ISSN 1517-5545
2003, Vol. V, nº 2, 121-137

Revista Brasileira de
Terapia Comportamental
e Cognitiva

Transtorno de personalidade borderline sob uma perspectiva analítico-funcional

Borderline personality disorder under a functional analytic perspective

Ana Carolina Aquino de Sousa[1 2 3]
Universidade Católica de Goiás

Resumo

O presente trabalho trata do que é chamado Transtorno de Personalidade *Borderline* a partir de uma visão analítico-funcional: mostra a relevância da mesma em relação à história passada, momento atual e principalmente a relação terapêutica para entender e tratar a problemática apresentada pelo cliente. Neste sentido, a relação terapêutica é descrita como um instrumento de mudança eficaz para promover mudanças no repertório do cliente. Este procedimento 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 se generalizará para os demais ambientes. O trabalho ilustra o caso de uma cliente com 34 anos de idade, cujos diagnósticos eram: agorafobia, bulimia e transtorno de personalidade borderline. Os atendimentos foram realizados semanalmente com sessões de duas horas de duração. Os dados obtidos com os atendimentos realizados, apontam que a relação terapêutica é um instrumento que promove mudanças no repertório do cliente, tanto na sessão quanto no seu cotidiano.

Palavras-chave: análise funcional, transtorno de personalidade Borderline, relação terapêutica.

Abstract

In this paper, it will be demonstrated how a radical behaviorally based approach to psychotherapy, Functional Analytic Psychotherapy, treats a specific personality disorder which is known as Borderline Personality Disorder. The present work points out the relevance of a functional analysis of the individual history, the present moment and therapeutic relationship, to understand and treat the client's problems. The therapeutic relationship is described as a powerful tool to change the client's behaviors. This procedure argues that when somebody behaves, in the session, the same way as in his daily life with other people those settings are functionally similar. This way if there is a change in one of those settings, this modification will generalize to the others. This paper illustrates the case of a client who is 34 years old with Borderline Personality Disorder. The sessions were held once a week, and each session lasted two hours. There was transference and the therapeutic relationship could change client's behaviors in the session and on her daily life.

Key-words: functional analysis, Borderline Personality Disorder, therapeutic relationship.
Transtorno de Personalidade Borderline *sob uma Perspectiva Analítico-Funcional*

[1]Trabalho realizado no curso de Pós-Graduação em Terapia Comportamental da Universidade Católica de Goiás
[2]Endereço: Rua P 11, no. 105, Setor dos Funcionários, CEP: 74543-240, Goiânia (GO), e-mail: carolinapsy@hotmail.com
[3]Agradecimentos: Professor Luc Marcel Vandenberghe

Além da proposta de uma análise funcional para explicação e tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline* (que será discutido adiante), o título do artigo aponta também, um dos temas controversos entre terapeutas comportamentais: o uso de uma classificação diagnóstica pelos mesmos. Uma questão bastante relevante para iniciar a discussão do assunto é: será útil um sistema de classificação como o apresentado no DSM IV (APA, 1995), dentro de uma proposta, cujos pressupostos são skinnerianos? As pesquisas publicadas vêm demonstrando a adesão de alguns terapeutas comportamentais ao DSM IV. Skinner (1953) já apontava para a importância de uma análise funcional para entender o comportamento. O DSM IV, ao classificar cada transtorno de acordo com critérios específicos, atenta para uma análise topográfica, e não funcional. Assim, poder-se-ia afirmar que esta adesão significa convergir em pontos de vista freqüentemente considerados opostos (Cavalcante & Tourinho, 1998).

O DSM IV é um manual descritivo que foi criado para identificar sintomas, adotando uma linguagem clara, para facilitar o diagnóstico, com o objetivo de ser a-teórico. Assim, terapeutas comportamentais que o utilizam, apontam para o seu caráter facilitador de comunicação, uma vez que os especialistas poderiam ter uma visão clara sobre diferenças e semelhanças entre clientes (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. Mesmo 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. O manual leva em consideração a topografia; entretanto, numa análise comportamental, o mais importante é a identificação de variáveis controladoras do comportamento, pois são estas que direcionam a intervenção. De acordo com Cavalcante e Tourinho (1998), uma análise topográfica distancia a possibilidade de uma análise funcional.

Ao identificar só a topografia, corre-se o risco de punir uma melhora do cliente (Kohlenberg & Tsai, 1987; 1994; 1995b; 2001). Suponha-se, por exemplo, dois clientes cuja topografia comportamental poderia ser denominada de agressão verbal. Suponha-se ainda que o primeiro cliente traga a agressão como um problema em sua vida, e que, portanto, precisa ser mudado. Para o segundo cliente, entretanto, o quadro é diferente: este 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.

Neste artigo, o que será discutido e descrito refere-se à topografia do que é chamado de *Borderline*, e à importância da identificação das relações controladoras, no intuito de manipular contingências para mudança de comportamento. A seguir, serão apresentados os critérios diagnósticos, o Transtorno de Personalidade *Borderline*, segundo o DSM IV (APA, 1995), e em seguida, uma análise skinneriana a respeito da formação da personalidade, e diretrizes para o tratamento.

1. Critérios Diagnósticos

De acordo com o DSM IV (APA, 1995), no Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), o indivíduo apresenta um padrão instável no que se refere à 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).

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

Tabela 1. Critérios Diagnósticos do TPB, segundo o DSM IV (APA, 1995).

2. A formação do "eu" (ou *self*) segundo o Behaviorismo Radical

Visto que os clientes *borderlines* não apresentam uma noção de *self* ou este é volúvel, faz-se imprescindível uma breve análise do conceito de *self* numa perspectiva behaviorista radical.

Popularmente, acredita-se que existam dois eus, um que dirige a ação do outro. Haveria um 'eu', ou seja, uma força que impulsionaria o outro 'eu' (o que se comporta), a agir. Deste modo, 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 delinqüentes porque tem uma personalidade anti-social (Skinner, 1953), quando, na realidade, este conjunto de comportamentos delinqüentes, é denominado de personalidade anti-social e, portanto, a causa desses comportamentos 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 de respostas, estabelecendo as relações existentes entre elas e suas variáveis de controle (estímulos discriminativos e conseqüências). Conclui-se, portanto, que a personalidade é aprendida. Aprendemos quais comportamentos são eficazes para obter reforçadores em dadas circunstâncias (Skinner, 1953).

Segundo Millon (1969/1979), inicialmente respondemos a eventos antecedentes particulares. À medida que respondemos a situações semelhantes, aprendemos quais são os comportamentos bem sucedidos para obter recompensas e evitar castigos. 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 persis-tem em função de uma história de reforça-mento intermitente, e por isso, são altamente resistentes à extinção, e são reforçados pelas restrições e repetições do ambiente social.

Sob a ótica do behaviorismo radical, personalidade consiste no repertório comportamental de cada um, e é multideterminada. Skinner (1953) já apontava a importância de entender os três níveis de seleção do comportamento: filogênese, ontogênese e a cultura. Esses três níveis se combinam e interagem durante toda a vida, formando o que é chamado de personalidade. Ao nascer, apresentamos comportamentos inatos (reflexos). Mas pode-se dizer que 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 - aprende que pode esperar porque o alimento virá.

Falar em personalidade, deste ponto de vista, significaria apontar uma tendência a se comportar de uma dada maneira em função de uma história passada de reforçamento, que é individual. O termo "personalidade" refere-se, portanto, a um conjunto de comportamentos que ocorrem de forma consistente em muitas situações. É imprescindível ressaltar que 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 os indivíduos irão se comportar e para facilitar 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, poderá responder às outras pessoas, enquanto estímulos, como aprendeu a responder perante seus pais em situações semelhantes. Pode inclusive, ficar sob controle de pistas que são irrelevantes (isto é, não relacionadas com os estímulos antecedentes dos comportamentos dos pais) para identificar se os pais estão irritados ou não. Ao crescer, essas mesmas pistas poderiam funcionar como estímulos discriminativos para comportamentos considerados contraditórios e confusos diante das pessoas (Parker et al, 1998).

Kohlenberg e Tsai (1995a), propuseram a Psicoterapia Analítica-funcional (FAP, do inglês *Functional Analytic Psychotherapy*) e apontam que o desenvolvimento do "eu" emerge inicialmente como uma unidade funcional separada, como por exemplo, "eu estou", para unidades funcionais como "estou com calor, estou com fome, estou aqui"- tendo em comum, portanto, o eu estou. 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.

De acordo com Kohlenberg e Tsai (1995a; 2001), o conceito de *self* engloba diferentes características. O *self* não é físico, no sentido em que se refere a algo que difere do corpo. É resultante de estímulos externos - as pessoas com as quais um indivíduo convive modelam seus comportamentos-, e 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; neste momento, podem-se ouvir afirmações sobre o eu. É através da aprendizagem que surge a noção de *self*. Isto foi possibilitado a partir da comunidade verbal que utiliza a palavra "eu"

repetidas vezes diante de situações nas quais o individuo 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 o ensino do eu é complexo e impreciso, podem ocorrer falhas neste processo de aprendizagem. O indivíduo pode ser exposto a experiências em que o eu não é colocado sob controle de eventos privados, mas apenas de eventos públicos, o que pode levar à instabilidade do comportamento e dependência do ambiente, e, portanto, a transtornos comportamentais (Conte & Brandão, 2001). Em resumo, 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 em função 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, o behaviorismo radical busca outras explicações. É inegável que o aparato biológico impõe limitações e possibilidades de interação com o meio; porém, tais fatores não são os únicos a considerar, inclusive porque há evidências de que a experiência pode alterar aspectos fisiológicos (Parker et al, 1998). É importante levar em conta que os indivíduos aprendem a se comportar, conforme vão sendo reforçados ou punidos ao emitirem um dado comportamento. Assim, cada organismo é exposto a uma história de reforçamento, que é única e, por isso, a mesma situação evocará diferentes respostas, em pessoas diferentes.

3. O Desenvolvimento do *Self* no Transtorno de Personalidade *Borderline* (T.P.B.)

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 escolha, 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 (1995a; 2001), tal declaração ocorre em função da falta de estímulos discriminativos privados que controlam o eu. A pessoa aprendeu que a experiência do eu depende de estímulos externos e, portanto, pode sentir-se 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 desses estímulos externos pode levar à sensação de despersonalização. Com isso, a pessoa pode isolar-se, criando, desta maneira, um contexto para ser ela mesma, livre do controle dos outros. Muitas pessoas com tal repertório podem passar a esquivar-se tanto fisicamente quanto emocionalmente das outras pessoas, pois assim, não dão oportunidade para que os outros as controlem. Temem perder a sua identidade ao se envolverem em relações interpessoais (Conte & Brandão, 2001).

Wasson e Linehan (1993) apontam alguns elementos relevantes na história da vida familiar de pessoas com T.P.B. Em geral, vêm de famílias que invalidavam seus relatos a respeito de suas próprias experiências, desde que eram crianças. Assim, ao relatar as suas

experiências, especialmente as negativas, foram ridicularizadas, ignoradas ou era-lhes dito que não estavam sentindo raiva, por exemplo, quando, de fato, estavam. Além disso, tais famílias são constituídas por pais que habitualmente exigiram que os pensamentos, sentimentos e emoções fossem controlados, o que invalidaria as situações que a criança vivenciou como difíceis e nas quais carecia de apoio. Por fim, a criança foi punida de alguma forma, por manifestar opiniões e preferências que fossem conflitantes com as dos pais. Pode-se afirmar, portanto, que deste ponto de vista, as respostas da criança que estavam sob controle privado habitualmente não foram reforçadas positivamente, mas sim punidas, o que levou ao reforçamento negativo de auto-relatos inadequados, pois para evitar conseqüências aversivas, a criança passaria a experienciar o *self* a partir de estímulos externos, o que a torna extremamente sensível ao humor e aos desejos dos outros.

Kohlenberg e Tsai (2001) apontam que uma pessoa se torna capaz de identificar quaisquer mudanças nos comportamentos dos outros, e se estas detiverem reforçadores na situação, 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 lhes digam o que fazer e o que é permitido sentir (Parker et al, 1998).

Por apresentarem pouco controle privado sobre o eu, a pessoa pode achar intolerável ficar só. De acordo com Kohlenberg e Tsai (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, se afasta da possível fonte de punição, ao mesmo tempo sentindo-se sufocada. 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.

Todas essas observações apontadas são importantes porque clientes que apresentam transtorno de personalidade *borderline*, 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 (definidos por Kohlenberg e Tsai em 1987, como comportamentos clinicamente relevantes do tipo "problemas do cliente que ocorrem na sessão", termos abreviados por esses autores como "CCRs1"), 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 contin-gências para que o controle privado seja fortalecido; buscam-se reforçar comporta-mentos de melhora (ou conforme denomina-do por Kohlenberg e Tsai em 1987, por comportamentos clinicamente relevantes do tipo "progressos do cliente que ocorrem na sessão" ou, CCRs2) de eu sob controle interno (Kohlenberg & Tsai, 2001).

4. Estratégias de Mudança

Para promover o controle privado, Kohlenberg e Tsai (2001), sugerem a utilização

de algumas ferramentas, conforme descritas abaixo, 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 esquiva, que poderia levar o cliente a 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 *self* 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, podem-se criar tarefas que aumentem gradativamente a auto-observação de respostas privadas. Assim, inicialmente pode-se sugerir a imaginação de alguns estímulos e pedir para relatá-los, e gradualmente, ir retirando esses estímulos e solicitando que relate o que está vendo. 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, pois indicam que são comportamentos que estão sob controle de eventos privados. Para minimizar a dúvida do terapeuta quanto a 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 se sente 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.

É importante ressaltar que aquilo que o cliente diz deve ser validado, mas ao mesmo tempo, o terapeuta deve demonstrar seus sentimentos em relação a ele.

Wasson e Linehan (1993) ressaltam que uma estratégia de tratamento é avaliar o problema em termos da ausência ou presença de habilidades. A pergunta que o terapeuta deve se fazer é se o cliente pode ou não emitir o comportamento desejado. Caso tais habilidades 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 de o terapeuta se tornar um reforçador. Percebe-se, portanto, que a proposta da FAP e da Terapia Comportamental Dialética (Wasson e Linehan), apresentam similaridades, ao enfatizarem o uso da relação terapêutica como um instrumento de mudanças.

4.1. Possíveis Desafios

De acordo com Kohlenberg e Tsai (2001), podem ser encontradas algumas dificuldades quando o cliente verbaliza declarações do tipo suicidas, homicidas contraprodutivas, e caluniosas a seu próprio respeito. As contraprodutivas são aquelas que levam à esquiva, como por exemplo, quando o cliente diz que não quer falar sobre algo. O terapeuta pode validar a fala do cliente, 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 de entrar em contato com o seu sofrimento e de se aproximar das pessoas. O terapeuta pode perguntar, inclusive, o que o cliente acredita que vai proporcionar crescimento a ele.

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, reproduz o que as pessoas significativas de sua vida fazem, não lhe permitindo descrever os sentimentos que experiencia. Dessa forma, o que o terapeuta poderia fazer para ser mais produtivo, é tanto validar as verbalizações do cliente, como também mostrar suas próprias razões ao discordar dele (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Como o cliente com T.P.B apresenta em sua história, várias necessidades que não foram satisfeitas, é comum que verbalizem 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, pensa e relata, daquilo que faz ou fará, 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, 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 obter 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 por meio de comportamentos de ameaça (Kohlenberg & Tsai, 2001).

Wasson e Linehan (1993), ao considerarem 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 autodestrutivos 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, pode ser necessária a supervisão para que o processo terapêutico prossiga.

Do que foi exposto até aqui, percebe-se, portanto, que a visão da Psicoterapia Analítica-funcional (FAP) sobre os transtornos de personalidade (ou "problemas do *self*") enfatiza que estes foram

comportamentos modelados pelas contingências às quais o indivíduo foi exposto, em que o eu, continuou sob controle de estimulação externa. 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 a 'explosões': reagir de modo negativo ao fracasso e criar padrões perfeccionistas. A FAP, ao utilizar a relação terapêutica como instrumento de mudança, propicia um ambiente em que o eu, sob controle de estimulação privada, pode ser evocado e reforçado.

É útil ressaltar que 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 sobre os quais o cliente muitas vezes não fala porque é aversivo ou porque ainda não tinha se atentado a respeito deles.

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 de esquiva podem ser identificadas a partir da análise funcional da relação terapêutica (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, aumentando a chance de emitir uma nova resposta mais adaptada à situação 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 (Conte & Brandão, 2001).

Estudo de Caso

A cliente tem 34 anos, formação superior (embora não exerça sua profissão) e tem duas filhas. Quando veio à terapia, há quase dois anos, estava casada. Sua queixa inicial era agorafobia. A cliente já não saía mais de casa sozinha. Na primeira sessão veio acompanhada pelo marido. A cliente relata que passou por várias crises de "depressão profunda", tendo tentado suicídio três vezes. Seu padrão de relacionamento interpessoal oscilava desde a idealização até a desvalorização. Apresentava ainda oscilação freqüente de humor: "nunca sei como vou encontrá-la", disse o marido. No início do processo terapêutico ficou evidente a dificuldade da cliente em definir os seus sentimentos. Freqüentemente afirmava não saber o que estava sentindo, pois era "tudo muito confuso". E as outras pessoas a consideravam "louca". A cliente relatava que cedia a tudo que o marido queria, mesmo se o que ela quisesse fosse o contrário. Acreditava que se não o fizesse, ela o perderia, e não suportaria ficar só. De fato, este padrão mostrou-se freqüente não só com o seu marido, mas com todas as pessoas de seu convívio. Assim, a cliente nunca falava "não" para ninguém. Além do medo de perder as pessoas por negar-lhes algo, ao sentir-se inclinada a dizer não, logo se lembrava do que

sempre ouvira de seus familiares: "até calada você é errada"; e então cedia por sentir que estava errando.

A cliente relata que tudo que sempre sentiu e pensou era invalidado pelos seus familiares, que lhe falavam "você é louca". Os irmãos não gostavam de sua companhia na infância e adolescência porque era obesa e, afirmavam ter vergonha da sua gordura. Assim, a cliente na adolescência, passou a apresentar um quadro de anorexia e bulimia, para "ser magra e aceita por todos". Relata que nunca a deixaram ser ela mesma. Todas as vezes que era ela, as pessoas lhe diziam que era "estranha", "diferente de todo mundo", e para ser aceita passou a fazer tudo que os outros queriam que fizesse. Muitas vezes, entretanto, sentia uma intensa raiva que não conseguia controlar, e agredia as pessoas fisicamente e verbalmente, inclusive tendo provocado lesões corporais em seu marido.

O trabalho inicial foi tratar a agorafobia utilizando técnicas de exposição ao vivo, e desde o início, houve a preocupação em validar a sua fala sobre seus sentimentos e pensamentos, mas também mostrar a ela a noção de normalidade - ou seja - que suas queixas eram funcionais. Como a cliente demonstrava esquiva de sentimentos negativos, foi estimulada a relatar o que sentia e pensava, tanto para entrar em contato com a realidade, como para aprender a ficar mais sob controle de eventos privados.

Após três meses de terapia, sua queixa inicial já havia sido resolvida. A cliente contou, neste momento, que tinha bulimia desde os 15 anos de idade. Comia compulsivamente e em seguida, vomitava. Isso ocorria várias vezes ao dia, conforme identificado nos registros diários que lhe foram solicitados. Às vezes com freqüência alta (como 10 a 15 vezes por dia), ou mais baixa (pelo menos 3 episódios diários). Nestas e em outras situações, muitas vezes, a cliente relatou a sensação de não ser ela mesma, como se estivesse se vendo de fora, o que foi tratado a partir da validação do seu relato, mas também através do desenvolvimento do senso de eu, entrando em contato com seus sentimentos e relatando a respeito deles, o que também foi validado.

Foram trabalhadas técnicas de assertividade, enfrentamento e exposição a situações reais, uma vez que a falta de assertividade a impedia de ser ela mesma, e ao não se sentir livre para expressar o que queria, apresentava episódios bulímicos, pois estes traziam a sensação de alívio. No decorrer do trabalho de treinamento assertivo, houve mudanças na experimentação do eu, sendo que deixou de manifestar suas necessidades de modo explosivo, o que levou à diminuição de episódios bulímicos em situações em que o que era solicitado não correspondia ao que gostaria de fazer.

Trabalhou-se também com a técnica de resolução de problemas, para que ela começasse a identificar, diante de uma dada circunstância, qual era o problema e levantar outras alternativas para lidar com o mesmo, ao invés de comer e vomitar.

Até então, todas as vezes que a cliente expunha alguma dificuldade e lhe era perguntado se sentia o mesmo na terapia, a cliente negava. Entretanto, quando a estratégia de resolução de problemas começou a ser trabalhada, a cliente começou a relatar suas dificuldades interpessoais em relação à terapeuta. Ao levantar as possíveis estratégias para lidar com um problema que surgia, foi sugerida, além das alternativas que a cliente apontou, a possibilidade de telefonar para a terapeuta, pois tinha sido identificado que quando falava sobre seus sentimentos, sentia-se aliviada e não precisava comer para vomitar. Porém, a cliente apresentava padrão de esquiva, evitando a aproximação das pessoas (pois temia que suas falhas fossem conhecidas), o que gerou como conseqüência, a falta de relações íntimas. A única relação íntima estabelecida em sua vida era com a terapeuta, dizia a cliente. Como via o falar sobre si como uma estratégia para lidar com os seus problemas, e como essa era considerada uma melhora (pois a cliente estaria

experimentando um senso de eu), foi deixado claro para ela que poderia telefonar para a terapeuta durante a semana, caso sentisse necessidade. Neste momento, a cliente manifesta o medo de incomodar a terapeuta. Foi-lhe dito que este sentimento era proveniente de toda a sua história em que as pessoas demonstravam que ela era um incômodo. Mas, em seguida, foi dito a ela que o que incomodava a terapeuta era a situação de um ano e meio de terapia e poucos progressos obtidos em relação à bulimia, e que o importante era ajudá-la a lidar com os seus problemas de forma mais efetiva, e que se o telefonema era um passo para seu progresso, ficaria muito feliz em poder atendê-la. Neste momento, os olhos da cliente encheram-se de lágrimas, e ela disse que era muito bom ouvir aquelas palavras, pois sempre se sentia insignificante. No intervalo de duas sessões, a cliente manifesta o desejo e as tentativas malsucedidas de telefonar. Todas as vezes que pegava o telefone, pensava que seria um incômodo para a terapeuta. Além disso, manifestou o medo de se aproximar das pessoas, e depois perder. Disse também que se aproximar era "tirar a capa", e que só conseguia fazer isso na sessão: "- quando saio daqui, visto a capa novamente e sou o que querem que eu seja: forte, feliz, determinada. Só aqui estou conseguindo ser eu mesma, mostrar um pouco das minhas fraquezas, a minha dor. Mas ainda tem muitas coisas que não consigo mostrar, que escondo até de mim mesma".

É interessante apontar que desde o início da terapia, a cliente relatava suas dificuldades como se não estivesse sentindo nada, e só há uns três meses é que vinha demonstrando os seus sentimentos corporalmente. No decorrer do processo, qualquer mudança facial, ainda que mínima, era apontada na tentativa de reforçar a expressão de sentimentos. Hoje a cliente, em muitas situações, já apresenta uma expressão facial que está de acordo com seus sentimentos. Todas as vezes que isso ocorre é apontado para ela, na tentativa de fortalecer esse CCR2. Como este comportamento vem aumentando em freqüência, pode-se dizer que está sendo fortalecido, e mais, já está se generalizando, pois a cliente está conseguindo demonstrar o que sente para as suas filhas, e estas, têm percebido e apontado isso para ela, tratando-a com "carinho e compreensão, e não como uma criminosa".

Depois de quase dois anos de terapia, a cliente hoje está separada e enfrentando o medo da solidão: "- meu marido sempre só quis que eu fizesse o que ele queria, e quando parei de ceder a tudo, vi que para ele era muito cômodo que eu continuasse sendo aquela de antes. Ele não quis mudar junto comigo, o que queria era que eu voltasse a ser o que era, mas isso só me fazia mal. Achei que nunca conseguiria ficar só, mas a minha vida está muito melhor."

Já consegue ser assertiva em várias situações e não apresenta mais comportamentos de "explosão". Em muitas situações, encontra alternativas para resolver o problema, ao invés de vomitar. Ainda apresenta, entretanto, muitas dificuldades em relação aos seus pais e irmãos - houve generalização para situações nas quais estes não estão envolvidos. Poucas vezes consegue ser assertiva com eles, ainda se sente como se não pudesse ser ela mesma, sente-se diferente e "sempre errada". Na sessão, ficou evidente que diante deles, aquilo que faz ou deseja fazer sempre é avaliado como algo errado, e por isso, elimina a situação comendo e vomitando: "- como sinto-me errada, como se fosse uma criminosa; acho que devo pagar por isso, então como e vomito".

A cliente relata também que tem o hábito de abstrair só a qualidade ou só os defeitos das pessoas - idealiza-as ou desvaloriza-as. Após este relato, a terapeuta disse-lhe sobre a sua impressão de ser também idealizada por ela, pois em muitas situações como, por exemplo, a dos telefonemas: ao ser questionada sobre o que estaria inferindo a partir dos pensamentos da terapeuta, disse que não tinha nada a ver com a terapeuta, mas com ela; e também com relação à bulimia, quando

contou, mostrou-se muito constrangida, e ao ser questionada se estava pensando em que a terapeuta estava pensando, disse que estava com vergonha, mas por ela. Isso foi relembrado na sessão, e ao ser questionada sobre isso, disse que o normal era todo mundo abominar quem tem bulimia, e disse que quando contou, nem olhou para a terapeuta com medo de que tivesse a mesma reação. Com relação ao telefonema, disse que pensou que a terapeuta iria tratá-la bem porque tinha sido combinado que ela ligaria. Então foi perguntado: "então você pensou que eu não seria verdadeira?" A cliente disse: "de forma alguma". Aqui ficou evidente que, mais uma vez, ela estava tendo dificuldade em reconhecer essa possibilidade na relação. Então, ao apontar isso para ela, disse que "realmente parando para analisar agora, acho que posso ter pensado nisso". Percebendo que esse era um CCR2, imediatamente foi-lhe dito que o que acabara de acontecer era um grande progresso, pois em quase dois anos era a primeira vez que falava sobre a relação terapêutica de forma não idealizada e direta. Em seguida, o que foi feito foi falar o quanto ela era importante para a terapeuta, pois caso contrário, esta não teria dado o seu telefone a ela para que ligasse. A cliente demonstrou, pela expressão facial, estar se sentindo aceita, e quando foi questionada, confirmou esta impressão, e disse também que para ela era muito difícil reconhecer sua importância. Então, como havia sido pedido a ela para fazer uma tarefa escrevendo seus sentimentos em relação aos seus familiares, este relato (que segue abaixo) foi analisado não só pela perspectiva de sua história passada e momento atual, mas também pela perspectiva da relação terapêutica.

"*Tenho muito medo da minha família. Isso não inclui só meu pai e minha mãe; me sinto inferior a todos. Sempre quando estou com eles sinto-me medíocre, vazia, burra, incapaz, diminuída, incompetente, me sinto como se fosse uma intrusa. É como se tudo que eu fizesse fosse errado e insignificante. Eu sinto que minha presença os incomoda muito. Isso já me falaram. Dizem que eu só causo problemas e aborrecimento. Não sei por que eles exigem mais de mim do que dos outros irmãos. Tem horas que parece que sou um castigo na vida de todos os meus familiares. Resumindo: sou insignificante e quando não sou, só sirvo para entristecer a todos.*"

A análise da relação terapêutica demonstrou que todos esses sentimentos que foram gerados a partir das contingências às quais a cliente foi exposta no decorrer de sua vida, manifestavam-se em relação à terapia. " - Fico com medo de te causar problemas, acho que vou te incomodar, vou te invadir. Temo ser um castigo para você, e mesmo quando você fala que sou importante, e até quando vejo isso em muitas de suas ações, tem sempre uma voz lá no fundo que diz: você é insignificante." Diante desta situação, era importante tanto validar a fala da cliente, demonstrando compreensão, mas também dizer novamente o quanto ela era importante para a terapeuta e o quanto desejava que ela vivesse bem, e que era exatamente por esses motivos que a terapeuta ficaria muito feliz em receber sua ligação, pois seria uma grande conquista. Então, foi colocado que aquela situação era de impasse, pois ao mesmo tempo em que a terapeuta sabia como era difícil para ela ligar, reconhecia também, a necessidade disso para o seu crescimento. Ela sugeriu que iria tentar novamente, mas agora se lembrando de todas palavras e ações da terapeuta que a fizeram sentir-se importante.

No intervalo até a próxima sessão, para demonstrar para a cliente que no decorrer da semana havia a preocupação com ela e o desejo de que ligasse, a terapeuta telefonou para lembrar que estava esperando o seu telefonema antes da próxima sessão. Esperava que isto fosse facilitar a emissão deste CCR2. Após dois dias, a cliente ligou para a clínica e para a casa da terapeuta, mas como esta não estava, ligou também para o seu celular. Entretanto, anotara o número errado (a secretária havia trocado um dos números). Infelizmente, não foi possível reforçar

imediatamente a ocorrência deste CCR2.

Na sessão seguinte, a cliente chegou contando que havia ligado, e como realmente a terapeuta ficou muito feliz com a sua iniciativa, demonstrou os seus sentimentos em relação ao seu progresso. A cliente disse que o fato de ter ligado para lhe lembrar do compromisso foi "como se tivesse quebrado o gelo", e que agora se sentia muito mais tranqüila para ligar. Entretanto, manifestou o medo de ligar para falar de problemas e ser vista como uma pessoa chata, pois segundo ela, as pessoas sempre lhe procuram para contar problemas e considera isso muito chato. Primeiramente sua fala foi validada. Na mesma sessão, a cliente havia relatado que tinha conseguido ir à uma festa sozinha (nunca fazia isso) no final de semana, e que chegando lá, sentou-se à mesa sozinha, e ao observar as pessoas ao seu redor (o que também evitava), viu uma pessoa conhecida ao lado, que também estava sozinha, e a convidou para sentar-se com ela. As duas conversaram sobre diversos assuntos, incluindo "problemas pessoais, coisas boas, superficiais, fatos recentes, etc."; "- conversamos sobre tudo", disse a cliente. Então, essa situação foi trazida após sua fala ter sido validada, para lembrar-lhe que quando a cliente se expõe à situação, ela consegue conversar sobre tudo, e que a sensação de que não seria capaz disso poderia ser questionada. A cliente concordou e trouxe outras situações em que, ao se expor, foi bem sucedida (o que também era um CCR2, pois uma dificuldade que apresentava era sempre desvalorizar os progressos obtidos, dizendo "- só consegui nesta situação"). Assim, visto que para a cliente era menos difícil ligar para contar algo positivo e já que, segundo ela, "muitas coisas boas acontecem durante a semana", ficou combinado que nas tarefas iniciais, ligaria durante a semana para contar uma dessas coisas. Pela primeira vez, a cliente não demonstrou medo da tarefa proposta, concordando sem se opor à mesma, dizendo que "agora está um pouco mais fácil". Conseguiu realizar a tarefa com tranqüilidade, e a terapeuta demonstrou como se sentiu feliz por seu progresso. As primeiras vezes, ligou para contar uma boa novidade, e depois, ligou espontaneamente para falar de um problema, e foi possível reforçá-la, ajudando-a a encontrar uma alternativa que fosse mais adequada. Hoje a cliente sente-se "à vontade" para ligar.

Ocorreu um fato que foi interessante para o processo da cliente. A terapeuta teve oportunidade de morar algum tempo em outro país, e por isso, não poderia mais atender a cliente. Então, a terapeuta deu-lhe a notícia esperando que vários CCRs aparecessem. Assim que a terapeuta explicou-lhe, com certa dificuldade, que teria que deixá-la, a cliente começou a chorar, dizendo que estava perdida e que voltaria a ter os mesmos problemas de antes. A primeira atitude da terapeuta foi validar seus sentimentos. Pela primeira vez, a cliente emitiu o CCR2 que chamou de "egoísmo": " - Sei que vai ser ótimo para você, mas você não tinha o direito de me abandonar". De fato, a terapeuta também não estava se sentindo no direito de deixá-la, e disse isso a ela. Explicou também que não tinha sido fácil tomar esta decisão, pois esta significava deixar muitas coisas, mas que depois de pensar muito, decidiu fazer algo por si mesma, que embora levasse a muitas perdas, levaria também a muitos outros ganhos. A cliente disse: " - pela primeira vez estou me sentindo importante para você, sem que haja uma voz lá no fundo me dizendo que sou uma merda, um lixo, um nada... você está tendo tanto cuidado em me falar, vejo que não está sendo fácil para você".

Esta mesma sessão evocou o sentimento de perda de pessoas importantes: "- estou cansada de sempre deixar as pessoas entrar na minha vida, e depois, perdê-las", disse a cliente chorando (o que também era um CCR2, pois dificilmente chorava perto das pessoas). Neste momento, soou como se a cliente se sentisse responsável por essas perdas. Por isso, foi perguntado: " - Você acha

que o fato de eu ir embora é da sua responsabilidade?" A cliente olhou surpresa para a terapeuta e disse: " - quando você falou que ia, logo pensei no que teria feito de errado, pois sempre me culpam por tudo. Mas agora, quando parei para analisar esta pergunta, vejo que não é pelos meus defeitos que você está me deixando, mas por você mesma".Quando a sessão terminou, a terapeuta pediu para que a cliente lhe telefonasse.

No dia seguinte, a cliente ligou para a terapeuta e ficou cerca de duas horas falando sobre seus sentimentos em relação à sua partida. Além deste CCR2, muitos outros ocorreram. Relatou que tinha passado a noite toda chorando. A primeira coisa que a terapeuta pensou foi na ocorrência de episódios bulímicos. Então, perguntou se além de ter chorado, ela havia comido para vomitar. Para sua surpresa, disse que não tinha feito isso, mas apenas chorado, o que é perfeitamente adaptativo numa situação de perda. Então, a terapeuta demonstrou o quanto estava feliz por este progresso.

Outro ponto interessante foi quando a terapeuta falou sobre a importância de que a cliente continuasse o processo terapêutico. A princípio, a cliente relutou. " - Não quero começar tudo de novo. Me sentiria muito envergonhada de ter que falar de mim para um estranho. A nossa relação é muito mais que uma relação mãe-filha. Você sabe coisas de mim que jamais tive coragem de dizer para alguém". A terapeuta demonstrou compreensão aos seus sentimentos, dizendo-lhe que, de fato, dada a sua história, era difícil para ela estabelecer uma nova relação. Entretanto, foi enfatizado que no começo da terapia, a terapeuta também era uma estranha, e que gradativamente, a relação foi se tornando mais íntima, porque ela arriscou - deixou que a terapeuta a conhecesse, falando de coisas que ela julgava serem horríveis, e certificando como seria a sua reação. Foi apontado também que se jamais tivesse tentado, nunca saberia se seria aceita e compreendida. A cliente verbalizou que realmente tinha conseguido falar sobre seus problemas, apesar do medo, e que tinha sido ótimo: " - prefiro ter tido esta oportunidade de ver que posso ser aceita apesar dos meus defeitos, e perdê-la agora, do que jamais ter tentado por medo de que você me conhecesse, e por isso, saísse da minha vida." Então, a terapeuta mostrou que para se sentir aceita por ela, teve que "abrir a porta" apesar do medo, que o mesmo poderia ocorrer com outras pessoas. Disse ainda que considerava esta uma ótima oportunidade para construir uma nova relação terapêutica, pois estaria enfrentando os seus medos - estaria dando uma chance às contingências para então, constatar que muitas vezes, as regras que a cliente havia formulado não se confirmariam na experiência. Ficou combinado que pensaria sobre esta possibilidade. Passados dois dias, a cliente telefonou dizendo que, apesar do medo, estava disposta a continuar porque não podia parar agora, conforme ilustrado abaixo, num trecho gravado desta conversa:

"- Foi muito importante para mim a sua atitude de escolher algo para você mesma, mesmo que isso represente perdas para você e para as pessoas à sua volta. Sua atitude foi um modelo para mim. Agora, tenho escolhido fazer outras coisas ao invés de vomitar - estou fazendo isso por mim. Se vomito é porque isso me faz me sentir melhor. Agora, estou escolhendo não vomitar, o que para mim é a perda da sensação de alívio...mas que significa sentir-me capaz de fazer outras coisas, de enfrentar a vida de um jeito que jamais pensei que pudesse... estou vivendo a minha dor de uma forma diferente: chorando, ligando para você e para a minha amiga para compartilhar, tentando fazer coisas que evitava porque tinha medo do que aconteceria, e até mesmo saindo. Não sei até quando vou ficar sem vomitar, mas estou tentando viver um dia de cada vez. Cada dia tem sido uma vitória."

Todas as situações citadas foram importantes para a cliente, pois se sentiu amada, constatou que a situação de separação não era sua culpa, conseguiu viver a sua dor, sem a necessidade de comer para vomitar. Mais do que isso, a cliente apresentou generalizações. Está ligando para uma pessoa que já considera

uma amiga. Mandou flores para um homem convidando-o para sair, mesmo sentindo-se envergonhada e achando que ele nem ligaria -, regra esta que não foi confirmada, pois ele ligou agradecendo com muita gentileza, e falando que marcaria um dia na semana seguinte (pois é médico, e estava com a sua agenda lotada). Por fim, no último encontro, já fazia cinco dias que não vomitava, mesmo passando por dificuldades financeiras com o seu ex-marido e com a mãe.

A cliente em questão ainda encontra-se em processo terapêutico, com a sua nova terapeuta.

Conclusão

A visão apresentada pelo behaviorismo radical sobre a formação do 'eu', mostrou-se bastante relevante para a compreensão acerca do desenvolvimento do que é chamado transtorno de personalidade *borderline*, já que aponta para a identificação das relações funcionais envolvidas. Foi evidenciado que a história de invalidação de sentimentos e opiniões experimentada pela cliente, levou a uma falta de senso de 'eu', deixando-a sob controle apenas de eventos públicos. O processo terapêutico buscou gradativamente desenvolver repertórios sob controle de estimulação privada, o que levou a resultados satisfatórios. Ficou evidente que a bulimia era uma "válvula de escape" (palavras da cliente) e que, portanto, para tratá-la era necessário mudar seu padrão comportamental diante das situações, incluindo sua assertividade, capacidade de resolução de problemas e desenvolvimento de relações íntimas, sendo que as duas últimas vêm sendo trabalhadas atualmente e que, como notado pela descrição acima, progressos já foram obtidos.

Em relação à assertividade, pode-se dizer que hoje a cliente já consegue expressar o que quer de forma clara "sem aceitar tudo ou explodir", com as pessoas de uma forma geral e com alguns de seus familiares, como seu pai e sua irmã. Os episódios bulímicos diminuíram bastante em freqüência, sendo que hoje já é "capaz de ficar pelo menos 24 horas sem vomitar".

As estratégias de mudança apontadas por Kohlenberg e Tsai (2001), foram utilizadas com a cliente. Uma vez que, no início da terapia ela não sabia tatear seus eventos privados, houve a preocupação de estruturar as sessões, sugerindo a ela um sentimento específico, e à medida em que a terapia progredia, o número de sugestões foi sendo reduzido, e gradualmente, pode-se observar o "eu" da cliente sob controle de estímulos privados. No início, portanto, as dicas da terapeuta foram essenciais, tornando-se indispensáveis no decorrer do processo.

Nem sempre foi fácil reforçar suas verbalizações. Muitas vezes, o que a cliente dizia parecia inexato, isto é, não correspondia ao que a terapeuta compreendia sobre o relato. Deste modo, gradativamente, pôde-se treinar seu próprio repertório de atentar a tais situações, pois como sugerem Kohlenberg e Tsai (2001), é imprescindível observar o impacto da resposta do cliente sobre o terapeuta. Assim, quando a terapeuta sentia-se inclinada a rejeitar alguma declaração da cliente, o que fez foi validá-la, pois a cliente provavelmente estava sob controle de estimulação privada - o que poderia, neste caso, ser considerado um CCR2. Se, no entanto, agisse de modo inverso, dizendo, por exemplo, que sua percepção poderia estar distorcida, a terapeuta estaria mantendo a problemática de ausência de controle privado sobre seu relato, comportando-se exatamente como as pessoas de seu convívio.

Um outro ponto importante a destacar é que, como a cliente não havia aprendido a tatear seus sentimentos, foi necessário ensiná-la a fazer isso. Por essa razão, qualquer comportamento público que pudesse estar relacionado com algum evento privado, era apontado para ela, na tentativa de reforçar a expressão e discriminação dos seus sentimentos. Essa estratégia demonstrou ser eficaz, pois a cliente gradativamente

conseguia tanto discriminar quanto expressar o que sentia.

Muitos momentos da terapia foram difíceis de ser conduzidos. A cliente manifestava declarações contraprodutivas, dizia que não conseguiria fazer determinadas coisas (como, por exemplo, telefonar). Inicialmente, a terapeuta sentiu-se inclinada a convencê-la de que não era tão difícil assim. A fala da cliente deveria, no entanto, ser validada. Por isso, a terapeuta demonstrou compreensão pelo seu sofrimento, mas também precisou bloquear sua esquiva, dizendo a ela que não gostaria de concordar porque, mesmo entendendo a sua dificuldade, não poderia deixar de incentivá-la a tentar. O inverso implicaria em mantê-la com o mesmo repertório, impedindo, portanto, o seu crescimento.

Outra dificuldade encontrada refere-se aos seus comportamentos de caluniar a si mesma. Para que a cliente se sentisse compreendida, suas verbalizações foram validadas, mas, ao mesmo tempo, a terapeuta explicitou o que pensava e sentia em relação a ela. Assim, a cliente pôde contar com a compreensão da terapeuta, e por outro lado, sentiu-se mais à vontade para se aproximar da mesma e de outras pessoas.

A cliente manifestou, ainda, o desejo de matar seu ex-marido. Uma vez que tal desejo era decorrente dos maus tratos (como xingar, ser indiferente às necessidades das filhas, dizer que as três eram loucas, etc) dele em relação às suas filhas e à própria cliente, suas verbalizações foram validadas, já que sua raiva era um sentimento natural, dadas as contingências. Foi preciso, entretanto, ensiná-la a separar aquilo que sentia e pensava, do que fazia. Então, analisaram-se as prováveis conseqüências de um homicídio. A cliente pôde entender que pensar sobre um ato não implica em sua concretização. É importante enfatizar que as verbalizações homicidas só foram reforçadas porque tinham a função de tato, e não de mando. Foi uma estratégia essencial porque suas verbalizações além de tatear eventos privados, foram tratadas como normais (e a cliente freqüentemente era considerada "louca"). Foi apontado para ela que nem sempre as pessoas falam o que pensam, mas o que são reforçadas a falar e que, portanto, a diferença entre ela e algumas pessoas é que enquanto ela sentia e verbalizava, as outras sentiam, embora verbalizassem o inverso para, provavelmente, evitar punição.

Referências

APA (1995). *DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* (trad. D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.

Cavalcante, S.N. e Tourinho, E.Z. (1998). Classificação e Diagnóstico na Clínica: Possibilidades de um modelo Analítico-Comportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14* (2), 139-147.

Conte, F.C.S, e Brandão, M.Z.S. (2001). Psicoterapia Funcional-Analítica: O Potencial de Análise da Relação Terapêutica no Tratamento de Transtornos de Ansiedade e de Personalidade. Em B. Range (org.) *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: Um Diálogo Com a Psiquiatria*. (pp. 19-33). Porto Alegre: Artmed Editora.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. Em: N. S. Jacobson (Ed.) *Psychotherapists in Clinical Practice: Cognitive and Behavioral Perspectives* (pp. 388-443). New York: Guilford Press.

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional Analytic Psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*(3), 175-201.

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*(6), 113-116.

Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (1995b). Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach to

Intensive Treatment. Em O' Donohue and L. Krasner (orgs.). *Theories of Behavior Therapy* (pp. 637-657). Washington, DC: American Psychological Association.

Kohlenberg, R.J., e Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas*, (trad. organizada por R. R. Kerbauy). Santo André: ESETec.

Millon, T. (1979). Uma abordagem através da aprendizagem bio-social. Em T. Millon (org.). *Teorias da Psicopatologia e Personalidade* (pp. 332-336). Rio de Janeiro, Intramericana.

Parker, C.R., Bolling, M.Y., e Kohlenberg, R.J. (1998). Operant Theory of Personality. Em D. R Barone; M. Hersen, & V. B Van Hasselt (orgs.) *Advanced Personality* (pp.155-171). New York, Plenum Press.

Skinner, B. F. (1953). *Ciência e Comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes.

Wasson, E.J., e Linehan, M.M. (1993). Personality Disorders. Em A. S. Bellack (org.). *Handbook of Behavior Therapy in the Psychiatric Setting* (pp. 329-353). New York, Plenum Press.

Recebido em: 05/04/2003
Primeira decisão editorial: 25/08/2003
Versão final em: 31/08/2003
Aceito em: 10/09/2003