

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE EVITATIVA: UM ESTUDO DE CASO.

Ana Flávia Fuerstenau¹

Marina Pante²

Resumo: O presente artigo tem como objetivo refletir acerca do uso da Terapia Cognitivo-Comportamental em um estudo de caso de uma paciente atendida em um serviço escola de uma universidade no interior do Rio Grande do Sul. A paciente apresentava sintomas satisfatórios para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Evitativa, hipótese elaborada a partir de 16 sessões de psicoterapia e estudo de prontuário. O estudo discorre sobre o uso das técnicas de conceitualização cognitiva, distinção entre pensamentos e fatos e seta descendente, apresentando um entendimento psicodinâmico do caso e considerações sobre o psicodiagnóstico e o vínculo terapêutico.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Transtorno de Personalidade; Estudo de caso.

Abstract: This article aims to reflect on the use of Cognitive-Behavioral Therapy in a case study of a patient seen at a school service of a university in the interior of Rio Grande do Sul. The patient presented symptoms that satisfied the diagnosis of Avoidant Personality Disorder, a hypothesis elaborated after 16 psychotherapy sessions and a medical record study. The study discusses the use of techniques such as cognitive conceptualization, distinction between thoughts and facts, and descending arrow, presenting a psychodynamic understanding of the case and considerations about psychodiagnosis and the therapeutic bond.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; Personality Disorder; Case study.

INTRODUÇÃO

O estudo de caso refere-se à M., paciente em psicoterapia no Serviço Integrado de Saúde (SIS), na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). O acompanhamento psicoterapêutico é realizado por estagiários das disciplinas de Estágio Integrado, que realizam psicoterapia individual, de grupos, casais e famílias. O acompanhamento da paciente M. teve início em 2007, através de encaminhamento do Núcleo de Apoio Acadêmico (NAAC), e atualmente é constituído de sessões semanais, de 40 minutos, na abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A análise proposta neste trabalho foi realizada com base em 16

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: anafuerstenau@gmail.com

² Doutora em Psicologia pela Universidade do Rio Grande do Sul e professora do departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: marinapante@unisc.br

sessões, realizadas durante o segundo semestre de 2020, e no prontuário clínico. Neste trabalho discorreremos sobre o processo de construção da hipótese diagnóstica de Transtorno de Personalidade Evitativa de M. e o uso das técnicas cognitivo-comportamentais neste tratamento.

DESENVOLVIMENTO

O caso M.

M. é uma jovem de 24 anos, mora em Vera Cruz, com a mãe, e está nos últimos semestres do curso de Letras na UNISC. Realizou, até o primeiro semestre de 2020, estágio curricular como docente em uma escola, em sua cidade, mas desde o início da pandemia não tem saído de casa. Iniciou o acompanhamento no SIS em março de 2018, e este ano, com a pandemia de COVID-19, transferiu-se suas sessões para o formato de monitoramento remoto, via Google Meet. Sobre sua rotina atual, M. passa a maior parte do tempo em frente ao computador, onde joga diferentes jogos virtuais e realiza as tarefas acadêmicas. Além disso, M. também administra um perfil *fake* no Instagram, cujo personagem é uma Sim, do jogo online The Sims. Namora um rapaz de São Leopoldo há 3 anos, com quem tem frequente contato virtual; visita-o em média uma vez ao mês, por ele ter uma rotina de trabalho intensa, mas a paciente também alega não gostar de sair de casa. M. faz uso diário de Fluoxetina, com dosagem de 20mg, sob prescrição do médico psiquiatra vinculado ao SIS.

Sobre sua história, ao longo das sessões M. contou que seu pai viveu com ela e a mãe até os seus 14 anos, quando seus pais se divorciaram, devido ao comportamento violento e agressivo dele. Sobre a relação familiar, M. relatou ter sentido muita culpa por não poder ajudar sua mãe a enfrentar as situações abusivas, e que sentiu alívio quando o pai foi embora. Em um movimento de compensação, hoje em dia M. busca passar bastante tempo na companhia da mãe, com quem toma chimarrão e assiste novela quase todos os dias. Essa convivência familiar marcou intensamente a vida da paciente, mas até o momento não aprofundamos essa questão. Desde a separação, no entanto, o pai não tem contato com a filha, e M. e a mãe têm pouquíssimo contato com a família paterna. Do lado materno, há conflitos por questões de herança entre seus tios, o que causou afastamento entre os familiares também.

Quanto ao histórico da vida escolar, M. relatou ter sofrido *bullying*, sendo excluída por não ser “feminina como as outras meninas” (sic). Pela sua aparência e estilo, diferenciava-se, o que lhe causava muito desconforto e raiva. Como uma estratégia de proteção, esquivava-se das atividades em grupo, e facilmente se irritava nos trabalhos com os colegas. Atualmente, relatou não incluir o conceito de feminilidade em seu vocabulário, por entendê-lo cruel, e busca não

falar sobre seus sentimentos, a fim de não se sentir vulnerável. Teve o primeiro namorado depois de terminar o Ensino Médio, e comentou apenas que sentia muito ciúme dele. Em seu namoro atual, relatou não sentir ciúme, e acrescentou que não chegou a apaixonar-se por ele, embora seja o “seu tipo”.

Sobre sua vida virtual, M. contou que teve, há alguns anos, um perfil no *website* Tumblr que era muito famoso. Nele, ela compartilhava imagens editadas por si, e que quando o *website* deixou de ser frequentado, ela buscou no perfil *fake* do Instagram uma ponte para “manter seu prestígio” (sic). Sua personagem, denominada Sloane, é uma mulher na casa dos 30 anos, que possui dois filhos, é casada, médica e de alta classe social. Todos os personagens apresentam uma imagem gráfica nos moldes de um jogo virtual, e o perfil relata sua rotina e os principais eventos vividos pela família, de forma fictícia. Conforme M. relatou, essa personagem é o oposto de si, e representa uma vida “padrão” que ela gostaria de ter, especialmente no aspecto financeiro. De forma ambígua, sua personagem circula muito pelo universo do jogo, sendo rodeada de amigos, enquanto M., na vida real, evita sair de casa e mantém um círculo social bastante restrito.

Sobre o futuro, M. afirma não querer avançar nos estágios do ciclo vital, associando a vida adulta a uma condição de trabalho exaustivo, dívidas e responsabilidades. Demonstra apego aos sonhos e brincadeiras de infância, lembrando-os de tempo em tempo ao longo das sessões, e os classifica como um lugar seguro, onde tudo é mais leve e possível. Possui forte conflito com relação ao trabalho, pois acredita que a única forma de trabalho digna é aquela em que se assina a Carteira de Trabalho, em uma rotina de 40 horas semanais, desconsiderando suas atividades realizadas até então como formas de trabalho. Ao mesmo tempo em que afirma que o trabalho dignifica o ser humano, diz não desejar viver a eventual pressão que o trabalho possa infligir, e por isso se mostra pouco esperançosa com relação ao futuro. Relatou ter tido o desejo de ser *streamer*, alguém que trabalha com vídeos sobre jogos, mas ter desistido por ver essa atividade mais como um *hobby*. Relatou também ter cogitado, em certo momento, vender vídeos seus masturbando-se, mas ter desistido por não conseguir explicar para sua mãe. Sobre a masturbação, a paciente acrescentou que utiliza-a como uma estratégia de alívio para pensamentos obsessivos.

Hipótese diagnóstica

As fichas de atendimento anteriores traziam a hipótese diagnóstica de Transtorno Depressivo Maior (TDM) em remissão parcial e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Em relação ao TDM, M. apresentava cinco sintomas-critério por mais de duas semanas, quadro

satisfatório para diagnóstico. Os sintomas eram: humor deprimido; sentimentos de desvalia; ideação suicida; insônia e redução de interesse nas atividades cotidianas. Em relação ao TAG, M. apresentava sete sintomas-critério por mais de um ano, quadro satisfatório para diagnóstico. Os sintomas eram: ansiedade; fadiga; dificuldade de concentração; inquietação; preocupação excessiva; e distúrbio no sono (APA, 2014).

O quadro levou ao encaminhamento para o serviço de Psiquiatria do SIS, e a paciente iniciou tratamento com Fluoxetina 2mg, em julho de 2019. Com a remissão de alguns sintomas e a redução da intensidade de outros, concluiu-se que M. estava em remissão parcial do TDM.

Durante o atual acompanhamento, a paciente relatou sentir-se melhor no que concerne aos sintomas descritos, e seguiu fazendo uso da medicação. Permaneceram presentes, a partir de sua fala, sentimentos de desvalia e dificuldade de concentração. Foram notórios os comportamentos de isolamento que a paciente apresentava, tendo pouca intimidade até mesmo com a mãe e o namorado, que eram as pessoas mais próximas. Em uma das sessões, a paciente relatou gostar de receber atenção, mas fazê-lo somente através dos perfis *fakes* nas redes sociais. Na vida concreta, buscava permanecer em casa, evitando atividades sociais e inclusive profissionais.

Esses sinais levaram a cogitar a possibilidade diagnóstica para Transtorno de Personalidade Evitativa, que se caracteriza, de forma geral, pelo uso da esquiva e da evitação comportamental, emocional e cognitiva difundida, mesmo quando as metas ou desejos pessoais são frustrados por tal evitação. Os indivíduos com TPE expressam desejo de aceitação, mas costumam ter pouca intimidade com qualquer pessoa. De acordo com o DSM-V, deve-se diagnosticar TPE quando o paciente apresentar dificuldades difundidas em uma série de situações relacionadas a uma inibição social significativa e prejudicial, crenças de inadequação e sensibilidade aguda e desadaptativa às avaliações dos outros sobre ele. Além disso, o paciente deve satisfazer outros quatro critérios: evitar atividades sociais ou de trabalho que exijam interação significativa com outros; teme crítica ou rejeição; sente-se inadequado ou inferior; antecipa que ficará envergonhado ou constrangido (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

No CID-10, o diagnóstico para Transtorno de Personalidade Ansiosa Evitativa é feito quando o paciente apresenta ao menos três das seguintes características (OMS, 1997):

- Sentimentos persistentes e generalizados de tensão e apreensão.
- A crença de ser socialmente inepto, não atraente ou inferior aos outros no âmbito pessoal.
- Preocupação excessiva com ser criticado ou rejeitado em situações sociais.
- Relutância em se envolver com pessoas se não houver certeza de ser querido.

- Restrições no estilo de vida por causa da necessidade de ter segurança física.
- Evitação de atividades sociais ou ocupacionais que envolvam contato interpessoal significativo por causa do medo de crítica, desaprovação ou rejeição.

É interessante observar que, de acordo com Beck, Davis e Freeman (2017), é comum que pacientes com TPE busquem tratamento psicológico queixando-se de depressão, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias, distúrbios do sono ou queixas relacionadas ao estresse. O TPE e o TAS (Transtorno de Ansiedade Social) compartilham muitas características, mas os indivíduos com TPE apresentam padrões de evitação mais amplos, sendo tão relutantes em compartilhar sua intimidade com pessoas íntimas quanto com outras.

Conceitualização Cognitiva

A TCC está baseada no modelo cognitivo, que parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e as respostas fisiológicas de uma pessoa são influenciados pela percepção que ela tem dos eventos que vive. O que importa, dessa forma, não é o que acontece ao paciente, mas a forma como ele interpreta o ocorrido. A partir disso, compreende-se que a delimitação do tratamento deve basear-se em uma conceitualização, ou compreensão, das crenças específicas e padrões de comportamento de cada paciente, o que influenciará o uso das técnicas e os objetivos nas sessões. Esse processo de conceitualização ocorre logo após os atendimentos iniciais e perdura durante todo o tratamento, sendo fundamental que o terapeuta atualize, aprimore e acompanhe-o (BECK, 2014).

Para a construção do diagrama de conceitualização, levam-se em conta os três níveis de processamento cognitivo: os pensamentos automáticos (PAs), que são espontâneos e fluem em nossa mente a partir de acontecimentos do cotidiano; as crenças intermediárias, também entendidas como regras, atitudes ou suposições, mais enraizadas que os PAs; e as crenças centrais ou nucleares, desenvolvidas na infância através das interações do indivíduo com outras pessoas relevantes e da vivência de muitas situações que fortaleçam essa ideia (BECK, 2014).

Pacientes com TPE costumam ter menos relacionamentos sociais, pois têm certeza de que serão rejeitados, o que lhes parece insuportável. Conseqüentemente, desenvolvem estratégias de enfrentamento desadaptativas pautadas na evitação. A evitação social é visível, enquanto a evitação cognitiva e emocional é menos óbvia, podendo levar o paciente a evitar pensar sobre coisas que levem a sentimentos disfóricos. A baixa tolerância à disforia também os leva a se distraírem de suas cognições negativas (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

No processo de conceitualização cognitiva de M., as informações foram sendo coletadas ao longo das sessões. Foi notável a dificuldade da paciente de acessar suas cognições negativas, utilizando de distratores e defesas ao longo das sessões, o que levou a uma vinculação terapêutica mais cautelosa, especialmente no trabalho com a conceitualização. Apenas na décima sessão foi apresentado o esquema hipotético para a paciente, e trabalhou-se de forma colaborativa no ajuste das situações propostas e na análise de novas situações.

Tabela 1 - Conceitualização cognitiva do caso M.

Dados relevantes da História
M. é filha única e vive com a mãe. Seus pais são separados há alguns anos, e desde então pai e filha quase não têm contato. Antes disso, o ambiente familiar era de muita briga. M. tem 24 anos, está no final da graduação, mas sua prioridade são os jogos virtuais e seu perfil fake na rede social. M. quase não sai de casa, ainda mais em período de pandemia, por achar o mundo muito perigoso. Não tem amizades relevantes, mas tem um namorado, que vive em outra cidade, com quem troca mensagens e visita uma vez ao mês.
Crenças nucleares
Eu sou incapaz. Eu sou um fardo. Eu não sou reconhecida por quem eu sou. Eu não me encaixo.
Suposições / crenças / regras condicionais
Se eu sair de casa, não serei capaz de lidar com o mundo. Se eu não trabalhar, serei um fardo. Se eu trabalhar, serei infeliz. Se eu chamar atenção, as pessoas me notarão. Se eu tiver um perfil fake, não precisarei enfrentar os problemas do mundo. Se eu não tiver um perfil fake, não serei reconhecida.
Estratégias compensatórias
Isolar-se; Jogar; Masturbar-se; Utilizar perfil fake para relacionar-se; Evitar compromisso.

Situação 1 Trabalhar	Situação 2 Relacionar-se	Situação 3 Andar na rua
Pensamento automático “Não me encaixo nas expectativas do mundo”.	Pensamento automático “Não sou feminina, sou diferente das outras meninas”.	Pensamento automático “O mundo não é um lugar seguro para mim”.
Significado do P.A. “Não sou suficiente”; “Sou incapaz”.	Significado do P.A. “Sou inadequada”.	Significado do P.A. “Sou vulnerável”.
Emoção Solidão, desamparo; medo	Emoção Vergonha	Emoção Medo; desamparo

Comportamento Evitar situações de compromisso; isolamento.	Comportamento Uso de perfil fake.	Comportamento Isolar-se em casa.
--	---	--

Técnicas cognitivas utilizadas

A terapia cognitiva baseia-se na visão de que estados como depressão e ansiedade são frequentemente mantidos ou exacerbados por maneiras de pensar exageradas ou tendenciosas. O papel do terapeuta, nesse caso, é ajudar o paciente a reconhecer esse pensamento e modificá-lo, pela aplicação da evidência e da lógica. No entanto, a racionalização dos processos de pensamento pode não ser suficiente para produzir mudanças, sendo eventualmente necessários, também, a evocação da emoção, o desenvolvimento da motivação, o confronto com a realidade através de novos pensamentos e comportamentos etc. Assim, o paciente poderá experimentar, em nível emocional, a importância de uma nova maneira de pensar, transformando o *insight* em prática (LEAHY, 2007).

A técnica da seta descendente é utilizada para conduzir o aprofundamento dos pensamentos, e assim podermos questionar sua validade. É comum utilizar essa técnica de forma a auxiliar o paciente a revelar uma crença nuclear importante. As primeiras perguntas, portanto, normalmente dirigem-se aos pensamentos automáticos, e assim gradativamente chegam à crença nuclear que estrutura esse pensamento. A maioria das perguntas segue esse princípio: “Se esse pensamento que você tem sobre si mesmo é verdadeiro, o que isso diz sobre você?” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

No caso de M., esta foi a primeira técnica utilizada, pois a paciente já se encontrava psicoeducada a respeito da abordagem cognitivo-comportamental. Inclusive, ao iniciar o trabalho com a atual estagiária, ela já trazia algumas descobertas importantes sobre si mesma, dizendo, por exemplo, “eu tenho necessidade de chamar atenção”.

A partir disso, foram sendo aprofundadas algumas dessas crenças, a fim de questionar sua validade e funcionalidade na vida de M. Para isso, utilizou-se a técnica de distinção entre pensamentos e fatos. O modelo cognitivo da depressão para Beck pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva se caracteriza pela visão negativa de si mesmo, dos outros/do mundo, e do futuro. Este modo de compreender os acontecimentos e as possibilidades funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que reafirmam os sentimentos pessoais de inadequação, baixa autoestima e desesperança.

Nesse sentido, as distorções cognitivas são a disfuncionalidade na percepção e no processamento de informações. As distorções mais recorrentes dos pacientes deprimidos são geralmente a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), abstração seletiva (tendência da pessoa a escolher evidências de seu mau desempenho), supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo) (POWELL et al, 2008).

A respeito da visão negativa de si, M. apresenta pensamentos como “sou inadequada”, “sou incapaz” etc. Sobre os outros e o mundo, M. apresenta pensamentos como “o mundo é perigoso”, “as pessoas são chatas” etc. Sobre o futuro, M. apresenta pensamentos como “se tornar adulto é chato”, “não serei feliz quando precisar trabalhar” etc. Ao longo das sessões, utilizou-se recorrentemente a técnica cognitiva de distinção entre pensamentos e fatos, visto que a paciente apresentava pensamentos sobre o futuro que lhe causavam ansiedade, ativando um comportamento de fuga e esquiva de situações. Essa técnica consiste em conduzir o paciente pelo exame das evidências e os raciocínios que levam ao pensamento disfuncional. Examinar os fatos não significa que todos os pensamentos sobre um determinado evento sejam errados, por isso é importante que seja sempre uma construção conjunta, de forma que o paciente não se sinta invalidado ou rejeitado (LEAHY, 2007).

Ainda sobre a técnica de distinção entre pensamentos e fatos, deve-se questionar o paciente acerca dos termos empregados em suas falas, sendo por isso entendida como uma técnica semântica. Ela busca amplificar o significado que a pessoa dá às palavras utilizadas na descrição de seus julgamentos, como, por exemplo, a palavra “fracasso”. É muito comum que se criem definições extremamente polarizadas entre sucesso e fracasso, de forma que essa irracionalidade possa ser a principal causadora do sofrimento do paciente (LEAHY, 2007).

No caso de M., esta técnica é utilizada com bastante frequência. A paciente apresenta pensamentos irracionais em relação ao trabalho e à vida adulta. Ela relata, em diferentes contextos, ter o desejo de não crescer, pois o mundo infantil é “mais fácil e mais bonito” (sic). Quando lhe pedi para definir a vida adulta, respondeu que se resumia em trabalhar, cuidar da casa, cuidar de crianças e pagar contas, o que lhe parecia muito pesado e pouco atraente. Respondi que não seria atraente da forma como estava descrevendo, mas que talvez este pensamento estivesse muito polarizado com a sua definição de infância.

Análise psicodinâmica do caso

A prática em psicoterapia, a partir dos preceitos da terapia cognitivo-comportamental, tem o objetivo de aliviar problemas de saúde mental e de adaptação, abordando padrões cognitivos e comportamentais que causam sofrimento emocional excessivo na vida (WENZEL, 2018). Ao fazer uso de hipótese diagnóstica, pretende-se, antes de tudo, facilitar a compreensão da problemática que impele a e interfere na busca pela psicoterapia. Frazão (2015) expõe que um diagnóstico deve ser entendido como uma compreensão de uma pessoa em sua singularidade existencial, respeitando cada sintoma como dotado de significado e finalidade no conjunto de sua vida.

Dessa forma, a possibilidade de diagnóstico para Transtorno de Personalidade Evitativa objetiva auxiliar na compreensão da singularidade de M., tendo o conhecimento de que as crenças centrais de insuficiência provêm de experiências interpessoais ao longo de sua vida, em que possivelmente houve forte dinâmica de rejeição e invalidação (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017). Esse e outros eventos possuem um significado no conjunto da vida de uma pessoa, de forma que precisamos, em primeiro lugar, conhecer suas razões de ser e os limites que enfrentaremos ao longo do caminho.

Pessoas com TPE acreditam que são inadequadas, que não são aceitas, e que serão sempre rejeitadas e criticadas. Podem evitar situações e relacionamentos sociais para evitar a dor de um eventual (inexorável, em seu julgamento) abandono. A rejeição, nesses casos, acaba sendo interpretada de maneira muito pessoal, como se fosse causada exclusivamente pelas deficiências pessoais dessa pessoa. Ela tenta esconder seu verdadeiro *self*, acreditando enganar aos outros sobre quem é verdadeiramente, ao menos por um tempo, pois pensa frequentemente que se conhecerem sua verdadeira personalidade, a abandonarão (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

O uso do perfil *fake* é entendido como um importante movimento de busca pela interação social a partir de uma outra versão sua: através de uma personagem digital criada sob os critérios de perfeição de imagem da paciente - rica, magra, loira e bem-sucedida profissionalmente. Ali, M. sente-se aceita, acolhida e recebe a atenção que busca para si, o que possivelmente a mantém satisfeita, distante da sensação de disforia e sem a necessidade de realizar mudanças práticas em sua vida.

Esse comportamento segue o padrão de evitação descrito por Beck, Davis e Freeman (2017): primeiro, o paciente torna-se consciente do sentimento disfórico; então ele busca uma distração, e nesse caso são os jogos e interações virtuais; e por fim, esse comportamento é reforçado pelo sentimento de alívio da disforia. Em outras palavras, eles evitarão sentimentos

negativos a qualquer custo, por perceberem-no como impossível de ser modificado. Indivíduos com TPE tendem, assim, a ser procrastinadores e perfeccionistas, a passar tempo excessivo em jogos *online*, evitando buscar novas experiências, por estarem frequentemente desconectados do afeto positivo (VALENTINO et. al, 2020).

Com base nessa compreensão cognitiva do TPE, os mesmos autores estabelecem três metas de tratamento principais: ajudar o cliente a superar a evitação cognitiva e emocional e tornar-se mais autoconsciente (o progresso será lento, até que ele participe ativamente); trabalhar no desenvolvimento de habilidades (de autorreflexão, autoexpressão, assertividade etc.); e avaliar os pensamentos automáticos e as crenças centrais que mantêm os padrões evitativos, procurando baseá-los mais na realidade e na funcionalidade. Esse processo deve proporcionar ao paciente com TPE uma vida mais produtiva e gratificante, o que tende a incluir novos relacionamentos e aprofundamento dos existentes (BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017).

Em estudo recente, o uso de técnicas experimentais como imaginação guiada, trabalhos corporais, *mindfulness*, *role-play*, tanto em sessão quanto na vida real, podem ser fundamentais para o sucesso do tratamento. Essas técnicas auxiliam o paciente a modificar seus esquemas interpessoais desadaptativos e incorporar imagens mais benevolentes de si e dos outros. O estudo mostra que indivíduos com TPE devem criar novas experiências que lhes possibilitem descobrir que seus anseios podem ser atendidos, e que a estratégia de evitação não precisa ser a única para lidar com a dor da possibilidade de rejeição. Os mecanismos de mudança podem ocorrer tanto a nível do vínculo terapêutico, como a nível das técnicas em e entre sessões (VALENTINO et. al, 2020).

A relação terapêutica estabelecida foi fortemente marcada pelas resistências de acessar as cognições negativas, de modo que, desde o início, era necessário ter paciência e persistência. Em muitos momentos, M. usava o sarcasmo e as ironias para evitar falar de seus pensamentos, junto dos comportamentos de esquiva da disforia como o universo *fake* e a masturbação, conforme relatado na descrição do caso. No entanto, o vínculo terapêutico ocorreu de forma espontânea, sendo posteriormente o mais sólido veículo do tratamento. Esse vínculo, como expõe J. Beck (2007), é essencial para terapia cognitiva, e envolve colaborar ativamente com o paciente; demonstrar empatia, atenção e entendimento; adaptar o estilo terapêutico ao paciente; aliviar a angústia; e solicitar *feedback* ao final das sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em terapia cognitiva com pessoas com transtornos de personalidade requer do terapeuta a compreensão da formulação cognitiva do transtorno, entendendo-se, atualmente,

que cada um tem um grupo específico de crenças associadas. Ao entender as cognições desse transtorno, o terapeuta pode mais rapidamente conceituar os problemas do paciente e estabelecer um foco de tratamento mais eficiente. O terapeuta também pode usar este entendimento para diagnosticar problemas na relação terapêutica e modificar sua estrutura, seu estilo e a intervenção, se necessário (BECK, 2007). No caso de M., compreender seus padrões em uma perspectiva clínica também auxiliam a compreender o vínculo terapêutico. A partir disso, as resistências da paciente são percebidas não mais como uma resistência à terapeuta, ou ao tratamento, mas à própria sensação de disforia que acessar as cognições mais negativas pode lhe causar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* [recurso eletrônico]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BECK, J. S. *Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática* [recurso eletrônico]. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FRAZÃO, L. M. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia* [recurso eletrônico]. São Paulo: Summus, 2015.

LEAHY, R. *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000600004&lng=en&nrm=iso>.

VALENTINO, V. et. al. Addressing maladaptive interpersonal schemas, poor metacognition and maladaptive coping strategies in Avoidant Personality Disorder: The role of experiential techniques. *Psychology Hub*, vol. 37, 1, p. 19-28, 2020. Disponível em: <<https://laboratoriocritico.uniroma1.it/index.php/psychologyhub/article/view/16898>>.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WENZEL, A. *Inovações em terapia cognitivo-comportamental: intervenções estratégicas para uma prática criativa* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2018.