



50 Minutes Conversation

VERSÃO EM PORTUGUÊS

DST & MIT

para perturbações de personalidade

Lisboa - Dezembro 2012

Giancarlo Dimaggio

Giancarlo Dimaggio (MD) is a prominent colleague coming from The *Third Cognitive Center*, Roma, which has been a melting pot for the development of «Metacognitive interpersonal therapy», and now works in the Centre for Metacognitive Interpersonal Therapy. His scientific and clinical publications are numerous, on dialogical self theory, narrative psychotherapy, metacognition, metacognitive therapy, psychotherapy, psychotherapy research, mentalizing and personality disorders, including the volumes “The dialogical self in psychotherapy”, «Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles» and “Metacognition and severe adult mental disorders”.

Giancarlo Dimaggio is an editorial coworker in several psychotherapy journals, including “International Journal for Dialogical Science”, “Journal of Constructivist Psychology”, “Psychotherapy Research”, “Journal of Personality Disorders” and associate editor for “Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice”.

DST & MIT para perturbações de personalidade

Giancarlo Dimaggio

Tradução: Alda Santos
Edition e Revisão
A. Henriques

Tópicos

Esta conversa teve lugar a 16 de Dezembro 2012, em Lisboa. Foram tópicos dominantes:

Parte I – O modelo DST & MIT: principais influências e características distintivas

Part II - Sistemas de classificação e avaliação para esta população

Part II - O processo de formação no âmbito do modelo

Parte I

O modelo DST & MIT: principais influências e características distintivas

Aníbal Henriques: Giancarlo, muito obrigado por ter aceite o convite para termos esta conversa.

Giancarlo Dimaggio: Obrigado.

AH: Como é que intitula o seu modelo? É Teoria do Self Dialógico e Terapia Interpessoal Metacognitiva para Desordens da Personalidade? Está correcto?

GD: Sim, na realidade é Terapia Interpessoal Metacognitiva, e a Teoria do Self Dialógico é uma das influências fundamentais... Eu tive todos aqueles anos que me influenciaram e levaram à versão final, ou actual, do modelo.

AH: Sim. Disse que tinha sido formado como terapeuta *kelliano*.

GD: Fui, fui. No início dos anos noventa.

AH: Podia resumir-nos as suas principais influências?

GD: Penso que o construtivismo clínico tem sido uma delas. E também o movimento narrativo na psicoterapia, particularmente na área construtivista, tem sido muito importante para nós. Por isso, influências

fundamentais desde a teoria aos aspectos técnicos têm sido, Jerome Bruner e Bob Neimeyer, pelo menos nesse campo. E, no final, tive uma quantidade de influências da Psicanálise Interpessoal, o que está evidente na forma como tratamos a relação terapêutica. E depois existe muito que vem da ciência cognitiva e da pesquisa básica nesta área, bem como da pesquisa ao nível do processo na psicoterapia. Da mesma forma, o trabalho de Peter Fonagy e colegas tem sido muito importante, e o de Bill Stiles e o campo ou pesquisa com a assimilação de experiências problemáticas. Mas existem muitos outros.

AH: Trata-se, de certa forma, de um modelo que utiliza narrativa, os marcadores narrativos e os processos narrativos?

GD: É, absolutamente, um modelo narrativo. É uma das características fundamentais do nosso modelo em particular, é que se encontra baseado, na sua totalidade, numa recordação rigorosa e detalhada de episódios autobiográficos, sobre memórias autobiográficas. Na realidade, não fazemos seja o que for, enquanto não somos capazes de, em conjunto com o paciente, reunir um local muito preciso nas narrativas espaciais e temporais, e é essa a base da avaliação, da busca dos estados mentais e de todos os processos que tentamos concretizar de forma a alcançar a mudança.

AH: Compreendo. E quais são as características distintivas do seu modelo, quando comparado com outros modelos vocacionados para este tipo de perturbações, como a Dialectical Behavior Therapy de Martha Linehan, ou a Mentalization Based Therapy de Peter Fonagy? Quais as comparações que

estabelece e quais as características distintivas?

GD: De certa forma, apesar do nosso modelo estar vagamente enraizado na tradição cognitiva, penso que no campo das perturbações da personalidade, é mais semelhante à abordagem da perturbação da personalidade *borderline* da *Mentalization Based Therapy*. Existem algumas diferenças. A primeira é que uma característica distintiva do modelo de Fonagy e colegas é que para eles, em larga medida, as disrupções na capacidade das pessoas para compreenderem estados mentais, tanto neles próprios como nos outros, têm lugar no contexto de uma vinculação desregulada, de uma vinculação desorganizada ou, em geral, no contexto dessa motivação social. E eu penso que isto é verdadeiro apenas em termos parciais, porque as falhas na capacidade para dar sentido a estados mentais podem acontecer em qualquer motivo interpessoal. As pessoas podem não compreender o que se passa com a sua mente, ou com a dos outros, no campo do estatuto social, de forma que surge antagonismo, no campo da activação do sistema de detecção de ameaças e no contexto da inclusão do grupo. Por isso, existe um leque mais alargado de mentalidades sociais, nas quais as capacidades para dar sentido aos estados mentais podem falhar. Outra diferença fundamental é que - pelo menos até às formulações recentes - Fonagy e colegas pensaram naquilo a que chamam «mentalização» como um processo global.

AH: Mm-hm.

GD: Enquanto que nós sempre concebemos, aquilo que denominamos como «metacognição», como um processo com

componentes múltiplos, feito de modos diferentes, que inclui a capacidade para compreender estados mentais e para depois reflectir sobre os estados mentais. Depois temos capacidades para dar sentido aos estados mentais dos outros e a capacidade para usar o conhecimento psicológico, de forma a dominar o sofrimento e para lidar com as lutas interpessoais. E cada um destes aspectos do sistema metacognitivo pode ser danificado de uma forma única, permanecendo intactos outros aspectos do sistema metacognitivo. E atrever-me-ia a afirmar que a pesquisa actual diz que esta é a forma de se compreender a metacognição, que se trata de uma capacidade modular, multimodular.

AH: Mm-hm. Então o conceito da metacognição que utilizam é diferente do da mentalização de Peter Fonagy ou mesmo de Adrian Wells?

GD: Está mais próximo do de Fonagy, com a diferença que assinali. Enquanto que, de certa forma, é radicalmente diferente do modelo de Wells. O modelo de Wells é, na realidade, cognição sobre cognição e sobre a forma como pensamos acerca dos nossos próprios processos mentais, que é um aspecto da metacognição. Mas no campo clínico a diferença é ainda mais notória, porque tanto quanto eu... não sou um perito no modelo de Wells, mas vi que ele usa, na realidade, conhecimento semântico de modo a compreender a forma como as pessoas pensam sobre os seus estados mentais. De forma que eles estão a trabalhar sobre ideias que as pessoas têm sobre elas próprias, em termos gerais, e comentários que fazem sobre as suas atitudes globais. Enquanto que nós nos centramos sempre de forma a pensar no estados mentais como algo que acontece

no contexto das narrativas da vida e dos encontros interpessoais que aí ocorrem. De forma que a metacognição é algo que ocorre no contexto da interacção com os outros e da experiência da presença dos outros, enquanto se dá o intercâmbio de algo que é relevante.

AH: Sim, faz sentido, sim. E trata-se igualmente de um modelo que é orientado de forma dialógica - têm mesmo em conta a multiplicidade do *self*, como um conceito fundamental no vosso trabalho.

GD: Sim.

AH: Pode dar-nos alguns detalhes relativamente à sua importância?

GD: Sim. Pensamos... Evidentemente que isto é partilhado por muitos outros teóricos, como Bill Stiles ou Bob Neimeyer, ou é parte do *self* dialógico, como o meu amigo Paul Lysaker também sempre concebeu o *self* da mesma forma. Basicamente, pensamos que o *self* é algo que se trata de uma organização solta (loose) de aspectos diferentes, cada um deles com o seu estilo atribucional e forma de dar sentido aos acontecimentos. Assim, cada paciente com perturbação de personalidade pode ver o mundo a partir de um conjunto de perspectivas diferentes e, deste modo, a forma como damos sentido ao mundo muda quando estamos numa posição específica ou noutra posição. E uma das características da terapia é, de certa forma, dar coerência ao modelo e o aspecto dialógico é que estamos constantemente a negociar o significado ou mesmo num diálogo, entre nós e o outro mas também na nossa cabeça. Estamos constantemente imersos num processo no qual falamos com os outros, existem as vozes dos outros relevantes que estão interiorizadas e,

então, nós estabelecemos um diálogo com elas. Por vezes, o diálogo é estereotipado e repetitivo, por isso leva sempre às mesmas conclusões. Por vezes é aberto, e como tal aberto à inovação. De forma que, quando são introduzidas vozes novas, como por exemplo a do terapeuta, podem ser criados novos significados.

AH: Muito bem. Podemos falar um pouco mais acerca do procedimento de intervenção terapêutica? Tenho notado que trabalham muito a aliança terapêutica - é sempre importante em qualquer trabalho mas, particularmente, com este tipo de população, as perturbações de personalidade.

GD: Sim.

AH: Porque é que a aliança terapêutica é tão importante no vosso trabalho com desordens de personalidade? E também se quer dar-nos mais detalhes sobre o procedimento de tratamento, relativamente à sua complexidade.

GD: Sim. É complexo sob muitas, muitas formas. De certa forma, centramo-nos parcialmente na aliança terapêutica mas, em geral, focamo-nos na relação na terapia - que tem sido intitulada transferência e contratransferência mas, como sabe, a relação na terapia é um termo mais abrangente que podemos utilizar. E uma fonte fundamental de inspiração é o trabalho de Jeremy Safran e de Christofer Muran. Eles escreveram um guia muito bonito para lidar com estes problemas. A aliança terapêutica, como sabe, tem uma importância fulcral quando lidamos com qualquer tipo de população mas, particularmente, com as perturbações de personalidade.

AH: Particularmente, sim.

GD: De muitas, muitas formas. De certa forma, constitui uma fonte preciosa de informação - temos a compreensão daquilo que passa pela cabeça do paciente, através da forma como ele se relaciona connosco, como terapeutas.

AH: Mm-hm.

GD: E depois a forma como sentimos o paciente é outra possível fonte de informação. Então constitui uma fonte de reflexão partilhada: «O que se está a passar entre nós? Há qualquer coisa que não está a funcionar.». Assim, como terapeutas, assumimos a nossa própria responsabilidade pela parte do processo que corre bem mas também pelo que não está a correr bem. E, então, envolvemos o paciente num processo partilhado de meta-reflexão e de meta-comunicação, de forma a detectar algo que não está a funcionar, uma ruptura na aliança terapêutica, e com a atenção constante no sentido da sua reparação. Estas duas coisas são realizadas implicitamente, de modo que detectamos precocemente, sem o revelar, por exemplo, que estamos prestes a agir de um modo que irá reforçar ciclos negativos e, assim, paramos e tentamos fazer algo diferente. Ou é explícito: «Há alguma coisa que não está a correr bem entre nós. Foi alguma coisa que eu fiz? A forma como falo, esta pergunta, a minha intervenção... Como é que se sentiu relativamente a mim?» De forma que estamos constantemente a envolver-nos num processo de auto-reflexão acerca da nossa contribuição para o procedimento e pedimos constantemente ao paciente para nos dizer quais são os seus sentimentos relativamente a nós. E isto é muito útil. Por vezes é um factor fundamental que fomenta o bom processo terapêutico nas perturbações de personalidade.

AH: Quer sublinhar algum outro aspecto do procedimento de tratamento?

GD: Bem, penso que existe igualmente... Um dos aspectos é a aliança terapêutica, outro é a atenção constante ao desmantelamento da forma semântica de dar sentido aos acontecimentos, de certa forma um aspecto hiper-cognitivo que, em alguma medida, é menos interessante, porque nós estamos interessados na construção narrativa dos acontecimentos. Assim, aquilo que fazemos a partir dos primeiros momentos da primeira sessão de avaliação até aos últimos momentos de uma terapia bem sucedida - que pode ter durado anos, e nós estamos muito satisfeitos e o paciente está muito satisfeito com o processo - mas lutamos constantemente no sentido de elicitare episódios específicos. Assim, uma questão fundamental é: «Pode dar-nos algum exemplo de uma situação na qual os processos que acabou de descrever fossem evidentes?» Então nós procuramos marcadores específicos de espaço e tempo e de acontecimentos nos quais a pessoa se encontra a interagir com alguém num contexto em que está a fazer algo relevante. Penso que, mais ou menos, tentamos sempre utilizar a elicitação de episódios de narrativa como um primeiro passo em cada sessão, e depois usamos essas narrativas como o terreno mais fértil, de forma a procurar estados mentais, emoções e pensamentos. Assim, penso que esta é uma característica muito distintiva do nosso modelo.

AH: Então procura estados mentais?

GD: Procuo estados mentais tal como acontecem «aqui e agora» na relação terapêutica e no «lá e naquele momento» daquele episódio específico. Assim, por

exemplo, uma questão - brinquei com isto no seminário-, proibimos os nossos formandos e os nossos terapeutas de perguntarem: «Porque é que pensou isso?» e «Porque é que fez isso?», mas sim «Nesse momento quais eram os seus pensamentos e as suas emoções que o levaram a reagir dessa forma ou a empreender uma determinada acção?» Assim, não estamos interessados na meta-reflexão que o paciente defende nem nos motivos que ele apresenta para agir de determinada forma. Queremos saber o que é que, naquele momento, o levou a comportar-se de uma determinada forma. Assim, tentamos sempre, de certa forma, evitar a postura interpretativa e ir para os verdadeiros processos de atribuição de significado à realidade sentida.

Parte II

Sistemas de classificação e avaliação para esta população

AH: Isto pode levar-nos à segunda parte da nossa conversa, os sistemas de classificação e avaliação para esta população. Porque, por um lado, temos muito a aprender com o paciente acerca da sua experiência e dos seus processos de criação de sentido.

GD: Sim.

AH: Mas, por outro lado, necessitamos de alguns mapas, algumas classificações, algum conhecimento prévio e, o Giancarlo acabou de afirmar - no seminário - que os terapeutas recebem nos seus consultórios, sem o saber, perturbações de personalidade.

GD: Sim, eles não têm conhecimento disso.

AH: Sim e, citando alguém: «Tenho alguns amigos com perturbações de personalidade e eu próprio não me sinto muito bem...»

GD: Nem eu, não se preocupe. Penso que é algo partilhado. [Ri]

AH: Assim, gostava que partilhasse connosco... E a classificação do DSM, nomeadamente o DSM-5, está a melhorar e trata-se de um instrumento ou uma ferramenta útil? E que conhecimentos precisamos de ter sobre a psicopatologia sobre este tipo de organizações cognitivas, de forma a estarmos aptos a trabalhar com esta população?

GD: Penso que um aspecto que nunca foi partilhado com os meus colegas de orientação mais construtivista é a postura nosográfica, porque, como sabe, acontece frequentemente que se somos construtivistas, tendemos a encarar cada ser humano como único. Assim, a nosografia, de certa forma, aparenta constituir a colocação de rótulos nas pessoas. Mas eu não creio que seja o caso. Se estabelecemos um termo, não em termos de reificação das categorias, mas em termos de protótipos humanos, estamos mais aptos a pensar que muito pacientes se assemelham uns aos outros e que alguns processos disfuncionais podem ser encontrados, transversalmente, em diferentes pessoas. Então, utilizamo-los como heurísticas nos primeiros momentos da sessão de avaliação, de forma a ver: «Bem, eu conheço isto. Tenho visto outras pessoas a defender este tipo de processos e a exibir este tipo de comportamento.» E, com muita frequência, se essa pessoa, nesse momento, se está a comportar dessa

forma e a pensar desta forma, é muito provável que outros processos semelhantes, que normalmente estão associados, estejam próximo, prestes a aparecer no contexto terapêutico. Assim, temos facilidade, somos capazes de prever possíveis dificuldades que poderemos vir a enfrentar.

AH: Sim.

GD: Assim, desde que não estejamos a cristalizar e a confundir o paciente com esta perturbação de personalidade, a pessoa com esta perturbação de personalidade, penso que as categorias, ou melhor, os protótipos, tipos de personalidade alargados, gerais, são muito úteis. E, como uma realidade, o DSM-5 - este é um momento muito difícil porque, como sabe, o DSM-IV não funcionou devido a muitos, muitos aspectos...

AH: Não funcionou...

GD: Sim, não funcionou. Apesar de ter a grande vantagem de descrever os principais tipos de personalidade.

AH: Sim, evidentemente.

GD: Quer eles reflectam ou não a realidade clínica destas representações, mas ajudou-nos a concentrarmo-nos no facto que algumas pessoas podem ser, em termos globais, descritas como narcisistas ou evitantes, ou paranóides ou *borderline*. De forma que temos este conhecimento e estamos aptos a ver algo quando olhamos para um paciente, se um paciente começou a terapia num estado de vazio, fechamento, em branco em termos emocionais, distanciado, um pouco rancoroso relativamente a tudo, um pouco condescendente em relação à terapia, em

negação no que diz respeito à relevância dos sintomas, mesmo se ele ou ela não estão a falar acerca de algo grandioso na sua vivência, sabemos que estes sinais indiciam a provável existência de narcisismo.

AH: Mm-hm.

GD: E, então, podemos movimentar-nos em consonância e evitar fazer qualquer coisa que leve a tensões na aliança terapêutica. Assim, seja como for, era absolutamente necessário ter um sistema de classificação para as perturbações de personalidade. O DSM-5 encontra-se actualmente a ser re-escrito de forma extensa, de modo que, aquela que era a versão provisória que estava acessível até há algumas semanas atrás, actualmente não se encontra no website e, provavelmente, as coisas voltarão ainda a ser alteradas. Assim, penso que as categorias irão permanecer mas os seus conteúdos não se encontram, de momento, acessíveis. O conhecimento que tenho actualmente, que pode alterar-se amanhã, mas aquilo que penso que é o estado final, é que o sistema de classificação por traços vai desaparecer e apenas ser considerada a sua inclusão no futuro.

AH: Mm-hm.

GD: Quando vi as novas descrições dos protótipos, dos tipos de personalidade que permaneciam no DSM-5, atrevo-me a pensar que há uma mudança radical, pela primeiríssima vez: a descrição de cada protótipo é algo que nos pode transmitir a experiência de um paciente. Assim, pela primeira vez, não são descrições monológicas - vemos diferentes facetas e vemos diferentes processos de

pensamento, processos afectivos e estilos de relacionamento interpessoal.

AH: Muito mais rico.

GD: Absolutamente, e consistente com a experiência de um clínico que se encontra realmente a tratar de perturbações de personalidade, sim. De modo que talvez constitua um importante avanço.

AH: Ok, óptimo. Pude constatar que o Giancarlo tem uma experiência extensa com perturbações de personalidade. E pude igualmente ver que os estados de espírito são muito... O Giancarlo tem uma espécie de radar para os estados de espírito, de certa forma.

GD: Sim, sim, absolutamente.

AH: Poderia, numa frase breve, descrever alguns dos estados de espírito problemáticos que encontra com maior frequência? Por exemplo, um evitante, creio que acabou de... um narcisista...

GD: Narcisista.

AH: Ou um estado de espírito paranoide.

GD: Sim. Mas sabe que... aquilo que é importante é que não existe uma equação entre um estado de espírito específico e uma perturbação de personalidade. Assim, o estado de grandiosidade não é específico do narcisismo, a vergonha e o evitamento não são específicos da perturbação de personalidade evitante, a desconfiança não é específica da paranoia.

AH: Ok.

GD: Uma vez que todos eles constituem aspectos da experiência humana que todos nós endossamos - todos nos sentimos como os jogadores de futebol, o Ibrahimovic ou o Cristiano Ronaldo, como

comentei; todos podemos desconfiar dos outros; todos podemos sentir-nos envergonhados numa situação social que seja um pouco nova para nós. O que é relevante é que, mais ou menos, cada protótipo, cada perturbação de personalidade prototípica, em geral, é sentida como uma experiência subjectiva que varia num conjunto, de certa forma limitado, de estados mentais. Assim, o narcisista típico irá alternar entre momentos em que se sente vazio e distante, sozinho na torre de marfim, a momentos nos quais está a lutar para atingir o seu objectivo, com a ideia que os outros são estúpidos, inaptos e fracos e que irão constituir obstáculos, dificultar a persecução do seu objectivo pessoal, o que, com frequência, se encontra cheio de despeito e de irritação, que é um estado de base no narcisismo, apesar de ser mais uma irritação gélida, diferente da zanga desregulada *borderline*. Quando acham que as suas fantasias podem ser concretizadas eles entram, então, num estado grandioso, mas este não é o estado no qual passam a maior parte do tempo. Mas depois, se percebem que falharam, podem entrar num estado muito intenso de depressão, de torpor e, de certa forma, de terror primitivo puro.

AH: Estou a ver.

GD: E não queremos que estas pessoas entrem nestes estados, porque são muito difíceis de tratar. De forma semelhante, as pessoas com perturbação de personalidade evitante, de certa forma, alternam entre alguns estados, nos quais sentem uma vergonha intensa relativamente à ideia de poderem ser depreciados e ridicularizados e considerados desajeitados pelas outras pessoas, de

forma que tendem a evitar, nesse momento, o contacto social. Mas outro estado central constitui um sentimento radical de não se conseguirem conectar, de serem diferentes, de não serem capazes de ver que, de compreender que algo semelhante está a passar pela cabeça do outro. Então eles sentem-se desconectados, é como se existisse uma parede entre eles e os outros, de forma que sentem uma certa alienação. Por outro lado, procuram a solidão na qual podem fazer o que gostam, ver filmes, ouvir música, que é um estado de auto-tranquilização, que é compensador a curto prazo, mas depois olham para eles próprios e descobrem que estão sós e, mais uma vez, julgam-se: «Ai, como sou estúpido. Não consigo falar com as mulheres e ter amigos, e ter um emprego de jeito e as pessoas vão descobrir isso.» Assim, mais uma vez, caem num estado de vergonha e procuram um contacto social que não são capazes de alcançar. De forma que se trata de um ciclo.

AH: Um ciclo.

GD: Entre estes estados de espírito.

AH: Sim, muito interessante. Também aprendi consigo que não vê as perturbações de personalidade como categorias ou mesmo como algo estável. Vê-as, de certa forma, como estados de espírito complexos e dinâmicos ao longo do tempo.

GD: Sim.

AH: De acordo com o que está a acontecer na vida do cliente.

GD: Sim.

AH: Poderia falar um pouco sobre isto.

GD: Sim. De certa forma, preferiria o termo mau funcionamento de personalidade.

AH: Mau funcionamento, ok.

GD: Assim, por exemplo, se num momento específico da vida, um paciente oscila entre estados de vergonha e de irritação, e estado de depressão e estado de grandiosidade, bem, esta pessoa é narcisista mas, a dado momento, surge uma espécie de ruptura na perspectiva de atingir um objectivo muito válido, então o aspecto dependente pode surgir em primeiro plano. Assim, a mesma pessoa que era narcisista até ontem pode, facilmente, ser diagnosticada como tendo algumas características dependentes.

AH: Sim, interessante.

GD: Por outro lado, por exemplo, é muito frequente que, quando as pessoas têm perturbação da personalidade evitante, por alguma razão, obtêm algum sucesso, tornam-se muito presunçosas, arrogantes e apresentam-se, de certa forma, como narcisistas. Ou, por exemplo, ainda uma pessoa com perturbação de personalidade evitante. Quando muito exposta à troça e a ser ridicularizada pelos outros, passa do estado de vergonha para um certo estado de zanga, que é mais semelhante à forma como se apresenta a perturbação de personalidade paranoide. Desta forma, temos de ver o funcionamento e o movimento global, através dos diferentes estados mentais e, nesse momento, temos uma fotografia e, assim, podemos diagnosticar uma perturbação de personalidade específica. Mas, seis meses ou um ano mais tarde, o cliente pode apresentar-se

de forma diferente. De forma que, sim, trata-se de um movimento constante e dinâmico entre estados do *self*.

AH: Sim, muito interessante. Sim.

Parte III

O processo de formação no âmbito do modelo

AH: Sugeria agora que passássemos para o tópico da formação no âmbito do seu modelo de tratamento das perturbações da personalidade. Li que considera que os factores de eficácia incluem uma forte aliança, a autorrevelação por parte do terapeuta, a empatia, o consenso relativamente aos objectivos, o ponto de vista positivo, a congruência e genuinidade, a cooperação, a reparação das rupturas da aliança, a gestão da contratransferência, a precisão da interpretação da relação e o encorajamento. É muito. Está ao alcance do terapeuta com a melhor formação e prática ou experiência? Como é que vê este aspecto?

GD: Ao escutar todas essas qualidade, estava a pensar que nunca serei capaz de as reunir todas, nem pelo menos metade, eu próprio. [Ri.] De certa forma, é uma tarefa que dura uma vida.

AH: Sim, é verdade.

GD: Mas, por outro lado, seria mais positivo. Ou seja, desde que tenhamos conhecimento da psicopatologia e tenhamos um bom modelo de intervenção, feito à medida dos aspectos específicos das diferentes características das personalidades...

AH: Mm-hm.

GD: .. e, depois, o procedimento manualizado, de certa forma, orientados de forma a fazer algo que resulta.

AH: Mm-hm.

GD: Assim, a técnica ajuda-nos muito e, no contexto de ter uma boa técnica e, evidentemente, de possuir o treino para reflectir em relação ao que se está a passar na nossa cabeça no processo terapêutico. Todas estas qualidades podem, de certa forma, ser ensinadas e aprendidas através do processo de fazer psicoterapia e, certamente, em supervisão constante.

AH: Sim.

GD: Assim, trata-se de um trabalho meticuloso e bastante longo mas, em geral, no final da formação, os terapeutas encontram-se aptos a fazer algo que faz sentido e, com uma boa supervisão, podem tratar com sucesso mesmo alguns clientes medianos a difíceis. E, seguidamente, aprendem durante o processo de supervisão constante nos primeiros anos depois da formação. De modo que podem ser ensinados e podem ser aplicados por muitos dos nossos formandos.

AH: Requer um terapeuta muito experiente e que se encontre familiarizado com um modelo adequado para o tratamento destes problemas, porque creio que os nossos formandos tendem a evitar este tipo de clientes, que são tão desafiantes.

GD: Eu... sabe, a minha experiência é que os formandos gostariam de tratar estes clientes, desde que lhes seja fornecido um conjunto de conceitos e de

capacidades de forma a efectuar esse tratamento. Sabe, tenho tido muitos estudantes com treino cognitivo básico que tentam aplicar os modelos simples do eixo I para a depressão e ansiedade, que não funcionam, não são eficazes com estas pessoas, tal como são utilizados no procedimento manualizado. Mas quando são ensinados a aplicá-los no contexto de uma reflexão sobre o processo terapêutico, no contexto das dificuldades em compreender os estados mentais, eles ficam mais abertos e, rapidamente, querem usar estas estratégias e esta abordagem de forma a lidar com clientes mais difíceis e que constituem um maior desafio.

AH: Mm-hm. Qual é, para si, o aspecto mais difícil da formação de terapeutas principiantes para lidarem com estas disfunções de personalidade problemáticas e complexas?

GD: É difícil dizer e, o que precisamos, é de pessoas receptivas, porque se se agarram a um modelo de intervenção específico, se querem ser hiper-técnicos, na realidade não tenho formas de os tornar mais abertos. Mas se são pessoas abertas e curiosas, todos os procedimentos podem ser ensinados. Creio que existem duas ou três áreas que são mais difíceis. Uma é que são necessários terapeutas que estejam dispostos a reflectir sobre eles próprios, a olhar de forma nova e aberta para os seus pontos fracos pessoais.

AH: Ok.

GD: Porque todos os pacientes com perturbações de personalidade nos criam um desafio e elicitam as

características mais negativas da nossa vida, emoções negativas, seja vergonha, culpa, pressa e vontade de querer curar toda a gente, e irritação e distanciamento dos outros. Assim, se não nos encontramos dispostos a pensar acerca de nós próprios, é muito difícil sermos bons terapeutas de pessoas com perturbações de personalidade. Depois, no que diz respeito aos aspectos técnicos, existem duas partes muito desafiantes e exigentes. Uma refere-se à reformulação correcta do esquema interpessoal subjacente, porque precisamos de recolher material que, com frequência, é muito confuso, pedaços de narrativa, aspectos da apresentação não-verbal dos pacientes na terapia e, depois, tentarmos ter uma formulação consistente, que vai desde o desejo do paciente até ao procedimento, as expectativas «se-então», os procedimentos «se-então» que aplica de forma a atingir os seus objectivos, sejam a vinculação ou conseguir um estatuto distanciado ou de pertença, ser incluídos num grupo. E depois temos de avaliar qual a resposta esperada dos outros, os terapeutas têm de avaliar qual a resposta esperada por parte dos outros e como os pacientes reagem. Mas aí também não é assim tão fácil, porque o *self* é múltiplo. Então, um objectivo é activo, por exemplo, o estatuto social, e eu tenho autoimagens subjacentes diferentes e não integradas. Assim, posso, por um lado, sentir-me apto a alcançar um bom estatuto mas, por outro lado, a minha autoestima pode, no que diz respeito a este aspecto, ser muito fraca.

AH: Sim.

GD: E o terapeuta deve ser capaz de aplicar todos estes elementos e encontrar um padrão coerente e recorrente, o que é algo que requer uma grande reflexão e é, de certa forma, desafiante. E, depois, outra parte que é difícil de ensinar e de ser aplicada, é quando é altura de empurrar os pacientes para a mudança, porque aí existem aspectos difíceis da técnica e, particularmente, com frequência os terapeutas cognitivistas tendem a ser demasiado precipitados, apressam-se e empurram os pacientes para a mudança.

AH: Querem ser eficazes.

GD: Absolutamente, é como se fosse a sua missão. E isto, em geral, não resulta. Criamos lutas, criamos tensões na aliança, sentimo-nos frustrados e empurramos o paciente para a mudança. Ao invés, temos de parar, deixar aquilo que estávamos a fazer e reformular o contrato.

AH: Estou a ver.

GD: E isto é... Devemos ser capazes de tolerar a frustração e construir estratégias eficazes, que sejam muito consistentes com a formulação do caso. Assim, termos uma formulação de caso muito sólida e clara, e planearmos as nossas tentativas no sentido de promover a mudança de forma sistemática, em torno da formulação de caso, é algo que requer raciocínio e paciência.

AH: E paciência.

GD: Sim.

AH: Fantástico, muito obrigado. Espero que mantenhamos esta conversa.

GD: Ah, obrigado.

