

RELAÇÃO TERAPÊUTICA NAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

(2008)

Catarina Portela
Diana Almeida
Joana Seabra
Patrícia Nunes

Licenciadas em Ciências Psicológicas pela
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

Contactos:
patricianunes87@gmail.com

RESUMO

Iniciaremos o trabalho apresentando algumas considerações introdutórias relativas à temática da relação terapêutica. De seguida, focar-nos-emos sobre a sua caracterização e o seu respectivo funcionamento. Logo após, abordaremos o modo como é possível maximizar o potencial da relação entre terapeuta e paciente. Posteriormente, explicitaremos alguns conceitos fundamentais da relação terapêutica, tais como a aliança, a vinculação, a resistência, o cliente involuntário e as competências do terapeuta. Depois, enunciaremos alguns efeitos/consequências da relação terapêutica, sendo estes comprovados por investigações científicas, e prosseguiremos com algumas recomendações para futuras pesquisas. Por último, finalizamos com a conclusão do trabalho e reflexões críticas do grupo.

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, relação terapêutica, aliança, vinculação, resistência, competências

1. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS

A relação terapêutica tem sido simplesmente definida como “a qualidade pessoal do paciente, a qualidade do terapeuta, e a interacção entre ambos” (Wright & Davies, 1994 cit in Waddington, 2002). Contudo, para Aaron Beck (1976, cit in Waddington, 2002), tem consistido na necessidade de uma boa relação terapêutica, descrevendo-a como “uma componente obviamente primária da efectiva psicoterapia”. A terapia cognitiva tem, tradicionalmente, assumido que a relação terapêutica sozinha é insuficiente para produzir mudança (Beck, Show, Rush, & Emery, 1979 cit in Waddington, 2002).

A literatura revela que a terapia cognitiva destaca uma atenção maior para a relação terapêutica desde a última década (e.g. Bachelor & Horvarth, 1999; Newman, 1998; Safran & Segal, 1990; Wright & Davis, 1994 cit in Waddington, 2002). As últimas pesquisas solicitam o aumento da atenção na relação terapêutica incluindo o equivalente aos efeitos de diversas terapias que chamam a atenção para factores comuns às várias terapias, e a psicologia social sugere que as pesquisas da relação terapêutica podem ser uma potente fonte de influência social (Waddington, 2002).

Desenvolvimentos na operacionalização e na medida da relação terapêutica têm prestado uma maior abertura à pesquisa e, por isso, maior interesse nos terapeutas cognitivos. Empatia terapêutica, veracidade e respeito positivo incondicional (Rogers, 1957 cit in Waddington, 2002) são actualmente vistas não só como um lado da relação, mas também como sujeito de interpretação pelo cliente (Bachelor & Horvarth, 1999 cit in Waddington, 2002). Medidas baseadas em conceptualizações da relação terapêutica como suporte ou colaboração (Barrett-Lennard, 1962; Horvarth & Greenberg, 1989 cit in Waddington, 2002) têm sido encontradas para aceder a um factor comum. Horvard e Luborsky (1993, cit in Waddington, 2002) concluem que inúmeras medidas de relação terapêutica mostram a boa fiabilidade e validade. A principal diferença entre as medidas parece ser não a conceptualização da relação terapêutica, mas se é avaliada pelo cliente, terapeuta ou por um observador. Evidências sugerem que o cliente e as avaliações do observador mostram a grande fiabilidade e validade preditiva (Burns & Auerbach, 1996; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Persons & Burns, 1985; Mallinkrodt, 1996 cit in Waddington, 2002).

Resumindo, os terapeutas cognitivos demonstraram haver um maior interesse na relação terapêutica em resposta aos resultados da investigação, desenvolvimentos teóricos e necessidades práticas. Este interesse tem sido encorajado pelo apoio à investigação da fiabilidade e da validade das medidas da relação terapêutica (Waddington, 2002).

2. A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

As teorias psicodinâmicas focaram-se na redução do impulso, mecanismos defensivos, estrutura de carácter ou formação da relação. Nestes tipos de abordagem à relação terapêutica, ambos significam um ganho de *insight* e têm efeitos terapêuticos (Greenberg & Mitchell, 1983; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Aceita-se na generalidade das terapias, que a relação terapêutica deverá capacitar o paciente para se sentir seguro com o terapeuta (Holmes, 2001 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Nesta área, mencionam-se três elementos nucleares: ligações, tarefas e objectivos (cf. Hardy, Cahill & Barkman, Capítulo 2, cit in Gilbert & Leahy, 2007). Estes elementos não são mutuamente exclusivos, devendo-se isso à maneira como os terapeutas formam e desenvolvem as suas ligações (relação terapêutica), a qual terá um impacto na selecção da tarefa, comprometimento com a tarefa e objectivos. A chave para as terapias cognitivo-comportamentais é colocar o paciente no centro do processo de recuperação, com o terapeuta como guia (Gilbert & Leahy, 2007).

Freud foi o primeiro a considerar a importância da relação entre o terapeuta e o paciente no processo terapêutico. “Transferência positiva” foi a expressão com que a baptizou. Outros autores reconhecem a sua importância (Gilbert & Leahy, 2007). Greenson (1965, cit in Gilbert & Leahy, 2007) desenvolveu a ideia de que a relação é central para permitir ao paciente que mude.

A maior parte das conceptualizações mais recentes da aliança terapêutica são baseadas na definição de Bordin (1979, cit in Gilbert & Leahy, 2007), que diz o seguinte: “três características: um acordo em objectivos, uma atribuição de uma tarefa ou séries de tarefas, e o desenvolvimento de ligações” (p. 253).

Nas teorias cognitivo-comportamentais, uma relação positiva é vista como necessária, embora não suficiente, para a mudança ocorrer. Para alguns terapeutas, os processos intrapessoais são centrais na promoção da mudança, o que inclui usar a relação terapeuta-paciente (Safran & Segal, 1990; Whisman, 1993 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Contudo, o que falta nesta definição é a consideração sobre o que o cliente e o terapeuta trazem através das suas experiências das suas relações passadas (Gilbert & Leahy, 2007).

Em suma, os componentes que contribuem para a qualidade e força da relação terapêutica são: a ligação afectiva e a sociedade; o consenso cognitivo sobre os objectivos e as tarefas; e a relação da história dos participantes (Gilbert & Leahy, 2007).

A relação terapêutica tem sido consistentemente associada com o resultado do tratamento, com correlações de .21 a .29. Esta associação é mais alta que as associações entre as técnicas de terapia específica e o resultado. As avaliações dos clientes, sobre a relação, tendem a ser

melhores preditores de resultado que a estimativa feita pelo terapeuta ou observador, sobre a relação. As medidas da relação, tiradas precocemente na terapia são, também, melhores predictoras de resultado, em contraste com as medidas tiradas mais tarde na terapia (Gilbert & Leahy, 2007).

As tarefas actuais incluem entender melhor como é que os factores de relação funcionam com outros factores “comuns” e “específicos”, para ajudar o paciente a mudar. Por outro lado, existem, também, factores “não-específicos” ou “comuns”, que albergam um tratamento racional, expectativas de melhorias, um tratamento ritual e a relação terapêutica (Frank, 1961; Lambert & Ogles, 2004; Gilbert & Leahy, 2007). Sugere-se, que uma boa aliança terapêutica poderá ser um produto de um bom resultado, em vez do contrário (Gilbert & Leahy, 2007).

3. O FUNCIONAMENTO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

3.1 Estabelecer, desenvolver e manter a relação

As três fases da relação são usadas para organizar os resultados das pesquisas, e são as seguintes: estabelecer, desenvolver e manter uma relação. Assume-se, que embora estas fases se desenvolvem através da terapia, haverá, também, um ciclo através das mesmas, através de um encontro terapêutico, ou de mais de um número de semanas ou meses. A título de exemplo, uma relação terapêutica poderá ser bem desenvolvida, mas uma quebra no tratamento pode resultar numa insatisfação do cliente. Deste modo, o terapeuta terá de reparar esta ruptura na relação e poderá, igualmente, voltar a recorrer às suas competências de compromisso (Gilbert & Leahy, 2007).

Revela-se claramente que um desenvolvimento precoce de uma boa relação entre o terapeuta e o cliente prediz melhor o resultado e ajuda o cliente a manter-se na terapia (Martin, Garske & Davis, 2000 cit in Gilbert & Leahy, 2007). O compromisso do cliente com a terapia é o objectivo principal no começo da terapia e pode ser dividido nos seguintes objectivos: expectativas, intenções e esperança. Denota-se a importância de construir as expectativas positivas do cliente sobre a terapia, tanto no papel (aquilo que é esperado do terapeuta e do cliente) como nos resultados (Garfield, 1974; Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Um grande número de estudos tem-se dedicado a averiguar aquilo que os terapeutas consideram importante para a capacitação de uma integração precoce dos clientes nas terapias. Um exemplo disto mesmo são dois estudos, que encontraram evidências de que os terapeutas avaliam os clientes como mais atractivos se virem que estão mais motivados para a mudança,

sendo que estes clientes se envolvem melhor na terapia (Davis, Cook, Jennings, & Heck, 1977; Tyron, 1990 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Estudos aprofundados permitiram descobrir que os níveis de uma boa relação em sessões terapêuticas precoces estavam associados com altos níveis de trabalho e de envolvimento, por parte do cliente (Reandeu & Wampold, 1991 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Finalmente, desenvolver a sensação de esperança dos clientes está associado com a manutenção na terapia e com melhores resultados (Gilbert & Leahy, 2007).

Os comportamentos dos terapeutas que estão associados com os objectivos de intenções, expectativas, motivação e esperança, incluem os três elementos das condições terapêuticas de Roger, que são os seguintes: calor, genuidade ou respeito, e empatia (Bachelor & Horvath, 1999; Rogers, 1957 cit in Gilbert & Leahy, 2007). A empatia está particularmente ligada a um bom compromisso e é descrita como a capacidade do terapeuta de entrar e entender, tanto afectiva como cognitivamente, o mundo do cliente (Bohart, Elliot, Greenberg, & Watson, 2002 cit in Gilbert & Leahy, 2007). O compromisso também requer a discussão do terapeuta e o acordo dos objectivos da terapia do cliente. Existem provas de que é importante chegar a um acordo, precocemente na terapia (Gilbert & Leahy, 2007). Por exemplo, descobriu-se que sessões anteriores de recolha de informação e sessões posteriores de partilha e negociação da formulação do problema e planos de tratamento aumentam o compromisso e ajudam a voltar a outras sessões de terapia (Tyron, 2002 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Por outro lado, um acordo precoce de estabelecimento de objectivos não está tão fortemente ligado com o resultado do tratamento (Gilbert & Leahy, 2007). No que concerne a isto, Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson (1991, cit in Gilbert & Leahy, 2007) não encontraram uma associação significativa entre um consenso precoce de objectivos e resultados.

A insatisfação com a relação é a razão mais frequentemente dada para o abandono da relação e para uma não-conformidade (Reis & Brown, 1999 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

O segundo objectivo prende-se com a aliança e tem a ver com a qualidade e com a força da relação colaborativa entre o cliente e o terapeuta, que consiste no mais importante (Winston & Muran, 1996 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

O terceiro objectivo é a expressão emocional e a aceitação emocional. Para alguns terapeutas, a relação é o veículo para as emoções serem apoiadas e expressas. A relação emocional é vista como uma experiência catártica (Garfield, 1974; Truax, 1967 cit in Gilbert & Leahy, 2007), embora para alguns a experiência emocional leve à mudança das condições e à compreensão do self, enquanto que outros consideram que o *insight* experimental é a chave para mudar (Warwar & Grennberg, 2000; Winston & Muran, 1996 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

O quarto, e último objectivo, é a habilitação do cliente para a exploração de visões alternativas de si mesmo (Gilbert & Leahy, 2007). Estas são algumas vezes referidas como as verdades narrativas: construtivistas sociais descrevem o processo na terapia como o cliente e o

terapeuta, construindo, juntos, a relação, onde problemas antigos são desconstruídos, elevando-se novas narrativas (Crits-Christoph, 1998; McGuire *e col.*, 2001; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Possíveis ameaças à relação foram agrupadas em: comportamentos do terapeuta, comportamentos do cliente e desafios da relação. As acções do terapeuta necessitam de evitar ou resolver estas ameaças, que estão agrupadas como reflexão do eu, metacomunicação, flexibilidade e reparo (Gilbert & Leahy, 2007).

Os terapeutas poderão ter sentimentos negativos em relação aos seus pacientes, que não demonstram, mas que ainda assim conseguem ter impacto na aliança (Gelso & Carter, 1985; Safran e col., 2002 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Apesar disso, se estes sentimentos forem reconhecidos, sentidos como seus e explorados, os terapeutas reportam consequências positivas (Greenberg, 2007; Harris, 1999 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Outros comportamentos que os clientes têm descrito como defensivos e intrusivos e como tendo um impacto negativo na relação, incluem terapeutas que impõem os seus próprios valores, fazendo comentários irrelevantes, e sendo críticos rígidos, aborrecidos, culpabilizadores, moralistas, ou indecisos (Ackerman & Hilsenroth, 2001 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Um uso pobre de técnicas terapêuticas, tais como uma contínua aplicação de uma técnica quando não aceite ou considerada útil pelo cliente ou pobre uso do silêncio, está ligado com uma fraca relação terapêutica (Binder & Strupp, 1997; McLennan, 1996 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Os clientes, também, tendem a esconder os seus sentimentos negativos (tais como medo, hostilidade e raiva) e algumas vezes o terapeuta não está consciente daquilo que o paciente está a sentir. Esta deferência do cliente para com o terapeuta tem sido relacionada com um resultado fraco (Binder & Strupp, 1997; Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000; Warwar & Greenberg, 2000 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Este tipo de comportamento tem sido apelidado, algumas vezes, de *client resistance* – resistência do cliente. A resistência foi originalmente concebida como um conceito psicanalítico do evitamento inconsciente do cliente do trabalho analítico (Gilbert & Leahy, 2007).

O reconhecimento da ruptura na relação, por parte do terapeuta, é um primeiro passo importante frente à resolução. Isto impõe que o terapeuta esteja apto para reflectir sobre a sua própria posição na terapia e sobre os seus sentimentos sobre o cliente e como a terapia está a progredir (Binder & Strupp, 1997 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

Safran e Muran (1996, cit in Gilbert & Leahy, 2007) desenvolveram um modelo de resolução de ruptura, que contem quatro estágios: ter em atenção ao momento da ruptura, explorar a experiência de ruptura, explorar o evitamento e a emergência de um desejo ou necessidade. Contudo, Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, e Stiles (2006, cit in Gilbert & Leahy, 2007) verificaram que, ao contrário do modelo de Safran, os terapeutas não discutem abertamente a questão da ruptura com os seus clientes (Gilbert & Leahy, 2007).

A capacidade do terapeuta modelar a terapia às necessidades individuais e características dos clientes é de suprema importância (Gilbert & Leahy, 2007).

Sensibilidade apropriada e flexibilidade são requisitos importantes para a manutenção da relação terapêutica. (Davis, 1991; Stiles et al., 1998 cit in Gilbert & Leahy, 2007).

3.2 Fim da relação

O processo de finalização apresenta um número de desafios significativos para o cliente e para o terapeuta. Para auxiliar este processo, Swales e Heard (2007) sugerem o desenvolvimento de um claro alvo hierárquico, como o seguinte, para esta fase, igualmente:

1. Diminuir comportamentos suicidas e de risco de vida, relacionados com o fim da relação terapêutica; por exemplo, comportamentos suicidas urgem quando o cliente pensa no seu futuro sem o terapeuta;
2. Diminuir comportamentos relacionados com o fim, que interfiram na terapia; por exemplo, o aumento da frequência do pedido da ajuda do terapeuta, repetindo a declaração “Não serei capaz de fazer frente sem si”;
3. Aumentar a capacidade de resolver problemas de forma independente;
4. Aumentar a conexão em outras relações efectivas (profissionais e/ou não profissionais).

O terapeuta seguirá a hierarquia acima, mas será necessário que o cliente tome uma parte mais activa na determinação das marcações das sessões e que aja, relativamente aos seus comportamentos e estratégias de análise de soluções, de forma mais independente (Swales e Heard, 2007).

Idealmente, estes processos ocorrem gradualmente através do curso da terapia e são assistidos pelo encarregado do caso (Swales e Heard, 2007).

O cliente também poderá necessitar de ajuda para “fazer luto” pela perda do terapeuta (Swales e Heard, 2007).

Como em muitas relações, o terapeuta e o cliente também podem planear outras maneiras significativas de se despedirem e de marcarem a transição de cliente e terapeuta para ex-cliente e ex-terapeuta (Swales e Heard, 2007).

4. MAXIMIZAR O POTENCIAL DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Os terapeutas cognitivos concordam que uma boa relação é necessária para um empirismo colaborativo, a marca da terapia cognitiva (e.g. Beck, 1976; Beck et al., 1979; J. Beck, 1996; Persons, 1989 cit in Waddington, 2002). Ilardi & Craighead (1994, cit in Waddington, 2002) propõem um modelo que integra aspectos técnicos e relacionais da terapia baseados no modelo trifásico de psicoterapia de Howard, Maling & Martinovich (1993, cit in Waddington, 2002). Este modelo sugere que o aumento de uma expectativa favorável consiste numa boa relação terapêutica, o que irá reduzir os sintomas e melhorar mais áreas de funcionamento através do uso de capacidades cognitivas específicas.

Safran & Segal (1990, cit in Waddington, 2002) recomendam que se especifiquem as capacidades envolvidas no desenvolvimento de uma boa relação terapêutica, mas Gelso & Hayes (1998, cit in Waddington, 2002) defendem que a aplicação de técnicas à relação terapêutica irá parecer pouco genuína aos clientes. Especificar as capacidades parece ser o primeiro passo e os terapeutas cognitivos podem aprendê-las a um nível em que sejam aplicadas de forma flexível e criativa (CTS-R: Newcastle CBT Centre & University of Newcastle Upon Tyne, 1999 cit in Waddington, 2002). De seguida, vamos apresentar alguns indicadores do modo como os terapeutas cognitivos podem maximizar o potencial da relação terapêutica, que são baseados em pesquisas realizadas até ao momento (Waddington, 2002).

a) Descobrir o ponto de vista do cliente acerca da relação terapêutica: A investigação sugere que os pontos de vista do cliente e do terapeuta acerca da relação terapêutica são, muitas vezes, divergentes e que a perspectiva do cliente é mais preditiva do resultado (Burns & Auerbach, 1996 cit in Waddington, 2002). Os terapeutas devem ter isto em conta e procurar o feedback do cliente durante a terapia (Newman, 1998 cit in Waddington, 2002), usando avaliações do cliente acerca da relação (Burns & Auerbach, 1996 cit in Waddington, 2002). Mallinkrodt & Nelson (1991 cit in Waddington, 2002) afirmam que os terapeutas experientes possuem um melhor entendimento do ponto de vista do cliente. Deve-se recomendar este item aos terapeutas menos experientes (Waddington, 2002).

b) Gerar esperança usando a relação terapêutica: A relação terapêutica, bem como o tratamento racional, podem criar esperança (Snyder et al., 1999 cit in Waddington, 2002). O CTS-R (Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre & University of Newcastle Upon Tyne, 1999 cit in Waddington, 2002) usa o termo *carisma* para classificar a capacidade do terapeuta inspirar os seus clientes (Waddington, 2002).

c) Usar capacidades cognitivas para estabelecer uma boa relação terapêutica: Foreman & Marmar (1985 cit in Waddington, 2002) recomendam a atenção directa à relação terapêutica. As estratégias que o permitem variam desde técnicas específicas como a técnica de desarmar (Burns

& Auerbach, 1996 cit in Waddington, 2002) até capacidades primordiais como o uso de formulação clínica (Persons, 1989 cit in Waddington, 2002). Para a relação terapêutica, muitos autores defendem a aplicação de técnicas cognitivas chave, como a descoberta guiada, registo dos pensamentos e feedback (Blackburn & Twaddle, 1996; Newman, 1998; Overholser & Silverman, 1998 cit in Waddington, 2002). Outros autores recomendam uma boa prática terapêutica para promover uma relação terapêutica positiva (Waddington, 2002).

d) Atentar em rupturas na relação terapêutica: Safran & Segal (1990, cit in Waddington, 2002) sugerem que este item é crucial para o resultado da terapia. Newman (1998, cit in Waddington, 2002) e Reandau & Wampold (1991, cit in Waddington, 2002) descrevem os factores que podem precipitar rupturas na aliança e os métodos cognitivos para reparar a mesma (Waddington, 2002).

e) Esforçar-se por ter características positivas: A investigação demonstra que as características pessoais dos terapeutas, tal como o ajustamento, relacionam-se com o resultado da terapia (e.g. Strupp, 1980 cit in Waddington, 2002).

f) Empreender a generalização da relação terapêutica: A generalização desta relação a outras pode ser feita cuidadosa e explicitamente. Recomenda-se o uso de técnicas cognitivas para tornar a relação terapêutica precursora da mudança nas cognições acerca das relações em geral (J. Beck, 1996; Blackburn & Twaddle, 1996 cit in Waddington, 2002).

g) Considerar os problemas individuais do cliente na relação terapêutica: Uma aproximação mais forte na relação terapêutica irá depender dos problemas pessoais dos clientes e a conceptualização individual é muito importante (Persons, 1989 cit in Waddington, 2002). A percepção do cliente em relação a respostas de ajuda do terapeuta e o número da sessão também são considerações individuais relevantes (Bachelor & Horvarth, 1999 cit in Waddington, 2002).

h) Usar a supervisão para monitorizar as capacidades de relação dos terapeutas: Wright & Davis (1994, cit in Waddington, 2002) investigaram os factores que influenciam a satisfação dos clientes na terapia e sugerem que “os programas de treino para terapeutas cognitivo-comportamentais devem incluir supervisão intensa em problemas de relação” (p.42).

Em suma, há muitos indicadores de como maximizar o potencial da relação terapêutica, mas estes precisam de mais investigação (Waddington, 2002).

5. CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

5.1 Aliança em geral

Nos últimos anos, muitos investigadores e teóricos de várias tradições têm começado a explorar o potencial valor da aliança terapêutica como um constructo psicoterapêutico geral. O conceito de “aliança terapêutica” tem origem na literatura psicanalítica, com Freud a defender que o paciente e o analista têm de associar-se contra os sintomas do paciente, no “pacto analítico”, fundamentado na exploração do paciente e na compreensão do analista (Freud, 1973,

1940 cit in Katzow & Safran, 2007). Apesar de este conceito ter subsistido muito tempo na literatura psicanalítica, no final dos anos setenta, recebeu atenção da parte dos investigadores e teóricos da psicoterapia. Esta mudança foi influenciada, em parte, pela reformulação de aliança, em termos transteóricos, de Edward Bordin (1979, cit in Katzow & Safran, 2007). Quase trinta anos depois, o constructo de aliança foi, progressivamente, espalhado para uma variedade de escolas psicoterapêuticas e tem colhido tanto interesse como pesquisa para compreender os mecanismos de mudança, dado que, ainda, não se demonstrou a consistência efectiva de um dado tratamento (Smith, Glass & Miller, 1980 cit in Katzow & Safran, 2007).

5.1.1 Aliança Terapêutica

Muitos estudos têm demonstrado que uma aliança terapêutica positiva está associada a um bom resultado. A aliança reflecte três aspectos importantes do trabalho terapêutico: o vínculo ou os sentimentos que os participantes têm em relação uns aos outros, o nível de acordo existente entre eles sobre os objectivos da terapia e o modo como irão alcançar esses objectivos (Bordin, 1979 cit in Greenberg, 2007). O desenvolvimento da colaboração tem sido considerado um aspecto fundamental na relação terapêutica, suportado empiricamente. Assim, é tão importante criar um clima emocional que proporcione um vínculo caloroso de confiança, como estabelecer uma aliança colaborativa ao longo da terapia. Isto irá tornar possível o trabalho das emoções: tanto das emoções evitadas como emoções reguladas à superfície ou em profundidade (Greenberg, 2007).

Identificámos algumas formas de ajudar no desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica para trabalhar as emoções. A primeira envolve transmitir que o principal foco do tratamento são as preocupações do cliente e os seus sentimentos dolorosos subjacentes. O terapeuta comunica que a intenção nuclear da terapia é ajudar o cliente a abrir-se e a revelar os seus sentimentos íntimos, significados e medos – arriscar-se a ser vulnerável com o seu terapeuta na esperança de, juntos, chegarem a um melhor entendimento do mundo interior e exterior do cliente e efectuarem mudanças significativas, que irão melhorar o sentimento de desespero do cliente. Sem este objectivo exploratório ser negociado, adequadamente, entre as partes, a terapia irá acabar prematuramente ou não progredir. Desde o início, o cliente é treinado, implicitamente, através do consistente foco empático do terapeuta na experiência interna do cliente, para atentar nela (Greenberg, 2007).

Os terapeutas, na fase inicial da terapia, transmitem compreensão e reconhecimento pela dor do cliente, validam os seus esforços e focam-se no impacto emocional dos eventos na vida do cliente. Devido a uma audição atenta, interesse e expressão facial, corporal, incluindo os olhos e as mãos, do terapeuta que transmitam a consideração pelo cliente, este começa a sentir-se visto, valorizado e respeitado e, por isso, mais inclinado a confiar e a abrir-se. Ao atender ao coração do cliente e a expressar uma confiança incondicional nas suas forças e capacidades de

crescimento, o terapeuta ajuda a revelar a unicidade e força do cliente. É vendo a possibilidade de crescimento noutra ser humano, que esta possibilidade é estimulada (Greenberg, 2007).

A atitude de empatia, profundamente segura do terapeuta, o respeito e apreço pelo cliente e o foco nas suas forças e recursos ajudam a criar um vínculo emocional de confiança e estima, que ajuda a desenvolver um ambiente e uma base seguras para a exploração que terá lugar à medida que a terapia progride. A par do vínculo, deve-se proporcionar um racional, desde o início, de que o objectivo do tratamento é que a pessoa aceda e se torne consciente dos seus sentimentos mais profundos e das suas necessidades relacionadas com as suas dificuldades. Se, contudo, as suas emoções são reguladas em profundidade, o objectivo é encontrar melhores formas de lidar com os sentimentos que parecem avassaladores. É dito às pessoas que os sentimentos proporcionam informação importante sobre o modo como elas reagem às situações e que é fulcral tornar claro o que as emoções lhes dizem. Há uma ênfase forte, desde o começo, em validar e aceitar a dor que as pessoas sentem. Quando elas vêm para a terapia, fazem-no porque estão a sofrer e sentem alguma forma de dor – é como se qualquer coisa na sua vida ou dentro delas se tivesse partido. É através da rapidez e segurança com que o terapeuta delinea a natureza da dor prolongada que um vínculo emocional e a colaboração para trabalhar nele serão criados. Assim que a dor prolongada é articulada, o sentimento de isolamento da pessoa é quebrado. Há, então, um sentimento de alívio, pois o sujeito falou, alguém compreendeu e, assim, não está tão sozinho na sua luta. Surge a esperança, e o acordo de trabalhar na resolução da dor prolongada cria uma aliança, estimulada por esta esperança. Deste modo, resolver a articulação da dor prolongada torna-se o objectivo do tratamento e a base da aliança de trabalho (Greenberg, 2007).

5.1.2 Aliança na Terapia Cognitivo-Comportamental

A investigação psicoterapêutica tem, tradicionalmente, feito a distinção entre factores específicos e não específicos. Os primeiros são factores técnicos específicos de um tipo particular de psicoterapia, enquanto os segundos são os factores comuns a todas as formas de psicoterapia. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem separado os factores não específicos, tal como a aliança, da técnica, que tem sido encarada como o agente central de mudança. Este facto tem levado a que se dê pouca importância à aliança terapêutica. Actualmente, muitos terapeutas cognitivo-comportamentais (Leahy, 1993; Safran, 1998; Safran & Segal, 1990; Young et al., 2003 cit in Katzow & Safran, 2007) conceptualizam a aliança como uma parte integral do tratamento, que pode ser usada, conjuntamente, com a técnica para conduzir à mudança (Katzow & Safran, 2007).

Relativamente à aliança, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem defendido a importância de estabelecer uma forte relação colaborativa entre paciente e terapeuta, onde o terapeuta tem um papel activo. Beck, Rush, Shaw & Emery (1979, cit in Katzow & Safran, 2007) sugerem que os terapeutas devem ser, genuinamente, calorosos, empáticos e abertos para que possam estabelecer uma relação terapêutica forte, pelo que consigam, colaborativamente, desenvolver objectivos

terapêuticos e tarefas para trabalho de casa. Os terapeutas são, também, encorajados a dar feedback regular, bem como racionais ao paciente, que irão fortalecer a relação (Katzow & Safran, 2007).

Ao depararem-se com a resistência em momentos de impasse, os terapeutas cognitivo-comportamentais foram, tradicionalmente, aconselhados a continuar a aplicar técnicas cognitivo-comportamentais estandardizadas, tais como mudar distorções cognitivas, ao contrário de discutir, directamente, a aliança. Hoje em dia, é mais comum enfatizar intervenções como unir a resistência dos pacientes a momentos de impasse, ao contrário de mudá-la (e.g. Leahy, 2001 cit in Katzow & Safran, 2007). Muitas abordagens da Terapia Cognitivo-Comportamental, ainda, enfocam o empirismo como uma ferramenta para os terapeutas ajudarem os pacientes a modificarem as suas cognições, de modo a que se aproximem mais da realidade. Mas, tem havido uma mudança no sentido de haver mais ênfase explícita e consistente na importância de focar os impasses terapêuticos. Exemplificando, Young e colaboradores (2003, Katzow & Safran, 2007) enfocam a confrontação empática em momentos de impasse. Isto envolve realçar e validar as reacções dos pacientes em relação ao terapeuta, considerando compreensíveis as suas histórias de vida e, conseqüentemente, ajudando-os a pôr em dúvida algumas das incoerências nas suas crenças. Assim, as técnicas cognitivas estandardizadas e específicas continuam a ser utilizadas para ajudar os pacientes a mudarem os seus comportamentos no tratamento, mas a importância da relação terapêutica e de lidar com os problemas na relação terapêutica têm sido, progressivamente, destacadas (Katzow & Safran, 2007).

A nossa abordagem foca, principalmente, a aliança como um processo de negociação constante (Safran & Muran, 2000 cit in Katzow & Safran, 2007). A partir da reformulação transteórica de aliança de Bordin (1979, cit in Katzow & Safran, 2007), encaramos a aliança como uma parte intrínseca do processo de mudança e a resolução de rupturas como uma componente fulcral do tratamento (Safran, 1998; Safran & Muran, 1996, 1998, 2000, 2006; Safran, Muran, Samstang & Stevens, 2002; Safran & Segal, 1990 cit in Katzow & Safran, 2007). Esta reconceptualização de aliança possibilita-nos ver como as intervenções cognitivo-comportamentais tradicionais e assunções funcionam para promover a mudança através da aliança, bem como examinar os modos em que elas podem pôr obstáculos ao tratamento sob algumas circunstâncias (Katzow & Safran, 2007).

5.2 Vinculação

A criação de um vínculo é a maior tarefa nas primeiras três a cinco sessões de terapia. Esta é uma parte importante de uma aliança vinculativa inicial e continua a ser importante durante todo o tratamento. O clima emocional estabelecido pelo terapeuta nas primeiras sessões influencia bastante o resto do tratamento. A criação de um ambiente acolhedor revele-se fulcral para ajudar os pacientes a acederem e a concentrarem-se nas sensações dolorosas. No início do

tratamento, os terapeutas aceitam as experiências dos clientes como são apresentadas, não colocando em causa o seu ponto de vista nem sugerindo respostas alternativas (Greenberg, 2007).

Em todas as sessões terapêuticas é importante ajudar os clientes a validarem o que sentem para que possam revelar a profundidade e a extensão das suas sensações sem medo da crítica ou de serem envergonhados. A empatia e a compaixão são antídotos para a vergonha, e uma aceitação genuína assegura que o terapeuta não embaraça o cliente (Greenberg & Paivio, 1997; Wheeler, 1996 cit in Greenberg, 2007). Os terapeutas não devem transmitir a mensagem de que a sensação dos clientes tem de modificar-se, ou que as suas sensações são inválidas. Deste modo, devem ajudar o cliente com as suas sensações e compreensões facilitando-lhes uma auto-revelação. Se os clientes revelam aspectos vulneráveis das suas personalidades subjectivas têm de sentir que estão a ser compreendidos, sem serem julgados. A confiança e o suporte que se desenvolve entre os participantes ajudam o cliente a partilhar aspectos dolorosos da sua experiência. O processo de se revelar a si mesmo exige compreensão e outras contribuições sustentadoras para o desenvolvimento de um vínculo terapêutico, que facilita e realça a importância de um auto-conhecimento. A vinculação é fortalecida quando os clientes começam a ficar mais conscientes e experimentam o alívio e os benefícios de explorar a sua própria experiência (Greenberg, 2007).

Além do fornecimento de um clima emocional seguro e responsivo, ajustado para as sensações dos pacientes, os terapeutas devem facilitar tipos diferentes de processamento e também intervenções específicas que foram encontradas para ajudar a resolver determinados problemas afectivo-cognitivos: por exemplo, direcção da atenção para dentro quando o cliente é externo, promoção de diálogos entre as duas partes para facilitar a integração, fornecendo uma visão mais abrangente do outro, concentrando-se num sentido pouco nítido, abrindo espaço para promover uma compreensão de reacções problemáticas (Greenberg, Rice & Elliott, 1993 cit in Greenberg, 2007).

5.3 Resistência

A discordância, resistência ou a falta de progresso na terapia podem ser entendidas como resultado de estratégias e papéis que o paciente activa numa tentativa de afirmar esquemas pessoais, de evitar perdas posteriores e de defender-se a si próprio (Leahy, 2001, 2003 cit in Leahy, 2007). Aqui, a assumpção é a de que os pacientes estão a tentar proteger-se de danos subsequentes, de desapontamentos, do criticismo, ou o que procuram são resultados desejados (e.g. validação, legitimidade, sanção moral) pelo terapeuta. Identificamos sete modelos comuns de resistência que interferem no processo (Leahy, 2007).

5.3.1 Resistência de validação

O paciente fica preso ao foco exclusivo na validação da dor. O paciente pode dar sugestões para uma acção alternativa ou pensar como um inválido: “Não entende como me sinto mal”. Lacunas na validação levam a um agravamento de queixas e do sofrimento até à obtenção da mesma. Os pacientes podem ter “regras” únicas de auto-anulação para a validação, tais como “Apenas pode validar-me se concordar que isso não é solução”. Potenciais conflitos entre o terapeuta e o paciente podem surgir quando o primeiro se torna orientador de tarefas e presencia a validação a interferir com objectivos importantes. As intervenções para a resistência à validação abrangem, por um lado, o reconhecimento da necessidade de validação e, por outro, a divulgação ao paciente de que a terapia envolve um dilema – ambas validam a dor e encorajam a mudança – e que o paciente pode usar estratégias de auto-anulação para escolher a validação (e.g. lamentações, catastrofização ou retirar-se) (Leahy, 2001 cit in Leahy, 2007).

5.3.2 Resistência da vítima

O paciente acredita que a sua identidade é definida apenas por ser uma vítima, não podendo fazer nada para mudar as coisas, pois ele não é a causa do seu problema. O sujeito fica preso a este papel que tem regras específicas para que a mudança aconteça: “As outras pessoas pediram desculpa e recompensaram. Assim é que consigo obter melhor”. Os esforços que conduzem o paciente em direcção a uma mudança individual apenas o levam a perceber o terapeuta como outro vitimador malicioso. As intervenções úteis englobam o reconhecimento da legitimidade das queixas do paciente e de que ele é de facto uma vítima. Contudo, pode autorizar-se a tomar em consideração objectivos pessoais e recursos disponíveis (Leahy, 2001 cit in Leahy, 2007).

5.3.3 Resistência moral

Nesta situação, o paciente acredita que ao mudar pode correr o risco de violar os seus padrões morais ou éticos. Especificamente, observa-se essa ideia no caso dos obsessivo-compulsivos ou nos pacientes perfeccionistas, os quais acreditam que o seu sentido de responsabilidade e o medo de cometerem erros estão baseados num código moral. Deste modo, o terapeuta que encoraja o paciente a abandonar as suas necessidades de perfeição é visto como um facilitador de qualidades irresponsáveis e repreensíveis no comportamento. O terapeuta pode

ajudar o paciente a reconhecer que isso é absolutista e que o perfeccionismo viola um código de moral universal do enaltecimento da dignidade humana, não assegurando a justiça. Assim, o terapeuta não pode rejeitar a “resistência moral” mas, de preferência, tem de implementar necessidades morais mais “racionais” e “sensatas” que reconheçam as diferenças humanas e as urgências (Leahy, 2001; Nussbaum, 2005; Rawls, 2001 cit in Leahy, 2007).

5.3.4 Resistência esquemática

Neste sentido, os esquemas pessoais do paciente limitam a mudança, uma vez que este possui um desequilíbrio confirmado em exames anteriores. Assim, o presente e o futuro acarretam evidências de que os esquemas pessoais maladaptativos são válidos. Por exemplo, o paciente que se sente sem esperança, possuindo apenas experiências passadas de inaptidão e de insucesso, vai ver a vida, primariamente, em termos de letargia, em que o futuro será simplesmente desagradável. Esta visão negativa “justifica” o conseqüente evitamento e a procrastinação. O paciente responde às sugestões do terapeuta, explicando: “Você não faz nada de concreto. Estou realmente sem soluções” (Gilbert & Irons, 2005 cit in Leahy, 2007). Neste caso, o terapeuta pode utilizar técnicas para modificar os esquemas persistentes, procurando examinar a origem dos mesmos, desenvolvendo esquemas alternativos de adaptação e experimentando estes últimos contra os primeiros (Leahy, 2001; Leahy, Beck & Beck, 2005; Young, Klosko & Weishaar, 2003 cit in Leahy, 2007).

5.3.5 Auto-consciência

Todos gostamos de acreditar que existe alguma habilidade predita na vida – a qual é uma razão do porquê dos esquemas serem “preservadores” na natureza. Um tipo particular de auto-consciência na resistência é a tendência para justificar as decisões passadas de insucesso – um processo conhecido como “custos ausentes”. Nesta situação, o paciente recusa-se a caminhar sobre uma corda de obrigações, pois já se encontra demasiado rodeado delas (no seu insucesso). “Não posso abandonar pois já despendi demasiado tempo nisto”. Desde que o terapeuta não tenha cometido enganos anteriores para se justificar, pode ser difícil para ele compreender o quão complicado é para o paciente abandonar a anterior obrigação que só provou ser um “custo ausente”. As intervenções para modificar a obrigação de custos ausentes incluem a rejeição da obrigação enquanto oportunidade para novas recompensas. Apenas deve existir a obrigação de ter uma opinião, de ter um amigo e de poder começar de novo (Leahy, 2001, 2004 cit in Leahy, 2007).

5.3.6 Risco-aversão

Todas as mudanças envolvem um progresso incerto. Quando não são conhecidas, espera-se que tenham uma maior variabilidade do que quando o são. As resistências pessoais tornam-se, muitas vezes, uma estratégia de risco de tomada de decisão. Esta requer a pesquisa de muita informação, a concentração selectiva na possibilidade da existência de resultados negativos e, por consequência, na sua amplitude, um elevado nível de atenção no grau de desapontamento e nos baixos valores estimados das vantagens positivas: “Preciso realmente de saber mais porque isso pode ser verdadeiramente terrível se não se realizar e eu vou sentir-me culpado. E para quê? Será que vou gostar se isso acontecer da maneira que sugere?” Os indivíduos que recorrem a estratégias de risco/adversas têm mais probabilidade de se tornarem depressivos, ansiosos, preocupados, ou de pontuarem mais na *Escala Multiaxial de Millon* no evitamento, na dependência ou na perturbação da personalidade *borderline* (Leahy, 2002, 2003, 2005; Leahy & Napolitano, 2005 cit in Leahy, 2007). Estes sujeitos utilizam estratégias de reafirmação-pesquisa, de espera, de interrupção brusca, de abandono “enquanto está à frente”, desvalorizando as mudanças positivas no sentido de evitar as “expectativas que estão adiante”. Entre o terapeuta e o paciente podem surgir conflitos quando as sugestões do primeiro para a activação e mudança do comportamento são vistas como apresentando riscos inaceitáveis para o paciente, que já está suficientemente perdido. As intervenções incluem a avaliação de pontos de vistas alternativos mais flexíveis no cálculo de riscos moderados e das oportunidades para a mudança, no sentido de evitar a “paragem” ou a interrupção da terapia demasiado cedo (Leahy, 2001, 2004 cit in Leahy, 2007). É notável verificar que a chave para a solução do problema é a exploração do “medo da mudança” e ter em consideração estes tipos de resistência enquanto estratégias de segurança (Gilbert, 2007 cit in Leahy, 2007).

5.3.7 Auto-sistema de desvantagens

Alguns pacientes vêm para a terapia evidenciando tendências aparentes de bem sucedidos, mas com uma história de comportamentos limitados, destruídos. Muitas vezes chamados de “masoquistas” ou “auto-anuladores”, estes pacientes resistem, abertamente, a esforços para mudar ou fazem meias tentativas de encorajamento que estão condenadas a falhar. Nalguns casos, esta estratégia pode reflectir uma tentativa de ocultar a pessoa avaliada no seu melhor comportamento. É mais plausível falhar quando o esforço é limitado, uma vez que se pode dizer que “não me esforcei verdadeiramente” ou que “não tentei realmente”, preservando-se, assim, a auto-estima do sujeito acerca do que este pode fazer de acordo com as suas melhores condições. O terapeuta pode ajudar o paciente, examinando os modelos do auto-sistema de desvantagens,

avaliando as ideias globais de vergonha acerca do “insucesso” e ajudando o paciente a fazer um progresso lento para evitar “colocar-se à frente de si mesmo” (Leahy, 2001 cit in Leahy, 2007).

Devemos ter estas sete dimensões de resistência em mente para, mais tarde, explorarmos os esquemas incompatíveis na terapia. Por exemplo, o paciente que possua resistência de validação ou de vítima, sentir-se-á especialmente frustrado com o terapeuta se este pedir padrões que revelem algumas emoções de “chorão” ou “complacente”. Deste modo, algumas dimensões de resistência podem ser aumentadas pela contra-transferência do terapeuta (Leahy, 2007).

5.4 Cliente involuntário

A maioria dos clientes involuntários, manifestamente ou em segredo, opõe-se à pessoa ou ao sistema que os encaminhou para a consulta. Os pacientes interpretam-nos como intrusivos e julgadores. Indubitavelmente, muitos clientes querem que as suas situações mudem para melhor e estão dispostos a fazer algo diferente para que isso aconteça. Todavia, dão geralmente poucas escolhas acerca do como e do que fazer para mudar, encorajando cada vez menos os esforços que não se encaixam nas expectativas daqueles que dirigem as mudanças. Esta combinação de factores leva, eventualmente, a que os pacientes sejam rotulados de “resistentes” ou “intolerantes” o que reforça uma relação adversária entre eles e os que os querem ajudar (Lipchik, 2002).

Advogados, assistentes sociais e profissionais da saúde mental não são, geralmente, nem mal-intencionados nem insensíveis. Contudo, a sua relação com os clientes depende das exigências e expectativas dos seus trabalhos. O corpo jurídico tem de pensar, sobretudo, na protecção da comunidade; os assistentes sociais têm, geralmente, excesso de trabalho e não se podem dar ao luxo de considerar intervenções aos indivíduos; os profissionais da saúde mental interpretam, muitas vezes, os comportamentos dos clientes como patológicos e têm, por esse motivo, a intenção de eliminar a sua patologia (Lipchik, 2002).

A mudança particular da centralização no resultado da relação terapêutica com clientes involuntários é essencial para estabelecer relações e encontrar as necessidades de ambos: dos clientes e da pessoa ou do sistema que os mencionou (Rosenberg, 2000; Stanton, Duncan & Todd, 1981; Tohn & Oshlg, 1996 cit in Lipchik, 2002). É difícil para os clientes confiar nos terapeutas quando os primeiros vêem os últimos como agentes do tribunal ou do sistema de serviço social. Por outro lado, as fontes que encaminham os pacientes para os terapeutas não são familiares centrados numa solução filosófica. É necessário um tempo extra e paciência para se poderem adaptar ao processo, o qual é baseado na crença de que uma pequena mudança pode levar a grandes mudanças ou de que nem tudo é negativo. Torna-se difícil para os terapeutas

fazer um balanço da atitude positiva em clientes condescendentes e que estabelecem uma ligação cooperativa com outros profissionais (Lipchik, 2002).

É provável que os clientes involuntários tenham mais problemas permanentes fora do seu controlo, pois envolvem pouca sorte e/ou comportamentos anti-sociais. Isso pode originar, como consequência, um sentimento de interpretação forçada de que os clientes têm força e fontes para se ajudarem a si próprios. Esta crença sustenta, até agora, a esperança e a atitude intelectual dos clientes do não julgamento, necessárias para recuperar as suas energias (Lipchik, 2002).

Um dos aspectos mais importantes da relação terapêutica com clientes involuntários é que estes devem experienciar essa relação como diferente daquela que usualmente têm com outros profissionais envolvidos no seu caso. O estabelecimento desta diferença leva tempo e pode não acontecer até os clientes reconhecerem que os terapeutas se preocupam genuinamente com eles, ao mesmo tempo que impõem limites (Lipchik, 2002).

A mensagem que os clientes involuntários devem reter dos seus terapeutas não é diferente da mensagem que qualquer cliente deve retirar. É baseada na assumpção de que os terapeutas não podem mudar os clientes: só os clientes podem mudar-se a eles próprios. Torna-se claro que o terapeuta não pode mudar os outros, incluindo o sistema que os categoriza, mas pode fornecer aceitação e suporte aos clientes, e fazer esforços na procura de soluções conscientes. Embora não seja uma poção mágica, pode fazer uma diferença muito grande nos clientes que não querem fazer terapia (Lipchik, 2002).

5.5 Competências do terapeuta

A medição e avaliação da competência terapêutica na psicoterapia têm recebido uma atenção cada vez maior nas duas últimas décadas, conjuntamente com o estabelecimento de terapias empiricamente testadas (Barlow, 1994, 1996; Nathan & Norman & Gorman, 1998; Kendall & Chambless, 1998 cit in Kazantzis, 2003). É pertinente referir que os tratamentos estandardizados oferecem vantagens ao estudo do resultado terapêutico, nomeadamente o aumento da validade interna, a distinção clara entre condições terapêuticas e o aumento da capacidade de replicar descobertas (Luborsky & DeRubeis, 1984 cit in Kazantzis, 2003).

O objectivo principal de examinar a competência terapêutica é providenciar informação pertinente sobre os preditores de resultados terapêuticos de sucesso (Dobson & Kazantzis, 2003 cit in Kazantzis, 2003). Conhecer a importância da competência e habilidade terapêuticas no resultado da terapia tem implicações fundamentais para a prática terapêutica e para o treino dos seus praticantes (Shaw & Dobson, 1988 cit in Kazantzis, 2003). E, também, podem ser usadas para monitorizar a prática clínica diária e, com feedback e supervisão, serem úteis no ajustamento do tratamento (Kazantzis, 2003).

Historicamente, tem havido pouca concordância relativamente à definição de competência terapêutica. A visão tradicional de competência refere-se ao profissional treinado com a experiência necessária, que age segundo a máxima “Uma vez competente, sempre competente” (Shaw & Dobson, 1988 cit in Kazantzis, 2003). Esta posição defende a captação do potencial e da habilidade do terapeuta, esperando uma exibição altamente competente durante um longo período de meses ou anos (Kazantzis, 2003). Uma definição comum assenta na variação da competência com o tempo e com a situação, havendo muitos factores que influenciam a competência do terapeuta ao fazer terapia (Moncher & Prinz, 1991 cit in Kazantzis, 2003). Esta visão sugere que a competência é melhor encarada como um “estado” variável e que a habilidade do terapeuta muda ao longo do tempo, dos clientes e estados do tratamento. Por isso mesmo, defende-se que mesmo um terapeuta experiente requer supervisão continuada e avaliação da competência na prática da Terapia Cognitivo-Comportamental (Kazantzis, 2003).

É importante salientar que as primeiras definições de competência terapêutica concebiam o terapeuta como conhecedor e capacitado para usar todas as abordagens terapêuticas (Watters, Rubenstein & Bellissimo, 1980 cit in Kazantzis, 2003). Outras definições enfatizaram a habilidade do terapeuta para envolver o cliente numa relação terapêutica construtiva (e.g. Cooper, 1975; Strupp, 1986 cit in Kazantzis, 2003). As definições multidimensionais e mais extensas focaram a capacidade do terapeuta para desenvolver uma conceptualização e um plano de tratamento consistente com a abordagem teórica (Schaffer, 1982 cit in Kazantzis, 2003). A Associação Americana de Psicologia adoptou uma só definição multidimensional, mas expandiu o domínio da competência de modo a incluir o envolvimento do terapeuta na administração e supervisão clínicas, e o enaltecimento da competência supervisionada (Bent, 1992 cit in Kazantzis, 2003). Uma definição contemporânea é a de que a competência terapêutica refere-se ao nível em que um determinado tratamento é conduzido em concordância com as instruções e intenções do respectivo manual de tratamento (Carroll et al., 2000; McGlinchey & Dobson, s.d. cit in Kazantzis, 2003). Contudo, há a suposição de que o terapeuta cognitivo-comportamental será capaz de ajustar um tratamento estandardizado, baseando-se na sua conceptualização do caso para o cliente (Persons, 1991 cit in Kazantzis, 2003).

As definições de competência terapêutica levam consigo a noção implícita de fidelidade terapêutica, conceito aplicado a dois domínios relacionados da pesquisa da Terapia Cognitivo-Comportamental, nomeadamente na avaliação da fidelidade e na diferenciação entre terapias (Moncher & Prinz, 1991; Waltz et al., 1993 cit in Kazantzis, 2003). A fidelidade diz respeito ao grau com que o terapeuta providencia a terapia de acordo com o modelo teórico e com regras técnicas prescritas, e a diferenciação refere-se ao grau em que as intervenções terapêuticas são distintas de outras terapias (Shaw & Dobson, 1988 cit in Kazantzis, 2003). Isto é, a fidelidade terapêutica é monitorizada para assegurar que o tratamento dado é tão próximo quanto possível do tratamento pretendido, sem ser “contaminado” por outras abordagens (Kazdin, 1996 cit in Kazantzis, 2003). Pode ser discutido que há uma confusão entre fidelidade e competência terapêuticas, ou seja, a fidelidade terapêutica a um manual de tratamento é necessária, mas

suficientemente estudada para a competência terapêutica (Crits-Christoph & Mintz, 1991; Waltz et al., 1993 cit in Kazantzis, 2003). Esta confusão mantém-se devido à elevada correlação entre medidas de fidelidade e competência (e.g. Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber, Mercer, Krakauer & Calvo, 1996; Carroll et al., 2000 cit in Kazantzis, 2003), ao facto dos investigadores definirem fidelidade como competência (Shoenwald, Henggeler, Brondino & Rowland, 2000 cit in Kazantzis, 2003) e, ainda, ao definirem competência e fidelidade como componentes separados da capacidade terapêutica (Weisman et al., 1998 cit in Kazantzis, 2003). Tomados conjuntamente, a literatura sugere que um terapeuta competente possui as seguintes características: a) fidelidade a uma base teórica e conceptual que guia as intervenções terapêuticas; b) capacidade para envolver o cliente numa relação terapêutica construtiva; c) capacidade para usar o tratamento designado de modo a promover as condições necessárias para mudar de acordo com o respectivo manual; d) conhecimento de quando se deve ou não aplicar intervenções terapêuticas (Yeaton & Sechrest, 1981 cit in Kazantzis, 2003). Na verdade, uma definição operacional do conceito deveria possuir um esboço claro dos comportamentos, técnicas e estratégias necessárias ao modelo teórico, assim como uma standardização da aplicação destes aspectos (Kazantzis, 2003).

No que concerne à medição da competência terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental, a *Escala da Terapia Cognitiva (CTS)*; Young & Beck, 1980 cit in Kazantzis, 2003) foi o primeiro meio sistemático. Depois, a competência terapêutica recebeu mais atenção, no Instituto Nacional de Saúde Mental, no programa de investigação sobre o tratamento da depressão (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985 cit in Kazantzis, 2003), que avaliava a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental, da terapia inter-pessoal e da medicação para a Depressão Major. Neste âmbito, foi desenvolvido um novo instrumento: a *Escala de Avaliação do Estudo Colaborativo da Psicoterapia (CSPRS)*; Hollon et al., 1984; Hollon, Evans, Elkin & Lowery, 1984 cit in Kazantzis, 2003). De facto, as duas escalas mais usadas para medir a competência e a fidelidade terapêuticas são a *CTS* e a *CSPRS*, em que a primeira mede a competência terapêutica enquanto a segunda mede a fidelidade terapêutica ao tratamento (concordância). É pertinente referir que nenhum dos instrumentos examina as duas, nem foi extensamente validado. E, para além de avaliarem os terapeutas durante o treino e a fidelidade total ao tratamento, a *CTS* e a *CSPRS* têm sido usadas para prever resultados da Terapia Cognitivo-Comportamental (Kazantzis, 2003).

Deste modo, têm sido realizadas investigações com o objectivo de examinar de que modo a competência terapêutica pode prever resultados da Terapia Cognitivo-Comportamental. A premissa básica das investigações é que a competência terapêutica está relacionada com o resultado do tratamento e que, quando esta alcança um certo critério, através de treino e supervisão, os resultados melhoram. E, de facto, a investigação empírica sugere que o papel da competência terapêutica é importante na produção de resultados terapêuticos positivos na Terapia Cognitivo-Comportamental. Contudo, não está claro o modo como generalizar esta descoberta ao complexo ambiente de prática clínica diária (Kazantzis, 2003).

Por fim, fica a ressalva de que é importante assegurar que os resultados da competência podem ser revistos na sucessão de várias sessões terapêuticas. Ao mesmo tempo, é fundamental certificar-se que outros factores contextuais, tais como a qualidade da relação terapêutica, não influenciam ou inflacionam indevidamente os resultados da competência (Foley, O'Malley, Rounsaville, Prusoff & Weissman, 1987 cit in Kazantzis, 2003). Assim, propõe-se uma examinação mais completa dos factores contextuais, bem como pesquisa sobre como esses factores podem influenciar os resultados da competência (Kazantzis, 2003).

5.5.1 Micro-competências

Os terapeutas devem ser competentes a alguns níveis de micro-competências e existe suporte empírico que mostra que este facto tem um maior impacto nos resultados (Ivey & Ivey, 2003; Feltham & Horton, 2006 cit in Gilbert & Leahy, 2007). Na relação terapêutica, o terapeuta passará por várias fases, que serão facilitadas pelas suas micro-competências e que também funcionarão como agentes suavizadores da passagem entre elas. De referir, ainda, que as micro-competências envolvem uma mistura de questões que convidam o paciente a discutir, a explorar e a narrar a sua história. As comunicações não-verbais ajudam o paciente a sentir-se seguro e não ameaçado. Gilbert (2000, cit in Gilbert & Leahy, 2007) sugere dez fases:

1. Desenvolvimento da comunicação;
2. Exploração de possíveis medos, preocupações e expectativas sobre a ida à consulta;
3. Partilha da compreensão e significado;
4. Exploração da história e dedução dos temas-chave e estilos emotivos cognitivos: (a) fazer uma perspectiva histórica; (b) trabalhar no “aqui” e “agora”;
5. Partilha de objectivos terapêuticos;
6. Explicação da terapia racional;
7. Aumento da consciencialização da relação entre pensamentos, sentimentos e comportamento social;
8. Movimento para conceptualizações alternativas;
9. Monitorização dos sentimentos e cognições internas, e desempenho de papéis;
10. Trabalho de casa e desempenho de papéis alternativos.

5.5.2 Capacidades

O modelo cognitivo de desenvolvimento de capacidades do terapeuta deriva de literatura teórica e empírica, particularmente do trabalho de Binder e Skovholt (s.d., cit in Bennett-Levy, 2006). Este modelo permite, pela primeira vez, responder a questões como “Quais são os mecanismos através dos quais os novos terapeutas aprendem?”, “Através de que mecanismos os terapeutas experientes aprendem?”, “Que capacidades são mais treináveis e quais as mais relativas e imutáveis?”. Shaw e Bobson (1988, cit in Bennett-Levy, 2006) identificam quatro características que um terapeuta competente deve ter, a referir, boa base teórica e conceptual para gerir as interacções, grande capacidade de memória para se recordar dos problemas dos pacientes, saber usar várias técnicas de intervenção para promover as mudanças desejáveis no comportamento do paciente, possuir o conhecimento de quando devem ser aplicadas, ou não, as intervenções. Cleghorn e Levin (1983, cit in Bennett-Levy, 2006) sugerem que existem três elementos chave: capacidade conceptual, executável e perceptiva.

Binder (1999, cit in Bennett-Levy, 2006) defende que um terapeuta competente é aquele que possui uma grande abrangência de situações/acções. O modelo baseia-se em três sistemas (declarativo, procedimental, reflexivo) e representa as relações entre eles. O Sistema Declarativo é constituído por três elementos: conhecimento conceptual (refere-se a conhecimentos teóricos); interpessoal (o terapeuta deve estar orientado para uma aprendizagem particular, apresentando pequenas capacidades, quer de projecção, quer de resistência); e técnico (refere-se ao conhecimento específico de uma terapia). Este sistema entende, primeiramente, “o porquê” das capacidades e a aplicação delas na prática, que devem ser traduzidas em capacidades procedimentais (Bennett-Levy, 2006).

É no Sistema Procedimental que as incertezas declarativas se tornam actualizadas na prática e são redefinidas. Os *inputs* e *outputs* deste sistema são as comunicações entre o cliente e o terapeuta. Neste modelo, o terapeuta aplica a sua capacidade interpessoal perceptiva na comunicação com o cliente. Esta informação é processada através de dois sistemas: auto-esquema enquanto pessoa e o auto-esquema enquanto terapeuta. A capacidade interpessoal e perceptiva ocorre quando os terapeutas estão a trabalhar com os pacientes, existindo dois elementos básicos de terapia. No input, usam as capacidades interpessoais e perceptivas para terem acesso aos sentimentos e reacções dos clientes. Como output, entende-se as respostas verbais ou não verbais que facilitam a comunicação terapêutica. A capacidade interpessoal e perceptiva inclui a sobreposição de três atributos: empatia, *mindfulness* e reflexão sobre a acção. A empatia denota uma instância emocional ou rumo à atitude do cliente que permite ao terapeuta “operar dentro da moldura de referência do cliente... ouvindo o interior como «eu sou outro»... sendo atenuadas as nuances de sentimentos e significados...” (Greenberg & Elliot, 1997, pp.

167-168 cit in Bennett-Levy, 2006). O *mindfulness* (Martins, 1997; Safran & Muran, 2000 cit in Bennett-Levy, 2006) patenteia a qualidade da atenção. Em contexto terapêutico, Martins tem definido *mindfulness* como “um estado psicológico livre que ocorre quando a atenção se encontra flexível e tranquila, sem estar ligada a um ponto de vista particular” (Martins, 1997, pp. 291-192 cit in Bennett-Levy, 2006). O terceiro atributo, reflexão sobre a acção (Schon, 1983, 1987 cit in Bennett-Levy, 2006), manifesta a capacidade de um perito processar informações complexas e deriva de um plano apropriado de acção (Bennett-Levy, 2006).

O auto-esquema refere-se à pessoa do terapeuta: conhecimentos, atitudes, capacidades e atributos pessoais. É idiossincrático e está relacionado com a história pessoal. Isto poderia incluir experiências pessoais pobres na superação da escolaridade ou privação económica, atitude face à deficiência, experiência de luto, compaixão, tolerância e ambiguidade, perseverança (Bennett-Levy, 2006).

Algumas atitudes do terapeuta são derivadas de um conhecimento tácito, atitudes estabelecidas de longa data antes da formação do terapeuta. Outras são desenvolvidas por um resultado de aprendizagens (Bennett-Levy, 2006).

As capacidades relacionais interpessoais são derivadas das atitudes do terapeuta, conhecimento declarativo interpessoal e existência de auto-esquemas. Por outro lado, as capacidades conceptuais referem-se à implementação do conhecimento conceptual declarativo e à conceptualização do desenvolvimento com o paciente. Ainda, as capacidades técnicas reportam-se à implementação de conhecimento terapêutico específico (Bennett-Levy, 2006).

O papel do Sistema Reflexivo é comparado à análise do passado, experiência presente ou futura, consistindo em comparar a informação armazenada do passado identificando um plano de acção como necessário. Na atenção centrada, destaca-se a reflexão que requer uma atenção centrada. Inicialmente, esta é simulada de vários modos: por um desencontro entre as expectativas e a realidade; por curiosidade ou por questões úteis; por um processo de aprendizagem formal como a prática reflexiva (Bolton, 2001 cit in Bennett-Levy, 2006); ou acção de pesquisa (Kemmis & McTaggart, 2000 cit in Bennett-Levy, 2006).

O Sistema Reflexivo compromete-se a uma série de operações cognitivas a fim de analisar, expandir, comparar e avaliar o conteúdo da consciência. A título exemplificativo, podem-se referir as sequências de pensamentos, o auto questionamento persistente, a análise lógica e resolução de problemas. Em particular, o auto-questionamento persistente parece ser fulcral para o processo de reflexão (Bennett-Levy, 2003 cit in Bennett-Levy, 2006).

5.5.3 Competências terapêuticas na condução da terapia cognitiva

Quem trabalhou para ser um bom terapeuta cognitivo, pode confirmar que é um trabalho bastante difícil. Um olhar de relance na *Escala da Taxa de Terapia Cognitiva (CTRS: Young &*

Beck, 1980 cit in Newman, 2007) revela que é usada para avaliar a competência de terapeutas cognitivos no seu trabalho com um determinado cliente numa única sessão. Demonstra-se que muitos dos onze itens de critério-chave são processuais, como colocação de uma agenda, fazendo perguntas de descoberta guiadas, concentrar em cognições-chave e comportamentos, aplicando técnicas comportamentais cognitivas, e revendo e tarefa. Isto não significa que o aspecto interpessoal da aliança terapêutica seja contemplado pelo *CTRS*. Há itens que avaliam especificamente as capacidades interpessoais do terapeuta, como a ‘compreensão’, a ‘eficácia’ e a ‘colaboração’. Além disso, os itens processuais, muitas vezes, são cotados pelo grau em que são feitos como a autoconfiança interpessoal. A capacidade interpessoal é necessária, mas não suficiente para o terapeuta produzir uma sessão de terapia cognitiva. Se o terapeuta não utiliza os componentes processuais da terapia cognitiva, o tratamento será diluído, o cliente não aprenderá a auto-monitorização requerida nem as habilidades de auto-modificação que pressagiam um bom resultado e manutenção do mesmo. Simultaneamente, cada um pode argumentar que a parte da competência do terapeuta está na capacidade de ficar concentrado nas tarefas importantes, como ordenar intervenções apropriadas, juntando as expressões de medo, raiva, e/ou apatia dos clientes (Newman, 2007).

5.5.4 Sequência interpessoal

Os terapeutas eficazes são peritos em comunicar. São muito hábeis em dar informações de retorno, quer sejam positivas ou negativas aos seus pacientes. Essa informação é dada de uma forma planeada e construtiva. Estes terapeutas procuram ajudar os clientes na busca de um alívio para o seu sofrimento psicológico e ensinar determinadas capacidades cognitivas, comportamentais e afectivas necessárias para melhorar a saúde actual a longo prazo. Os terapeutas que são capazes de comunicar com os clientes desta maneira são, também, capazes de ultrapassar possíveis momentos de tensão. Nestas situações, os terapeutas não respondem com reacções severas aos clientes que exprimem sentimentos de fúria e suicídio, uma vez que essas são as reacções que os seus clientes enfrentam por parte das pessoas que os rodeiam no seu dia-a-dia. Ao invés disso, os terapeutas que tenham boas capacidades interpessoais, mantêm a calma e expressam sentimentos de carinho e preocupação com os seus clientes, mantendo sempre uma distância profissional, e nunca terminam um tratamento de forma repentina, excepto em circunstâncias extremas. Um bom terapeuta é aquele que é capaz de inspirar confiança e justiça aos seus clientes, quando eles se encontram sob sentimentos de tensão, mantendo sempre um alto nível de comportamento interpessoal e nunca agindo com acções de punição e rejeição contra os clientes. O terapeuta deve, sempre, analisar as razões que estão na origem do problema, da ruptura de forma a que seja possível reparar esse problema e seguir em frente com a sua vida com optimismo e esperança. Parte desta capacidade é conseguida pelo terapeuta, já que este se centra nas razões que poderão estar na origem da ruptura do cliente, projectando respostas racionais que lhe possibilitem a concentração em soluções construtivas (Newman, 2007).

A *Escala de Desespero de Beck* refere o seguinte exemplo: um cliente entra num estado furioso e lança o seu desespero contra a escrivãinha do terapeuta, no início da sessão (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974 cit in Newman, 2007). Com lágrimas e com um tom zangado, o cliente disse o seguinte “como é suposto eu responder a essas perguntas sobre o meu futuro? O meu pai está a morrer. Estive bem o dia todo até ao momento em que eu vi este questionário, e agora estou mal disposto” O terapeuta ficou um pouco atordoado, já que não fazia ideia que o cliente iria reagir daquela maneira a um questionário de rotina e não fazia ideia de que a saúde do seu pai tinha tomado ao que parece uma volta íngreme muito má. O terapeuta pensou de imediato “o meu cliente agora vai pensar que sou insensível” e “agora a sessão vai ser desagradável e improdutiva”. O terapeuta garantiu a si mesmo que iria formular algumas respostas racionais que possam ser utilizadas para compensar a situação criada, como manter a calma e reparar a aparente ruptura existente entre a ligação terapeuta-cliente de modo a salvaguardar a sessão. Algumas das respostas racionais criadas pelo terapeuta foram “imagine como é que você se sentia se o seu pai estivesse a morrer - seja compreensivo e, se ele quiser, deixe-o desabafar,” “A *Escala de desespero de Beck* não é muito importante actualmente, assim deve colocá-la de lado e focar-se no luto antecipatório que o seu cliente sofre pelo pai”, e “lembre-se de que este cliente vem de uma família onde as manifestações de emoções são bastantes débeis, portanto, provavelmente tem vergonha por estar a gritar à sua frente e possivelmente quer reafirmar um pouco de controlo exprimindo raiva”. Estas respostas racionais permitem que o terapeuta se ocupe do cliente de um modo não-defensivo, guie a sessão de uma forma calma e tranquila (Newman, 2007).

6. EFEITOS/CONSEQUÊNCIAS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA: PROVAS DE INVESTIGAÇÃO

Apesar do recente aumento de estudos que exploram a relação terapêutica na terapia cognitiva, estes ultrapassam bastante o número de estudos sobre um amplo campo terapêutico. Roth e Fonagy (1996, cit in Waddington, 2002) descobriram cem relatórios de investigação da aliança terapêutica entre 1976 e 1996 e reclamam a evidência de uma “relação robusta entre a aliança e o resultado”. Similarmente, na sua revisão, Horvarth e Luborsky (1993, cit in Waddington, 2002) concluíram que a aliança terapêutica tem sido demonstrada para predizer os efeitos de diversas terapias (incluindo terapia cognitiva, terapia psicodinâmica, terapia da gestalt), efeitos das medidas (incluindo uso de droga, ajustamento social, melhoria global, remissão da depressão) e tratamento cumprido (de quatro a cinquenta sessões). Contudo, tem havido alguma especulação que a terapia cognitiva pode ser menos influenciada pela qualidade da relação terapêutica (Roth & Fonagy, 1996 cit in Waddington, 2002). Estudos recentes sobre a terapia cognitiva apontam revisões para explorar o papel da relação terapêutica na terapia

cognitiva. Estas não se destinam a explorar para fornecer uma lista exaustiva, mas sim a apresentar alguns dos estudos mais úteis no domínio da investigação (Waddington, 2002).

Vários estudos têm visto a relação terapêutica em sessões individuais. Persons e Burns (1985, cit in Waddington, 2002) analisam as sessões individuais e encontraram que a relação terapêutica e as crenças reduzidas nos pensamentos automáticos têm tido um impacto independente e aditivo na final e numa sessão de humor. Contudo, como os clientes fornecem avaliações da relação terapêutica, no final da sessão, é possível que as mudanças nos pensamentos automáticos possam causar mudanças de humor, que, por sua vez, conduzam a índices automáticos da relação (Waddington, 2002).

Raue, Goldfried e Barkham (1997, cit in Waddington, 2002) estudaram sessões simples de terapia cognitiva e de terapia psicodinâmica interpessoal. Altos níveis de aliança foram associados a terapias, onde se verificava profundidade e tranquilidade da sessão, a clientes com melhorada má disposição e ao impacto das sessões. Contudo, é impossível determinar qual destas variáveis é a causal (Waddington, 2002).

Num estudo com 61 clientes, Tang e DeRubeis (1999, cit in Waddington, 2002) estudaram sessões envolvendo um rápido progresso na variação da depressão. Os investigadores observaram elevadas mudanças cognitivas na sessão precedente ao progresso e elevadas variações na aliança na sessão seguinte ao progresso. Estes factos sugerem um papel causal da mudança cognitiva em relação a ambas as alianças e respectivas consequências. Contudo, os autores não comentam a variação da aliança na sessão que precede o progresso (Waddington, 2002).

Os estudos elencados sugerem uma associação entre a relação terapêutica e o progresso durante sessões únicas. Contudo, a causalidade não é clara e o estudo de sessões únicas não pode dar uma explicação óbvia sobre o que acontece durante a terapia. Dois estudos com 79 sujeitos exploraram o papel da relação terapêutica numa terapia cognitiva e psicodinâmica interpessoal (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998 cit in Waddington, 2002). Os autores encontraram uma associação entre variações da aliança de qualidade inferior em todas as sessões e resultados. Esta associação era mais forte na terapia cognitiva do que na terapia psicodinâmica interpessoal. Os autores admitem a dificuldade em determinar qual dos resultados reflecte um papel causal da relação terapêutica ou, simplesmente, a correlação entre o progresso na depressão e as elevadas variações da relação. Similarmente, Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer e Gagnon (1998, cit in Waddington, 2002) estudaram 120 sujeitos deprimidos de certa idade e verificaram que o nível da depressão na pré-terapia e a aliança estabelecida através de cinco, dez, quinze sessões, predizem resultados. Contudo, a precedência temporal da relação terapêutica e o seu possível papel causal, são, de novo, inconclusivos (Waddington, 2002).

DeRubeis e Feeley (1990, cit in Waddington, 2002) estudaram 25 indivíduos que receberam doze sessões estruturadas de terapia cognitiva para a depressão. Os autores descobriram que o uso de técnicas de terapia cognitiva prediz resultados, mas a relação

terapêutica não, sugerindo, portanto, que esta não detém um papel causal no que diz respeito aos resultados. Todavia, vários estudos dão suporte à ideia de que a relação terapêutica causa impacto nos resultados mais do que a sua associação com intervenções técnicas. Burns e Nolen-Hoeksema (1992, cit in Waddington, 2002) concluíram que os clientes que tinham terapias mais afectivas e empáticas obtiveram melhores resultados. Factores técnicos e relacionais (força da aliança) têm efeitos independentes e adicionais nos resultados (Waddington, 2002).

Num periódico recente, Feeley, DeRubeis e Gelfand (1999, cit in Waddington, 2002) argumentaram que, quando a sequenciação temporal das variações do processo toma em consideração a relação terapêutica, emerge nada mais do que um derivado da alteração do sintoma (Waddington, 2002).

Muran, Gorman, Safran e Twining (1995, cit in Waddington, 2002) estudaram vinte sessões de terapia cognitiva com 53 clientes deprimidos e ansiosos. Os autores observaram que a qualidade da relação terapêutica e da mudança cognitiva é preditiva de resultados. A relação durante a primeira meia-hora da terapia é mais preditiva de resultados do que a relação durante a segunda meia-hora (Waddington, 2002).

Krupnick et al. (1996, cit in Waddington, 2002) exploraram a contribuição da aliança terapêutica nos resultados da terapia cognitivo-comportamental, na terapia interpessoal e na medicação anti-depressiva com administração clínica, em clientes depressivos. As contribuições dos pacientes para a aliança terapêutica estabelecida, na terceira sessão, foram associadas a resultados na sessão 16-20 em cada condição. Isso aumenta a possibilidade de a relação terapêutica ter um impacto não apenas nos resultados das terapias psicológicas, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, mas também nos resultados da farmacoterapia. Os investigadores sugerem que a associação entre a aliança terapêutica e o resultado não pode ser inteiramente atribuída às características principais da terapia (Waddington, 2002).

Rector, Zuroff e Segal (1999, cit in Waddington, 2002) estudaram o papel da mudança cognitiva e a relação terapêutica em vinte sessões de terapia cognitiva em pacientes com depressão e ansiedade. Os investigadores observaram que as cognições, no pré-tratamento, são preditivas de formação de aliança e que esta mesma prediz, simultaneamente, mudanças nas cognições. Uma interacção entre a alteração cognitiva e a qualidade da aliança terapêutica parece evidente, mas a natureza desta interacção não é clara. Os autores sugerem que uma boa relação terapêutica pode facilitar intervenções técnicas, as quais, por sua vez, causam mudanças cognitivas (Waddington, 2002).

Outro estudo recente evidencia que, contrariamente ao que afirmava Feely et al. (1999, cit in Waddington, 2002), a relação terapêutica tem influência em determinados resultados. Hardy et al. (na imprensa) encontrou uma associação entre a perturbação de personalidade evitante e um resultado pobre na terapia cognitiva para a depressão, que é mediada pela relação terapêutica (Waddington, 2002).

Em suma, uma associação entre a relação terapêutica e os resultados foi observada muitas vezes com o papel da intervenção técnica, como possível mediador desta associação fortemente debatida (Waddington, 2002).

7. RECOMENDAÇÕES PARA A PESQUISA

Pesquisas futuras revelam-se necessárias naquilo que respeita à exploração da sequência temporal das intervenções técnicas, à mudança de sintoma e à qualidade da relação terapêutica, porquanto é importante destrinçar as contribuições individuais destes processos (Stiles et al., 1998 cit in Waddington, 2002).

Igualmente, torna-se relevante analisar uma série mais vasta de grupos de clientes distintos para poder proceder-se à compreensão do significado da relação terapêutica no tratamento de diferentes desordens (Waddington, 2002).

A teoria da influência social sustém que os atributos positivos de um terapeuta aumentam a sua influência social, maximizando, conseqüentemente, a conformidade do cliente para com a terapia. Beck, Freeman et al. (1990, cit in Waddington, 2002) encontraram consistência com esta visão e sugeriram que a relação terapêutica é uma importante fonte de fortalecimento com clientes com os quais não consegue alcançar-se recompensas rápidas com intervenções técnicas.

Em contraste com a teoria social, surgem Beck e Young (1985, cit in Waddington, 2002), que enfatizam, por seu turno, a importância de uma relação terapêutica colaboradora, na qual os clientes podem progredir através de provas empíricas, ao invés da persuasão. Assim sendo, permite-se que o cliente explore, através de uma base segura. Existem outros pontos de vista, entre os quais o de Snyder, Michael e Cheavens (1999, cit in Waddington, 2002), que defendem a noção de *esperança* como central, no que concerne à mudança terapêutica, descrevendo a relação terapêutica como um factor que pode promover, precisamente, a esperança. Uma teoria relacionada sugere que a relação terapêutica pode actuar na refutação das crenças disfuncionais sobre o *self* e outras criadas em relações precoces com cuidadores (Bowlby, 1998; Safran & Segal, 1990 cit in Waddington, 2002). Knox, Goldberg, Woodhouse e Hill (1999, cit in Waddington, 2002) descobriram que os clientes formavam, espontaneamente, representações internalizadas dos seus terapeutas, sustentando a ideia de que a relação terapêutica pode providenciar um importante modelo internalizado. Também, Mallinkrodt (1996, cit in Waddington, 2002) observou que uma relação terapêutica positiva estava associada a uma grande sustentação social, a qual poderá reflectir uma generalização da aprendizagem, vinda da relação terapêutica. Ainda, outros autores, como Safran e Segal (1990, cit in Waddington, 2002), sugerem que a relação terapêutica poderá servir para aumentar a atenção dos clientes sobre a sua própria disposição para agir e mudar a situação. Os mesmos autores descrevem rupturas e reparações à relação terapêutica como uma parte crucial desta experiência (Waddington, 2002).

No momento, existem poucas provas para que possa proceder-se a uma avaliação dos mecanismos através dos quais o resultado da relação terapêutica pode ser afectado, de modo que surge a necessidade de pesquisas cognitivas futuras mais aprofundadas (Wadington, 2002).

Neste âmbito, coloca-se a seguinte questão: “Poderia o impacto aparente equivalente das diversas terapias manter-se verdadeiro para a sua habilidade para acolher uma relação terapêutica positiva?”. Provas contrárias a esta equivalência (Raue, Castonguay & Goldfried, 1993; Raue et al., 1997 cit in Wadington, 2002) mostram que a terapia do comportamento cognitivo estava mais associada a uma forte aliança terapêutica do que a uma terapia psicodinâmica-interpessoal (Wadington, 2002).

Pesquisas demonstraram que, quanto melhores são os recursos intrapessoais de um cliente, mais capacitado está para formar uma boa ligação terapêutica. Foi demonstrado que factores como a maturidade do terapeuta, a motivação (Strupp, 1980 cit in Wadington, 2002), o ajustamento pessoal e o interesse em ajudar os pacientes (Luborsky et al., 1985 cit in Wadington, 2002) influenciam os resultados terapêuticos, possivelmente pelo seu impacto na relação terapêutica (Wadington, 2002).

Uma vez mais, a pesquisa na área da terapia cognitiva declara-se imprescindível para clarificar o papel dos factores do cliente e do terapeuta, e a interacção entre eles, na relação terapêutica e para investigar indicações de que a terapia cognitiva possa gerar uma relação terapêutica mais útil que a terapia psicodinâmica-interpessoal (Wadington, 2002).

8. CONCLUSÃO

Através da literatura, pudemos perceber que a relação é, primeiramente, um vínculo facilitador da mudança psicológica, que conduz ao crescimento e bem-estar. Em segundo lugar, a relação terapêutica, caracterizada pela presença, empatia, aceitação e congruência, ajuda os clientes a sentirem-se seguros o suficiente para fazerem face a sentimentos temíveis e memórias dolorosas. Uma vez consolidada a aliança, o terapeuta guia os clientes em direcção a novos modos de processar a emoção, treinando-os para ficarem conscientes, regularem, reflectirem e transformarem as suas emoções (Greenberg, 2007).

De facto, o estabelecimento de uma boa relação é necessário desde as primeiras fases da terapia. Uma exploração na pesquisa da relação terapêutica sugere que os clientes tendem a enfatizar a importância do calor do terapeuta e envolvimento emocional, enquanto os terapeutas julgam a qualidade da relação em termos da participação e colaboração activa dos clientes. Por isso, para manter a qualidade da relação é fundamental que os terapeutas se assegurem que estão a ser apropriadamente responsivos para com os seus clientes e que são capazes de reconhecer e reparar rupturas na relação. Tudo isto, impõe que os terapeutas individualizem as suas respostas

aos aspectos específicos das necessidades dos clientes e relacionem estilos (Gilbert & Leahy, 2007).

Relativamente à pesquisa nesta área, apesar de ter sido escrito muito acerca da optimização da relação terapêutica na última década (e.g. Newman, 1998 cit in Waddington, 2002), há necessidade de mais investigação para clarificar o papel desta como uma variável na terapia cognitiva (Waddington, 2002). É importante referir que são necessários aspectos técnicos e relacionais da terapia para um resultado terapêutico óptimo e que a interacção entre eles é um foco de pesquisa produtivo (Beck et al., 1979 cit in Waddington, 2002). Há, também, necessidade de investigação que incorpore o significado da sequência temporal e que inclua uma maior extensão de grupos de clientes distintos. Entretanto, os terapeutas cognitivos podem usar a pesquisa existente para desenvolver capacidades para estabelecer uma boa relação terapêutica (Waddington, 2002).

9. REFLEXÃO CRÍTICA

O tema escolhido “Relação Terapêutica nas Terapias Cognitivo-Comportamentais” prende-se com o facto de ser uma temática bastante actual e para a qual um futuro psicólogo deve estar preparado, adquirindo conhecimentos científicos sobre a forma como deve decorrer uma sessão e qual a atitude desejável do terapeuta na relação com o paciente. Este é um assunto de particular interesse para nós e por isso sentimo-nos motivados para realizar o trabalho, podendo aliar a este sentimento uma aquisição de informações deveras pertinentes. É, por exemplo, fundamental que, para facilitar o estabelecimento da relação terapêutica, o psicólogo mostre disponibilidade total para que a pessoa possa falar abertamente dos seus problemas, daquilo que a angustia e gera dúvidas ou inquieta. Por vezes, é natural que ao falar de si mesmo sinta algum desconforto e ansiedade, mas o psicólogo deve respeitar o seu ritmo próprio para expor os seus pensamentos e sentimentos. Com o passar do tempo e com a regularidade das sessões, esta ansiedade começa a esbater-se, dando lugar ao crescimento da confiança, respeito mútuo e aumento de uma relação positiva.

Relativamente à elaboração do trabalho, é importante referir que, inicialmente, a informação credível encontrada foi escassa, exigindo um maior empenho por parte de todos os elementos do grupo. Neste sentido, foi feita uma pesquisa mais aprofundada e da qual emergiram artigos, estudos científicos e obras literárias de relevo para a realização do presente trabalho. É de referir que não foi encontrada informação em língua portuguesa, o que remete para a necessidade de os autores nacionais se debruçarem sobre estas temáticas, fazendo publicações. Assim, a literatura encontrada é sobretudo proveniente dos Estados Unidos da América e da Inglaterra. Este facto denota a necessidade de se realizarem mais pesquisas e estudos científicos, no nosso país, sobre a relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental. Outro aspecto a mencionar

reporta-se à existência de haver pouca informação directamente relacionada com a terapia “cognitivo-comportamental”, isto é, os dados existentes directamente relacionados com esta terapia são menos frequentes, encontrando-se mais informações acerca da terapia cognitiva ou da relação terapêutica.

Ao longo da abordagem à literatura seleccionada, pudemos comprovar a existência de uma multiplicidade de estudos e investigações realizados empiricamente, o que denota a importância da temática da relação terapêutica. Neste âmbito, consideramos que a existência de uma boa relação terapêutica é fundamental para o sucesso da terapia, sendo que, neste sentido, o terapeuta deve recorrer a capacidades como a empatia, a atenção e a memória.

Foi nossa intenção organizar a informação mais pertinente num todo coeso e claro, abordando as características principais da relação terapêutica. E, depois do trabalho realizado, apraz-nos afirmar que foi, para nós, interessante concretizar esta tarefa. De facto, trabalhos como este são fundamentais para a nossa formação enquanto psicólogos, já que a informação transmitida pode-nos fornecer competências necessárias para o nosso futuro profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bennett-Levy, J. (2006). *Therapist skills: a cognitive model of their acquisition and refinement. Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (pp. 57-78). Oxford: Oxford Cognitive Therapy Centre.

Gilbert, P. & Leahy, R. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 3-23). London and New York: Routledge.

Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 43-62). London and New York: Routledge.

Katzow, A. & Safran, J. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert & R. Leahy (eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 90-105). London and New York: Routledge.

Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, 20. Retirado a 20 de Maio de 2008 da Proquest Psychology Journals.

Lipchik, E. (2002). *Beyond technique in solution-focused therapy: work with emotions and the therapeutic relationship*. New York: The Guilford Press.

Swales, M. & Heard, H. (2007). The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 185-204). London and New York: Routledge.

Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: a review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179-191.