeuta tem sentido no tratamento. Quando uma intervenção, uma interpretação, ou até um silêncio da parte do terapeuta serve para aumentar o conforto do terapeuta, afastando-o do seu sofrimento interior, pode estar num caminho questionável. A forma em que o terapeuta responde às suas próprias vivências na terapia pode ser uma barreira para o processo terapêutico. Trabalhar nossas maneiras de lidar com as nossas vivências pode melhorar o que podemos oferecer na terapia. Quando o terapeuta passa a vislumbrar suas próprias respostas ao cliente, melhor será capaz de enxergar ao cliente. Qualquer tentativa de afastar-se emocionalmente do que ocorre na terapia, pode tornar o terapeuta menos eficiente.

Concluimos que as dificuldades envolvendo o processo terapêutico, não deve ser impedimento, e sim, que pode ser usado como suporte que permita oferecer um tratamento mais profundo e proveitoso ao cliente. Além disso, apesar da terapia comportamental dialética ser o tratamento de escolha para o transtorno de personalidade *borderline*, o recurso de ferramentas decorrentes de outras terapias comportamentais pode ajudar o terapeuta em casos difíceis. Uma quebra da cobrança de um paradigma específico pode tornar o terapeuta mais flexível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research, and practice*, 16, 252-260.
- Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley.
- Jourard, S. (1971). *Self-disclosure: an experimental analysis of the transparent self*. London: Wiley.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (2003). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 517-545.
- Kernberg, O. F.; Selzer, M. A.; Koenigsberg, H. W.; Carr, A. C.; Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy for Borderline Patients*. New York: Basic Books.
- Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A biopsychosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality DSM-III: Axis II*. New York: Wiley.
- Polk, K. The psychological flexibility warm-up (2014). K. Polk & B. Schoendorff (Orgs.). *The ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility across Settings and Populations*. (p. 7-14). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Santo, R. A. D. & Vandenberghe, L. (2015) Campo e função dos sentimentos da terapeuta na relação terapêutica. *Contextos Clínicos*, 8, 193-200.
- Schoendorff, B., Webster, M. & Polk, K. (2014). Under the hood: Basic processes underlying the matrix. K. Polk & B. Schoendorff (Orgs.). *The ACT Matrix: A New Approach to Building Psychological Flexibility across Settings and Populations*. (p. 15-40). Oakland: Context Press/New Harbinger.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Terry, C., Bolling, M. Y., Ruiz, M. R. & Brown, K. (2010). FAP and Feminist Therapies: Confronting power and privilege in therapy. In: J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Orgs.). *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. (p. 97-124). New York: Springer.
- Tsai, M., Callaghan, G. M., Kohlenberg, R. J., Follette, W. C. & Darrow, S. M. (2008). Supervision and therapist self-development. In: M. Tsai, R.J., Kohlenberg, J., Kanter, B., Kohlenberg, W., Follette & G. Callaghan (2008). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, courage, love and behaviorism*. (p. 167-198). New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I., & Loudon, M. P. (2012). *Functional Analytic Psychotherapy: Distinctive Features*. New York: Routledge.

Recebido em 16 de Agosto de 2015
Revisado em 15 de outubro de 2015
Aceito em 10 de dezembro de 2015