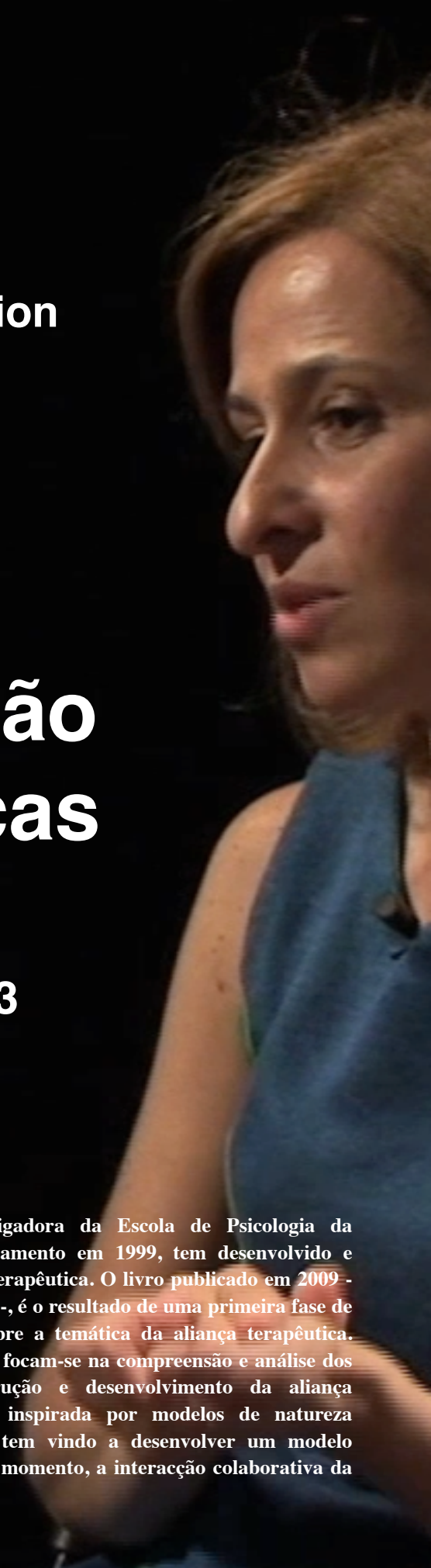




50 Minutes Conversation

Aliança e Colaboração Terapêuticas

Lisboa - Julho 2013

Eugénia Ribeiro é Prof. Auxiliar e Investigadora da Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Desde o seu doutoramento em 1999, tem desenvolvido e orientado investigação no domínio da aliança terapêutica. O livro publicado em 2009 - *Aliança Terapêutica: da teoria à prática clínica* -, é o resultado de uma primeira fase de estudo, investigação e reflexão em equipa sobre a temática da aliança terapêutica. Actualmente, os seus interesses de investigação focam-se na compreensão e análise dos processos interactivos subjacentes à construção e desenvolvimento da aliança terapêutica. Nesta linha de investigação, e inspirada por modelos de natureza construtivista, narrativa e desenvolvimental, tem vindo a desenvolver um modelo compreensivo que articula, a nível momento a momento, a interacção colaborativa da diáde terapêutica e a mudança do cliente.

Aliança e Colaboração Terapêuticas

Eugénia Ribeiro

Transcrição
B. Afonso & S. Olazabal

Edição e Revisão
A. Henriques

Tópicos

Esta conversa teve lugar em julho 2013, em Lisboa. Foram tópicos dominantes:

Parte I – Caracterização da Aliança Terapêutica

Part II - Formação e Desenvolvimento da Aliança

Part III - Treino e Supervisão

Parte 1

Caracterização da Aliança Terapêutica

AH: Eugénia, muito obrigado por teres aceite este convite. Eu se calhar começava te propor abordar um primeiro tópico que seria a caracterização da aliança terapêutica. A aliança terapêutica é um dos factores comuns responsáveis pela maioria da eficácia das psicoterapias, não é?

ER: Hum-hum.

AH: Portanto é um dos factores comuns dentro da relação terapêutica, que inclusive, ao que parece, já está a ser estudada empiricamente há uns anos, desde aquele fantástico livro cujo título era “As Relações Psicoterapêuticas que Funcionam”, do Norcross, de 2002 creio eu... [Norcross, J. (2002). *Psychotherapy Relationships that works: Evidence-based responsiveness*]

ER: Sim.

AH: ...em que o editor fazia uma sugestão no sentido que este factor comum tinha que ser estudado de

uma forma mais aprofundada e eu percebi que tu já estás a fazer isso. Parabéns: já estás a estudar de uma forma empiricamente suportada um dos factores comuns da psicoterapia, a aliança terapêutica. Vamos um bocadinho descobrir o que é que é a aliança terapêutica? Porque é que ela funciona?

ER: Sim, ok, Aníbal.

AH: Força.

ER: Primeiro, antes de mais obrigada também por este convite...

AH: Obrigado nós.

ER:..., porque também é uma oportunidade para mim poder estar aqui a falar do que tenho investigado e do tema que me interessa, nomeadamente, da aliança terapêutica e dos micro-processos associados à aliança.

Sim, de facto, a aliança terapêutica tem sido considerado um dos factores comuns da psicoterapia e é também um dos fatores relacionais que tem sido mais estudado nas últimas décadas. Neste momento, nós podemos dizer que há fundamentação empírica para validar este factor relacional como sendo um factor comum com contribuições relevantes para a eficácia da psicoterapia. É considerado um dos factores comuns mais robustos, que de um modo consistente se apresenta como um preditor moderado da eficácia da psicoterapia.

AH: Um dos mais eficazes, exactamente.

ER: Sim. Também tem sido um dos mais estudados e esta ênfase no estudo da aliança terapêutica também foi muito fomentada pela construção de um instrumento transteórico de avaliação da aliança terapêutica, por parte do Adam Horvath e do Leslie Greenberg, isto já em 1989, julgo eu, se não estou em erro...

AH:... por aí, exactamente.

ER:...portanto, e a partir daí, como é um instrumento baseado numa definição transteórica da aliança terapêutica, que é a definição do Bordin, permitiu, um aumento exponencial da investigação sobre a aliança terapêutica. Nomeadamente, numa primeira linha, esta investigação foi muito orientada pela questão da relação entre a aliança e os resultados da psicoterapia, Numa lógica da investigação centrada nos resultados da psicoterapia, os estudos procuraram perceber se esta aliança terapêutica era, de facto, um factor preditor dos resultados e da eficácia em psicoterapia.

AH: Desculpa só interromper: de facto o trabalho do Muran e do Safran, já também nos anos 90, não é?

ER: Sim...

AH: É muito relevante nesse sentido porque eles já utilizam a aliança terapêutica como instrumento principal, de terapia, não é?

ER: Sim, sim, o trabalho deles no domínio da identificação e

resolução das rupturas da aliança terapêutica e da sua relação com os resultados da terapia é muito importante e sem dúvida um trabalho de referência para quem investiga ou estuda nesta área. Aliás, o Muran e um outro investigador conhecido neste domínio da aliança terapêutica, o Barber, publicaram um livro há pouco tempo (julgo que é de 2010, se não estou em erro, 2010 ou 2011) em que precisamente apresentam uma revisão do trabalho teórico e empírico sobre a aliança terapêutica, desde as medidas de avaliação da aliança, a relação da aliança terapêutica com as diferentes abordagens terapêuticas, e, portanto, revêem o conceito de aliança tal como é definido por diferentes abordagens terapêuticas, na sua especificidade, para além da comunalidade transteórica, abordam a natureza dinâmica da aliança e o conceito de ruptura e resolução da aliança... E, neste livro eles fazem também uma revisão da fundamentação empírica para intervir na própria aliança terapêutica, enquanto processo dinâmico e relacionado com a mudança em psicoterapia.

AH: Um livro do Horvath?

ER: Um livro do Muran e do Barber.

AH: Ah, ok, hum-hum.

ER: Mas, de facto, a equipa do Safran e do Muran é uma das equipas mais conhecidas...

AH: E mais fortes nesta área.

ER: E mais fortes nesta área da intervenção na própria aliança terapêutica. A equipa deles é reconhecida pelo estudo que fizeram e continuam a desenvolver no domínio das rupturas da aliança terapêutica, na identificação e na resolução dessas rupturas e, portanto...

AH: Sim, eu pude vê-lo a trabalhar e ele trabalha predominantemente nessa área... na área da *immediacy*. Como é que vocês chamam?.. Do imediato, daquilo que está a acontecer aqui e agora...

ER: Sim, no aqui e agora.

AH: ..entre o terapeuta e paciente, e parece ser o instrumento dominante que ele mais utiliza.

ER: Sim, eles desenvolveram inclusivamente uma Intervenção Relacional Breve, suportada na investigação empírica que desenvolveram e, que tem como base a identificação das rupturas e a intervenção de natureza interpessoal. A proposta deles consiste em negociar a intersubjectividade da díade terapêutica, e essa negociação da intersubjectividade, passa precisamente por identificar e resolver as rupturas momento a momento, no “aqui e agora” da relação entre o paciente e o terapeuta. Têm muita investigação nessa linha...

AH: Desculpa interromper-te: continuas de acordo com a definição do Bordin de que a aliança é predominantemente, peço

desculpa, de que a aliança são três áreas...

ER: Três dimensões.

AH: ... três dimensões: os objectivos da terapia, as tarefas terapêuticas, e a ligação terapeuta-paciente. Isso para ti continua a ser...?

ER: Sim. Se nós entendermos a aliança como uma macro-variável, nesta perspectiva de negociação dos objectivos, negociação das tarefas e da criação de um vínculo... O que o Bordin trouxe de novo, de facto, porque ele tinha uma formação psicodinâmica...

AH: Extactamente, sim.

ER:... e, portanto, de algum modo ele importa a origem psicodinâmica da aliança terapêutica, mas, na verdade propõe uma novidade, na medida em que sugere que a natureza colaborativa da aliança terapêutica é transversal a qualquer abordagem terapêutica. Portanto, o próprio Bordin já define a aliança terapêutica como uma variável relacional de natureza colaborativa, chama a atenção para a necessidade da mutualidade nas contribuições do terapeuta, e do cliente. e apresenta esta colaboração mútua como sendo transteórica. Ou seja, o que ele sugere e defende é que esta negociação de objectivos, negociação de tarefas e criação de vínculo é importante, qualquer que seja a abordagem teórica em que nós estejamos a intervir.

AH: E é isso que é responsável por quase todos os modelos de terapia mais conhecidos, terem uma eficácia...

ER: Provavelmente, embora a especificidade desta negociação dos objectivos ou das tarefas ou até da própria criação deste vínculo possa ser...

AH:...aprofundado...

ER: ...aprofundada e, de algum modo, ligada à abordagem, não é?

AH: Ah, ok, hum-hum.

ER: O terapeuta poderá negociar os objectivos da terapia de uma forma diferente se for orientado por uma abordagem mais humanista ou por uma abordagem mais cognitivo-comportamental, ou poderá considerar pouco importante negociar os objectivos com o paciente de um modo preciso. Por exemplo, há abordagens em que esta negociação não se faz de uma forma explícita, não é? Estou a pensar nas abordagens mais narrativas, em que por vezes esta negociação explícita e explicada não é valorizada, nem mesmo adequada...neste sentido: "o que é importante conseguir neste processo é...."

AH: Eu que tive um treino, como tu sabes, forte em cognitivo-comportamental nos anos 80 e 90, para mim era muito claro que esse objectivos estavam muito presentes e embrulhavam quase todas as intervenções terapêuticas, a negociação mais ou menos psicoeducacional ou didáctica do que se faz em terapia. Era muito clássica essa formação à Bordin:

ER: Sim, claro.

AH: ...objectivos terapêuticos, talvez menos, um bocadinho a relação, mas depois, claro: como é que se trabalha isso?

ER: Claro.

AH: Faz a diferença, não é?

ER: Essa é a grande questão, neste momento. E eu acho que essa questão tem sido, de facto, levantada por investigadores e teóricos de renome internacional. Sei lá, estou a lembrar-me do Adam Horvath, que é uma referencia incontestável no domínio da aliança terapêutica, e dos artigos dele de 2005/2006, e a partir daí até agora, sistematicamente chamam à atenção para a necessidade de perceber o que é que, afinal, se faz concretamente momento a momento quando se fala de colaboração, de aliança. Portanto, como é que se forma esta aliança? Porque há muitos estudos sobre a formação da aliança ou o desenvolvimento da aliança ao longo do processo, mas sempre tomando esta aliança como uma variável macro, ou seja, avaliada quer pelo terapeuta quer pelo cliente, no fim da sessão, e sempre nesta perspectiva de percepção de, não é? Como o terapeuta ou o cliente percebem a qualidade da aliança da sessão, no momento após a sua finalização...

AH: De construção activa.

ER: E não como construção momento a momento. Portanto, o que é que acontece numa sessão, a um nível micro, processual, ao nível da interação momento a momento para que, no fim da sessão o cliente avalie a sua percepção da aliança durante aquela sessão: favorável ou desfavorável e, da mesma maneira, o terapeuta. O estudo dos processos micro ganha relevância, tanto mais que variáveis diferentes influenciam a percepção do terapeuta e

a percepção do cliente quando avaliam a aliança no final da sessão.

AH: Sem dúvida.

ER: Por exemplo, uma das variáveis que influencia a percepção do terapeuta é sua formação técnica, não é?

AH: Específica.

ER: Específica e, portanto, a investigação mostra que os terapeutas são mais exigentes na avaliação da aliança terapêutica, mais críticos, e, portanto, tendem a avaliar com uma qualidade menor.

AH: Ah, ok, são mais exigentes...

ER: ...na avaliação. Portanto, habitualmente as avaliações, o score final da avaliação do terapeuta é menor que o do cliente, em especial na fase inicial do processo.

AH: Ok, hum-hum.

ER: E isto é importante porque, se nós estamos a avaliar a percepção, o cliente é habitualmente mais influenciado, por exemplo, no início do processo terapêutico, por factores de natureza interpessoal, mediados pelos estilos interpessoais que ele apresenta nas outras relações, pela deferência que pode fazer relativamente ao terapeuta e, portanto...

AH: Sabes que a minha impressão é de que os psicoterapeutas, seja qual for a escola, habitualmente estão mais focados na relação do que na aliança se calhar às vezes pensando que, se focando na relação se estão a focar na aliança e não é exactamente a mesma coisa.

ER: Pois não.

AH: Pois não, não é? E portanto, é mais fácil ver os terapeutas mais preocupados com

a relação do que preocupados com a aliança, como se a aliança já viesse no pacote da relação e não é tanto assim se calhar?

ER: Pois. Essa é outra... enfim, é outra questão que remete para a necessidade de nós termos que definir melhor os construtos a que nos estamos a referir. E na verdade um construto...

AH: Uma relação... a construção de uma boa relação segue outros critérios que não a construção de uma boa aliança.

ER: Eu acho que a inclui: a aliança é uma das componentes da relação. Quando a relação é eficaz eu diria que, provavelmente, há também aqui uma aliança de qualidade. Mas a relação poderá ser um construto mais amplo do que a própria aliança. A aliança é mais específica.

AH: Pois, exactamente. Deixa-me partilhar contigo porque, para mim, a relação é o meu afecto pelo paciente e o afecto do paciente por mim, a minha capacidade para mostrar estima positiva, de se mostrar empatia, de estar muito próximo, não é? Que é diferente de ir negociando para onde é que vamos e onde é que estamos e para onde é que queremos ir.

ER: Essa perspectiva de relação, claramente tem a ver com a dimensão do vínculo da aliança, não é?

AH: Exactamente, sim.

ER: Quando nós falamos do vínculo estamos a falar disto: do respeito, da confiança, da estima, da crença do cliente de que aquele terapeuta o vai ajudar e, portanto, pode confiar. São muito as dimensões de confiança, respeito, ligação afectiva, a estima, pronto. Eu lembrei-me... agora, estava a ouvir-te e lembrei-me da revisão da literatura que

eu fiz durante o meu doutoramento sobre o..., porque o meu doutoramento focou esta questão relacional e...

AH: Já na aliança?...não, pois não...

ER: Na verdade eu procurei... ah, sim. Trabalhei também a dimensão da aliança, mas propus uma definição narrativo-construtivista de relação e de aliança terapêutica. E na altura, eu fiz esta revisão e acabei por perceber uma sobreposição de conceitos, de uma forma um pouco confusa. Neste sentido: autores que falam de relação e estão a falar de aliança ao mesmo tempo, não distinguem os conceitos de aliança e de relação...

AH: O que não nos ajuda nada depois a fazer a monitorização e o treino.

ER: Sim. Para outros autores a aliança era entendida precisamente numa perspectiva mais macro do que a relação, que tem a ver com isto que estiveste agora aqui a dizer, em que a relação é definida muito numa perspectiva do vínculo que se cria, mas também li outros autores para quem a relação é que era a variável mais macro comparativamente à aliança. Neste caso, incluímos na variável relação, a aliança, a empatia, o olhar positivo em relação ao cliente, incondicional, muito na linha do Rogers...

AH: Pois, factores específicos do paciente e da pessoa do terapeuta.

ER: Pois. Tudo isto entra no pacote de relação terapêutica e se nós repararmos, de facto, o livro do Norcross de 2002 e agora a última versão de 2011, é muito nesta perspectiva, portanto: relação é o chapéu mais abrangente, depois a aliança entra como um factor relacional mais específico, similar à empatia ou a outros. Eu diria que, talvez aquilo que o

Safran e o Muran chamam de segunda geração dos estudos na aliança é esta linha de investigação em micro-processos da aliança, como por exemplo, processos de responsividade ou processo de resolução das rupturas de aliança terapêutica, portanto, mais focada em sequências interativas ou em acontecimentos interativos,... E aquilo que nós, na nossa equipa, estamos a trabalhar denominamos como colaboração terapêutica, processos de interação colaborativa, avaliados a um nível mais micro...

AH: Porque são já muito co-construídos e são muito mais...

ER:... e que, independentemente da possibilidade do terapeuta e o cliente negociarem, de uma forma mais global, no início do processo ou ao longo do processo, os objectivos e as tarefas daquele processo, e irem monitorizando o vínculo, portanto, assumindo esta natureza mais macro de aliança na perspectiva do Bordin, a questão é: como é que isto, se vai co-construindo momento a momento? Porque nós precisamos de saber como treinar os terapeutas, como formar os terapeutas para que eles possam...

AH: monitorizar...

ER: Monitorizar e intencionalizar isto, momento a momento.

AH: Porque, precisamente, a sensação que eu tenho, e tu sabes que eu faço, eu tenho o privilégio de formar psicoterapeutas há alguns anos, eu sinto que eles, que se cai facilmente nesta posição que é: se a relação é boa, a aliança está boa e não se monitoriza mais, não é? Quando o processo é muito mais dinâmico e é preciso estar sempre atento.

ER: Sim, isso é muito importante. Eu acho que nós assistimos muito a essa atenção inicial à aliança, quando supervisionamos psicoterapeutas. Eu por vezes brinco com os meus alunos quando eles apresentam relatório de estágio, porque uma das primeiras tarefas é formar a aliança terapêutica e depois, é como tu dizes, esquece-se. E na verdade a aliança terapêutica, a relação terapêutica, neste caso a aliança terapêutica em particular, é como qualquer outra relação: evolui.

AH: É dinâmica, não é?

ER: Não é estática, é dinâmica. E, portanto, os factores do terapeuta, os factores do cliente, os factores da própria evolução subjacente ao processo terapêutico, a mudança que vai ocorrendo, interferem na qualidade da aliança. Positivamente ou negativamente, não é?

AH: Pode criar tensão, não é?

ER: Pode criar tensão, pode criar desacordo... E, portanto, não é por acaso que de facto nós percebemos, e há investigação empírica que suporta isto, que, quebras na qualidade da aliança ou da relação colaborativa são muitas vezes responsáveis, ou parecem ser responsáveis, por insucesso terapêutico ou por drop-outs. E isto tem a ver com a qualidade daquela relação, mas também com factores que contribuem para aquela qualidade.

AH: E é tão fácil, numa relação, estar em desacordo, não é?

ER: E não o dizer! (risos)

AH: Exatamente!

ER: E isto tem a ver, de facto, com ruturas da aliança. Por exemplo, com as ruturas de evitamento, como o Safran e o Muran lhe chamam. Rupturas de evitamento

referem-se a interações do tipo: o cliente, pode não estar a concordar, por exemplo, com uma tarefa ou não a perceber, não perceber porque é que aquela tarefa está a ser usada ou até estar a ser difícil para si realiza-la e não ser capaz de o dizer ao terapeuta, mantendo-se naquele processo, insatisfeito. E se o terapeuta não percebe isto, não é?, isto pode ser complicado, porque pode arrastar um processo sem mudança ou pode até o cliente acabar por ir embora, sem avisar.

AH: Fazer o drop-out. Muito bem, muito bem. Se calhar eu agora passava para um segundo ponto que é: como é que se constrói a aliança terapêutica, estarias de acordo?

ER: Sim.

AH: Se, de facto, é tão dinâmica, como é que se constrói? (...)

Parte II

Formação e Desenvolvimento da Aliança

AH: Muito bem, recomeçando, dizíamos que a nossa tendência é para subestimar e abandonar a aliança terapêutica a partir do momento em que sentimos que temos uma relação boa com os pacientes. E isto é de alguma forma arriscado porque numa relação acontece sempre muita coisa, é muito fácil entrar em desacordo não é? Vamos então falar um pouco sobre como se constrói activa e dinamicamente esta aliança terapêutica, como se faz? Requer dois, não é? Requer um cliente e um terapeuta; há aqui tantas variáveis: há as variáveis do paciente, pacientes que são tão diferentes, com estilos relacionais tão diferentes e terapeutas também são pessoas...

ER: Claro, e também têm os seus estilos interpessoais...

AH: E portanto isto é, de facto uma arte muito complexa, uma área muito complexa, a área da relação e da construção da colaboração, não é? Mas como é que podemos tornar este processo menos invisível e mais monitorizável e mais regulável?

ER: Eu acho que essa questão é muito importante e, como eu dizia há pouco, nos últimos anos alguns autores de renome, nomeadamente o Adam Horvath tem sugerido muito responder a esta questão: é necessário perceber o que é que acontece, como é que se forma, como é que evolui, como é que se mantém a qualidade da aliança terapêutica e para isso temos que perceber o que é que acontece a um nível micro e intra sessão.

AH: Para logo a identificar, não é?

ER: Para identificar momento a momento, exactamente, e portanto, para o psicoterapeuta na própria sessão poder ir intencionalizando, corrigindo e estando atento. Enquanto intervém tecnicamente não descurar este procedimento relacional e, neste sentido, a própria intervenção na aliança é ela em si própria, também, técnica. Há aqui uma maior interligação entre a dimensão relacional e a técnica...

AH: Corremos o risco de transformar um factor comum numa técnica!(risos) E isso é bom? O risco habitual da manualização excessiva, de se perder...

ER: Técnica no sentido de ser uma intervenção intencional e fundamentada, cujo alvo é a própria relação, não é?

AH: Há sempre aqui dois lados nisto, em tornar o processo de monitorização da

aliança mais específico, mais observável e também mais técnico. Há sempre aqui dois lados que é o problema da técnica...

ER: Sim, sim

AH: ...depois começamos a entrar também na manualização excessiva e se perde a relação, mas é um risco que temos que correr, não é?

ER: Hum-hum, pois. Eu não sei temos necessariamente que manualizar mas eu acho que se calhar não. Mas... é uma questão que não me tinha ocorrido mas acho que não será necessário.

AH: Daqui a um ano estarás a pensar no teu manual!

ER: (risos)

AH: Com os bons estudos que eu sei que estão a caminho, não é?

ER: Neste momento o que temos é um manual de codificação da colaboração terapêutica, entendida como condição nuclear da aliança, que nos permite descrever o desenvolvimento da interação momento a momento na sessão. Embora seja um manual de análise e não de intervenção, eu acho que pode, de facto, vir a derivar mais tarde, não necessariamente num manual, mas num conjunto de recomendações...

AH: Exacto.

ER: ...E de orientações para como estar na relação e formar ou desenvolver uma aliança terapêutica de qualidade.

AH: Sem atropelar a relação, nem o paciente, nem o terapeuta, não é? Já com esses cuidados.

ER: Claro. Porque não é necessário... pretende-se que seja, também, transteórico, e portanto não estou a imaginar neste momento, pelo menos, a desenvolver um manual de intervenção relacional, que nesse caso teria que ser, não é?

AH: Sim, sim, exactamente.

ER: Pronto, mas não sei, isto é um processo, é um trabalho que está ainda muito no início, e estes trabalhos demoram sempre muitos anos, para serem consolidados e validados. Mas voltando à questão de como se forma a aliança, eu estava de facto a enfatizar esta necessidade de... de focar a nível micro, e não só. É... há uma outra... enfim, uma outra dimensão que me parece importante não deixar de lado e não negligenciar, esta ideia de que a aliança terapêutica, sendo colaborativa e bidireccional, nos obriga sempre a ter em conta que quer o terapeuta quer o cliente contribuem para essa relação colaborativa, ou interacção colaborativa. Focando a aliança a um nível mais micro, nós temos sempre que ter em consideração a contribuição de ambos. Vários estudos têm procurado perceber como é que o terapeuta contribui para a aliança. Nesta linha de pensamento, então se a aliança é importante, e se o terapeuta é o responsável por monitorizar e intencionalizar a intervenção, como é que ele pode intervir nesse sentido. Mas não chega. Também há estudos que mostram como é que o cliente contribui para essa aliança...

AH: Para construir ou destruir, não é? Porque há pacientes que nos conseguem despir das nossas competências como terapeuta, não é? Põem-nos... como é que se diz, tiram-nos do sério, desafiam-nos, não é? Os mais difíceis tiram-nos do sério, desafiam-nos. E perdemos competências, não é?

ER: Sim, desafiam-nos. Claro, há clientes difíceis, seja... por exemplo, estou a lembrar-me de clientes com perturbação de personalidade, são extremamente desafiantes do ponto de vista da... da formação e da manutenção da aliança terapêutica.

AH: E até da relação, não é? A um nível mais básico.

ER: Sim, sim, ao nível do vínculo, claro, claro que sim, e portanto eu aqui estou bastante de acordo com os autores que enfatizam, como por exemplo o Hatcher (2006), que enfatizam esta mutualidade e esta... esta contribuição mútua de cada um, momento a momento. E portanto, acontece momento a momento.

AH: Mas os teus estudos vão-se focar no terapeuta?

ER: Os meus estudos focam-se na díade.

AH: Na díade.

ER: Na díade, precisamente porque os estudos que nós estamos a desenvolver sobre colaboração terapêutica tomam esta definição de colaboração numa perspectiva bidireccional e mútua, focam-se nos dois, no terapeuta e no cliente. Sim.

Não sei, talvez possa explicar um bocadinho este modelo que nós estamos a desenvolver.

AH: Força, sem dúvida.

ER: Portanto, partindo um bocadinho desta... desta ideia, de que a colaboração acontece nesta perspectiva mútua, e da questão: como é que, então, se forma esta colaboração, como se desenvolve esta colaboração, e como é que a colaboração se torna terapêutica, há uma outra ideia que a mim me faz... que me faz muito sentido e que importa explicar. Perspectivar a aliança, ou na colaboração, a nível micro, só faz sentido, na minha perspectiva, se for em relação com a mudança que vai emergindo...

AH: Na perspectiva da mudança...

ER: Na perspectiva de que ela contribui para a mudança, não é?

AH: Para a eficácia da psicoterapia, claro.

ER: Não estudamos a colaboração pela colaboração, ou a interacção pela interacção, mas sempre na ligação desta interacção com a mudança que está a ocorrer, e portanto também nesta perspectiva de que a mudança, nesse caso, terá que ser analisada também a nível micro, e não apenas no fim dos processos, ou mesmo no fim da sessão. Portanto, estes micro-processos, que nós estamos a procurar estudar, são micro-processos que articulam a interacção, a qualidade da interacção, ou seja a colaboração micro, com a mudança também ao

nível micro. Pronto. E nesse sentido...

AH: Muitas influências do construtivismo, das narrativas, dos desenvolvimentistas, não é?

ER: Há aqui várias influências. Sim, das abordagens narrativas, sim, dos modelos desenvolvimentais... Sim, há aqui, de facto, bastantes influências neste modelo que nós estamos a tentar desenvolver e consolidar. Uma... uma das influências base é esta influência desenvolvimental... enfim, assumindo este pressuposto de que a psicoterapia surge como uma alternativa ao cliente quando ele se sente, de algum modo, incapaz de sozinho dar resposta aos desafios que a vida lhe coloca, e portanto de algum modo, um pedido de ajuda tem subjacente a ideia de que haverá alguém que será mais competente, que *me* poderá ajudar, a superar e a resolver...

AH: Perceber onde é que *eu* estou exactamente...

ER: Perceber o que é que se passa *comigo*, e portanto onde é que *eu* estou do ponto de vista do *meu* percurso de desenvolvimento, ou do *meu* percurso de vida. Mas , mesmo que o cliente não pense desta maneira, subjacente está um pouco esta crença, ou este pressuposto de que vai ser ajudado. Não é? E... também o pressuposto de que esta pessoa poderá ajudar se, de facto, conseguir perceber... Esta pessoa, neste caso, o psicoterapeuta, conseguirá ajudar

este cliente se conseguir, por um lado, perceber a realidade ou a experiência que ele apresenta, (quer nós conceptualizemos esta experiência ou este problema em termos narrativos, ou em termos construtivistas, ou com um outro racional teórico...) e portanto, a história que ele conta, ou a narrativa problemática que ele conta, ou os sistemas de significado rigidificados que impedem o cliente de expandir, ou... flexibilizar a sua experiência, mas também será necessário que o perceba isto mesmo, a rigidificação e a pobreza desta significação, ou que...

AH: Que consiga ver, não é? Que consiga ver...

ER: Que consiga ver, perceber, e até experienciar, se quisermos, o outro, portanto ser, no fundo, empático com esta experiência. Mas também perceber que tem que, de algum modo, o desafiar para a diferença, não é? Para... puxá-lo um bocadinho para...

AH: Muito bem. Criar alguma tensão, não é?

ER: Criar alguma tensão, algum desafio... que o ajude a abrir para a novidade, e portanto a avançar. Sendo que este desafio, ou esta... esta tensão que o terapeuta precisa de criar, não pode ser demasiada, com o risco de este cliente não... se sentir demasiado ansioso, demasiado...
em risco,
relativamente à
possibilidade de avançar no sentido

proposto pelo terapeuta. E portanto, esta ideia fez-me lembrar, quando comecei a elaborar o modelo da colaboração terapêutica, de um conceito desenvolvimental - a zona de desenvolvimento proximal, do Vygotski, e que outros autores já tinham apropriado para a psicoterapia, o Leiman & Stiles, e que nós procuramos neste modelo operacionalizar um pouco mais.

AH: A terapia é predominantemente... tem que ser predominantemente, isso, proximidade, não é? Se a terapia não for proximidade...

ER: Sim, sim. Eu acho que há uma metáfora, que não é minha, naturalmente, mas... julgo que a primeira pessoa que eu me lembro de ouvir falar desta... desta metáfora, foi o Michael Mahoney. Ele falava da psicoterapia como uma dança, não é? Mas é uma dança próxima, portanto, em que o terapeuta e o cliente acertam o passo, não é?

AH: Exactamente.

ER: E portanto, precisam desta proximidade, e precisam de perceber o movimento que um e o outro fazem, para poderem... ter esta sincronia que é necessária numa dança, não é? E nesse sentido, eu concordo... faz-me muito sentido esta metáfora, porque eu... e assumindo este conceito de zona de desenvolvimento proximal, não é só o terapeuta que tem que perceber o passo do cliente, a mim parece-me que o cliente também tem que

perceber o passo do terapeuta. Por exemplo, no sentido de perceber, entender, e ser capaz de acompanhar, as propostas que o terapeuta faz.

AH: A partir de quê? A partir da sua capacidade de estar... de estar atento ao terapeuta, ou...?

ER: Da sua capacidade de estar atento, da sua capacidade de metacomunicar com o terapeuta, de perceber...

AH: De ouvir, até, o terapeuta, não é?

ER: De ouvir o terapeuta, de ouvir a proposta... ouvir e perceber, entender, a proposta que o terapeuta está a fazer, e perceber o que é que ela pode significar do ponto de vista do trabalho que estão a fazer... portanto, há aqui complexidade, e portanto, nesse sentido, nós assumimos...

AH: A responsividade que tu há pouco falavas, e gostava que falasses de novo, já não é só do terapeuta, aqui?

ER: Sim, de algum modo podemos dizer que o cliente precisa também de ser responsivo às propostas que o terapeuta faz. E esta responsividade também tem a ver com... precisamente com isto, com... enfim, com outros conceitos que eu acho que estão implícitos no nosso modelo e que são os conceitos de mentalização, de teoria da mente, de... metacognição...

AH: Portanto, que têm a ver com a relação, com a capacidade de ler o outro...

ER: A capacidade de ler o outro, e de..., de ler o outro e ler-me a mim próprio ao mesmo tempo, não é? E portanto ser capaz de fazer este movimento entre a leitura que estou a fazer da minha experiência, e a leitura que estou a fazer da experiência do outro. Isto é muito importante para um terapeuta ser responsivo. Eu acho que esta perspectiva sobre a responsividade do terapeuta tem implicações depois na formação dos psicoterapeutas em termos de se conhecerem, de perceberem o que é que os afecta, o que é que os incomoda, o que é que os pode tornar mais defensivos e mais rigidificados, na sua própria intervenção, e que portanto, pode diminuir a sua capacidade de responsividade. Mas também me parece importante no próprio cliente. Um dia destes, um cliente meu dizia-me..., agora a propósito disto, eu desafiei-o um pouco para reflectir duma forma diferente acerca da sua experiência, e ele disse-me: “eu estou a perceber aquilo que está a querer que eu pense”!

AH: Aquilo que está a querer que eu pense, exactamente...

ER: Eu ri-me com ele, porque..., na altura, curiosamente, rimo-nos os dois, porque é um cliente que eu já tenho há muito tempo, e que tem alguma dificuldade de aceitar as mudanças que está a fazer, e

claramente, na altura...eu julgo que ele percebeu como eu estava a perceber a sua experiência. Eu acho que é um bom exemplo de como ele percebeu a minha proposta, o que é que eu estava a tentar... eu acho que isto é necessário, porque...

AH: Desculpa interromper. A única vez que eu vi... um terapeuta exigir responsividade ao cliente, foi com o Safran... com o Muran, não é? Justiça lhes seja feita, porque de facto, eles conseguiam pôr os pacientes, no seu... procurá-los para o seu limite, isto é, convidá-los, desafiá-los... Desafiá-los a pensarem sobre o que o terapeuta sente e pensa, não é?

ER: Pois, porque eles usam muito a metacomunicação...

AH: Metacomunicação, o que está a acontecer.

ER: O que está a acontecer aqui e agora entre nós.

AH: E isso é muito interessante, até do ponto de vista construtivista, estarias de acordo concerteza, porque nos tira do papel super-activo, o terapeuta que cura os pacientes, e aproxima-nos mais da posição de que a transformação acontece neste tango, não é? Nesta relação...

ER: Sim, sim, claro. Eu... aliás, este conceito de responsividade, que nós assumimos no modelo de colaboração terapeutica... tem claramente aqui uma influência construtivista. Pelo menos do meu ponto de vista, e do modo como eu

penso sobre isto, porque nós usamos o conceito de validação e invalidação, e este conceito de validação e invalidação é precisamente isto, é... eu valido a significação duma outra pessoa na medida em que reconheço o significado que a outra pessoa também lhe está a dar, e isto, quer da parte do terapeuta, quer da parte do cliente. Portanto, embora nós adotemos no modelo de colaboração a resposta de validação e invalidação como sendo da parte do cliente, esta proposta tem subjacente, ... este princípio construtivista de que quando o terapeuta propõe uma determinada intervenção, uma determinada acção, reflexão... convida o cliente a pensar ou a agir duma forma diferente... se o cliente valida esta proposta do terapeuta, então, é porque de algum modo é capaz de experienciar essa proposta como fazendo sentido a si próprio. Não é? Como tendo significado para si, também. Se não tem, se não faz sentido, se não sintoniza com a sua própria experiência, se interfere, até, criando aqui alguma dissonância com a sua própria experiência, provavelmente este cliente vai invalidar a proposta do terapeuta. Ou porque não lhe faz sentido, ou porque a sente demasiado..., até pode percebê-la, mas sente-a demasiado arriscada, ou seja, invalida o seu sistema de significação. E, portanto, cria aquilo que o George Kelly (1955) chamava "ansiedade"...

AH: Isso, claro.

ER: ... do ponto de vista construtivista. E que nós, no nosso modelo, chamamos risco intolerável.

AH: Deixa-me pôr-te outra questão, porque... ainda a propósito da responsividade não poder ser só do lado do terapeuta... é porque se de facto a terapia é uma relação tão próxima e é um tango a dois, onde estão duas pessoas, isto implica também, de alguma forma, que o terapeuta esteja lá como pessoa e se auto-revele de vez em quando.

ER: Eu acho que sim, acho que sim...

AH: Não é? Isso é tão importante, aliás vemos um bocadinho isso no modelo do Muran e do Safran, em que o terapeuta consegue falar dos seus estados emocionais...

ER: Internos, sim...

AH: Internos, que tem que ver com a relação, e que são obviamente úteis para o decorrer do processo.

ER: Eu julgo que, mesmo que não fale sobre eles..., eu não tenho nada contra...

AH: A auto-revelação.

ER: Sim, desde que ela seja...

AH: Ao serviço do paciente e da relação.

ER: Claro, exactamente, e com a ponderação necessária, e portanto que não se invertam aqui os papéis, naturalmente. Mas...

AH: Mas parece-te importante? Nesta medida em que o paciente também se sentir uma pessoa...

ER: Sim, o que eu acho..., eu acho importante que o terapeuta tenha, pelo menos, consciência desses estados internos e de como esses estados internos estão a interferir, positivamente ou negativamente, naquele contexto, naquela colaboração, da díade, isso parece-me importante...

AH: Mas é tão difícil, não é? Dizer a um paciente... quando um terapeuta está a sentir muita dificuldade em estar com o paciente, só estar com o paciente na sala, um paciente... sei lá, um anti-social, ou o que seja, é tão difícil abrir isto, e dizer, não é? O que estamos a sentir, quando se calhar para o paciente é óbvio que estamos incomodados, não é?

ER: Sim, eu julgo que, por exemplo com pessoas com perturbação de personalidade isto pode ser até extremamente importante...

AH: E útil, não é?

ER: E útil. Enfim, agora lembrei-me do que o Dimaggio defende, mas...

AH: Sim, o Dimaggio defende claramente isto, no modelo dele, não é?

ER: Sim, sim... e acho que é, em alguns casos, muito terapêutico, estou-me a lembrar, sei lá..., das perturbações de personalidade narcísicas, em que a expectativa de perfeição face ao terapeuta é extremamente importante para eles, e em como pode ser importante que o terapeuta revele imperfeição, precisamente para desafiar esta crença exagerada de..., não é?

AH: Exactamente, e para o paciente parar de desafiar a perfeição do terapeuta, não é?

ER: Sim, sim... pois, acho que sim.

AH: E portanto, estamos a construir aliança quando fazemos uma auto-revelação, quando somos responsivos, tudo isto são..., estamos a tentar definir como é que se constrói activamente... a aliança.

ER: Sim, numa perspectiva micro, e na perspectiva em que nós temos vindo a desenvolver este conceito de aliança, e portanto nesta dimensão micro, colaborativa... da interacção colaborativa, esta aliança será construída momento a momento por esta atenção do terapeuta à experiência da díade momento. Se quisermos, e em termos de zona de desenvolvimento proximal terapêutica do cliente, pela atenção do terapeuta àquilo que o cliente está capaz de evoluir sozinho, experienciar, significar, e o que ele pretende conseguir..., e portanto, a mudança que ele pretende conseguir. Nós assumimos que esta aliança, ou esta colaboração a nível micro, acontece quando o terapeuta e o cliente funcionam, interagem, dentro destes dois níveis, desta zona, não é? Um nível real ou actual, do momento, e aquele que é potencial e que é definido pela mudança que o cliente, ou a díade, vai negociando como sendo possível, ou sendo desejada pelo cliente.

AH: Sendo a relação tão dinâmica, nós temos que pensar, enquanto terapeutas, que a ruptura, peço desculpa, que a aliança, está sempre em risco, não é? Porque a cada momento o paciente vai para caminhos diferentes, está em áreas diferentes, pode ter esquecido já os seus objectivos, pode ter outros objectivos, a agenda pode ser outra, é tudo tão dinâmico, o terapeuta tem que estar preparado para uma ruptura permanente da aliança, estarias de acordo?

ER: Permanente não sei se ...

AH: Ou eminente, não é, ou... com alguns pacientes mais que outros, claro, obviamente.

ER: Sim, sim, com alguns acho que claramente pode ser mais provável. Enfim, eu acho que haverá, de qualquer modo, alguma estabilidade, quer dizer...

AH: Sim, sem dúvida.

ER: Mas, se eu percebo bem a tua pergunta, é esta ideia de que o terapeuta não se poderá acomodar à ideia de que a aliança está estabelecida, a colaboração agora vai correr bem... eu julgo que há sempre, de facto, o risco de, por factores externos à terapia, ou por factores internos ao processo terapêutico e nomeadamente à interacção da díade, poder ocorrer ruptura, sim. Nós vemos..., eu acho que... a temática de rupturas não é exactamente... embora haja algumas semelhanças, e até eventualmente algumas sobreposições, mas o conceito de

ruptura da aliança não é exactamente o mesmo que nós estamos a trabalhar no modelo da colaboração. Porque... tal como eu entendo, o modelo das rupturas, centra-se em acontecimentos que são definidos... portanto, as rupturas acontecem, e são definidas duma forma, agora falta-me o termo..., mas, como episódios...

AH: Como episódios.

ER: ... separados, digamos assim, durante o processo, portanto, se acontecer um desacordo, uma quebra, ou uma tensão, na... dinâmica da díade...

AH: Portanto, resulta de acontecimentos, não é?

ER: ...portanto, eles podem ser definidos como episódios discretos, não é? E o que nós estamos a fazer, é analisar interacção a interacção, portanto, nós analisamos as interacções todas da sessão. E... estamos mais interessados neste movimento que a díade faz dentro daquilo que chamamos a zona de desenvolvimento proximal terapêutica, e as saídas da díade desta zona. E nesse sentido, para retomar a tua questão, nós vemos frequentemente que a díade sai daquilo que consideramos a zona colaborativa. Esta zona é também, na nossa perspectiva, a zona de trabalho da díade que favorece a mudança do cliente, porque não só permite que este experiencie segurança, necessária para que o cliente avance para uma zona de maior risco em determinado

momento, mas depois, se necessario possa voltar à segurança. Mas, estamos atentos a momentos em que a díade sai para zonas de risco intoleravel, ou de invalidação se adotarmos uma perspectiva construtivista, quando as propostas do terapeuta são demasiado desafiadoras do sistema de significação do cliente.

AH: As rupturas, então, não acontecem em cada sessão.

ER – Sim...

AH: Não têm que acontecer em cada sessão.

ER: As rupturas, tal como elas são definidas, por exemplo, pelo Safran e pelo Muran, como uma quebra da relação, como um desentendimento da díade, são muito prevalentes. A investigação mostra, que... por exemplo, usando o sistema de codificação das rupturas que o Safran e o Muran têm usado...

AH: O C.C.R. qualquer coisa?

ER: Três Rs... que é o Rupture Rating... agora está-me a faltar o outro R!

AH: Três Rs.

ER: É três Rs, pronto. Que é baseado no sistema da Harper...

AH: Que é de observação. Portanto, não é de auto-monitorização.

ER: Que é de observação, é de observação da gravação das sessões. E alguns estudos que usaram esse sistema, mostraram que 100% das sessões apresentavam rupturas. Não quer

dizer que sejam grandes rupturas, mas podem ser rupturas com uma intensidade moderada... A investigação sobre rupturas tem utilizado diferentes metodologias de identificação destes episódios – métodos diretos, indiretos e sistemas de observação. E aquilo que, se se conclui em termos gerais, é de que as rupturas são de facto episódios muito prevalentes nas sessões da psicoterapia. Podem acontecer na maior parte das sessões. O que pode acontecer também...

AH: Mas não necessariamente, mm-hm.

ER: ...é que elas podem ser resolvidas na própria sessão. Lá está, se o terapeuta também estiver atento. Se isto for um fator importante para o terapeuta e, portanto, se ele estiver atento e procurar resolvê-las. E isto pode justificar que, por exemplo, mesmo em sessões onde há rupturas da aliança, quando nós vamos avaliar com um instrumento de avaliação da aliança, baseado na percepção do terapeuta ou do cliente, como é caso do inventário da aliança terapêutica, depois ela seja avaliada de uma forma muito favorável.

AH: Ou seja, as rupturas são bem vindas, porque podem refortalecer, se devidamente identificadas e reparadas?

ER: Sim, a investigação mostra exatamente isso.

AH: Podem reforçar a aliança e reforçar a relação...

ER: E contribuir positivamente para a eficácia da psicoterapia, se são identificadas e resolvidas.

AH: Muito interessante sim.

ER: O problema é quando elas não são resolvidas. De facto podem derivar em processos de insucesso ou drop-out. Ou, derivar não, mas contribuir...

AH: Contribuir para o insucesso e para o drop-out; para o mal-estar até da relação, se calhar, não é?

ER: Mm-hm, sim.

AH: Se calhar até para o mal-estar da relação...

ER: E nós vemos isso, embora eu tenha dito que de facto o nosso sistema não é um sistema de avaliação de ruturas, mas tem de facto alguns paralelismos. Nós temos percebido, que, por exemplo em casos de drop-out, nós assistimos a uma interação terapeutica, que é tendencialmente não colaborativa. Ou seja, neste momento, temos casos de drop-out analisados apenas com a abordagem narrativa, mas o que verificamos, nestes casos, foi que, desde o início do processo o terapeuta desafia bastante os clientes. Embora no início do processo, o terapeuta suporte bastante o cliente, compreendendo o problema deles, ...

AH: Exato, mm-hm.

ER: ...o pedido que eles trazem, a partir da segunda sessão praticamente, o terapeuta começa a desafiar a perspectiva dos clientes e

eles começam a invalidar este desafio.

AH: Mm-hm.

ER: Ou seja, transmitindo esta ideia de que é demasiado arriscado para eles, aquele desafio. Portanto, não estão preparados para aquela mudança que o terapeuta está a propor.

AH: Preparados para essa proximidade e para aquele... Mm-hm.

ER: E o que acontece é que nós observamos uma escalada de desafio por parte do terapeuta e uma consistente escalada de risco intolerável, aquilo a que nós chamamos risco intolerável, que é a invalidação das propostas do terapeuta. E portanto, claramente, se nós estivéssemos aqui a fazer um paralelismo com as ruturas, nós teríamos aqui ruturas...

AH: Mm-hm.

ER: de evitamento, provavelmente, ou até de confronto. Mas do nosso ponto de vista o que acontece é que progressivamente esta díade sai da zona colaborativa e o terapeuta não inverte a sua intervenção, não volta facilmente...

AH: Muito interessante, sim. Precisamente, como é que, se calhar até temos de falar um bocadinho nisso a propósito do treino de terapeutas, formação e treino; nestas áreas a pergunta mais interessante é "Como é que se ajuda os terapeutas a manter essa proximidade colaborativa ou

monitorizar, saber que estão nessa proximidade colaborativa? Mas se calhar é o tema seguinte que eu propunha, está bem?

ER: Sim, está bem.

AH: Depois de uma pequena pausa, está bem? (risos)

AR: Ok. (risos)

Parte 3

Treino e Supervisão

AH: O essencial vai sendo dito de alguma forma e tocado. Ok, então se estiveres de acordo, voltamos então agora um pouco para a formação e treino. Os teus trabalhos e os trabalhos nesta área da aliança vão de facto trazer, fazer um mapeamento muito interessante para os terapeutas poderem monitorizar melhor esta área tão importante para a eficácia das psicoterapias, que é a da aliança. E tu sabes melhor que eu que o treino e a formação nesta área é muito pobre, não é? Até mesmo na relação já foi mais importante para os terapeutas dominarem os aspetos, as variáveis da relação.

ER: Sim. Mm-hm.

AH: Hoje é mais sexy dominar um modelo e fazer a cadeira vazia do que trabalhar empatia e a relação. E portanto é muito difícil, e há pouca oferta também se calhar formativa para esta área tão básica e tão importante, da aliança terapêutica.

ER: Mm-hm.

AH: Como é que avalias o estado da arte nessa área, na área da aliança terapêutica, o treino de terapeutas e como é que imaginas que pode evoluir?

ER: Eu concordo contigo, acho que a oferta não é muita e talvez uma das evidências dessa menor ênfase nas questões da relação e nas competências básicas, do ponto de vista das competências de atendimento e da influência na linha do Alen Ivey,, não é?, nas quais nós fizemos treino...

AH: Nos micro-processos, não é? Mm-hm.

ER: ...dos micro-processos e da empatia. Julgo que uma das evidências até seja a ausência destes componentes, por vezes nos planos curriculares, nas formações, de base dos psicólogos. E eu acho que, do ponto de vista até dos formandos, esta formação é não só uma necessidade como me parece ser do seu interesse. Nos últimos anos, eu ofereci uma unidade curricular de opção na Escola de Psicologia da Universidade do Minho, e era sempre uma opção que tinha muita gente, mais do que aquelas que eu gostaria para que pudesse ser mais prática...

AH: Tinham apetite para esta área?

ER: Sim.

AH: Da aliança ou da relação ou?

ER: A opção chamava-se *relação terapêutica*. Era muito focada nas

questões da aliança porque tinha a ver com..., era uma cadeira de autor e portanto era muito focada nas questões da aliança. Mas eu começava habitualmente por uma questão mais geral e depois focava em temas mais específicos relacionados com a aliança. E julgo que, por vezes também se nota, quando supervisionamos psicoterapeutas, às vezes de facto, é como dizes, há mais entusiasmo e encanto com técnicas que surgem de novo, do que propriamente com a atenção à relação, ao estar ali com o cliente e saber estar com ele.

AH: Quase como se os psicoterapeutas quisessem mais tratar os pacientes do que estar com eles.

ER: Pois, exatamente.

AH: É isso.

ER: Eu acho que o estar é muito importante porque...

AH: É uma arte complexa, não é? Estar com os pacientes.

ER: Provavelmente também obriga a estar bem connosco.

AH: Isso.

ER: E portanto isto...

AH: E estar com pessoas que são tão diferentes de nós, não é?

ER: Sim sim. É muito desafiante.

AH: Muito desafiante, mm-hm.

ER: E portanto estar bem com o outro provavelmente obriga-nos a estar bem connosco e eu acho que isto é desafiante para o terapeuta e julgo

que tem implicações em termos do treino e eu diria..., não acho necessariamente que os psicoterapeutas tenham que fazer psicoterapia sobre si próprios, mas acho que têm de se conhecer de algum modo, fazer algum processo de auto-conhecimento, de reflexão sobre si...

AH: Experiencial ou desenvolvimento pessoal, mm-hm.

ER: ...no sentido de perceberem as suas experiências internas e de que modo é que isto interfere no contexto das relações, nomeadamente no contexto da relação terapêutica e portanto na formação desta aliança. Porque negociar objetivos e negociar tarefas...

AH: É relativamente fácil.

ER: ...apesar de tudo, pode ser mais fácil.

AH: Sim.

ER: Porque é um processo informado pela própria...

AH: Os pacientes querem baixar a ansiedade, querem subir o humor, querem relacionar-se melhor..., isso é fácil, mm-hm.

ER: Os racionais da abordagem teórica que nós assumimos ajudam-nos a definir bem esses objetivos e essas tarefas. Mas estar atenta a este vínculo, e a cuidar deste vínculo ou negociar momento a momento o que está a acontecer, mesmo em termo dos objetivos e das tarefas...

AH: Das dificuldades dos pacientes para caminharem para aí, não é?

ER: Exatamente, pode não ser tão fácil assim.

AH: Mm-hm.

ER: E estou a lembrar-me como alguns estilos interpessoais do próprio terapeuta, por exemplo, mais inseguros ou mais rígidos ou inflexíveis, com maior hostilidade interpessoal podem dificultar esta... a própria experiência que o terapeuta possa ter e que, portanto dificulte a negociação. Estou a lembrar-me da minha própria experiência como supervisora de terapeutas estagiários, em que percebo que a insegurança no uso da técnica pode prejudicar, em alguns momentos, este estar com o cliente, porque se está mais com a agenda que se tem do que com o próprio cliente, muitas vezes.

AH: Ou com o modelo psicoterapêutico do que com o cliente, com o que está a acontecer, mm-hm.

ER: Exatamente.

AH: Mm-hm.

ER: E portanto, eu acho que um grande desafio para o terapeuta é o estar com o cliente, estar empaticamente com aquele cliente. E esta empatia no sentido de perceber a minha experiência e perceber a experiência do cliente e portanto ser capaz de comunicar o conhecimento ou a experiência que eu tenho da experiência do outro,

mas também reconhecendo que o faço a partir da minha.

AH: Essa presença e essa disponibilidade para o outro, o construtivismo ajuda um bocadinho.

ER: Sim.

AH: Porque é essa abertura, não é?

ER: Sim, porque a postura construtivista é muito centrada no cliente...

AH: No paciente, exatamente. Sim, e ajuda um pouquinho a que os terapeutas...

ER: ouçam o cliente, a sejam intelectualmente curiosos, ...

AH: De facto presentes.

ER: ...na relação, e que estejam presentes a assumir aquilo que o cliente nos tem para dar. Eu nessa..., lembro-me sempre de uma expressão do George Kelly, que acho que tem um pouco a ver com esta ideia construtivista de acreditar no cliente e acreditar naquilo que ele tem para nos dizer, mesmo quando nós estamos perdidos, que é: "Quando tu não sabes o que se passa com o cliente, pergunta-lhe. Pode ser que ele te diga."

AH: Exatamente.

ER: Eu acho que isto é um princípio que eu tenho muito...

AH: Muito orientador, não é?

ER: ...muito orientador, quer quando estamos perdidos quer quando não

estamos perdidos. É um pouco estar atento àquilo que ele tem para nos dizer e de que modo é que nós podemos incluir isso no processo que estamos a desenvolver em conjunto. Porque há aqui uma..., para mim é cada vez mais importante esta ideia da mutualidade e de estarmos juntos num processo que é dos dois. Claro, com objetivos de mudança do cliente. Mas, não sei se o terapeuta às vezes também não vai mudando todos os processos em que vai estando, com várias pessoas a mudar.

AH: Ah pois, certamente.

ER: E eu estava a dizer que este estar com o cliente me parece facilitado se o terapeuta aprender a estar atento ao momento a momento. E estar atento às validações que o cliente faz das nossas propostas e como o faz. Se o faz de uma forma segura, minimal ou se faz essa validação assumindo-a e elaborando sobre ela e até avançando para além de nós, da nossa proposta. Ou se invalida, se o faz de uma forma minimal e..., perceber se está a ser deferente ou não connosco, ou se invalida de uma forma perentória e portanto sem dar grande espaço a negociar... E portanto, eu acho que esta atenção por parte dos terapeutas à resposta do cliente, não só em termos de conteúdo mas também em termos de forma, é importante. Neste sentido, a análise desta conversa ajuda-nos não só a compreender o que é que o cliente está a dizer, mas também como o

está a dizer e que impacto isso também tem em nós enquanto terapeutas. E portanto...

AH: Exatamente.

ER: ...como é que eu, enquanto terapeuta, digo...o que digo, E portanto, isto tem de facto a ver com..., se eu imaginar alguma formação no futuro...

AH: Mm-hm, exatamente.

ER: ...para os psicoterapeutas a partir do modelo que nós estamos a trabalhar e do sistema que estamos a procurar consolidar, eu diria que o denominador comum das diferentes possibilidades de estratégias ou de orientações seria este. Seria estar atento ao conteúdo e à forma quer nas respostas do cliente quer nas intervenções do terapeuta e, portanto, não abandonar esta ideia de que a aliança, nesta perspetiva mais microinterativa, não pode nunca desligar-se desta articulação...

AH: Nomeadamente do, se eu consigo perceber, do bem estar do paciente, com o que está a acontecer, o bem estar em mim, com o que está a acontecer. Monitorizar ambos.

ER: Sim, e uma ideia que eu acho que pode ser central, que é estarmos atentos a um equilíbrio que tem que, do meu ponto de vista, provavelmente acontecer, e digo do meu ponto de vista, porque esta é ainda uma hipótese teórica, nós não temos ainda resultados empíricos que nos permitam dizer isto.

AH: Mapear e fundamentar. Mm-hm.

ER: Pronto, neste momento, temos algumas indicações de que poderá ser assim, mas os estudos são ainda muito poucos. Portanto acho que seria abusivo dizer que é assim. Mas é a ideia de equilíbrio.

AH: Equilíbrio entre?

ER: Equilíbrio entre esta validação/ invalidação que o cliente faz das propostas do terapeuta. E portanto eu não estou à espera que um cliente valide sempre tudo o que eu, enquanto terapeuta, proponho.

AH: Porque eu psicoterapeuta sou maravilhoso e bem intencionado.

ER: Exatamente, e até do ponto mais construtivista, a invalidação é necessária, e é o que de algum modo também mobiliza para novas reconstruções, novas reconceptualizações...

AH: E reaproximação.

ER: Estou a lembrar-me do ciclo de experiência que o Kelly propos, em que claramente o momento da invalidação das antecipações que o cliente faz é um momento extremamente importante, quer do ponto de vista emocional quer do ponto de vista da mobilização para a resignificação e para criar novas hipóteses, novas antecipações face ao futuro. Dito de outra forma, esta invalidação é importante do ponto de vista da promoção da mudança e da eficácia do processo terapêutico, o que poderá ser necessário é equilibrar. E que equilíbrio é este?

AH: Mm-hm.

ER: O equilíbrio não tem que ser cinquenta por cento cinquenta por cento. Portanto, qual é este equilíbrio entre validação e invalidação, por parte do cliente? E também do ponto de vista do terapeuta. E aqui eu acho que a formação pode ser importante. Equilibrar as intervenções que suportam o cliente, no momento em que ele está e com o desenvolvimento que ele tem no momento e, que, portanto, de algum modo, poderão promover experiência de segurança, conforto, de bem estar, de pouco risco, e por isso, o ajudem por exemplo do ponto de vista da aliança a desenvolver este vínculo, ou seja "posso confiar neste terapeuta, ele está capaz de me segurar, está capaz de me apoiar, percebe a minha experiência". Esta intervenção de suporte que nós especificamos como intervenções de reflexão, de questionamento aberto, de questões mais específicas, são no nosso sistema indicadores de como o terapeuta suporta o cliente?, sendo interessado, procurando compreender de diferentes formas o problema ou até a mudança emergente, aquilo a que chamamos inovação. Inovação porque...

AH: Inovação sim.

ER: A inovação tem aqui a ver com o modo como nós definimos mudança neste modelo, e que foi importada do modelo de momentos de inovação do Miguel...

AH: Miguel Gonçalves, mm-mh.

ER: ..e que tem a ver com esta, definir esta mudança ou esta inovação como exceção à narrativa problemática e portanto todos os problemas que de algum modo contribuem para que a organização narrativa seja problemática.

AH: Mm-hm.

ER: E portanto, o terapeuta pode suportar, quer o problema quer a inovação, porque assumindo que os processos são de sucesso, à medida que vão evoluindo há-de começar a acontecer esta inovação, esta mudança. E também é importante que o terapeuta seja capaz de perceber que a mudança está a acontecer, suportá-la e compreender como é que ela está a acontecer, quando acontece e, eventualmente, como é que o cliente significa a emergência dessa inovação que está a acontecer. Mas retomando a ideia do equilíbrio, parece-me importante equilibrar estas intervenções de suporte com as intervenções de desafio, ou seja, com as que incitam o cliente a avançar um bocadinho mais na direção da mudança e que o *puxam* para o que chamamos zona de desenvolvimento potencial ou de mudança potencial. Esta zona que define as mudanças que o cliente não está ainda capaz de fazer sozinho, naquele momento, mas que com a ajuda do terapeuta poderá estar. E portanto, este desafio também pode ser feito de formas muito diferentes, dependendo até da abordagem que nos orienta, pode ser um debate cognitivo, um debate de crenças, se

estivermos numa perspetiva mais cognitiva e racionalista. Ou poderá ser um convite para significar a sua experiência de uma forma diferente, e entramos aqui nas abordagens mais construtivistas ou narrativas. Ou eventualmente propor uma cadeira vazia e isto numa abordagem focada nas emoções poderá ser um desafio para alguém que não está capaz de experienciar emoção...

AH: De experienciar emoções, mm-hm.

ER: Propor um trabalho de cadeira vazia pode ser um desafio no sentido precisamente de ajudar a expressar essa emoção. E portanto ser capaz de ir equilibrando este suporte e este desafio, eu julgo que é extremamente importante do ponto de vista da formação dos terapeutas.

AH: Sem dúvida.

ER: Que é precisamente o que nós não vemos no que eu te dizia há pouco, acerca dos casos de drop-out, em que o que nós observamos é o terapeuta a escalar num desafio e portanto não equilibrar com intervenções de suporte, apesar de aquele cliente estar a dar indicações de invalidação daquele desafio. E portanto, dizer *isto é demasiado arriscado para mim, eu não consigo*, claro, o cliente não diz isto assim ...

AH: Claro, mm-hm.

ER: Ou às vezes diz, diz: *não me faz sentido, mas porquê?*

AH: Às vezes temos nós que ver o desconforto, do lado de lá do marcador, mm-hm.

ER: Exatamente. E aí voltamos àquela ideia de que nós estávamos a falar há bocado, de se ser capaz de estar com o cliente momento a momento, é isto, é perceber o impacto momento a momento da intervenção que eu, terapeuta, estou a ter. Portanto, eu, terapeuta, tenho que olhar para o conteúdo, para a forma da interacção, e há aqui muitas questões que nós, equipa de investigação, temos ainda por resolver, que eu acho que poderão ajudar a definir precisamente esta formação. Por exemplo, uma das questões que neste momento para mim é uma questão muito importante e que quero prosseguir é a seguinte: "Até onde e como desafiar?" Porque nós percebemos que há desafios nos casos de sucesso...

AH: Mm-hm, é fundamental.

ER: ...claramente, isso é importante e é coerente com a definição que nós propomos da mudança, dentro da zona de desenvolvimento proximal. Há um desafio enorme nas abordagens mais diretivas, portanto nas comportamentais e cognitivas e mesmo nas narrativas, há prevalência grande de desafio quer nos casos de sucesso quer nos de insucesso. Mas, de facto o que nós vemos nos de insucesso e nos de drop-out é este desequilíbrio. O que eu queria dizer é: até onde desafiar e como desafiar? Porque ele é importante em todos os casos,

mas nuns parece estar fora de tempo, ou em demasia...

AH: Em demasia.

ER: ...e portanto a provocar insucesso ou drop-out. E nos outros ele parece estar a ser promotor de mudança, realmente.

AH: Mm-hm.

ER: Enfim, há outras questões em torno disto, não sei se agora...

AH: Muito bem, muito bem. Deste-nos uma perspetiva interessante de como pode evoluir este quase modelo de intervenção, orientado por estes princípios tão interessantes, e ficamos à espera de bons desenvolvimentos dos vossos estudos e trabalhos e que possamos continuar esta conversa muito em breve, está bem?

ER: Está bem.

AH: Muito obrigado Eugénia.

ER: Obrigada eu, Aníbal.

