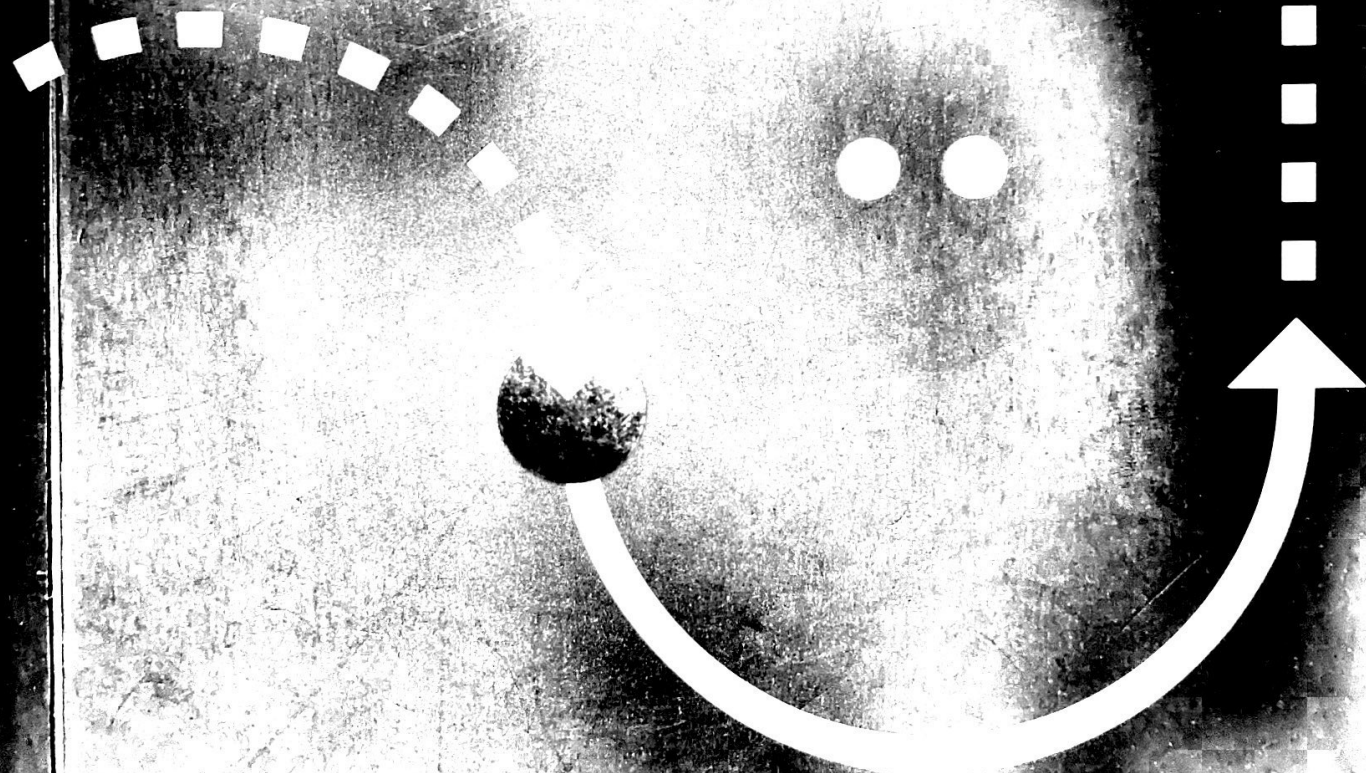


Psicoterapia Dinâmica Intensiva Breve

um método inovador



DAVID MALAN

PATRICIA COUGHLIN DELLA SELVA



Introdução à Teoria e à Técnica da Psicoterapia Dinâmica Intensiva

Breve de Davanloo

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

As técnicas utilizadas ao longo deste livro foram desenvolvidas por Davanloo (1980, 1990, 2000) e evoluíram a partir de seu entendimento da teoria psicanalítica das neuroses (Fenichel, 1945). Davanloo fundamentou suas intervenções estratégicas principalmente na segunda teoria de Freud sobre a ansiedade (Freud, [1925] 1926). Essa teoria sugere que a ansiedade é um signal para o ego, alertando para o perigo ou trauma – “perigo” aqui é qualquer sentimento, impulso ou ação passível de ameaçar o vínculo primário com os cuidadores. Em outras palavras, qualquer sentimento, impulso ou ação que resulta na separação do ser amado ou da perda de seu amor é vivenciada como ameaçada, provoca ansiedade e é, consequentemente, evitada, gerando conflito intrapsíquico entre as forças expressivas e repressivas da psique.

Os dois triângulos

O Triângulo do Conflito

A conceituação dinâmica de conflito pode ser representada em termos operacionais pelo Triângulo do Conflito (ver Figura 2.1, à esquerda). Na base do triângulo encontram-se as emoções centrais. Quando a expressão dessas emoções resulta em consequências interpessoais negativas, elas se associam a estados aversivos de ansiedade, culpa e vergonha e são evitadas pelo uso de defesas (para maiores detalhes, ver Coughlin Della Selva, 1996, p. 6-7).

O Triângulo da Pessoa (Figura 2.1, à direita) foi adicionado ao Triângulo do Conflito por Malan (1976) com a finalidade de representar a natureza interpessoal da vivência humana e da expressão emocional. O que inicia como uma relação interpessoal, ao longo do tempo vem a se internalizar como conflito intrapsíquico. Em outras palavras, se uma criança é constantemente punida pela expressão da

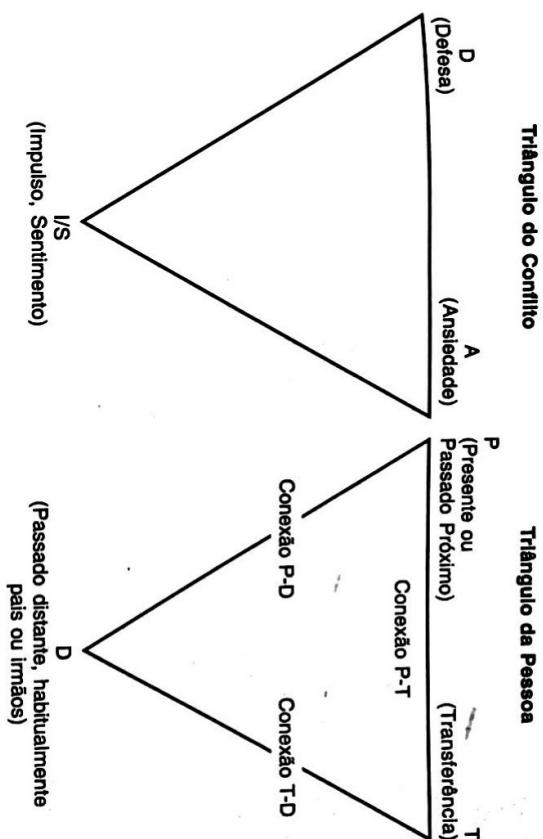


FIGURA 2.1 Os dois triângulos.

raiva, ela ficará ansiosa quando estiver com raiva e aprenderá maneiras de evitar sua expressão. Digamos que a passividade e o retraimento tomam-se as estratégias de escolha da criança para evitar a expressão de sua raiva (e de suas temidas consequências). Finalmente, ela poderá se recolher a essa posição, de forma tão automática, que não percebe a raiva que guarda dentro de si. As defesas surgem para substituir o próprio sentimento e podem resultar em patologias de caráter (ex.: transtorno de personalidade passivo-agressivo ou transtorno de personalidade de evitativa), o que afeta todos os seus relacionamentos futuros.

O Triângulo da Pessoa

O Triângulo da Pessoa (Figura 2.1, à direita) representa o modo como conflitos que envolvem emoções centrais são generalizados e afetam as interações do paciente com outras pessoas em sua vida presente, inclusive com o terapeuta.

O uso dos dois triângulos auxilia na organização do material do paciente e serve como um guia de intervenção. Por exemplo, se o paciente chega à sessão de terapia com ansiedade, isso é um sinal para o especialista de que alguma emoção ameaçadora está sendo vivenciada, provavelmente com relação a ele. Tal entendimento teórico orienta as intervenções psicoterápicas, já que o principal objetivo dessa terapia envolve a vivência direta de sentimentos ambivalentes complexos dos pacientes com relação aos outros. No exemplo hipotético aqui representado, o terapeuta trabalharia no sentido de facilitar a vivência direta e a expressão clara dos sentimentos direcionados a ele (T na

Figura 2.1). Esses sentimentos seriam, então, correlacionados a conflitos atuais em relacionamentos presentes (P) e a sentimentos não-resolvidos do passado (D). As pesquisas têm demonstrado a utilidade terapêutica dessas conexões T-P-D (Malen, 1963, 1976b; Winston et al., 1991).

Qualquer sentimento ou impulso que tenha provocado ruptura ou trauma aos vínculos de apego pode tornar-se coberto de ansiedade, sendo evitado via processos defensivos. Segundo Davanloo (1990), "somente a capacidade de desenvolver vínculos afetivos com os cuidadores é inata". Quando essa capacidade inata é frustrada ou impedida, ela provoca dor interna e raiva reativa com relação aos privadores (Figura 2.2).

Sentimento e defesa

A Figura 2.2 representa camadas de sentimentos e defesas que podem desenvolver-se quando as emoções ficam contaminadas por ansiedade e tornam-se cronicamente inibidas:

1. No centro, encontra-se a *luta pelo amor* e o *apego*, inata em nossa espécie.
2. Quando o desejo de afeto é frustrado, isso causa *dor* e *pesar*, que desencadeiam a
3. *raiva retaliatória* do privado.
4. A raiva está coberta de culpa, o que leva também à *ansiedade*, já que ameaça os vínculos de apego primários pelo qual o indivíduo está lutando.
5. Finalmente, se esses impulsos inatos voltados para o vínculo e para o apego são negligenciados ou perturbados com muita frequência, o indivíduo começa a estabelecer uma *distância*, tanto com relação a seus próprios afetos quanto com relação às outras pessoas. Essa barreira contra a proximidade emocional e contra a intimidade – com seu mundo interno e com os outros – está representada pela camada externa, descrita por Davanloo como "defesas contra a proximidade emocional". Tais defesas são quase sempre caracterológicas e difusas. Reich (1933) referiu-se a elas como "couraça caracterológica", enquanto Winnicott (1960) usou o termo "falso self". Para Davanloo, precisamos romper com essa barreira contra a intimidade e contra a proximidade na transferência se quisermos ter esperança de acessar os sentimentos negados que se encontram sob ela.

É óbvio que tudo isso tem uma gradação. Alguns tipo de ruptura e desamônia entre a criança e seus cuidadores é inevitável. Quando a ruptura é relativamente pequena e são feitos esforços de reparação, não ocorre trauma. Quando a ruptura é significativa em intensidade ou duração, ou quando não é reparada, essa experiência tende a gerar raiva reativa e, mesmo, sadismo com relação aos membros familiares cuidadores que a provocaram. Além disso, a culpa resultante gerada pelos impulsos agressivos com relação ao ser amado pode tornar-se algo difícil, senão intolerável, para a criança, sendo também reprimida.

1. Amor e apego
2. Dor e pesar
3. Raiva
4. Culpa
5. Defesas contra a proximidade emocional

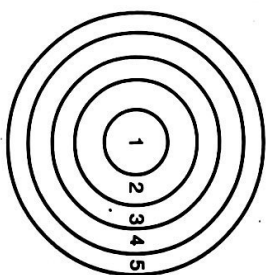


FIGURA 2.2 Sistema genético do inconsciente.

Auto-agressão

Uma vez que os seres humanos dependam por longo tempo de cuidadores, sua sobrevivência subordina-se a um vínculo seguro com esses indivíduos. A criança tentará preservar o vínculo com as figuras parentais a todo custo (Bowlby, 1969, 1973, 1980). Para proteger os outros de sua fúria, a criança, frequentemente, direciona a agressão contra si mesma. Essa ideia não é nova. Freud ([1915] 1917) escreveu: "É assim que encontramos a chave do quadro clínico: percebemos que as auto-recriminações são recriminações feitas a um objeto amado, que foram deslocadas desse objeto para o ego do próprio paciente".

Isso foi o início da conceituação de um *superego punitivo*, dirigido pela culpa pelos impulsos agressivos. Essa noção é central no trabalho de Davanloo e tem raízes profundas na teoria psicanalítica. Anna Freud, em seu escrito clássico *O ego e os mecanismos de defesa* (1966), sugeriu que os processos defensivos são motivados pela "ansiedade superegógica" (medo da retaliação pelo superego). Ela percebia o superego como um "encanqueiro" que impede o ego de chegar a um entendimento amigável com seus sentimentos e impulsos.

Em particular, em indivíduos extremamente resistentes com patologias do caráter, Davanloo concluiu que essa força autodestrutiva (também referida como "superego") dentro do paciente é responsável pela criação e perpetuação das autopunições e do autoderrotismo (Abbass, 2003a; Beeber, 1999a, 1999b, 1999c). Esses pacientes estão determinados, embora inconscientemente, a punir a si mesmos. Isso se deve à ansiedade e à culpa que sentem pela raiva e pelos impulsos destrutivos que nutrem com relação aos seres amados que os negligenciaram, machucaram, abusaram ou abandonaram. Tal comportamento é frequentemente sobredeterminado, pois a internalização dos impulsos sádicos preserva o ser amado da mesma forma que a autopunição (ver A Boa Moca com Colite Ulcerativa, no Capítulo 6, quando ela diz que a "economia elegante" dos seus sintomas autodestrutivos é "terrível").

O objetivo da PDIB é erradicar o sistema autopunitivo do inconsciente, buscando libertar os pacientes do sofrimento causado pelos sintomas e por sua patologia de caráter, para que possam viver plenamente a vida e desenvolver seus próprios potenciais. Davanloo argumenta que a única forma de derrotar e eliminar a força punitiva é "exercer uma ambivalência, porém inflexível, pressão sobre o paciente, confrontando todas as defesas contra a vivência de sentimentos verdadeiros, à medida que elas surgem" (citado em Coughlin Della Selva, 2001b, p. 40). Adicionalmente, o terapeuta deve confrontar com o paciente com todas as táticas usadas por ele para manter a distância emocional, minando sua utilidade.

Como a defesa se transforma em resistência

Todos os sentimentos intensamente ambivalentes que envolvem desejos, dor, raiva, pesar e culpa do passado são mantidos em segredo pelo sistema defensivo do paciente quando ele inicia um tratamento. Essas defesas formam uma barreira dentro do sujeito (entre seus sentimentos e a sua consciência), assim como entre ele e os demais. Em outras palavras, o paciente evita tomar conhecimento do que realmente sente e praticamente rompe com seu próprio mundo interno. Ao mesmo tempo, para manter esses sentimentos ambivalentes emocional entre ele e os outros, pois é no contato íntimo com outras pessoas que o desejo de se vincular, a dor, o pesar e a raiva com relação a perdas passadas são estimulados. Dessa forma, todas as defesas contra a consciência de sentimentos ansiosos e dolorosos combinam-se para formar uma resistência à proximidade (o que Davanloo refere como a "barreira" do paciente). Qualquer barreira como esta que o paciente construa contra o contato com as emoções deve ser removida se o propósito da terapia for o de possibilitar uma experiência transformacional.

Se o paciente não puder tolerar a força total de seus verdadeiros sentimentos, não deixará ninguém se aproximar dele, apresentando uma fachada falsa para os demais. O terapeuta não será uma exceção. Ele inicia a terapia em um estado de conflito – uma parte dele está motivada para manter o terapeuta fora de sua vida íntima, a fim de proteger seu status quo, enquanto outra parte paralela deseja um envolvimento genuíno e a liberação emocional. Frequentemente, os pacientes afirmam sentirem-se "paralisados" em suas vidas e estão mergulhados em um estado de ambivalência que é imediatamente exposto na interação com o terapeuta (para exemplos, ver O Homem Dividido e A Artista Masoquista). Para que se possa transpor esse impasse emocional e desencadear mudanças profundas e duradouras na personalidade, é necessário romper com essas resistências à proximidade emocional.

Defesas contra a intimidade emocional

Davanloo (1990) tem sido particularmente eficiente na criação de técnicas projetadas para identificar e remover as defesas contra a proximidade emocional.

Essas técnicas inovadoras podem ser responsáveis, em muito, pelo sucesso da PDIB no tratamento de transtornos de caráter em pacientes notoriamente resistentes a várias outras modalidades de tratamento, incluindo o medicamentoso (Magnavita, 1997). Procurou-se compreender por que essas intervenções são tão eficientes.

Davanloo (1990) e colaboradores (Abass, 2002a; Beeber, 1999b, 1999c; Carveth, 2001) sugeriram que a culpa decorrente da agressão motiva a necessidade de punição, sendo responsável por "perpetuar" o impulso inconsciente para o sofrimento. O isolamento e a imposição de um exílio ao self são considerados um aspecto central da retaliação do superego contra esse. O sistema autopunitivo é inconsciente e pode ter inúmeras formas – algumas vezes sutis; outras completamente evidentes. Em alguns casos, a vida do paciente encontra-se repleta de autoderrotismo e autopunições. Eles podem perceber que sabotam seus próprios esforços, mas não fazem idéia do que os leva a esse padrão de comportamento. Há ainda aqueles que mantêm uma aparência externa de sucesso, mas sofrem intensamente com suas repressões internas.

Enquanto essa dinâmica específica (culpa pelos impulsos sádicos) pode ser responsável por grande parte do sofrimento vivenciado por uma categoria de pacientes com uma longa história de autopunições e autoderrotismo, parece incerto que qualquer um desses fatores seja responsável por toda a psicopatologia. Serão apenas os sentimentos sádicos de raiva que geram ansiedade e culpa, levando ao sofrimento neurótico? Seria possível que a dor e o pesar, ou mesmo a extraordinária vulnerabilidade decorrente da abertura para o amor, merecessem punição em algumas famílias, produzindo excesso de ansiedade e evitação crônica? Em um artigo sobre o manejo da resistência, Davanloo (1990) escreveu que a resistência "é a consequência inevitável do mecanismo básico subjacente às neuroses, ou seja, a repressão de sentimentos por serem inaceitáveis ou dolorosos" (p. 1). Isso parece uma afirmação bem mais ampla do que aquela que sugere que somente a culpa pelos impulsos sádicos resulta em processos defensivos e em psicopatologia.

Poderia o sofrimento imposto ao self ser consequência da repressão, em vez de sua causa? Tentou-se, neste livro, produzir evidências que sustentem tais questões, já que esses temas são focos de debates ardentes neste campo. É necessário prestar atenção às palavras de nossos pacientes. Muitos deles dizem coisas como: "A raiva não é nada, comparada a isso. A dor que um paciente sente ao ser rejeitado e abandonado é quase intolerável. Por que minha mãe nunca me amou?" (ver O Homem de Negócios Só, em Coughlin Della Selva, 1996, p. 60-67). Muitos pacientes descritos neste livro, incluindo A Artista Masoquista e a Noiva Relutante, sugeriram que o sentimento de estar completa e absolutamente só no mundo foi a experiência mais intolerável que já tiveram em suas vidas, e que até mesmo a raiva e o conflito são preferíveis a esse tipo de sentimento desolador. Em todos os casos apresentados aqui, a raiva era apenas um dos muitos e intensos sentimentos dolorosos que necessitavam ser confrontados e vivenciados no curso da terapia. Todos os pacientes

pareciam precisar passar por um intenso período de pesar e luto por tudo o que fora perdido (para detalhes, ver a primeira parte do Capítulo 10). Se mantido o foco na perturbação do sistema defensivo e no fato de tornar inoperantes as resistências à proximidade emocional, os sentimentos anstio-gênicos subjacentes emergirão a partir de um padrão claro e inequívoco.

TÉCNICA

O entendimento de Davanloo (1980, 1990, 2000) sobre a teoria psicanalítica, sua vivência, tanto com pacientes quanto com professores, durante seu treinamento, e sua compreensão intuitiva dos processos inconscientes constituíram fatores que influenciaram o desenvolvimento de suas técnicas. Impactante foi a quantidade de tempo despendido na análise tradicional e desmotivado, pela extensão das mudanças alcançadas por esses métodos, começou a experimentar técnicas projetadas para acelerar e condensar o processo analítico.

Deve-se observar que Davanloo tomou conhecimento do trabalho de Erich Lindemann (1944, 1945, 1979) durante seu treinamento em Boston. Esse trabalho, que envolvia intervenções terapêuticas com vistas a facilitar o processo de luto por perdas traumáticas, teve um efeito dramático em Davanloo e no desenvolvimento de sua técnica. Ele observou que pacientes que se encontravam sob o impacto de uma experiência traumática, via de regra, apresentavam um acesso relativamente fácil a sentimentos e recordações de suas infâncias, anteriormente inconscientes, podendo ser de imediato trabalhados. Nesses casos, o fator ambiental estressante provocava sentimentos tão intensos, que as defesas características do paciente eram enfraquecidas ou ficavam inoperantes, estabelecendo uma crise intrapsíquica que facilitava a pronta abertura ao inconsciente. Davanloo passou a questionar a possibilidade de desenvolvimento de técnicas terapêuticas que pudessem precipitar esse tipo específico de crise interna necessário para "que os pacientes pudessem reviver os transtornos agudos do estresse causado por seus traumas infantis, viabilizando sua elaboração" (Neborsky, 2001, p. 17). Trabalhando basicamente sozinho durante 20 anos e usando videotapes para estudar o processo, Davanloo desenvolveu uma técnica de terapia projetada para fazer justamente isso. Ele constatou que a exposição do paciente a seus conflitos centrais requeria um alto nível de atividade terapêutica, habilidade e precisão, assim como envolvia o uso de técnicas planejadas para eliminar as defesas e as resistências, permitindo a vivência direta de sentimentos e impulsos antes evitados. Essa emergência de sentimentos previamente reprimidos parecia ser a chave para "desvendar o inconsciente".

Vivência somática

O simples encorajamento dos pacientes para que falem sobre seus sentimentos tem demonstrado ser insuficiente e ineficaz na promoção de mudanças verdadeiras (Pennebaker, 1991). O fator crucial para que isso ocorra parece ser a vivência visceral desses sentimentos no corpo (Levine, 1997). Esse

insight não é novo. Freud escreveu, com relação a ruídos abdominais que ocorriam durante uma sessão terapêutica, que o abdômen do paciente estava "se unindo à conversação". Enquanto Freud reconheceu a importância das comunicações não-verbais e sua relação com o inconsciente dinâmico, isso levou outros, como Reich (1933) e Davanloo (1978, 1980, 1990), a desenvolver técnicas projetadas para fazer uso terapêutico das mesmas. À medida que Davanloo experimentava técnicas para trazer sentimentos reprimidos à consciência, ele verificava que recordações vitais associadas a sentimentos reprimidos emergiam de uma maneira empática e clara, uma vez que tais sentimentos eram vivenciados somaticamente. Os sentimentos vivenciados no aqui-e-agora, com o terapeuta, parecem servir como um tipo de evento precipitante, liberando sentimentos e recordações do passado que podem ser diretamente vivenciados e trabalhados em sua origem. Esse processo intensifica dramaticamente o fluxo inconsciente do indivíduo. Após a vivência direta de sentimentos anteriormente evitados, os pacientes são inundados com imagens, recordações e sonhos, os quais revelam a natureza e a gênese de seus conflitos centrais. Frequentemente os pacientes comentam o quanto eles se surpreendem com os sentimentos que surgem (ver O Homem Dividido no Capítulo 4).

Técnicas básicas

O princípio básico da técnica de Davanloo – e, conseqüentemente, o objetivo de todas as intervenções – envolve a tentativa de trazer os pacientes à vivência direta, primeiramente de sentimentos conscientes e depois de sentimentos e impulsos até o momento inconscientes – a evitação que se encontra no centro de suas neuroses. Ele criou uma rica variedade de técnicas, referindo-se a elas como seqüência dinâmica central. Esse processo, denominado terapia exploratória, é empregado durante a avaliação inicial.

Dito de forma muito simples, o objetivo de cada sessão é desestruturar as defesas dos pacientes contra a vivência de sentimentos centrais e contra o contato afetivo com o terapeuta, liberando seus sentimentos reprimidos. A vivência desses sentimentos parece criar uma abertura para o inconsciente, pela qual recordações muito importantes são revividas, permitindo a elaboração de sentimentos e conflitos não-resolvidos do passado. "O processo de depressão revela os fatores responsáveis pela evitação de sentimentos intensos e da proximidade e do envolvimento emocional com outros" (Coughlin Della Selva, 1996, p.142). Por exemplo, após vivenciar sua raiva da terapeuta, com o impulso de estrangulá-la e matá-la, uma paciente (A Mulher em uma Montanha-Russa Emocional, em Coughlin Della Selva, 1996) subitamente teve uma visão do rosto de sua mãe. Isso não foi um processo cognitivo ou uma conclusão alcançada via interpretação, mas uma manifestação de conexões entre o presente e o passado que emergiram de maneira espontânea sob a base de uma profunda emoção, completamente inconsciente até essa sessão. Uma vez que os sentimentos relacionados ao terapeuta foram

vivenciados, as associações com o passado puderam ser estabelecidas de forma emocionalmente significativa, permitindo a elaboração dos sentimentos relacionados ao trauma original com sua mãe.

Após a vivência dessas emoções centrais e a vertente de recordações associadas a elas, segue-se um período de reanálise cognitiva ou interpretação, projetado para aprofundar os insights obtidos no processo e promover mudanças duradouras. Em oposição à psicoterapia psicodinâmica tradicional, a interpretação vem por último na PDIB, sendo empregada como meio de consolidar os insights obtidos por meio da vivência emocional do paciente.

Literalmente, todas as inovações desenvolvidas por Davanloo ocorrem na fase pré-interpretativa do tratamento, o que envolve o manejo da ansiedade e da resistência, assim como a facilitação do acesso às emoções centrais dentro de um contexto de relacionamento íntimo. Nesse empreendimento, ele abordou um enfoque científico, usando a resposta do paciente a cada intervenção como ferramenta diagnóstica que o orienta em futuras intervenções. Ele e seus terapeutas em treinamento também registram todas as sessões em vídeo, de modo que o processo terapêutico possa ser estudado detalhadamente.

É necessário compreender que a sequência dinâmica central é um esquema estrutural para organizar o material do paciente, não devendo escravizar o terapeuta. Os terapeutas devem usar sua intuição, assim como seu entendimento cognitivo do processo para adaptar cada sequência de intervenções às necessidades, às forças e aos déficits do paciente que está sendo tratado.

Postura terapêutica

Um terapeuta de PDIB necessita ter uma postura firme como defensor do paciente e de sua liberdade, manifestar o máximo de cuidado e respeito pelo paciente como ser humano, ao mesmo tempo em que deve manter uma atitude de desrespeito e intolerância para com as defesas que mutilam o funcionamento e perpetuam o sofrimento dele. Essa postura – juntamente com as intervenções técnicas assinaladas a seguir – intensifica os conflitos intrapsíquicos, gerando sentimentos transferenciais complexos, e acelera o processo da terapia. O terapeuta encontra-se profundamente envolvido com o paciente desde o primeiro contato e procura trabalhar no nível mais alto de capacidade desse indivíduo.

A sequência dinâmica central

A sequência dinâmica central pode ser assim sumariada:

1. Investigação preliminar sobre as queixas do paciente, incluindo exemplos específicos dos problemas que estão sendo relatados, particularmente aqueles que precipitaram a busca de terapia.
2. Pressão no sentido da vivência dos sentimentos contidos nas queixas presentes, levando a um aumento das defesas características do paciente.

3. Trabalho com as defesas:

- a. Identificação da defesa ("Você percebeu que está sendo vago?").
 - b. Esclarecimento das funções defensivas ("Você percebe que ao continuar vago evita seus sentimentos?").
 - c. Exame das consequências ("Se continuar evitando seus sentimentos, permanecendo vago, não chegaremos ao fundo de seus problemas?").
4. O trabalho com defesas poderá levar tanto à emergência de sentimentos subjacentes (em pacientes com baixa resistência) como ao aumento de sentimentos transferenciais complexos, com a cristalização da resistência da transferência (em casos de pessoas com resistência moderada ou alta).
 5. A colisão frontal com a resistência na transferência.
 6. Emergência de sentimentos transferenciais complexos, com a desrepressão de sentimentos e recordações relacionadas a pessoas significativas do passado do paciente.
 7. À medida que a história é obtida, interpretações e associações são feitas entre o passado, o presente e o fenômeno transferencial, consolidando os insights adquiridos no processo.

"O objetivo da terapia exploratória e da terapia como um todo é chegar à base de cada triângulo" (Coughlin Della Selva, 2001a) –, ou seja, ter acesso direto aos sentimentos reprimidos referentes a pessoas significativas do passado (ver Figura 2.1). Entretanto, não se estão investigando os sentimentos e as recordações referentes ao passado. Em vez disso, começa-se pelo presente, examinando-se as dificuldades do paciente em relacionamentos atuais (P) e/ou em lidar com sentimentos transferenciais complexos (T) mobilizados no processo. Uma vez que esses sentimentos são vivenciados no aqui-e-agora terapêutico, o terapeuta por si mesmo fará associações importantes com pessoas e eventos do passado, elucidando a origem dos conflitos que o trouxeram ao tratamento. A resposta a cada elemento da sequência dinâmica central produz os dados mais precisos e atuais sobre adequação desse sujeito ao tratamento (para informações mais detalhadas sobre a avaliação da adequação à PDIB, ver O Homem Dividido, Capítulo 4; ver também Coughlin Della Selva, 2001a).

A SEQUÊNCIA DINÂMICA CENTRAL EM DETALHES

Investigação

Inicia-se a investigação a partir de uma abordagem fenomenológica e variam-se as respostas de acordo com a habilidade do paciente em tornar um relato claro e coerente sobre suas dificuldades. Em alguns casos, a ansiedade interfere na capacidade do paciente de pensar claramente, devendo-se tomar medidas no sentido de reduzir a ansiedade imediatamente. Em outros casos, é como se se velejasse em águas brandas desde o início. A maioria dos pacientes en-

contra-se entre esses dois extremos de capacidades. Eles trazem para a primeira entrevista sua motivação e sua resistência e têm tanto forças quanto fragilidades em seu funcionamento. O processo deve ser adaptado a cada paciente e a cada dupla paciente-terapeuta (Osimo, 2003).

A característica essencial do processo de investigação envolve a exploração dos sentimentos e das emoções do paciente com relação aos outros, incluindo o terapeuta. Davanloo esquematizou definições para cada estado das emoções centrais, de modo que se pode determinar com precisão se um paciente se encontra de fato "em contato com seus sentimentos". Davanloo sugere que três elementos devem estar presentes para que o paciente seja considerado em contato com determinada emoção. Isso inclui a classificação cognitiva da emoção, sua vivência fisiológica característica e o impulso que a acompanha (ver Figura 2.3).

As emoções são características das espécies e são vivenciadas de forma semelhante por todos os humanos. A forma como essas emoções são expressas varia amplamente, mas a experiência fisiológica está enraizada nas espécies (ver Figura 2.4 para um "mapa" do corpo). É fundamental que o terapeuta tenha habilidade para avaliar se o estado fisiológico que o paciente está vivenciando se encontra em sintonia com a emoção classificada.

- COGNITIVO – "Eu me sinto triste."
- FISIOLÓGICO – "Sinto uma bola na garganta e um aperto no peito."
- IMPULSO MOTOR – "Sinto vontade de chorar."

FIGURA 2.3 Componentes do afeto.

- RAIVA: Cabeça, pescoço, mandíbula, ombros, braços e mãos
- PESAR E ANSIEDADE: Peito, sentimento de peso, dores
- AMOR E CONTENTAMENTO: Peito – leve e aberto – expandido
- MEDO: Intestino
- DESEJO SEXUAL: Genitais

FIGURA 2.4 Mapa do corpo.

TRABALHANDO O TRIÂNGULO DO CONFLITO

Avaliação da ansiedade

Na quase totalidade dos casos, o terapeuta focaliza seu trabalho imediata e diretamente naqueles sentimentos do paciente que provocam ansiedade e mobilizam o uso de defesas específicas. A primeira tarefa do terapeuta é avaliar a natureza e a intensidade da ansiedade do paciente, sendo que essa informação contém dados diagnósticos fundamentais. O terapeuta deve estar sempre alerta para verificar sinais de que a ansiedade gerada por esse tipo de pressão possa ser maior do que a que o paciente é capaz de tolerar. Para que isso seja determinado, deve-se seguir os sinais do inconsciente, o qual se comunica por meio do corpo.

Como parte de seu treinamento fundamental em Montreal, Davanloo identificou três canais para a vivência da ansiedade (Figura 2.5), cada uma delas refletindo certo nível de capacidade adaptativa do ego. O primeiro canal de expressão da ansiedade localiza-se na musculatura estriada ou voluntária (ver Figura 2.6 A) e revela a capacidade de resistir à experiência direta das emoções centrais (alta capacidade de adaptação do ego). O segundo canal de escoamento da ansiedade está na musculatura lisa (Figura 2.6 B) e geralmente resulta em perturbações psicossomáticas, como dores de cabeça, síndrome do cólon irritável ou asma. O terceiro canal origina perturbações de processos cognitivos e perceptivos (Figura 2.6 C), ocasionando alterações no curso do pensamento, dissociações e alterações perceptivas visuais, sugerindo fragilidade egóica.

Davanloo (1990-1991) ensinou que, quando a ansiedade é descarregada na musculatura estriada, o que é observável no entrelaçamento das mãos e na respiração ofegante, o corpo do paciente está sinalizando que os sentimentos são pré-conscientes e que podem ser tolerados. Entretanto, se a ansiedade não aparece na musculatura, deve-se investigar mais profundamente a fim de se saber para onde ela está sendo canalizada. Tais informações fornecerão os dados mais recentes e confiáveis com relação ao nível de perturbação emocional (centro do espectro nas patologias de caráter ou estados egóicos frágeis). Além disso, essas informações orientarão as intervenções subsequentes do especialista. Sempre que a ansiedade não estiver sendo vivenciada pela musculatura estriada, um trabalho preparatório será requerido para fortalecer a capacidade adaptativa do ego do paciente, antes que seja provocada qualquer exposição das emoções centrais. Embora a descrição completa de todas as técnicas necessárias para a reestruturação do ego esteja além do que este livro propõe (ver Coughlin Della Selva, 1996; Magnavita, 1997; McCullough Vaillant, 1997), exemplos desse tipo serão ilustrados nos casos a seguir.

MUSCULATURA ESTRIADA VOLUNTÁRIA

- MUSCULATURA ESTRIADA
- MUSCULATURA LISA
- PERTURBAÇÕES COGNITIVO-PERCEPTUAIS

FIGURA 2.5 Canais da ansiedade.

- (A) MUSCULATURA ESTRIADA
- Entrelaçar, apertar as mãos
 - Tensão nos braços, no pescoço, nos ombros e na cabeça
 - Respiração ofegante
 - Tensão no abdômen, além de agitação nas pernas e nos pés
- (B) MUSCULATURA LISA
- Urgência em urinar
 - Gastrintestinal – Síndrome do cólon irritável
 - Vascular – enxaqueca, hipertensão
 - Brônquios – asma
 - Dor generalizada ou localizada
 - Doenças auto-imunes – lúpus, esclerose múltipla
- (C) PERTURBAÇÕES COGNITIVO-PERCEPTUAIS
- Pensamento vago, dissociação, confusão
 - Visão turva ou estreitamento do campo visual
 - Desmatos, congelamento emocional e estados de ausência
 - Alucinações

FIGURA 2.6 Ansiedade inconsciente.

Trabalhando as defesas: as respostas do paciente

A ansiedade relacionada aos sentimentos impele ao uso de defesas (ver Figuras 2.7 e 2.8). Um terapeuta de PDIB usa uma abordagem de três vias no trabalho com as defesas: (1) identificar a defesa (“Você percebe que, quando ri, evita meus olhos e muda de assunto?”); (2) esclarecer a função da defesa (“Essa é uma forma de evitar seus verdadeiros sentimentos.”); e (3) examinar as consequências da defesa (“Se você continuar a evitar esses sentimentos, carregará seu sofrimento com você”). É objetivo do terapeuta informar o paciente sobre suas defesas e respectivas funções, assim como alertar para as consequências negativas de depender delas. Esse processo é planejado para colocar o ego contra as

defesas (ver Figuras 2.7 e 2.8) e aumentar a motivação do paciente de abandoná-las em favor da vivência de seus verdadeiros sentimentos.

As respostas do paciente na fase da análise das defesas também contribuem para o diagnóstico. Pacientes que respondem bem ao tratamento e cujas defesas são em grande parte egodistônicas são capazes de abandoná-las com relativa facilidade. Na maioria dos casos, entretanto, focalizar as defesas intensifica os conflitos dos pacientes com relação a revelar ou ocultar seus verdadeiros sentimentos, criando um tipo de crise intrapsíquica.

A parte do paciente que quer enfrentar seus sentimentos e ter liberdade emocional é acessível ao terapeuta e mobiliza uma força saudável, a qual Davanloo (2000) faz referência como a “aliança terapêutica inconsciente”. Entretanto, existe uma força contrária em operação, alimentando a resistência. Essa é a parte do paciente determinada a evitar a dor e a ansiedade envolvidas no processo de enfrentar o que foi reprimido durante longo tempo. “O trabalho do terapeuta é o de aprofundar os sentimentos e monitorar continuamente o equilíbrio entre a resistência e a aliança terapêutica” (Davanloo, 1990, p. 3). Além disso, o terapeuta deve trabalhar no sentido de intensificar esse conflito, favorecendo a aliança terapêutica.

FIGURA 2.7 Defesas formais.

- | REPRESSIVO | REGRESSIVO |
|---------------------|---------------|
| • Intelectualização | • Projeção |
| • Racionalização | • Negação |
| • Minimização | • Dissociação |
| • Deslocamento | • Atuação |
| • Formação reativa | • Somatização |

- | VERBAL | NÃO-VERBAL |
|----------------------|---------------------------------|
| • Vago e geral | • Evitação do contato nos olhos |
| • Diversificação | • Braços e pernas cruzados |
| • Sarcasmo | • Sorriso |
| • Quereleante | • Riso |
| • Contraditório | • Choro |
| • Velocidade da fala | • Temperamento explosivo |

FIGURA 2.8 Defesas tácticas.

Intensificação de sentimentos transferenciais complexos

1. A ansiedade relacionada aos sentimentos leva ao uso de defesas. Um terapeuta de PDIB não deve ser neutro, mas posicionar-se francamente pela abertura, sinceridade e liberdade emocional, ao mesmo tempo em que tem de transmitir desprezo e intolerância às forças repressivas que mutilam o funcionamento do paciente e que perpetuam seu sofrimento. Essa postura terapêutica inevitavelmente aumentará a ansiedade do paciente, o que é um sinal de que conflitos intensos estão sendo mobilizados e transferidos ao terapeuta. Em vez de recuar diante da ansiedade, o terapeuta deverá monitorar constantemente a capacidade do paciente de tolerar sua ansiedade, esforçando-se para trabalhar no nível mais alto de tolerância que o paciente pode alcançar. "O objetivo da técnica é, conseqüentemente, capacitar o paciente a vivenciar seus verdadeiros sentimentos o mais rapidamente possível e no grau máximo tolerável por ele" (Davanloo, 1990, p. 2).

Deve-se reiterar que, em pacientes altamente responsivos ao tratamento, essas técnicas por si só são suficientes para mobilizar as forças saudáveis do paciente em direção à cura (a "aliança terapêutica inconsciente") e levá-lo à vivência direta de sentimentos, antes evitados, relacionados às pessoas amadas em sua vida presente e passada. Mais freqüentemente, no entanto, tal procedimento resulta na intensificação de sentimentos transferenciais complexos, juntamente com a cristalização da resistência na transferência. O paciente, então, passa a resistir à tentativa do terapeuta em conhecê-lo franca e profundamente, percebendo, em algum nível, que seus sentimentos mais dolorosos serão investigados (Davanloo, 1990).

A colisão frontal com a resistência

Uma técnica empregada na maioria dos casos e utilizada com o objetivo de colocar o paciente contra suas defesas consiste em examinar as conseqüências negativas da evitação defensiva dos sentimentos. Um exemplo comum e ilustrado por vários casos apresentados neste livro consiste em assinalar ao paciente que ele está tentando evitar a vivência de sentimentos de raiva da pessoa amada, por meio do choro e da autocritica. Apontar as conseqüências prejudiciais de tal estratégia é fundamental para se colocar o ego do paciente contra essas defesas, assim como aumentar a motivação para que enfrente diretamente seus sentimentos. Em muitos casos, isso é suficiente para mudar o equilíbrio da resistência para a aliança.

Em casos mais resistentes, entretanto, as defesas intensificam-se em resposta à intervenção e transformam-se em resistência que ameaça sabotar a aliança terapêutica e minar o progresso terapêutico. Nesses casos, o paciente começa a mobilizar todos os seus recursos para manter o terapeuta a distância e derrotar seus esforços. Essa cristalização das defesas na transferência requer uma colisão frontal com a resistência a fim de que a terapia não venha a paralisar e fracassar. Durante a confrontação, o terapeuta deve assinalar ao paciente que manter uma

barreira defensiva contra um contato significativo com ele destruirá sua oportunidade de obter ajuda. Em alguns casos, o terapeuta deverá confrontar o paciente com a inutilidade em continuar dessa maneira, sugerindo que eles deverão se despedir, a menos que essa tática seja abandonada. Freqüentemente uma linguagem ardilosa deve ser empregada nessa conjuntura, tal como "Você pode escolher continuar com essa barreira, mantendo-me fora de sua vida, ou cessar seu sofrimento até seu túmulo. A decisão é sua, ela não cabe a mim". O terapeuta transfere a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso terapêutico para as mãos do paciente. Fazendo isso, ele também reconhece seus próprios limites - de que não tem uma varinha mágica e tampouco pode alcançar sucesso com todos - e respeitá-los a decisão do paciente sobre essa questão.

O terapeuta não deve entrar em nenhuma batalha interpessoal ou em uma disputa pelo poder com o paciente. O objetivo dessa intervenção é aumentar o conflito interno que o paciente está tentando evitar, criando um conflito interpessoal. O terapeuta deve deixar bem clara sua posição: ele apenas continuará a tratar o paciente se este estiver disposto a ser aberto e franco. Entretanto, a escolha sobre se beneficiar ou não com essa oportunidade é deixada para o paciente.

Em minha prática clínica privada, eu (PCDS) já disse em mais de uma ocasião: "Olhe, há um catálogo telefônico cheio de nomes de terapeutas que, com certeza, ficariam felizes em receber seu dinheiro para sentar-se e ouvi-lo falar, mesmo se nada estiver sendo realizado. Entretanto, eu não sou um deles". Evitar essa confrontação equivale a formar um conluio com a resistência do paciente e fingir que a terapia está sendo válida. Essa posição também comunica a mensagem de que o terapeuta não é onipotente, nem pode "curar" o paciente sem sua participação ativa. Além disso, isso revela integridade e respeito por si mesmo da parte do terapeuta. Essas intervenções afastarão aqueles que não têm intenção de investir na mudança e liberarão o tempo do terapeuta para os que a têm.

Emergência de sentimentos transferenciais complexos

Na maioria dos casos, a colisão frontal intensifica sentimentos transferenciais complexos. É importante lembrar que o fenômeno da transferência não é exclusivo do setting terapêutico, mas se encontra onipresente nas interações humanas. Entretanto, na PDIB, tenta-se expor esses sentimentos logo que eles surgem, já que são a chave para desbloquear o acesso ao sistema inconsciente (Davanloo, 1988). Qualquer pessoa nova que tentar entrar na vida interna do paciente irá reavivar todos os sentimentos não-resolvidos relacionados a figuras importantes do passado. Ajudando o paciente a vivenciar e expressar seus sentimentos ambivalentes pelo terapeuta, sentimentos desde muito reprimidos, relacionados a pessoas significativas da vida do paciente, emergirão rapidamente e, via de regra, com grande força emocional. Facilitar a vivência de sentimentos transferenciais complexos logo que eles surgem também previne o desenvolvimento da neurose transferencial e o incremento dos níveis de resistência.

Sinais do inconsciente. O terapeuta aguarda por um sinal do inconsciente de que os sentimentos estão se aproximando, antes de passar para a fase seguinte, de pressionar o paciente para vivenciá-los. Esses sinais são em geral não-verbais. No caso do Homem de Negócios de Sangue-frio, por exemplo, seu tom de voz indicou a intensificação dos sentimentos, alertando o terapeuta que a resistência estava se rompendo ao ponto de os sentimentos poderem ser enfrentados diretamente (Capítulo 5). Em outros casos, um punho cerrado, os pés balançando ou lágrimas brotando nos olhos fornecem sinais de que os sentimentos estão maduros para serem trabalhados.

A raiva é geralmente o primeiro sentimento a ser vivenciado em resposta ao trabalho com as defesas. A raiva do terapeuta vem quase sempre seguida de culpa. Apesar dos impulsos destrutivos e perdas vivenciadas na vida. Finalmente, surgem sentimentos amorosos, junto com o desejo de proximidade. "O paciente sente raiva diante da percepção, consciente ou inconsciente, de um contexto que o está levando a seus sentimentos reprimidos mais dolorosos. Também percebe que o terapeuta, sem verdadeiramente se compadecer ou se preocupar, tem a determinação de fazer com que ele enfrente sua dor, em vez de poupá-lo dela, com o único propósito de libertá-lo de padrões derrotistas que prejudicaram sua vida durante muitos anos" (Malan, citado em Davanloo, 1990, p. 7).

A vivência direta de sentimentos transferenciais complexos parece criar uma ampla abertura para o inconsciente. Associações espontâneas são feitas entre os sentimentos relacionados ao terapeuta e a quem ele estiver representando. Frequentemente, há uma transferência de imagens visuais na qual, subitamente, o paciente visualiza o rosto de uma pessoa significativa de sua infância. Os sentimentos relacionados a essa pessoa podem então ser enfrentados de forma direta.

A fase de "conteúdo puro" e a história desenvolvimental

O processo de colisão frontal com a resistência, devido à emergência de sentimentos transferenciais complexos, resulta no alívio da tensão e da ansiedade, no contato com afetos centrais, em insights que associam o presente ao passado, em um sentimento de proximidade com o terapeuta, assim como em uma percepção interna de domínio e competência, que surge do enfrentamento dos sentimentos evitados. A resistência é significativamente reduzida, enquanto a aliança terapêutica inconsciente é fortalecida, permitindo a passagem à fase seguinte de "conteúdo puro", na qual uma história dinâmica detalhada e reveladora pode ser obtida. A história que surge, após o enfraquecimento das defesas, é completamente fluente e dinâmica – elucidando o desenvolvimento dos conflitos centrais –, além de apresentar pouca semelhança ao tipo de história formal que muitos de nós fomos treinados a conduzir. Por exemplo, após a fase de colisão frontal com as defesas de A Artista Masoquista, em que a terapeuta apontou repetidamente como a paciente costumava fazer para mantê-la a distância, ela respondeu dizendo: "Bem, talvez eu realmente queira isso

[ficar sozinha]. Veja, não confio em ninguém e acho que isso acontece porque não pude confiar em minha mãe" (Capítulo 9). Ela continuou, chorosa, a narrar em detalhes recordações significativas da interação com sua mãe, o que colaborou para um sentido dinâmico das batalhas que essa mulher estava enfrentando em sua vida. Esse processo é inteiramente carregado de emoção. Recordações significativas fluem sem esforço nesse ponto da terapia.

OS RESULTADOS DA TERAPIA EXPLORATÓRIA

Frieda Fromm-Reichmann (1950) afirmou que "o paciente necessita da vivência, e não de uma explicação" (destaque acrescentado). Isso é exatamente o que a terapia exploratória fornece. A experiência de vencer as defesas para vivenciar diretamente sentimentos antes evitados, em geral, produz efeitos profundos. Os pacientes referem normalmente que sentem como se tivessem se esforçado muito para realizar algo muitíssimo importante. Eles, com frequência, saem esgotados da entrevista inicial, porém tranquilos e com uma compreensão mais profunda do trabalho interno que realizaram, assim como mais motivados para continuar o tratamento.

É necessário cautela

Deve-se lembrar que esse processo de revelação rápida de sentimentos ansiosos não é adequado a todos os tipos de pacientes, inclusive para alguns pode ser prejudicial. Davanloo sugeriu que a única forma de saber quem poderá se beneficiar com tal tipo de processo é testar o paciente com uma terapia experimental. Em outras palavras, os pacientes são expostos a cada elemento da terapia (por meio da sequência dinâmica central) de forma cuidadosa e sistemática. As respostas às intervenções fornecerão informações diagnósticas sobre sua capacidade atual de tolerar sentimentos ansiosos, o que orientará as próximas intervenções. A maioria dos terapeutas da PDIB inicia com cautela, pressionando o paciente em direção a seus sentimentos, desafiando a resistência e monitorando com cuidado suas respostas, podendo mudar para uma postura de apoio, caso apareçam bloqueios de pensamento, dissociações ou perturbações visuais.

Neste livro, as transcrições detalhadas do trabalho com os pacientes ilustram as variações no ritmo e na sequência requeridas por pacientes com diferentes níveis de capacidade de adaptação egóica.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA

Há um vasto corpo teórico na literatura sobre pesquisa concernente à aliança terapêutica, enfatizando especificamente a tentativa de medir e dimensionar seu impacto nos resultados. Entretanto, até onde se sabe, apenas a literatura sobre PDIB considera que a aliança terapêutica possa ser parcial ou totalmente inconsciente – ou seja, que o paciente faça comunicações importantes ao terapeuta

sem tomar consciência de seu significado dinâmico (ver Figura 2.9). Tais comunicações representam uma força interna do paciente, voltada para a cura, e disponível a se aliar ao terapeuta. Um exemplo disso é a comunicação do Homem de Negócios de Sangue-frio (Capítulo 5) que disse ter o desejo de "danificar fisicamente" seu carro, o que foi um sinal para o terapeuta de que estava pronto para enfrentar seus impulsos destrutivos com relação àqueles que o frustraram e criaram obstáculos em seu caminho. Esse jogo de palavras refletia seu desejo inconsciente de danificar o corpo de alguém, o que somente se esclareceu em sessões subsequentes. No caso de O Homem Dividido, após o terapeuta ter feito um comentário sobre sua ambivalência em procurá-lo, o paciente reitou o casaco, espontaneamente. Isso foi um sinal claro de que ele tinha aceitado, levando à intensificação da aliança terapêutica inconsciente (Capítulo 4).

Enquanto Davanloo presta particular atenção a gestos e sinais indicativos da intensificação da aliança terapêutica inconsciente, também trabalha ativamente no fortalecimento da aliança consciente ao tratar da vontade e de terminação do paciente quanto ao trabalho a ser realizado. Dessa forma, Davanloo está construindo um consenso sobre a verdadeira natureza das dificuldades do paciente. Se, por exemplo, uma paciente chega se queixando de um problema com o marido, o terapeuta trabalha no sentido de clarificar isso, reconstruindo o problema externo em termos intrapsíquicos. Por meio de um processo de investigação, a mulher é auxiliada a focalizar seu problema com o marido. Talvez esteja ansiosa, chorosa ou impotente diante de sua fúria pelo fato de ele ter um caso extraconjugal. Em vez de se unir à paciente na exteriorização do problema (que seu marido não é bom, que lhe está fazendo mal enganando-a), o foco seria em sua participação nas dificuldades que está vivenciando. Então, chegamos ao consenso. "Você concorda que grande parte de seu problema consiste em se permitir sentir sua raiva como ela é, usando isso para se afirmar em vez de ficar chorosa e desamparada, o que se reverte contra você?". Explorando e enfatizando o desejo do paciente de enfrentar corajosamente o que vinha sendo evitado, fortalecemos a aliança terapêutica, ativando positivamente o processo.

- Força interna de cura do paciente
- O terapeuta se alia à força de cura dentro do paciente
- Aliança em conflito com a resistência
- Principal função: elucidar os traumas centrais
- Aliança terapêutica inconsciente mobilizada via interação terapêutica
- Objetivo de derrotar a resistência

FIGURA 2.9 Aliança terapêutica inconsciente.

AVALIANDO AS FORÇAS DO PACIENTE

Desde que Davanloo estimulou a trabalhar no nível mais alto de competência do paciente, tentando facilitar a vivência dos sentimentos a um grau máximo tolerável por ele, deve-se avaliar com cuidado as forças do paciente. Que habilidades específicas cada paciente traz consigo para cumprir a tarefa que está sendo proposta? Busca-se construir uma aliança com a parte forte e saudável do paciente para que se possa unir forças contra resistências e defesas. Avaliar os níveis de ansiedade e a natureza da estrutura defensiva do paciente é necessário, porém insuficiente para determinar sua capacidade para o trabalho. O equilíbrio entre as forças e as fraquezas do paciente determinará o ritmo e a intensidade do trabalho. Por exemplo, A Mulher com Dissociação fora exposta a traumas graves, mas possuía uma força real em sua personalidade, sendo capaz de usufruir rapidamente do tratamento, embora apresentasse sintomas que a fragilizavam há muito tempo (Capítulo 7). Em última instância, é a força e a resiliência do paciente que levam o processo a uma conclusão satisfatória.

MODIFICAÇÕES NO ESTILO E NA TÉCNICA DE DAVANLOO

Assim como a técnica deve ser adaptada e ajustada às necessidades singulares de cada paciente, também se deve considerar o estilo próprio e a personalidade do terapeuta para que este não se torne um robô ou um imitador do "mestre". Os terapeutas treinados por Davanloo responderam de diferentes formas a partir do que aprenderam com ele. Alguns seguiram sua técnica quase exatamente do mesmo modo, enquanto outros introduziram modificações que se adaptavam melhor à personalidade de cada um. É muito importante para o futuro da psicoterapia que muitas dessas técnicas modificadas possam também ser efetivas. A técnica usada por PCDS é apenas um exemplo e, considerando o material clínico a ser apresentado, sua efetividade dificilmente pode ser posta em dúvida.

Na entrevista inicial – a terapia exploratória –, Davanloo tende a permitir um tempo considerável para a investigação inicial, enquanto, talvez surpreendentemente, PCDS com frequência é mais ativa nos estágios iniciais. Ela tende a iniciar a fase de pressão para a vivência dos sentimentos mais cedo na sessão, às vezes imediatamente, e usa interpretações quando indicadas – algo que Davanloo evita por completo nesse estágio. Como Davanloo, ela então segue a clarificação e o desafio das defesas. Entretanto, enquanto Davanloo frequentemente expressa de modo abrasivo o desrespeito às defesas do paciente, seu estilo é de muito menos intensidade na confrontação. Ela empatiza com a condição do paciente quando criança e reconhece que as defesas foram adaptativas – e algumas vezes possibilitaram a sobrevivência – no passado, enquanto assinala que elas não servem mais para o paciente na condição de adulto. Na realidade, o que foi uma forma de proteger o self (retraimento e

dissociação) na infância, freqüentemente se transforma em uma maneira de isolar, torturar e punir esse mesmo *self* quando adulto.

Tais variações técnicas apresentam importantes consequências. A atitude compreensiva de PCDS tende a gerar menos raiva *reativa* do terapeuta e, conseqüentemente, menos resistência a partir das defesas que o paciente emprega para evitar a vivência da raiva. Dado isso, a entrevista não procede, necessariamente, à imediata colisão frontal com a resistência na transferência, não sendo esse o fator primordial. Em parte isso também se deve à sua preocupação em construir uma aliança terapêutica, enquanto, ao mesmo tempo, luta contra as forças da resistência. Ela trabalha para estabelecer um consenso sobre a tarefa a ser realizada, construindo o momento e focalizando nas conseqüências positivas que decorrem da vivência verdadeira dos sentimentos, como a liberdade e o aumento da energia. Em casos nos quais a aliança é forte e o paciente é capaz de ter acesso direto à vivência de sentimentos relacionados a pessoas em sua vida presente, o "desvendamento do inconsciente", com associações a membros familiares do passado, ocorre, via de regra, de forma inconfundível.

Dito isso, as séries de intervenções que PCDS emprega derivam diretamente de Davanloo, mas a partir de suas próprias palavras.

Os diferentes padrões da entrevista inicial

Devido à variação do nível de ansiedade e do grau da resistência de um paciente para outro, o padrão da entrevista inicial também deve variar. Onde os pacientes demonstram pouca resistência há pouca ou nenhuma necessidade de desafio. Entretanto, com aqueles muito resistentes, é necessário um alto nível de pressão e desafio para obter uma resposta emocional e engajar o paciente no processo. A Nova Relutante vivenciava altos níveis de ansiedade, que interferiam nos processos cognitivos, mas exibia níveis de resistência baixos. Nesse caso, o encorajamento é mais necessário do que o desafio. Contrariamente, O Homem de Negócios com Sangue-frio revelava altos níveis de resistência e baixos de ativação emocional. Isso requereu desafios sucessivos e, finalmente, uma confrontação com a resistência na transferência, como ilustra o seguinte exemplo.

(O sujeito está demonstrando resistência contra a vivência de raiva com o terapeuta)

T: Tínhamos um acordo sobre nos encontrarmos e examinarmos a essência de seus problemas. À medida que tentamos fazer isso, você tende a fugir para seus pensamentos, evitando seus sentimentos. O que vai acontecer se você continuar com isso?

P: Não vou ficar melhor do que quando cheguei aqui.

T: Então fica claro que isso é um padrão derrotista seu.

Esse exemplo torna claro que, quando a situação requer, PCDS pode ser confrontadora quanto Davanloo.

APRENDENDO A TÉCNICA

À primeira vista poderia parecer que, desde que o terapeuta (1) entenda o objetivo dessas intervenções, (2) seja capaz de perceber o momento apropriado de cada uma e (3) as formule de uma maneira completamente empática, deveria encontrar pouca dificuldade em sua aprendizagem e aplicação. Entretanto, raramente este é o caso. Enquanto parece arduamente simples nas mãos de um especialista (Neborsky, 2001), a PDIB é um método de tratamento complexo e com múltiplos focos, que requer geralmente vários anos de treinamento e supervisão para ser dominado. A maioria dos terapeutas em treinamento teve de lutar contra suas próprias ansiedades e defesas para poder cumprir as demandas dessa forma de tratamento. É relativamente fácil sentar-se silenciosamente e murmurar "hum-hum", mas manter em mente, a cada momento, onde o paciente se encontra com relação aos dois triângulos, do conflito e da pessoa, enquanto eram observados os sinais de seu corpo, acompanhando o conteúdo e monitorando a interação da dupla paciente-terapeuta, é uma tarefa árdua. Para que se possa dominar essas técnicas, é preciso treinamento e supervisão extensivos. A exposição ao material inconsciente, por meio das interações da dupla paciente-terapeuta registradas em vídeo, durante os treinamentos, pode auxiliar a reestruturar o inconsciente do terapeuta em treinamento, de modo que ele fique menos ansioso e defensivo ao lidar com os sentimentos intensos que surgem, especialmente na transferência.